

ningscenter
kamisbrug

ISSN 1609-6099

ÅRSBERETNING 2011

ASITUATIONEN I EUROPA



Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

NARKOTIKASITUATIONEN I EUROPA

ÅRSBERETNING 2011

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, 2011

ISBN 978-92-9168-467-0

doi:10.2810/42614

© Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, 2011

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 • www.emcdda.europa.eu

Indholdsfortegnelse

Forord	5
Tak	7
Indledning	9
Kommentar: Det store billede – stofbrug i Europa i dag	13
Kapitel 1: Politikker og lovgivninger	
Politisk udvikling internationalt og i EU • Nationale strategier • Offentlige udgifter • National lovgivning • Forskning	19
Kapitel 2: Tiltag over for narkotikaproblemer i Europa – en oversigt	
Forebyggelse • Behandling • Social reintegration • Skadesbegrænsning • Kvalitetssikring • Håndhævelse af narkotikaloggivningen og overtrædelser • Sundhed og sociale tiltag i fængsler	28
Kapitel 3: Cannabis	
Udbud og tilgængelighed • Udbredelse og brugsmønstre • Behandling	42
Kapitel 4: Amfetaminer, ecstasy, hallucinogene stoffer, GHB og ketamin	
Udbud og tilgængelighed • Udbredelse og brugsmønstre • Fritidsmiljøer • Behandling	53
Kapitel 5: Kokain og crackkokain	
Udbud og tilgængelighed • Udbredelse og brugsmønstre • Sundhedsmæssige følger • Problematisk brug og behandlingsefterspørgsel • Behandling og skadesbegrænsning	65
Kapitel 6: Opioidbrug og intravenøs stofbrug	
Udbud og tilgængelighed • Problematisk opioidbrug • Intravenøs stofbrug • Behandling	75
Kapitel 7: Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme og narkotikarelaterede dødsfald	
Smitsomme sygdomme • Forebyggelse af smitsomme sygdomme • Dødsfald og dødelighed • Nedbringelse af antallet af dødsfald	85
Kapitel 8: Nye stoffer og nye tendenser	
Indsats mod nye stoffer • Mephedron • Andre stoffer • »Legal highs« • Kontrol med salg af nye stoffer	97
Referencer	103



Forord

I år markeres 50-året for undertegnelsen af FN's enkeltkonvention om narkotiske stoffer, der er en hjørnesteen i det internationale narkotikakontrolsystem. Her, hvor vi fremlægger vores årlige vurdering af narkotikasituationen i Europa, er det svært ikke at blive slået af, hvor meget dette fænomen har udviklet sig i det sidste halve århundrede. De komplekse narkotikaproblemer, vi oplever i Europa i dag, er skabt af mange forskellige faktorer og kan ikke betragtes hverken socialt eller geografisk isoleret. Dette fremgår klart af vores beretning sammen med nødvendigheden af at tage hensyn til den bredere kulturelle udvikling og de globale tendenser, da begge kan sætte sig dybe spor i stofbrugsmønstre og få alvorlige følger for de skader, de forårsager. Baggrunden for vores beretning er den nuværende økonomiske krise i mange europæiske lande, der betyder, at det er blevet sværere at finde penge til ydelser på dette område. Den nye informationsteknologi har forandret næsten alle aspekter af vores moderne liv, og det er derfor ikke overraskende, at vi nu kan konstatere, at den også indvirker på narkotikafænomenet. Det kan vi se helt konkret, ikke kun i den måde, narkotika kommer på markedet og sælges på, men også i de nye muligheder for forebyggelse og behandling. Verden bliver mindre og mindre, og det udnyttes i stigende grad af den organiserede kriminalitet, der kun betragter narkotika som én ulovlig handelsvare blandt mange andre. Også her er det globale perspektiv vigtigt, fordi følgerne af stofbruget i Europa ikke standser ved vores grænser. Som et enkelt eksempel kan vi nævne, hvordan resultaterne af EU's indsats for at støtte den sociale udvikling i nabolandene hæmmes af omlægninger af smuglerruter, der underminerer udviklingen af skrøbelige demokratiske institutioner og skaber grobund for korruption.

Det er vigtigt at fremhæve, at denne beretning er resultatet af en fælles indsats, og vi vil her gerne takke alle dem, der har bidraget til den. Denne beretning er udelukkende blevet muliggjort gennem det hårde arbejde og det engagement, som vores partnere i Reitoxnettet af nationale knudepunkter og eksperter i hele Europa, der har bidraget til analysen, har lagt for dagen. Vi står også i gæld til

andre EU-agenturer og internationale organisationer for de analyser, de har stillet til rådighed. Men vores opgave er ikke blot at samle information fra andre instanser. Vores opgave er at udarbejde en videnskabeligt forsvarlig, uafhængig analyse af narkotikaproblemet i Europa. Derfor skal vi fortolke ofte ufuldstændige data. EONN's tilgang til analyse er både forsigtig og baseret på flere indikatorer. Konklusioner af ét datasæt skal sammenholdes med andre informationskilder, og vi står ved vores konservative fortolkninger i tilfælde, hvor baggrundsmaterialet er dårligt. Alligevel er kvaliteten, mængden og sammenligneligheden af de data, der er tilgængelige om narkotikasituationen i Europa, støt stigende. Dette er i sig selv et reelt fremskridt og vidner om værdien af samarbejdet og den koordinerede indsats i EU.

Endelig bør denne beretning ikke stå alene, da den er en del af en omfattende årlig pakke af beretning og rapporter. De data, vores analyse er baseret på, og omfattende metodologiske noter findes i den ledsagende statistiske bulletin. I de mere emneorienterede publikationer, der hænger sammen med denne beretning, giver vi en grundigere gennemgang af følgende områder: omkostninger ved narkotikabehandling og finansiering heraf, retningslinjer for plejetilbud, cannabimarkedet samt samlet dødelighed, der kan tilskrives stofbrug. Landespecifikke oplysninger findes i de detaljerede nationale rapporter og landeoversigter, der findes online. Vores beretning sigter mod at være tilgængelig for den almindelige læser, er strategisk rettet mod vores politiske målgruppe og er tilstrækkeligt detaljeret til at opfylde forskeres, studerendes og videnskabsfolks behov. Uanset hvilken gruppe du tilhører, håber vi, at vores arbejde øger din forståelse af narkotikasituationen i Europa. Det er vores opgave, men vi er også overbevist om, at en sådan forståelse er et uomgængeligt krav i udviklingen af effektive narkotikapolitikker og tiltag mod stofbrug.

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
- tjenestegrene og eksperter 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 Pompidougruppe, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Det Internationale Kontroludvalg for Narkotiske Midler, WHO's regionalkontor for Europa, Interpol, Verdenstoldorganisationen, Controlled Substances and Tobacco Directorate of Health (sundhedsdirektoratet for kontrollerede stoffer og tobak), Canada, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (den amerikanske forvaltning for stofmisbrug og mental sundhed), undersøgelsen om sundhedsadfærd hos børn i skolealderen (Health Behaviour in School-aged Children study), 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 EONN's websted.



Indledning

Årsberetningen er baseret på oplysninger, som EONN har modtaget fra EU-medlemsstaterne, kandidatlandene Kroatien og Tyrkiet samt Norge. De her anvendte statistiske data vedrører 2009 (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 2008 kan stå i stedet for manglende værdier for 2009 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, som 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 myndigheders 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

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 2011 indeholder 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.

styrke og detailpriser, er analyserne baseret på de indberettede typiske (modale) værdier eller i mangel heraf på 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, som 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 kerneelementer (»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 2006 og 2009. 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 ofte den samme, da ulovlig stofbrug inden femtenårsalderen 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 skoleelever, der fylder 16 i løbet af kalenderåret. I 2007 blev der indsamlet data i 35 lande, herunder 25 EU-medlemsstater, Kroatien og Norge. Den femte runde blev gennemført i 2011 med deltagelse af 23 af de 27 medlemsstater samt Kroatien og Norge, og resultaterne bliver offentliggjort i 2012.

Undersøgelsen af sundhedsadfærd blandt skoleelever (HBSC) er en sammenlignende WHO-undersøgelse, der undersøger børns sundhed og sundhedsadfærd og har omfattet spørgsmål om cannabisbrug blandt 15-årige elever siden 2001. Den tredje runde af denne undersøgelse med spørgsmål om cannabisbrug blev gennemført i 2009-2010 med deltagelse af 23 af de 27 EU-medlemsstater samt Kroatien og Norge.

Behandlingsefterspørgsel

I rapporter om behandlingsefterspørgsel vedrører »nye klienter« personer, der i løbet af kalenderåret er kommet i behandling for første gang i deres liv, og »alle klienter« vedrører alle, der er kommet i behandling i løbet af kalenderåret. 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, hvor 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.





Kommentar

Det store billede – stofbrug i Europa i dag

Narkotikasituationen i perspektiv

Dette års beretning er på mange måder fyldt med modsætninger. På den ene side ser det ud til, at stofbruget er relativt stabilt i Europa. Prævalensniveauerne er generelt fortsat høje efter en historisk målestok, men de stiger ikke, og på nogle vigtige områder såsom unges forbrug af cannabis er tegnene positive. På den anden side er der foruroligende tendenser i udviklingen af markedet for syntetiske stoffer, og mere generelt vækker det bekymring, at stofbrugere nu bruger flere forskellige stoffer samtidigt. Blandingsbrug, herunder en kombination af ulovlige stoffer og alkohol og undertiden lægemidler og ikkekontrollerede stoffer, er blevet et fremherskende træk ved stofbruget i Europa. Denne virkelighed er en udfordring i både Europas narkotikapolitikker og foranstaltningerne mod stofbrug. De fleste medlemsstater har stadig ikke fastlagt overordnede politiske rammer for indsatsen mod psykoaktive stoffer, og behandlingscentrene skal tilpasse deres tilbud til personer, som har problemer med flere stoffer. På samme måde er det nødvendigt at tage hensyn til det samlede marked for psykoaktive stoffer i udviklingen af narkotikaudbudsbeholdningen og vurderingen af dens følger. Hvis problemet ikke ses i dette bredere perspektiv, risikerer man at erstatte brug af ét stof med et andet. Denne beretning indeholder mange eksempler på, hvordan det europæiske marked for ulovlige stoffer er dynamisk, innovativt og hurtigt til at tilpasse sig både muligheder og kontrolforanstaltninger.

Den europæiske model under revision

Europa har overordnet set en veludviklet, moden og relativt effektiv tilgang til bekæmpelsen af brug af ulovlige stoffer. På EU-plan udmønter den sig i EU's aktuelle narkotikastrategi og -handlingsplan, der er et enestående eksempel på langsigtet samarbejde og videnuddeling på tværnationalt plan. Resultaterne af EU's seneste narkotikastrategi bliver nu evalueret. De fleste medlemsstater har indført relativt konsekvente, veludviklede narkotikastrategier, der i det store og hele er baseret på en fælles model. Trods denne positive udvikling og den samlede forøgelse af

udbuddet af behandlingsmuligheder for personer med stofproblemer er der stadig udtalte forskelle mellem landene, især med hensyn til investeringerne i efterspørgselsbegrænsningstiltag. En udligning af disse forskelle bliver en af de store udfordringer i de fremtidige EU-politikker på dette område.

Den europæiske model kan karakteriseres som en pragmatisk balance mellem målsætningerne for begrænsning af hhv. stofudbud og stofefterspørgsel, samtidig med at man anerkender vigtigheden af både menneskerettigheder og samfundenes sikkerhed. Denne tilgang giver mulighed for både samordnede foranstaltninger og samarbejde om retshåndhævelse og grænsekontrol for at begrænse narkotikaudbuddet. Dette fremgår af de aktuelle programmer, som fokuserer på importruterne for heroin fra Afghanistan, kokainsmugling over Atlanterhavet og gennem Vestafrika samt fremstilling af syntetiske stoffer. Samtidig danner den grundlag for innovative tiltag inden for behandling og skadesreduktion. Et eksempel herpå er heroinunderstøttet behandling, som er genstand for stigende interesse i en række medlemsstater og emnet for en ny publikation fra EONN.

Stigende risiko for lokale hivepidemier blandt intravenøse stofbrugere

Efter den generelle nedgang i udbredelsen af hiv i EU er der nu mindre fokus på hivforebyggelse som et primært folkesundhedsmål inden for narkotikapolitikken. Dette års analyse giver imidlertid grund til bekymring for, at den potentielle risiko for nye lokale hivepidemier er stigende. Den økonomiske recession, der har ramt mange europæiske lande, kan gøre bestemte samfundsgrupper mere sårbare, samtidig med at den begrænser medlemsstaternes kapacitet til at imødegå problemerne. Det fremgår klart af erfaringerne, at hvis de rette betingelser er til stede, kan stofrelateret hivsmitte hurtigt spredes i sårbare samfundsgrupper. EU's succes med at mindske den stofrelaterede udbredelse af hiv har ikke kunnet mærkes i mange af vores nabolande, hvor overførsel af virus, både på grund af intravenøs stofbrug og usikker sex, stadig er et stort folkesundhedsmæssigt

problem. Den seneste politiske og økonomiske udvikling har betydet, at flere borgere fra disse regioner rejser til EU-medlemsstater, hvilket kan sætte de allerede hårdt prøvede behandlingscentre under endnu større pres.

Det er derfor særligt bekymringsvækkende, at betingelserne for hivudbrud nu er til stede i en række EU-medlemsstater, også i lande, der ikke tidligere har haft større narkotikarelaterede forekomster af hiv, hvilket gør dem potentielt sårbare over for fremtidige problemer. Grækenland, der historisk har haft en lav prævalens, rapporterede om et lokalt hivudbrud blandt intravenøse stofbrugere i 2011, og situationen i en række af EU's østlige medlemsstater er også foruroligende, hvilket fremgår af det stigende antal hivsmittede i Bulgarien. Billedet er også mindre positivt i lande, der ellers har gjort fremskridt med at mindske stofrelaterede hiv-/aidsepidemier, f.eks. Estland og Litauen, der i de seneste år har skullet håndtere nye infektioner, men som nu er blevet mere sårbare og rapporterer om en stigning i antallet af smittede.

Tendenser inden for opioider: vigtigt at forstå markedsdynamikken

Internationalt og især i USA er der stigende bekymring over det øgede udbud og det deraf følgende øgede misbrug af ordinerede opioider, især smertestillende midler. Det er vanskeligt at vurdere fænomenets omfang i Europa ud fra de foreliggende data. Desuden kan man ikke foretage en direkte sammenligning mellem EU og andre dele af verden på grund af især de store forskelle i ordineringsmønstre og -regulering. Brugen af ulovlige syntetiske opioider i Europa synes for tiden især at omfatte brug af substitutionsstoffer, der er givet som narkotikabehandling. Desuden rapporterer nogle lande i Nord- og Centraleuropa nu om brug af fentanyl, der sandsynligvis fremstilles ulovligt uden for EU. Dette nye stof er særligt bekymringsvækkende og er generelt — i lyset af situationen i andre lande — et godt argument for at styrke vores kapacitet til at overvåge tendenser vedrørende misbrug af psykoaktive produkter, der udelukkende er tiltænkt behandlingsformål.

Da syntetiske opioider især bruges som substitution for heroin, kan oplysninger om brugen af dem give os et indblik i heroinmarkedet generelt. Et vigtigt spørgsmål på dette område er, i hvilket omfang udbudsbegrænsende foranstaltninger nu påvirker udbuddet af heroin på gaden i Europa. At de udbudsbegrænsende foranstaltninger er med til at mindske heroinudbuddet i Europa, understøttes af indikationer af, at nogle, men ikke alle EU-lande, oplevede en »herointørke« i slutningen af 2010, og

at dette også kan have påvirket ikke-EU-lande såsom Rusland og Schweiz. En alternativ forklaring på dette tilsyneladende fald i udbuddet er et nyligt udbrud af valmuesygdom i visse dele af Afghanistan. Men ved nærmere overvejelse er sidstnævnte forklaring ikke særligt sandsynlig, selv om andre begivenheder i Afghanistan og nogle gode resultater af politisamarbejdet mellem Tyrkiet og EU's medlemsstater kan have spillet en rolle. Alle kortsigtede forsyningsproblemer skal dog ses på baggrund af det langsigtede, relativt stabile heroinmarked i Europa.

Selv om oplysninger om herointilgængelighed er vigtige for at forstå dynamikkerne på det ulovlige stofmarked i Europa, skal det dog bemærkes, at det er vanskeligt at udtale sig med autoritet om dette spørgsmål. Der gøres nu mere avancerede forsøg på at øge denne viden på grundlag af analyser af både data om fremstilling og brug. Af forskellige tekniske grunde skal der dog stadig udvises stor forsigtighed, når der skal drages konklusioner på dette følsomme område. Der findes f.eks. ingen gode indikatorer for tilgængelighed på det europæiske marked. Skøn over opiumproduktionen i Afghanistan tages ofte for pålydende, selv om beregningsmetoderne på mange måder er problematiske. Kun sjældent indgår skøn over opiumproduktion i andre asiatiske lande. Desuden indgår »lagre« af opium eller heroin ofte i modellerne for heroinstrømme, selv om der er begrænset empirisk dokumentation for en sådan antagelse. En afklaring af forholdet mellem opiumproduktion og herointilgængelighed kompliceres yderligere af eksistensen af forskellige smuglerruter til og delmarkeder i EU og af, at der formodentlig går meget lang tid, fra opiummet høstes i Afghanistan, til stoffet når frem til gaderne i Europa.

Er overdosisdødsfald kun toppen af isbjerget?

Det typiske dødsoffer for en overdosis i Europa er en mand i trediveerne med lang tids brug af opioider bag sig. Det er almindeligt kendt, at deltagelse i stofbrugsbehandling, især substitutionsbehandling, sænker risikoen for en overdosis. Men trods den dramatiske stigning i behandlingsudbuddet i årenes løb har antallet af brugere, der dør af en overdosis i Europa, været stabilt. En reduktion af dette antal er derfor en stor udfordring for behandlingscentrene i Europa. I øjeblikket er man i færd med at evaluere nogle innovative programmer, og der sker en vis udvikling på området, hvor udgangspunktet ofte er situationer, der er kendt for at udgøre en særlig risiko for opioidbrugere, såsom løsladelser fra fængsler eller hvis en bruger forlader en behandling før tid. Dette arbejde er bestemt vigtigt, men løser kun

en del af problemet. Undersøgelser viser, at dødsfald på grund af overdosis tegner sig for et sted mellem en tredjedel og to tredjedele af den samlede dødelighed blandt stofbrugere. Andre hyppige dødsårsager er aids, selvmord og traumer. Disse undersøgelsesresultater drøftes indgående i en publikation, der ledsager denne beretning, hvori der gøres rede for denne befolkningsgruppes høje overdødelighedsrisiko, og hvordan behandlingscentre kan være med til at mindske de menneskelige omkostninger ved langvarig stofbrug.

Er kokainboblen bristet?

I løbet af de sidste ti år er kokain blevet det mest brugte stimulerende stof i Europa, om end det kun er i et begrænset antal lande, man har konstateret et højt brugsniveau. Kommentatorer har gjort opmærksom på, at dette stofs popularitet til dels skyldes dets image, idet kokain ofte beskrives som en fast bestanddel af en rig, moderne livsstil. Virkeligheden for en regelmæssig bruger af kokain er imidlertid en helt anden. Det positive image bliver mere og mere plettet i takt med den stigende erkendelse af kokainrelaterede problemer, som har ført til et øget antal hasteindlæggelser, dødsfald og behandlingsanmodninger. De økonomiske udgifter til et regelmæssigt forbrug af kokain kan gøre det til et mindre attraktivt alternativ i lande, hvor krisen kradser. Nye data rejser spørgsmålet om, hvorvidt dette stofs popularitet nu har toppet. Nylige undersøgelser viser en vis nedgang i brugen i de lande, der havde det største prævalensniveau, men billedet er dog knap så klart andre steder. Data om stofudbud er heller ikke entydige. Mængden af beslaglagt kokain er faldet betydeligt siden 2006, og generelt har der været en nedgang i både pris og renhed. Men selv om mængderne er faldet, er antallet af beslaglæggelser steget, og smuglerne tilpasser øjensynligt hele tiden deres praksis til bekæmpelsesindsatsen, således at der bl.a. er en risiko for, at dette stof spredes til nye brugere.

MDMA på ny fremmarch

I de seneste år har det europæiske ecstasymarked gennemgået en periode, hvor det blev stadigt vanskeligere at få fat i tabletter, som indeholdt MDMA. Normalt indeholdt de såkaldte ecstasypiller, som blev solgt på det sorte marked, andre stoffer, ofte et piperazin, med det resultat at nogle af dem, der købte, hvad de troede var et ulovligt stof, rent faktisk købte et ikkekontrolleret stof. Den lave mængde MDMA i ecstasypiller ser ud til at hænge sammen med knaphed på den vigtigste prækursor, PMK, hvilket muligvis skyldes vellykkede begrænsningsforanstaltninger. De seneste data peger

Skøn over stofbrug i Europa – i korte træk

Disse skøn vedrører den voksne befolkning (15-64 år) og er baseret på de seneste tilgængelige data (undersøgelser foretaget mellem 2001 og 2009/2010, især 2004-2008). Fuldstændige data og metodebeskrivelser findes i den ledsagende statistical bulletin.

Cannabis

Langtidsprævalens: omkring 78 millioner (23,2 % af de voksne europæere)

Brug inden for de seneste 12 måneder: ca. 22,5 millioner voksne europæere (6,7 %) eller en tredjedel af brugere med langtidserfaring

Brug inden for de seneste 30 dage: ca. 12 millioner (3,6 %)

Landevariation i det sidste års forbrug: 0,4 % til 14,3 %

Kokain

Langtidsprævalens: omkring 14,5 millioner (4,3 % af de voksne europæere)

Brug inden for de seneste 12 måneder: ca. 4 millioner voksne europæere (1,2 %) eller en tredjedel af brugere med langtidserfaring

Brug inden for de seneste 30 dage: ca. 1,5 millioner (0,5 %)

Landevariation i det sidste års forbrug: 0,0 % til 2,7 %

Ecstasy

Langtidsprævalens: omkring 11 millioner (3,2 % af de voksne europæere)

Brug inden for de seneste 12 måneder: ca. 2,5 millioner (0,7 %) eller en femtedel af brugere med langtidserfaring

Landevariation i det sidste års forbrug: 0,1 % til 1,6 %

Amfetaminer

Langtidsprævalens: omkring 12,5 millioner (3,8 % af de voksne europæere)

Brug inden for de seneste 12 måneder: 1,5-2 millioner (0,5 %) eller op til en sjettedel af brugere med langtidserfaring

Landevariation i det sidste års forbrug: 0,0 % til 1,1 %

Opioider

Problematisk opioidbrugere: anslås til mellem 1,3 og 1,4 millioner europæere

Omkring 700 000 opioidbrugere var i substitutionsbehandling i 2009

Primært stof i over 50 % af alle anmodninger om behandling for stofbrug

Narkotikaforårsagede dødsfald: omkring 7 600, hvoraf opioider blev fundet i omkring tre fjerdedele

imidlertid på øget tilgængelighed af MDMA, og nogle steder rapporteres der om tabletter med meget høj dosis og pulvere med en høj renhedsgrad.

De nuværende produktionsmetoder for MDMA ser ud til at være baseret på enten safrol eller i stigende grad importerede kemiske stoffer såsom PMK-glycidat og alfa-fenylacetoacetonitril, der har samme struktur som, men som ikke er identiske med, de hidtil brugte kontrollerede prækursorer. Denne udvikling stemmer overens med udviklingen på området for »legal highs«, hvor ikkekontrollerede produkter erstatter kontrollerede produkter. Disse kemiske stoffer vælges ud fra to kriterier: Det nye stof må ikke være omfattet af kontrol, og det skal let kunne konverteres til en prækursor, som kan bruges til MDMA-syntese.

Dette er endnu et bevis på, hvor tilpasningsdygtige producenterne af syntetiske stoffer er. Et tilsvarende fænomen er blevet observeret på amfetaminmarkedet, hvor prækursorer er blevet kemisk »maskeret« for at undgå eksisterende grænse- og salgskontrolmekanismer. Da producenterne bliver mere teknisk avancerede og finder nye måder at omgå begrænsningsforanstaltninger og -reguleringer på, er muligheden for at ændre og konvertere stoffer endnu en udfordring, der skal håndteres i den eksisterende narkotikakontrolindsats.

Nye psykoaktive stoffer: den rette indsats

De mange nye, ikkekontrollerede psykoaktive stoffer, der kommer på markedet i en lind strøm, er en stigende udfordring for de nuværende modeller for narkotikakontrol.

I 2010 var tallet rekordhøjt, 41 nye stoffer blev indberettet til EU's system for tidlig varsling, og de foreløbige tal for 2011 tyder ikke på nogen nedgang på dette område. Dette afspejler både, at der fortsat kommer nye stoffer og produkter på markedet, og at der i stigende grad gøres brug af proaktive foranstaltninger for at identificere nye stoffer. Internettet er et af de vigtigste salgssteder for disse stoffer, og de foreløbige resultater fra EONN's seneste onlineundersøgelse (juli 2011) viser en stadig stigning i antallet af onlinebutikker, der sælger psykoaktive produkter. Det ser også ud til, at salgspraksis på dette område er blevet mere avanceret, bl.a. med indførelsen af adgangsbegrænsning og beskyttelse af køberes og sælgeres identitet. Desuden er der rapporteret om salg af ulovlige stoffer på lukkede websteder. Det er uklart, i hvilket omfang denne form for udvikling kommer til at udgøre en særlig trussel i fremtiden, men i lyset af hvor hurtigt dette område forandrer sig, er det noget, der bør holdes nøje øje med.

Forbedring af kapaciteten til at opspore nye stoffer

Den retlige mekanisme, der understøtter det europæiske tidlige varslingssystem, er under revision. Europa-Kommissionen har foretaget en evaluering af styrkerne ved det eksisterende system og behovet for at øge Europas kapacitet til at reagere på den hurtige udvikling på dette område. Selv om Europa har været på forkant med hensyn til at opspore nye psykoaktive stoffer, blev dette problems globale dimensioner gjort klare under drøftelserne på et teknisk symposium, som EONN var vært for i 2011. Internationale eksperter bekræftede, at produkter med nye psykoaktive stoffer nu kan købes i mange dele af verden, også i Nord-, Syd- og Mellemamerika, Mellemøsten, Oceanien og dele af Asien, og at det er et fælles problem at identificere det stadigt stigende udbud af forskellige stoffer på et marked i hurtig forandring. Eksperternes konklusion efter dette møde var, at udfordringerne ved de nye stoffer vil kræve en mere proaktiv markedsovervågning og udveksling af kriminaltekniske oplysninger samt en bedre identificering af sundhedsproblemer, der skyldes stofbrug.

Fremtidsudsigter: nye produkter og samspil mellem markeder

De fleste nye psykoaktive stoffer, der indberettes til det tidlige varslingssystem, er enten stimulanser eller syntetiske cannabinoider, hvilket i det store og hele afspejler markedet for ulovlige stoffer i Europa. Nye stoffer af disse typer vil sandsynligvis fortsat komme på markedet. Producenterne ser ud til at efterforske andre stoffer med en psykoaktiv virkning, der kan være tiltrækkende for kunderne. Der findes en omfattende, tilgængelig forskningslitteratur, som de kan bruge til dette formål, og det vækker bekymring for, at resultater af lægemiddelforskning fremover vil kunne bruges til at opfinde flere nye psykoaktive stoffer.

Det politiske fokus på dette område har især ligget på de nye stoffers retlige status, men det er også vigtigt at se dem i sammenhæng med det generelle stofmarked. Som eksempel herpå har brugere rapporteret, at mephedron (jf. kapitel 8) sælges over internettet, men også gennem de samme ulovlige forsyningsnetværk, der sælger stoffer såsom ecstasy og kokain. Som tidligere nævnt kan ikkekontrollerede psykoaktive stoffer sælges som ecstasytalletter på det ulovlige marked. Omvendt er det kontrollerede stof PMMA for nylig blevet identificeret i nogle produkter, der blev solgt som »legal highs«. Som helhed er udviklingen på dette område foruroligende, fordi der i stigende grad er et sammenfald mellem markedet for hhv. »legal highs« og ulovlige stoffer.

Cannabis: politiske dilemmaer

Cannabis er stadig Europas mest populære ulovlige stof, men det er også det stof, som der er flest delte meninger om. Den seneste Eurobarometerundersøgelse af unges holdning til stofbrug viste således, at holdningerne til et forbud mod cannabis er mere blandede end for andre stoffer. Globalt går udviklingen af cannabispolitikker ikke i nogen entydig retning. Udviklingen af politikker i USA og Nederlandene er et interessant eksempel. I nogle amerikanske stater går udviklingen i retning af at liberalisere adgangen til cannabisblade til medicinske formål. I Nederlandene er der sket en skærpelse af politikernes holdning til den nationale dyrkning af cannabis og til reglerne for salg i de såkaldte coffeshopper.

Der er en intens debat om, i hvilket omfang ændringer i narkotikapolitikken påvirker brugen af cannabis. Dataene i denne beretning giver ikke mulighed for at fastslå en direkte sammenhæng mellem de seneste tal for brug af disse stoffer og ændringer i retning af enten at hæve eller sænke straffen for brug, hvilket tyder på, at der er mere komplekse processer på spil. Generelt kan det siges, at der i de europæiske cannabispolitikker i løbet af de sidste ti år har været en tendens til at fokusere på overtrædelser såsom smugling og forsyning og ikke så meget på brug af stoffet. En grund til dette er, at man har ønsket at undgå de mulige negative følger af at bringe et stort antal unge i kontakt med det strafferetlige system, især hvis de ikke er regelmæssige brugere. Tallene viser dog, at antallet af overtrædelser i relation til cannabisbrug i Europa er stigende, hvilket skal ses på baggrund af en stabil eller endog faldende prævalens. Dette understreger en mulig forbindelse mellem de politiske målsætninger og praksis. Dette er vanskeligt at forklare, men dataene kan afspejle, at indførelsen af flere administrative sanktioner for brug resulterer i en øget sandsynlighed for, at de så også vil blive anvendt i praksis.

Cannabisproduktion: et stigende problem

Europa er stadig det største globale marked for cannabisharpiks. Historisk har Marokko været det største producentland af harpiks til det europæiske marked. De seneste indberetninger tyder dog på, at

cannabisharpiks i stigende grad importeres fra andre lande såsom Afghanistan og Libanon. Dette underbygges af nylige UNODC-markundersøgelser, der viser en omfattende produktion af cannabisharpiks i Afghanistan. Cannabisblade, der importeres til EU, kommer især fra nabolande til Balkanregionen og i mindre grad fra visse lande i Afrika og Asien. De fleste EU-medlemsstater rapporterer nu om national cannabisdyrkning, et fænomen, der ser ud til at være stigende. Dette fremgår af eksistensen af »growshopper«, der specialiserer sig i udstyr til cannabisdyrkning. Dyrkningen foregår normalt indendørs og kan være af begrænset omfang, men det kan også være store produktionssteder, som drives af kriminelle bander. En bivirkning af dette er, at der i nogle lande nu rapporteres om et øget antal voldsepisoder og andre forbrydelser i tilknytning til store produktionssteder. Udviklingen på det europæiske cannabismarked vil blive indgående behandlet i en kommende udgave af EONN's »Insight«.

Retningslinjer, normer og udveksling af effektiv praksis

Vor tids narkotikaproblemer er komplekse og forandrer sig konstant, og det er derfor vigtigt, at forskningsresultater og viden fra vellykkede foranstaltninger udveksles mest muligt. Der er derfor iværksat en række europæiske initiativer med det formål at identificere og fremme udveksling af god praksis. I 2011 afholdt Europa-Kommissionen i samarbejde med EONN en konference, hvor man fastlagde minimumskvalitetsnormer og benchmarks for efterspørgselsbegrænsende programmer. EONN har desuden afsat flere webbaserede ressourcer til formidling af evidensbaseret praksis. Det bør dog bemærkes, at det, at der foreligger beviser, ikke automatisk er ensbetydende med, at disse omsættes til praksis. Et eksempel herpå kan findes på forebyggelsesområdet, hvor miljøstrategier ofte er blandt de mindst hyppigt forekommende foranstaltninger trods en mere og mere underbygget dokumentation for deres effektivitet. Udgangspunktet for indførelsen af god praksis må imidlertid være en forståelse af, hvilke tilgange der har vist sig at give de bedste resultater. Og i takt med at den dokumentation, der danner baggrund for de politiske valg, bliver mere og mere omfattende, bliver det sværere og sværere at begrunde investeringer i tilgange, der ikke er underbygget af god dokumentation.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Kapitel 1

Politikker og lovgivninger

Indledning

EU's nuværende narkotikastrategi bliver afsluttet i 2012, og derfor indeholder dette kapitel en gennemgang af udviklingen i EU's narkotikapolitiske tilgang over de sidste 20 år. De strategier, der for nylig er vedtaget af visse lande uden for EU, undersøges for at se, om der er tegn på konvergens eller forskelle i forhold til den europæiske tilgang. De senest vedtagne nationale narkotikastrategier i Europa gennemgås også kort.

En oversigt over undersøgelser af offentlige udgifter afholdt af EU-medlemsstaterne præsenteres her for at sætte fokus på, hvordan emnet er blevet behandlet på forskellig vis, og på behovet for forbedret og harmoniseret dataindsamling på dette område. I kapitlet gennemgås også de ændringer i straffene for narkotikabesiddelse, der har fundet sted i de europæiske lande i de seneste ti år, og den seneste udvikling i narkotikarelateret forskning.

Politisk udvikling internationalt og i EU

Vejen til nye narkotikapolitiske initiativer i EU

Den nye narkotikapolitiske ramme, der er ved at blive udviklet af Europa-Kommissionen, bliver et af de første narkotikapolitiske dokumenter, som vedtages under Lissabontraktaten (se EONN, 2010a). Forberedelsesarbejdet omfatter en endelig ekstern evaluering af EU's narkotikastrategi for 2005-2012. Denne evaluering skal bygge på interviews med interessenter fra medlemsstater, tredjelande og internationale

organisationer og på analyse af strategidokumenter og tendensrapporter. Europa-Kommissionens civilsamfundsforum om narkotika bidrager med et oplæg. Endvidere har medlemmer fra forskellige politiske grupper i Europa-Parlamentet afholdt møder og høringer for at drøfte EU's nuværende og fremtidige narkotikapolitik. Disse forskellige diskussioner og indlæg vil sammen med evalueringen bidrage til udviklingen af en omfattende EU-narkotikapolitik for perioden efter 2012.

Tyve år med EU's narkotikapolitik

Siden begyndelsen af 1990'erne har EU vedtaget otte narkotikastrategier eller handlingsplaner (se figur 1), og de forskellige dokumenters skiftende indhold afspejler udviklingen i EU's tilgang til narkotika. Foranstaltninger med det formål at begrænse både udbuddet af og efterspørgslen efter narkotika indgik i de første to europæiske narkotikaplaner. Idéen med en integreret tilgang, hvor begge disse elementer blev koblet sammen, optrådte første gang i planen for 1995-1999. I den strategi, der blev vedtaget i 2000, blev EU's tilgang defineret som både integreret og afbalanceret, idet foranstaltninger til efterspørgselsbegrænsning og udbudsbegrænsning fik tildelt den samme politiske vægt. Denne ændrede tilgang afspejles både i titlerne på disse EU-strategidokumenter, hvor »planer til bekæmpelse af narkotika« blev efterfulgt af de mere neutralt lydende »narkotikastrategier« og »handlingsplaner«. Med hensyn til indhold har en af de mest iøjnefaldende ændringer i løbet af den sidste snes år været indførelsen af mål for skadesbegrænsning i forbindelse med

Figur 1: Tidslinje for EU's narkotikapolitiske dokumenter



efterspørgselsbegrænsningen i EU's dokumenter om narkotikapolitik.

Politikvurdering og -evaluering blev ikke nævnt i de første to EU-planer, da prioriteten i begyndelsen af 1990'erne var at skabe et pålideligt europæisk informationssystem om narkotika. Vurdering af gennemførelsen blev indført i 1995-planen, men først i narkotikastrategien for 2000-2004 blev evaluering konsolideret som en integreret del af EU's tilgang til narkotika. Siden da er alle EU's narkotikastrategier og -handlingsplaner blevet evalueret, og resultaterne er blevet brugt som vejledning for efterfølgende strategidokumenter. EU's nye narkotikapolitiske ramme kommer til at følge dette princip og vil for første gang blive baseret på en ekstern evaluering af den foregående strategi.

Internationalt perspektiv

Uden for EU blev der for nylig offentliggjort en række nationale eller regionale strategier, bl.a. af Australien, Rusland, USA og Organisationen af Amerikanske Stater (OAS) (!). En gennemgang af indholdet af disse strategidokumenter viser, i hvilken grad de karakteristiske træk ved EU's tilgang deles med andre lande.

Den amerikanske narkotikakontrolstrategi for 2010 præsenteres som en ny retning inden for narkotikapolitikken, hvor narkotikabrug hovedsageligt opfattes som et folkesundhedsspørgsmål, og hvor efterspørgslen efter narkotika anerkendes som den primære årsag til narkotikaproblemet i landet. Strategien lægger vægt på forebyggelse, behandling og genopretning efter afhængighed, og der opfordres til, at behandling af afhængighed integreres i den almindelige

medicin som andre kroniske lidelser. Den amerikanske strategi går igen i OAS' Hemispheric Drug Strategy, hvor narkotikaafhængighed beskrives som en kronisk recidiverende sygdom, der bør behandles som sådan. Den første russiske narkotikastrategi (2010-2020) bygger på en erkendelse af omfanget af narkotikaproblemet, som er karakteriseret ved væksten i ulovlig narkotikabrug og dens bidrag til spredningen af smitsomme sygdomme. I OAS-strategien og den russiske og amerikanske strategi fremhæves betydningen af en afbalanceret tilgang. Den australske narkotikastrategi (2010-2015) har det bredeste anvendelsesområde af de fire dokumenter, idet den dækker alle psykoaktive stoffer, der kan forårsage afhængighed og sundhedsproblemer, nemlig alkohol, tobak, ulovlige stoffer og andre stoffer. En minimering af skaden er den overordnede tilgang i denne strategi.

En evidensbaseret tilgang til efterspørgselsbegrænsning sammen med resultatevaluering er kendetegnende for OAS-strategien og den australske og amerikanske strategi. Lande, der indfører Hemispheric Drug Strategy, forpligter sig til at lade deres nationale politikker og tiltag underkaste en periodisk uafhængig evaluering, og resultaterne heraf vil være bestemmende for bevillingen af ressourcer. De 106 punkter i den amerikanske strategi skal revideres og ajourføres årligt med henblik på at opfylde strategiens mål, som omfatter en reduktion på 15 % i udbredelsen af narkotikabrug blandt 12-17-årige og en reduktion på 10 % blandt unge voksne inden 2015. Resultaterne af den australske strategi vil blive vurderet efter tre kriterier: afbrydelse af det ulovlige narkotikaudbud, narkotikabrug og dertil knyttet skade. I den russiske strategi lægges der vægt på bedre overvågnings- og dataindsamlingsværktøjer, men man

Tabel 1: Nyligt vedtagne nationale narkotikapolitiske planlægningsdokumenter

Land	Planlægningsdokumentets titel	Tidshorizont	Hovedfokus	Noter
Tjekkiet	Strategi	2010-2018	Ulovlige stoffer	Suppleret af en handlingsplan for 2010-2012
Danmark	Handlingsplan	2010 og frem	Ulovlige stoffer	
Italien	Handlingsplan	2010-2013	Ulovlige stoffer	Suppleret af en projektplan 2010
Letland	Program	2011-2017	Ulovlige stoffer	
Litauen	Program	2010-2016	Ulovlige stoffer	Suppleret af årlige handlingsplaner
Luxembourg	Strategi- og handlingsplan	2010-2014	Ulovlige stoffer	Strategien omfatter også alkohol, tobak, lægemidler og afhængighedsadfærd
Polen	Program	2011-2016	Ulovlige stoffer	
Portugal	Handlingsplan	2009-2012	Ulovlige stoffer	Anden handlingsplan under strategiplan 2005-2012
Rumænien	Handlingsplan	2010-2012	Ulovlige stoffer	Anden handlingsplan under strategien for 2005-2012
Det Forenede Kongerige	Strategi	2010 og frem	Ulovlige stoffer	Erstatter strategien for 2008-2018, der blev vedtaget af den tidligere regering
Tyrkiet	Handlingsplan	2010-2012	Ulovlige stoffer, alkohol, tobak	Anden handlingsplan under den nationale strategi 2006-2012

Kilde: Nationale Reitoxknudepunkter.

(!) OAS er en regional organisation, der samler alle 35 uafhængige stater på det amerikanske kontinent, hvor det er det vigtigste forum for mellemstatsligt samarbejde.

afviser udtrykkeligt opioidsstitutionsbehandling, et tiltag, der opfattes som en central evidensbaseret tilgang i EU-strategien. Det er også bemærkelsesværdigt, at kampagner i massemedierne indgår i både den russiske og amerikanske strategi, til trods for at der ikke foreligger megen dokumentation for, at de virker.

Alt i alt ser der ud til at være en vis konvergens i narkotikastrategierne internationalt. Selv om man i den første russiske narkotikastrategi erkender problemet og lægger vægt på overvågning, er strategien udtryk for en ideologisk holdning, som ikke deles af de andre strategier, mens både USA og OAS ser ud til at nærme sig EU-modellen. Den australske tilgang indeholder mange af EU-politikens elementer, men er anderledes med hensyn til den brede vifte af stoffer, der er omfattet.

Nationale narkotikastrategier

Et centralt element i Europas narkotikapolitiske model er indførelsen af nationale narkotikastrategier og -handlingsplaner, og disse findes nu i næsten alle de 30 lande, der overvåges af EONN. I de fleste af disse lande er det seneste narkotikaplanlægningsdokument under tre år gammelt. Disse dokumenter indeholder en beskrivelse af narkotikasituationen og regeringens mål på dette område med specifikation af deres aktioner og de parter, som er ansvarlige for gennemførelsen heraf. Der opstilles ofte kriterier til at måle hver aktions succes, og der vil i stigende grad blive foretaget en endelig evaluering af strategien eller handlingsplanen.

Den seneste udvikling

11 lande har for nylig vedtaget nye nationale narkotikastrategier eller handlingsplaner (tabel 1) med tidshorisonter fra tre til ni år. Heraf falder 3 landes (Portugal, Rumænien, Tyrkiet) narkotikaplanlægningsdokumenter sammen med den aktuelle EU-narkotikastrategi (2005-2012). Skønt alkohol og tobak undertiden nævnes, fokuserer de fleste narkotikaplanlægningsdokumenter primært på ulovlige stoffer, og mange lande har separate nationale alkohol- og tobakshandlingsplaner. En af de få undtagelser, en kombineret narkotika- og alkoholstrategi, der skal vedtages i Irland, blev forsinket på grund af parlamentsvalget i begyndelsen af 2011.

En forsinkelse i vedtagelsen af et nyt narkotikaplanlægningsdokument efter et regeringsskifte blev også rapporteret af Nederlandene ^(?), mens den nyvalgte ungarske regering nævnte, at den havde til hensigt at erstatte den narkotikastrategi,

Udviklingen i narkotikapolitikken

Den seneste udvikling i Det Forenede Kongerige har været at genskabe balance i de narkotikapolitiske mål hen imod at fremme genopretning, idet flere narkotikaplanlægningsdokumenter har fokuseret på behandlingsresultater og social reintegration af stofbrugere ⁽¹⁾ og på at gøre målet om genopretning til et centralt element i narkotikapolitikken ⁽²⁾. Tidligere politikker sigtede primært mod at øge antallet af personer, der havde adgang til narkotikabehandling, især opioidsstitutionsbehandling, mens nogle af de nye har et stærkere fokus på servicekvalitet. Vi har til gode at se, hvordan disse nye retninger i politikken vil udmønte sig i ændringer i narkotikabehandlings- og sociale reintegrations-tjenester. Endvidere er der spørgsmålet om, hvorvidt det peger mod mere dybtgående forandringer i narkotikapolitikken i fremtiden. En gennemgang af evidensgrundlaget for genopretning viste, at flere afgørende faktorer for at nå et narkotikafrit liv og blive et aktivt medlem af samfundet ligger uden for narkotikapolitikens rækkevidde og hænger sammen med individuelle karakteristika og bredere socialpolitikker (Best et al., 2010). At ændre disse kan, især hvis det kræver yderligere finansielle ressourcer, være vanskeligt for regeringerne på et tidspunkt, hvor de skærer ned på offentlige udgifter.

Portugals aktuelle narkotikapolitik er over ti år gammel, men den har fået stigende opmærksomhed i de senere år, først fra analytikere med speciale i narkotikapolitik og fra støttegrupper, men nu også fra regeringer i Europa og andre steder. Kernen i den portugisiske politik er afkriminalisering af stofbrug og den rolle, som »kommissionerne for modvirkning af stofmisbrug« under sundhedsministeriet (EONN, 2011b) spiller. Disse organer vurderer narkotikabrugeres situation og har beføjelse til at yde støtte eller pålægge sanktioner. Ingen andre lande har endnu indført denne model, men et udvalg oprettet af den norske regering har for nylig foreslået at udvikle lignende tværfaglige domsmyndigheder i Norge.

⁽¹⁾ Det Forenede Kongeriges strategi for 2008.

⁽²⁾ Den skotske strategi for 2008 og den britiske strategi for 2010.

dens forgænger havde vedtaget året før. 4 andre lande (Estland, Slovenien, Sverige og Tyskland) rapporterede, at de var ved at udvikle og vedtage nye narkotikaplanlægningsdokumenter i 2011, mens Norge forlængede sin handlingsplan (2007-2010) til 2012.

Offentlige udgifter

I Europa er de offentlige udgifter til alle aspekter af narkotikafænomenet blevet undersøgt nøje i løbet af det sidste tiår (EONN, 2008c). I dette afsnit undersøges de tilgængelige omfattende skøn over

^(?) En ny strategi blev fremlagt for Parlamentet i 2011 i form af et »narkotikabrev«.

nationale narkotikarelaterede offentlige udgifter i Europa. Formålet er at få indblik i to vigtige spørgsmål om offentlige udgifter. For det første hvilken andel af bruttonationalproduktet (BNP) landene bruger på narkotikaproblemet, og for det andet hvordan disse midler fordeles på de forskellige aktivitetsområder, især opdelingen mellem tiltag til udbudsbegrænsning og efterspørgselsbegrænsning.

Mængden og kvaliteten af de tilgængelige informationer om narkotikarelaterede offentlige udgifter varierer meget landene imellem. De tilgængelige undersøgelser omfatter forskellige år, anvender en række metodologier og henviser til lande med forskellige offentlige sektorstrukturer. Forskelle i metoder til at kontere narkotikarelaterede udgifter begrænser i høj grad mulighederne for nationale sammenligninger. Nogle af de midler, regeringerne afsætter til udgifter til opgaver i forbindelse med narkotika, identificeres som sådanne i de nationale budgetter (»øremærkede«). Ofte er hovedparten af de narkotikarelaterede udgifter imidlertid ikke identificeret (»ikkeøremærkede«) og skal anslås gennem opstilling af modeller.

I det seneste tiår har mindst 12 lande forsøgt at finde frem til omfattende skøn over narkotikarelaterede udgifter (tabel 2). Disse lande har indberettet offentlige udgifter til narkotikaproblemet på fra 0,04 % af BNP til 0,48 % af BNP.

Som det ses på andre socialpolitiske områder, stiger den andel af BNP, staten bruger på aktiviteter i forbindelse med narkotika, i takt med at landene bliver rigere (OECD, 2006, Prieto, 2010). I Belgien, Det Forenede Kongerige, Luxembourg, Nederlandene, Sverige, Tjekkiet og Tyskland anslås det, at mindst 0,1 % af BNP blev brugt til narkotikarelaterede problemer. I Frankrig, Letland (kun øremærkede udgifter), Slovakiet og Ungarn tegnede de sig for mellem 0,1 % og 0,04 % af BNP. Når man tager hensyn til, at der blev anvendt forskellige metoder, og at graden af fuldstændighed varierer, adskiller disse værdier sig ikke meget fra skønnene for USA (0,42 %) (Reuter, 2006) og Australien (0,41 % af BNP) (Moore, 2008).

I undersøgelser af offentlige udgifter forsøger man også at anslå tildelingen af midler til forskellige typer af narkotikarelaterede problemer. Sammenligninger mellem landene skal imidlertid foretages med forsigtighed, da disse måske ikke anvender den samme klassificering af udgifterne. Blandt de 12 lande, der fremlægger fuldstændige skøn, tegnede udbudsbegrænsende aktiviteter — »håndhævelse af lovgivningen« eller »offentlig orden og sikkerhed« — sig for mellem 48 % og 92 % af det samlede beløb. Udgifter til retsvæsen, politi, toldvæsen og fængsler var de poster, som oftest blev indberettet.

Tabel 2: Skøn over narkotikarelaterede offentlige udgifter

Land	År	Tildeling af narkotikarelaterede offentlige udgifter (%)		Andel af BNP (%) (1)	Myndighedsniveau
		Begrænsning af efterspørgslen	Begrænsning af udbuddet		
Belgien	2004	43,4	56,2	0,10	Forbunds-, regions- og provinsmyndigheder samt kommunale myndigheder
Tjekkiet (2)	2006	8,2	91,8	0,20	Statslige, regionale og lokale myndigheder samt socialsikringen
Frankrig	2005	51,6	48,4	0,07	Staten
Tyskland	2006	35,0	65,0	0,22-0,26	Forbunds- og delstatsmyndigheder, lokale myndigheder samt socialforsikringen
Ungarn	2007	25,0	75,0	0,04	Staten
Letland (2)	2008	40,9	51,3	0,04	Staten og et lokalt program
Luxembourg	2009	43,0	57,0	0,10	Staten og socialsikringen
Nederlandene	2003	25,0	75,0	0,46	Staten og lokale myndigheder
Slovakiet	2006	30,0	70,0	0,05	Staten og socialsikringen
Finland	2008	45,0	55,0	0,07	Staten og lokale myndigheder
Sverige	2002	25,0	75,0	0,28	Uidentificerede offentlige sektorer (kun de involverede styrelser)
Det Forenede Kongerige	2005/06	41,3	58,7	0,48	Staten og regionale myndigheder

(1) På grund af forskelle mellem landenes metodologi, datakvalitet og fuldstændighed er værdierne for de narkotikarelaterede offentlige udgifter som en andel af bruttonationalproduktet (BNP) kun vejledende og skal ikke opfattes som udtryk for det fulde omfang af landenes offentlige udgifter til narkotikaproblemet.

(2) Kun øremærkede udgifter.

NB: Se en fuldstændig kildeliste i tabel PPP-10 i Statistical bulletin 2011.

Kilder: Nationale Reitorrapporter, Eurostat.

Recession: indvirkning af tiltag på narkotikaområdet

Den økonomiske recession, der ramte Europa i 2008, har påvirket EU-medlemsstaterne hårdt. Dens indvirkning på offentlige regnskaber kan blive langvarig og kan kræve politikker, der sigter mod at nedbringe statens underskud og gæld i de fleste lande. Europa-Kommissionen (2011) forudsiger, at de offentlige udgifter i EU (eksklusive rentebetaling) i 2011 for første gang i ti år vil falde, målt i faste priser.

Data om budgetbevillinger til tiltag i forbindelse med narkotika blev indsamlet af de nationale Reitoriknudepunkter med henblik på at få et første indblik i besparelsesforanstaltningernes virkninger på narkotikapolitikken. Af de 19 lande, der fremlagde information, rapporterede de 15 om nedskæringer i de disponible midler til nogle områder af narkotikapolitikken siden 2008. Størrelsen af nedskæringerne varierede dog betydeligt, idet de indberettede nedskæringer gik fra 2 % til 44 % afhængigt af land og politikområde.

De finanspolitiske stramninger ser ud til at have ramt forskellige narkotikapolitiske sektorer forskelligt. For øremærkede udgifter var de hårdest ramte områder forskning, forebyggelse, social reintegration og organisatoriske aktiviteter. De fleste lande ser ud til at have undgået at skære i deres budgetter til behandling, skønt nogle rapporterer om reorganisering af tjenester eller nedskæringer i udbuddet. Der blev også meldt om nedskæringer i midler til narkotikarelaterede programmer i fængsler eller retshåndhævende aktiviteter. Information om ikkeøremærkede udgifter, der tegner sig for broderparten af de narkotikarelaterede offentlige udgifter, er for de fleste lande ikke tilgængelig. Derfor kan spareforanstaltningerne, der rammer sektorer såsom retshåndhævelse, retsvæsen eller nogle områder af behandlingsudbuddet, være underreporteret.

Den måde, hvorpå landene kategoriserer udgifter til efterspørgselsbegrænsning, varierer markant i Europa. Udgifter til behandling eller sundhed tegner sig for omkring 40 % eller derover af det samlede beløb, der er indberettet for Belgien, Frankrig og Luxembourg. Udgifter til skadesbegrænsning blev identificeret af 5 lande og gik fra 0,1 % til 28,8 % af de anslåede narkotikarelaterede udgifter. 7 lande fremlagde data om udgifter til forebyggelse, og skønnene gik fra 1 % til 12 % af de samlede udgifter til narkotikaproblemer.

En række europæiske lande bruger allerede data om offentlige udgifter som et værktøj til planlægning og evaluering af gennemførelsen af narkotikapolitikker, mens andre, såsom Portugal og Slovakiet, melder om planer herfor. Det er dog fortsat en udfordring at udvikle et klart og fuldstændigt billede af de nationale

narkotikarelaterede offentlige udgifter i Europa. I øjeblikket er der ikke enighed om, hvordan de specifikke typer af narkotikarelaterede udgifter skal anslås. Med henblik på at forbedre nøjagtighed og sammenlignelighed på tværs af landene vil en omfattende kortlægning af de offentlige organer, der finansierer narkotikapolitikken, være nødvendig, og det samme gælder harmoniseringen af begreber og definitioner.

National lovgivning

Personlig besiddelse af narkotika: ti år med strafændringer i Europa

I de seneste ti år har 15 europæiske lande foretaget ændringer af deres straffe for besiddelse af små mængder narkotika. I henhold til artikel 3, stk. 2, i FN's konvention imod ulovlig handel med narkotika fra 1988 skal hver stat træffe foranstaltninger til at fastslå, at besiddelse af narkotika til personlig brug er en strafbar handling under forbehold af landets forfatningsmæssige principper og dets retssystems grundlæggende begreber. I Europa er dette blevet gennemført på forskellige måder. Besiddelse til personlig brug af ethvert ulovligt stof kan være en strafbar handling, en ikkestrafbar handling eller kan gælde for ikkestrafferetlige sanktioner for cannabis, mens besiddelse af andre stoffer fortsat er en strafbar handling.

Der kan identificeres tre brede typer af strafændringer inden for de seneste ti år: ændringer af overtrædelsens retlige status (strafferetlig eller ikkestrafferetlig), ændringer af kategorierne af stoffer, når kategorien afgør straffen, og ændringer af omfanget af strafferammen. De fleste af de lande, som har ændret deres straffe for besiddelse, har brugt en kombination af disse typer af ændringer, hvilket komplicerer en koncis analyse.

Det væsentligste skridt for lovgiverne er måske at ændre overtrædelsens retlige status, og det er sket i Portugal, Luxembourg og Belgien. I Portugal afkriminaliseredes besiddelse af alle stoffer til personlig brug i medfør af loven fra juli 2001. Dermed blev maksimumstraffen for besiddelse af små mængder narkotika reduceret fra tre måneders fængsel til en administrativ bøde pålagt af de nye »kommissioner til modvirkning af stofmisbrug«, som prioriterede sundhedsløsninger frem for strafferetlige sanktioner⁽³⁾. I Luxembourg blev det i maj 2001 fastslået, at besiddelse af cannabis til personlig brug er en særskilt strafbar handling med en mindre straf, idet det kun giver en bøde for første overtrædelse uden skærpene omstændigheder. Samtidig blev maksimumstraffene for besiddelse af alle andre stoffer end cannabis til personlig brug nedsat fra tre års fængsel til seks måneder. En

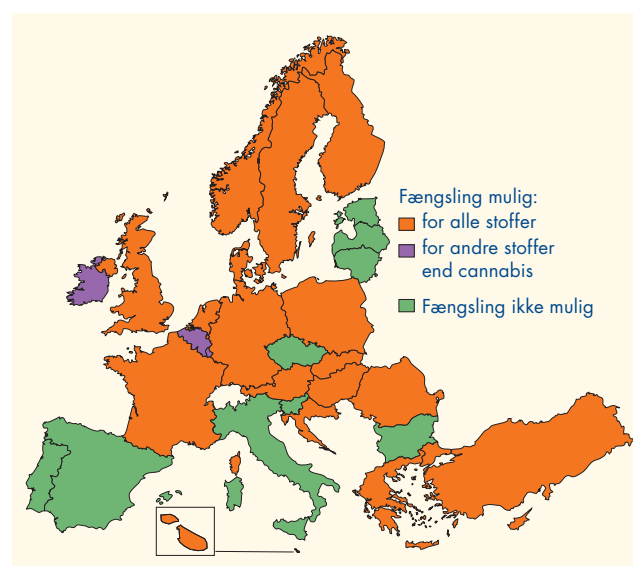
(3) En detaljeret analyse af virkningerne af afkriminaliseringen i Portugal blev offentliggjort for nylig (Hughes og Stevens, 2010).

lignende ændring skete i Belgien i maj 2003. Besiddelse af en lille mængde cannabis til personlig brug uden skærpene omstændigheder blev tidligere straffet med op til fem års fængsel, men det prioriteres nu lavest i retsforfølgningen og giver en politibøde.

Der blev også taget skridt til »afkriminalisering« i Estland og Slovenien. Før september 2001 kunne en ny administrativ overtrædelse med narkotikabesiddelse inden for 12 måneder efter den første straffes med op til tre års fængsel i Estland. Det blev slettet i den nye straffelov, så en ny overtrædelse som den første anses for at være en forseelse, der straffes med bøde eller administrativ frihedsberøvelse i op til 30 dage. I Slovenien fjernedes fængselsstraffe for alle forseelser i medfør af forseelsesloven fra januar 2005, heriblandt besiddelse af narkotika til personlig brug. Således blev maksimumstraffen nedsat fra 30 dages fængsel (eller fem dage for en mindre mængde) til bøde.

Uden at ændre lovovertrædelsens retlige status foretog seks lande ændringer i kategoriseringen af forskellige stoffer, idet kategorien afgør straffen. I Rumænien blev stofferne med loven fra 2004 inddelt i højrisiko- og risikokategorier. Straffen for højrisikostoffer fortsatte med at være to til fem års fængsel, mens stoffer i risikokategorien nu er omfattet af en lavere straf på fra seks måneders til to års fængsel. I Bulgarien indførte man med straffeloven fra 2006 specifikke straffe for overtrædelser, som ikke vedrørte distribution, nemlig et til seks års fængsel for højrisikostoffer (hvilket var en nedsættelse fra 10 til 15 år) og op til fem år for risikostoffer (en nedsættelse fra tre til seks år). Det blev også understreget, at mindre overtrædelser kunne straffes med bøde. I henhold til den nye straffelov fra januar 2010 anvender Tjekkiet en lavere maksimumstraf for cannabis (et års fængsel) end for andre stoffer (uforandret på to år) for personlig besiddelse af en »større mængde end lille«. Omvendt fjernede Italien ved udgangen af 2006 strafforskellene mellem ulovlige stoffer, mens den maksimale varighed af administrative sanktioner såsom inddragelse af kørekort blev øget til et år for alle ulovlige stoffer. I Det Forenede Kongerige blev cannabis i 2004 omklassificeret fra klasse B til klasse C, hvilket sænkede maksimumstraffene for personlig besiddelse fra fem til to års fængsel, og der blev udsendt nationale retningslinjer til politiet om ikke at anholde, men at give en uformel advarsel, hvis der ikke forelå skærpene omstændigheder. I januar 2009 blev cannabis omklassificeret fra klasse C til klasse B, hvorved maksimumstraffen endnu en gang blev øget til fem års fængsel. I de reviderede nationale retningslinjer til politiet tilrådedes fortsat en uformel advarsel for en første overtrædelse.

Figur 2: Lovbestemte straffe: mulighed for fængsling for besiddelse af narkotika til personlig brug (mindre forseelser)



NB: Se yderligere oplysninger i EU's juridiske database om narkotika (ELDD). Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter og ELDD.

En tredje gruppe af lande ændrede straffen for personlig besiddelse uden at gøre noget ved den retlige status eller relative skader. Straffen for personlig besiddelse blev for alle stoffer simpelthen ændret i fire lande og også i Slovakiet, hvor overtrædelsen blev omdefineret. I Finland medførte en straffelovsændring i 2001, at maksimumstraffen for en mindre narkotikaovertrædelse blev nedsat fra to års til seks måneders fængsel, hvilket gav anklagemyndigheden mulighed for at behandle de fleste sager med en bøde. I Grækenland blev maksimumstraffen for brug eller besiddelse af små mængder til eget brug af en ikkeafhængig bruger i 2003 nedsat fra fem til et års fængsel. Denne overtrædelse vil ikke blive påført straffeattesten, hvis der ikke sker nogen ny overtrædelse inden for en femårig periode. I Danmark blev der i maj 2004 udsendt en retningslinje til anklagemyndighederne om, at den normale reaktion mod mindre overtrædelser vedrørende narkotikabesiddelse skulle være en bøde, ikke en advarsel. I 2007 blev dette fastsat ved lov. I Frankrig udvidede man med loven fra 2007 viften af juridiske muligheder for at inkludere et »narkotikabevindsthedskursus« rettet mod lejlighedsvis narkotikabrugere og unge. Omkostningerne til kurset skal betales af overtræderen. I 2005 blev definitionen af »besiddelse til personlig brug« i den slovakiske straffelov udvidet fra én til tre doser af et ulovligt stof, mens maksimumstraffen forblev uforandret. Der kan også idømmes overtrædere to nye straffe, overvåget afsoning i hjemmet i op til et år eller samfundstjeneste på mellem 40 og 300 timer. Med ændringen indførtes

også en ny overtrædelse, »besiddelse af en større mængde til personlig brug«, der defineres som maksimalt ti doser, hvilket straffes med op til fem års fængsel. Tidligere ville det have været narkotikahandel, som er en lovovertrædelse, der straffes med to til otte års fængsel.

Motiverne til ændringen er komplekse og varierer fra land til land. F.eks. er lovene blevet ændret for at få adgang til misbrugere (Portugal), for at forenkle straffen (Belgien, Finland, Det Forenede Kongerige i 2004), for at harmonisere straffene for forseelser (Estland, Slovenien) og for at anføre skadesniveauer (Bulgarien, Tjekkiet, Frankrig, Italien, Luxembourg, Rumænien og Det Forenede Kongerige i 2009).

Med hensyn til en overordnet europæisk tendens i straffene for personlig besiddelse af narkotika kan det siges, at straffene blev nedsat i første halvdel af tiåret, men forhøjet i den anden halvdel. Skønt flertallet af lande har bevaret fængsel som en sanktionsmulighed (figur 2), er det dog mere væsentligt, at intet land har indført strafferetlige straffe eller øget fængselsstraffene over den tiårige periode. I den henseende er der tegn på konvergens i Europa i retning af lavere straffe for personlig besiddelse af narkotika.

Forskning på narkotikaområdet

Styrkelse af EU's forskningskapacitet

Styrkelse af forskningskapaciteten på narkotikaområdet har stået på EU's dagsorden i de senere år. I 2010 fandt Rådets første årlige udveksling om narkotikarelateret forskning sted, hvor Europa-Kommissionen fremlagde en oversigt over EU-finansierede forskningsprojekter og fremhævede merværdien af sådanne initiativer. EONN præsenterede en oversigt over mekanismer og emner inden for narkotikarelateret forskning i medlemsstaterne og sit Videnskabelige Udvalgs henstillinger om fremtidige forskningsprioriteter ⁽⁴⁾.

EU-forskningen finansieres hovedsageligt gennem det syvende rammeprogram for forskning og teknologisk udvikling (RP7), der løber frem til 2013. Under RP7's program »Samarbejde« er der indkaldelser af forslag af særlig relevans for narkotikaforskningen ⁽⁵⁾. Der er bl.a. indkaldelser om afhængigheds- og/eller tvangsadfærd hos børn og unge (Addictive and/or compulsive behaviour in children and adolescents), forståelse af utilsigtede følger af kontrolforanstaltninger mod ulovlig narkotika på verdensplan (Understanding of unintended consequences of global illicit-drug control measures) og Alice-Rap ⁽⁶⁾.

Prioriteter for fremtidig forskning: henstillinger fra EONN's Videnskabelige Udvalg

Som et bidrag til den igangværende debat om europæiske prioriteter for forskningen på narkotikaområdet har Det Videnskabelige Udvalg udarbejdet en række henstillinger, der dækker fem centrale områder.

Foranstaltninger: Der bør være fokus på behandlingsforanstaltningernes effektivitet, virkningerne af tidlig behandling og påvirkningerne af den ramte families medlemmer.

Politikanalyse: Der er behov for mere forskning i, hvordan nationale og europæiske politikker udformes, besluttet og gennemføres, men også i evalueringen af dem, bl.a. sammenligninger af resultater i forskellige lande.

Ulovligt narkotikaudbud: Der skal lægges mere vægt på at forbedre indikatorer til undersøgelse af markedets dynamikker.

Epidemiologisk forskning: En række langsgående kohorteundersøgelser anbefales for at hjælpe til at forstå forskellige stofbrugsmønstres langsigtede forløb, og der er stadig brug for forbedrede metoder til at anslå størrelsen af stofbrugerpopulationen.

Grundforskning i stofbrugens ætiologi og forløb: Forskning på dette område har potentiale til at forbedre både diagnostik og behandlingsresultater.

Alice-Rap

Europa-Kommissionens syvende forskningsrammeprogram finansierer et større forskningsinitiativ om afhængighed under sit program »Samarbejde«. De udfordringer, det moderne europæiske samfund står over for på grund af narkotika og andre former for afhængighed, bliver analyseret under projektet om afhængighedsformer og livsstile i det moderne Europa — afhængighed i nye rammer (Alice-Rap), der samler forskere fra 25 lande. Projektets budget på 10 mio. EUR vil blive brugt til at finansiere forskning i alle aspekter af afhængighed under overskrifterne: afhængighed og ejerskab, opgørelse af afhængighed, determinanter for afhængighed, afhængighedsbusiness, styring af afhængighed og afhængiggørelse af de unge.

Se Alice-Raps websted for flere oplysninger.

Europa-Kommissionen finansierer også andre narkotikarelaterede undersøgelser gennem programmet om forebyggelse af narkotikamisbrug og information af offentligheden, programmet om forebyggelse og bekæmpelse af kriminalitet, programmet om strafferet og folkesundhedsprogrammet. Projekter

⁽⁴⁾ Se boksen »Prioriteter for fremtidig forskning: henstillinger fra EONN's Videnskabelige Udvalg«.

⁽⁵⁾ Indkaldelser offentliggøres i *Den Europæiske Unions Tidende*, hvor forskere opfordres til at indsende projektforslag til bestemte områder af rammeprogrammet.

⁽⁶⁾ Se boksen »Alice-Rap«.

som undersøgelse af udviklingen af en EU-ramme for minimumskvalitetsstandarder og benchmarks inden for begrænsning af narkotikaefterspørgslen, nye metodologiske værktøjer til politik- og programevaluering samt yderligere analyse af EU's ulovlige narkotikamarked og tiltag herimod vil give et vigtigt indblik i de forskellige udfordringer, medlemsstaterne står over for på dette område, og bidrage til gennemførelsen af den aktuelle EU-strategi og -handlingsplan om narkotika.

Som Rådet forlangte i sine konklusioner i 2009, formidler EONN i tæt samarbejde med Europa-Kommissionen information og de vigtigste resultater af disse projekter på sit websted om forskningstemaer.

Forskningsinformation fra medlemsstaterne

EU har i øjeblikket ingen opgørelse over den narkotikarelaterede forskning, der udføres på nationalt

plan. Alle EU-medlemsstater gennemfører forskning i narkotikaproblemet, og en del af disse undersøgelser registreres og bruges i de nationale Reitoxrapporter. Skønt citater fra disse rapporter kun vedrører et udvalg af undersøgelser og måske ikke omfatter alle relevante publikationer i landet, er det muligt at afdække nogle tendenser i antallet og typerne af citerede forskningsemner. Mellem 2008 og 2010 steg det årlige antal citerede undersøgelser i de nationale Reitoxrapporter fra 370 til 750. Undersøgelser om tiltag mod narkotikabrug udgjorde den største kategori (34 % af alle citater i de nationale rapporter for 2008-2010) efterfulgt af undersøgelser om udbredelse, forekomst og stofbrugsmønstre (29 %) og undersøgelser af følgerne af stofbrug (23 %). Undersøgelser om metodologier og om mekanismer og virkninger af stoffer blev kun sjældent nævnt.



Kapitel 2

Tiltag over for narkotikaproblemer i Europa – en oversigt

Indledning

Dette kapitel indeholder en oversigt over tiltag mod narkotikaproblemer i Europa med fremhævelse af tendenser, udvikling og kvalitetsspørgsmål. Forebyggende foranstaltninger gennemgås efterfulgt af tiltag på områderne behandling, social reintegration og skadesbegrænsning. Alle disse foranstaltninger indgår i en omfattende ordning til begrænsning af efterspørgslen og bliver i stigende grad samordnet og integreret.

Afsnittet om håndhævelse af narkotikalovgivning indeholder de seneste data om narkotikalovovertrædelser og ser på, hvad undercoveroperationer betyder for afbrydelse af udbuddet af ulovlige stoffer. Kapitlet slutter med en gennemgang af de foreliggende data om stofbrugere i fængsler 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). 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. De fleste forebyggelsesaktiviteter fokuserer på stofbrug generelt. Kun et begrænset antal programmer fokuserer på bestemte stoffer, f.eks. alkohol, tobak eller cannabis.

Miljømæssig forebyggelse

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

for, at miljømæssige forebyggelsesforanstaltninger på samfundsniveau og målrettet det sociale miljø i skoler og lokalområder kan være effektive, når det gælder om at ændre normative anskuelse og dermed stofbrug (Fletcher et al., 2008).

Med den seneste indførelse af et totalt rygeforbud i Spanien har næsten alle europæiske lande nu iværksat en eller anden form for tobaksforbud. Miljømæssige forebyggelsesstrategier målrettet alkohol er mindre almindelige i Europa, selv om de fleste nordiske lande rapporterer om øget gennemførelse af strategier for ansvarlig udskænkning (⁽⁷⁾), som har vist sig effektive i lokale undersøgelser (Gripenberg et al., 2007).

I de fleste europæiske lande er der sket en stigning i gennemførelsen af narkotikapolitikker i skolerne (⁽⁸⁾), og over en tredjedel af landene rapporterer, at narkotikaforebyggelse integreres i skolernes læseplaner, f.eks. via programmer om »sundhed« og »medborgerkundskab«. Fire lande (Luxembourg, Nederlandene, Østrig og Det Forenede Kongerige) har gennemført »helskoleforebyggelsesprogrammer« (⁽⁹⁾), et tiltag, der er blevet positivt evalueret på grund af begrænsningen af stofbrug (Fletcher et al., 2008) og har yderligere fordele, idet det forbedrer atmosfæren i skolen og styrker den sociale rummelighed.

Generel forebyggelse

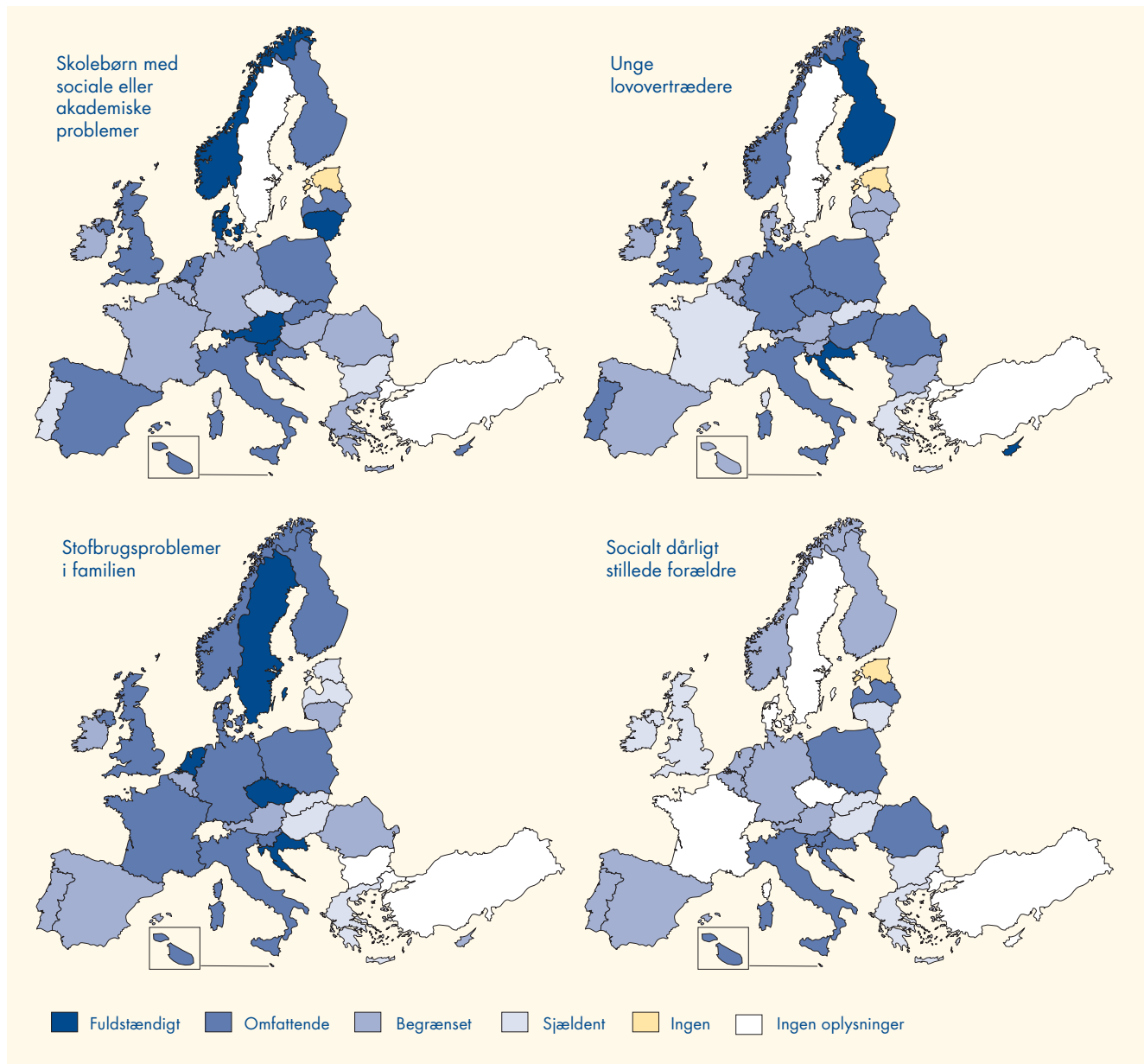
Generel forebyggelse henvender sig til hele befolkninger, fortrinsvis på skole- og lokalsamfundsniveau. Formålet hermed er at afskrække fra stofbrug eller udskyde narkotikarelaterede problemer ved at give unge mennesker kompetencer til at undgå at blive narkotikabrugere. Når generelle forebyggelsestiltag gennemføres, er der dokumentation for, at det forbedrer chancerne for, at programmerne bliver accepteret og får succes, hvis man tager hensyn til den kulturelle, normative og sociale kontekst (Allen et al., 2007).

(7) Ansvarlige udskænkingsstrategier har til formål at forhindre salg af alkohol til berusede mindreårige gennem en kombination af uddannelse af tjenerne og politiindgreb.

(8) En skolenarkotikapolitik fastlægger normer og regler for stofbrug i skolen og indeholder vejledning om, hvad der skal ske, når reglerne brydes.

(9) Helskoletiltag sigter mod at skabe beskyttende skolemiljøer og et positivt skoleklima.

Figur 3: Udbud af selektive forebyggelsestiltag anslået af nationale eksperter



NB: Udbuddet vedrører den generelle og geografiske fordeling af tiltag og vurderes som: fuldstændigt: tilbydes næsten alle relevante steder (områder, hvor målgruppen er tilstrækkelig til at gennemføre tiltaget), omfattende: tilbydes de fleste, men ikke alle relevante steder, begrænset: tilbydes mere end nogle få, men ikke de fleste relevante steder, sjældent: tilbydes kun nogle få relevante steder, ingen: ingen tilgængelige tiltag. Informationerne blev indsamlet ved hjælp af et struktureret spørgeskema.

Kilde: Nationale Reitoxknudepunkter.

Vurderinger fra eksperter i hele Europa viser et lille skift i skolebaseret forebyggelse fra tiltag, der ikke har vist sig effektive, såsom rene oplysningskampagner, informationsdage og narkotikatestning i skolen, til mere lovende foranstaltninger som vejledningsbaserede livsfærdighedsprogrammer og særlige tiltag for drenge. Landene rapporterer også, at flere af de mere effektive generelle forebyggelsesforanstaltninger bliver overført fra ét land til et andet⁽¹⁰⁾. Til trods for at der foreligger

positivt evaluerede forebyggelsesmetoder, rapporterer nogle lande imidlertid i stigende grad om en række tiltag, der ikke er underbygget af videnskabelig dokumentation, som f.eks. ekspert- og politibesøg på skoler.

Generel familiebasert forebyggelse tager i vid udstrækning form af enkle og billige foranstaltninger som forældreaftener og uddeling af foldere eller brochurer. Der meldes sjældent om mere komplekse tiltag som forældregrupper (Tyskland, Irland), træning af personlige

⁽¹⁰⁾ Se SFP, FreD, Preventure, EU-DAP og GBG på portalen om god praksis.

og sociale kompetencer (Grækenland, Portugal) eller håndbogsbaserede forældreprogrammer (Spanien, Det Forenede Kongerige).

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. Flere medlemsstater melder om et ændret fokus i deres strategier for målretning mod sårbarhed, mens ekspertvurderinger tyder på en samlet stigning i udbuddet af tiltag for sårbare grupper fra 2007 til 2010 med undtagelse af tiltag for unge på plejehjem. De største stigninger rapporteres for elever med akademiske og sociale problemer (fuldstændigt eller omfattende tilbud i 16 lande) og for unge narkotikalovertredere (fuldstændigt eller omfattende tilbud i 12 lande) (figur 3). Førstnævnte kan skyldes nogle medlemsstaters og EU's voksende opmærksomhed om nederlag i skolen og frafald, der indebærer de samme risikofaktorer som problematisk narkotikabrug (King et al., 2006). Stigningen i antallet af tilbud til unge lovertredere kan delvist forklares ved gennemførelsen af FreD, et psykosocialt program over flere sessioner (EONN, 2010a) i flere lande samt nye tiltag for førstegangsovertredere i Grækenland, Irland og Luxembourg.

Der blev også meldt om en stigning i antallet af tilbud målrettet sårbare familier, mest bemærkelsesværdigt for personer med stofbrugsproblemer (fuldstændigt eller omfattende tilbud i 14 lande) og socialt dårligt stillede familier (fuldstændigt eller omfattende tilbud i 7 lande) (figur 3). I den forbindelse er det værd at bemærke den voksende popularitet for programmet til styrkelse af familier (Kumpfer et al., 2008) i Europa. Det program er for nylig blevet implementeret i tre nye lande (Polen, Portugal og Tyskland) og nye steder i Det Forenede Kongerige.

Selektiv forebyggelse kan udføres gennem opsøgende arbejde eller kontorbaserede tjenester. Forebyggelsesarbejde med etniske grupper og fest- eller festivaldeltagere er de eneste områder, hvor der meldes om mere opsøgende arbejde, mens der rapporteres om en nedgang i det opsøgende arbejde for hjemløse unge. Alt i alt er størstedelen af myndighedernes kontakt med socialt udstødte grupper såsom unge, der dropper ud af skolen, indvandrere og hjemløse unge fortsat kontorbaseret.

Endvidere ved man relativt lidt om indholdet af mange selektive forebyggelsesprogrammer⁽¹⁾. Alt i alt tyder de tilgængelige data på, at de mest almindelige foranstaltninger i Europa er dem, hvor man lægger

vægt på information, bevidstgørelse og rådgivning, selv om der er stadig mere dokumentation for, at tilgange som fastsættelse af normer, motivering, færdigheder og beslutningstagning er effektive.

Indiceret forebyggelse

Indiceret forebyggelse sigter mod at finde frem til personer 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. En række indicerede forebyggelsesprogrammer er blevet evalueret positivt (EONN, 2009c).

Kun halvdelen af EU-medlemsstaterne og Norge rapporterer om, at de har indicerede forebyggelsesaktiviteter, og meget få melder om brug af strukturerede og håndbogsbaserede tiltag. Et stigende antal lande melder om, at skolemiljøet bruges til at finde frem til sårbare elever, især dem med adfærdsproblemer, hvilket ofte sættes i forbindelse med senere stofbrug. Belgien, Portugal, Tjekkiet og Norge anfører brug af nye værktøjer til screening og tidlig opdagelse i både skole og lokalsamfund.

Tidlige tiltag og rådgivning om stofbrug er de hyppigst rapporterede indicerede forebyggelsesstrategier, og der er kun få rapporter om tiltag målrettet adfærdsproblemer, som viser sig tidligt. Det tyder på, at potentialet for indiceret forebyggelse for at hjælpe med at nedbringe virkningerne af neuroadfærdsproblemer i barndommen, såsom aggression og impulsivitet, på senere stofbrugsadfærd (EONN, 2009c) ikke bliver udnyttet fuldt ud i Europa. Indiceret forebyggelse kan fungere som en bro mellem forebyggelse i levestil miljøet og den specialistbehandling, der gives på klinikker, især ved tidlige foranstaltninger for særlige grupper som sårbare cannabis- eller alkoholbrugere.

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. Narkotikabehandling kan ydes mange forskellige steder, f.eks. specialbehandlingsenheder, bl.a. ambulatorier og døgnbehandlingscentre, psykiatriske klinikker og hospitaler, enheder i fængsler, lavtærskelcentre og kontorbaserede praktiserende læger.

⁽¹⁾ Der kan dog ses nogle eksempler på webstedet for udveksling om foranstaltninger til begrænsning af narkotikaefterspørgslen.

Der foreligger ingen datasæt, som gør det muligt at beskrive hele populationen af stofbrugere, som i øjeblikket er under narkotikabehandling i Europa. EONN samler imidlertid information om en vigtig undergruppe af denne population gennem sin indikator for behandlingsefterspørgsel, der indsamler data om personer, som kommer i behandling på specialiserede narkotikabehandlingscentre i årets løb. Dette giver indblik i deres særlige karakteristika og stofbrugsprofiler ⁽¹²⁾. I 2009 registrerede indikatoren omkring 460 000 personer, der kom i behandling, hvoraf 38 % (175 000) påbegyndte en narkotikabehandling for første gang i deres liv.

På grundlag af en række forskellige kilder, bl.a. indikatoren for behandlingsefterspørgsel, kan det anslås, at mindst 1,1 millioner mennesker modtog behandling for ulovlig stofbrug i EU, Kroatien, Norge og Tyrkiet i løbet af 2009 ⁽¹³⁾. Mens over halvdelen af disse klienter modtog opioidsstitutionsbehandling, fik et betydeligt antal andre former for behandling for problemer i forbindelse med opioider, stimulanser, cannabis og andre ulovlige stoffer ⁽¹⁴⁾. Selv om der er behov for at forfine dette skøn over narkotikabehandlingen i EU, tyder det dog på et betydeligt behandlingsudbud, i hvert fald til opioidbrugere. Det er følgen af en væsentlig udvidelse af ambulante specialcentre i løbet af den seneste snes år med en betydelig inddragelse af den primære sundhedspleje, selvhjælpsgrupper, generelle psykiatriske centre, opsøgende tjenester og lavtærskelcentre.

Især i Vesteuropa ser der ud til at ske et gradvist skift væk fra en opfattelse af narkotikabehandling som noget, nogle få specialister, der giver kortvarig intensiv behandling, har ansvaret for, til at være en tværfaglig, integreret og længerevarende foranstaltning. Det er til dels en reaktion på den voksende erkendelse af, at narkotikaafhængighed er en kronisk lidelse, hvor mange klienters fremskridt er præget af cyklusser med helbredelse, tilbagefald, gentagne behandlinger og funktionsnedsættelse (Dennis og Scott, 2007). Det synspunkt underbygges af data indsamlet af EONN, som viser, at over halvdelen af de personer, der kommer i behandling, tidligere har været i behandling. En anden faktor er, at de vesteuropæiske lande oplever en betydelig aldring af deres populationer af narkotikabrugere i behandling, primært langvarige problematiske brugere med tidligere behandlingsepisoder, der beretter om mange sundhedsmæssige og sociale problemer (EONN, 2010f).

Udvalgt tema om finansiering af narkotikabehandling og omkostningerne hertil

I denne periode med finanspolitiske stramninger er der øget opmærksomhed om alle aspekter af de statslige udgifter, bl.a. behandlingsomkostninger. Et udvalgt tema, som EONN har udgivet i år, indeholder en kortlægning af de vigtigste finansieringskilder til narkotikabehandling i en række europæiske lande. Det opsummerer de tilgængelige data om, hvor meget der bruges til narkotikabehandlingscentre, og hvor meget behandlingen koster.

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

Som reaktion herpå henvises der i nogle nationale og lokale narkotikastrategier til vedvarende plejeforanstaltninger med vægt på koordinering og integration af tiltag mellem de forskellige narkotikabehandlingsudbydere (f.eks. udskrivning fra døgnbehandlingscentre til ambulante centre) og mellem behandling og det bredere spektrum af social- og sundhedstjenester. Vedvarende behandling bygger på regelmæssig overvågning af klientstatus, tidlig opdagelse af potentielle problemer, henvisning mellem social- og sundhedscentre og løbende klientstøtte uden en fast tidsramme. Praktiserende læger kan spille en central rolle på dette område. I en nyere fransk undersøgelse blandt serviceudbydere anerkendte man de praktiserende lægers betydning med hensyn til at lette opioidbrugeres adgang til specialistbehandling, både til indlæggelse for at iværksætte metadonbehandling og til fortsættelse af behandlingen efter udskrivning. I et andet eksempel har den nederlandske regering og lokale myndigheder i landets fire største byer indført et integreret behandlingstiltag med en bredere social støttestrategi under inddragelse af en bred vifte af aktører.

Vedvarende pleje og integrerede behandlingstiltag kan hjælpes gennem oprettelse af behandlingsprotokoller, retningslinjer og forvaltningsstrategier mellem udbyderne (Haggerty et al., 2003). En undersøgelse blandt nationale knudepunkter fra 2010 viste, at 16 lande har partnerskabsaftaler mellem narkotikabehandlingscentre og sociale tjenester. I 6 lande (Det Forenede Kongerige, Frankrig, Nederlandene, Portugal, Rumænien og Kroatien) er strukturerede protokoller de mest almindeligt anvendte mekanismer til koordinering mellem behandlerne, mens partnerskaber i andre lande hovedsageligt er baseret på uformelle netværk.

⁽¹²⁾ Behandlingsefterspørgselsindikatoren modtog data for specialbehandlingscentre fra 29 lande. De fleste lande indsendte data for over 60% af deres enheder, om end andelen af omfattede enheder for nogle lande er ukendt (se tabel TDI-7 i Statistical bulletin 2011).

⁽¹³⁾ Se tabel HSR-10 i Statistical bulletin 2011.

⁽¹⁴⁾ Mere detaljeret information om bestemte behandlingstyper for de forskellige stoffer og deres effektivitet, kvalitet og evidens kan ses i de enkelte kapitler.

Ambulant behandling

I Europa ydes størstedelen af narkotikabehandlingen på ambulatorier. Der foreligger oplysninger om ca. 400 000 narkotikabrugere, som påbegyndte ambulant specialistbehandling i løbet af 2009. For halvdelen af de brugere, der kom i behandling (51 %), var opioider, især heroin, det vigtigste stof, mens 24 % anfører cannabis, 18 % kokain og 4 % andre stimulanser end kokain. Den mest almindelige vej til behandling er egenhenvi- sning (37 %) efterfulgt af henvisning fra narkotikacentre og social- og sundhedstjenester samt det strafferetlige system (20 %). De resterende klienter henvises gennem familie, venner og uformelle netværk ⁽¹⁵⁾.

De, der kommer i ambulant behandling, er langt den største gruppe af narkotikabrugere, som det er muligt at beskrive med personlige og sociale karakteristika og stofbrugsprofiler. Det er fortrinsvis unge mænd med en gennemsnitsalder på 32 år. Der er næsten fire gange så mange mænd som kvinder, hvilket til dels afspejler, at mænd er dominerende blandt de mere problematiske stofbrugere. Blandt klienter, der påbegynder behandling, er primære cannabisbrugere næsten ti år yngre (25) end primære kokainbrugere (33) og opioidbrugere (34). Gennemsnitligt indberettes de yngste narkotikaklienter (25-26 år) af Polen, Ungarn og Slovakiet — lande, der har tilsluttet sig EU siden 2004 — og de ældste af Spanien, Italien og Nederlandene (34 år). Forholdet mellem mænd og kvinder er højt for alle stoffer, om end det varierer efter stof og land. Fordelingen mellem mænd og kvinder er generelt højere i landene i Sydeuropa og lavere i landene mod nord ⁽¹⁶⁾.

De to vigtigste modaliteter for ambulant behandling i Europa er psykosociale tiltag og opioidsstitutionsbehandling. Psykosociale tiltag omfatter rådgivning, motivationsterapi, kognitiv adfærdsterapi, case management, gruppe- og familierapi og forebyggelse af tilbagefald. De forestås som oftest, alt efter land, af offentlige institutioner eller af ikkestatslige organisationer. Psykosociale tiltag tilbyder støtte til brugere, mens de prøver at styre og overvinde deres narkotikaproblemer, og de er den vigtigste behandlingsform for brugere af stimulerende stoffer som kokain og amfetamin. De gives også til opioidbrugere, ofte kombineret med substitutionsbehandling. Ifølge en undersøgelse af nationale eksperter fra 2008 er der i de fleste europæiske

lande mulighed for ambulant psykosocial behandling for dem, der ønsker det. Selv om der er betydelige forskelle i Europa, meldte de fleste lande om gennemsnitlige ventetider på under en måned.

Substitutionsbehandling er den dominerende behandlingsform for opioidbrugere i Europa. Den tilbydes generelt som ambulant specialistbehandling, men tilbydes i nogle lande også på døgnbehandlingscentre og i stigende grad også i fængsler ⁽¹⁷⁾. Også klinikbaserede praktiserende læger spiller en stigende rolle, ofte i delte omsorgsordninger med specialiserede ambulatorier. Opioidsstitution er et tilbud i alle EU-medlemsstater samt i Kroatien og Norge. I Tyrkiet blev substitutionsbehandling i form af kombinationen buprenorphin-naloxon indført i 2010. Alt i alt anslås det, at der var omkring 700 000 substitutionsbehandlinger i Europa i 2009 (se kapitel 6) ⁽¹⁸⁾.

Døgnbehandling

Der foreligger data for omkring 44 000 narkotikabrugere, som gik i behandling på døgnbehandlingscentre i Europa i løbet af 2009 ⁽¹⁹⁾. Det primære stof, der anføres af halvdelen af disse klienter, var opioider (53 %), efterfulgt af cannabis (16 %), kokain (8 %) og andre stimulanser end kokain (12 %). Klienter i døgnbehandling er for det meste unge mænd med en gennemsnitsalder på 31 år, idet der er tre mænd for hver kvinde ⁽²⁰⁾.

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 ophøret af kronisk stofbrug. Det er undertiden et krav for at påbegynde en langvarig abstinensbaseret døgnbehandling. Afgiftning er normalt en behandling, der tilbydes under indlæggelse 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 at rehabiliter dem og reintegrere dem i samfundet. Der benyttes ofte behandlingsgrupper i denne forbindelse.

⁽¹⁵⁾ Se tabel TDI-16 og TDI-19 i Statistical bulletin 2011.

⁽¹⁶⁾ Se tabel TDI-9 (del iv), TDI-21 og TDI-103 i Statistical bulletin 2011. Se information om behandlingsklienter fordelt på primært stof i de enkelte kapitler.

⁽¹⁷⁾ Se »Hjælp til indsatte stofbrugere«, s. 40.

⁽¹⁸⁾ Se tabel HSR-1, HSR-2 og HSR-3 i Statistical bulletin 2011.

⁽¹⁹⁾ Dette tal skal fortolkes med forsigtighed, da det ikke omfatter alle brugere, der midlertidigt påbegynder døgnbehandling som led i en mere kompleks behandlingsproces.

⁽²⁰⁾ Se tabel TDI-7, TDI-10, TDI-19 og TDI-21 i Statistical bulletin 2011.

Døgnbehandling tilbydes også af psykiatriske hospitaler, navnlig til klienter med comorbide psykiatriske lidelser.

Ifølge en undersøgelse af nationale eksperter fra 2008 melder de fleste europæiske lande om mulighed for psykosocial behandling og afgiftning på døgnbehandlingscentre til dem, der ønsker det. Der er forskel i Europa på de skøn over nationale ventetider på adgang til psykosocial døgnbehandling, der er udarbejdet af eksperter fra 16 lande. De anførte gennemsnitlige ventetider var under en måned i 14 lande, nogle få måneder i Ungarn og 25 uger i Norge.

Social reintegration

Den sociale udstødelse blandt narkotikabehandlingsklienter er normalt høj, hvilket potentielt forhindrer nogle i at komme sig helt og undergraver behandlingsgevinsterne. Data om klienter, der påbegyndte narkotikabehandling i 2009, viser, at de fleste af dem var arbejdsløse (59 %), og næsten hver tiende manglede en stabil bolig (9 %). Et lavt uddannelsesniveau er almindeligt blandt behandlingsklienter, idet 37 % kun har afsluttet en grundskoleuddannelse, og 4 % end ikke har nået det niveau ⁽²¹⁾. Der er voksende anerkendelse af, at udviklingen af tjenester, der kan bekæmpe marginalisering og stigmatisering, vil forbedre klienternes chancer for en vellykket social reintegration og øge deres livskvalitet (Lloyd, 2010).

Social reintegration af narkotikabrugere i deres lokalsamfund anerkendes som et centralt element i omfattende narkotikastrategier, der sætter fokus på forbedring af de sociale kompetencer, fremme af uddannelse og beskæftigelsesevne og opfyldelse af boligbehov. Hvis narkotikabehandlingsklienters sociale behov tilgodeses, kan det spille en rolle for nedbringelsen af deres narkotikabrug og støtte langvarig afholdenhed (Laudet et al., 2009).

21 europæiske lande anfører, at de har særlige sociale reintegrationsafsnit i deres nationale narkotikastrategier ⁽²²⁾, som især fokuserer på narkotikabrugernes bolig-, uddannelses- og beskæftigelsesbehov. Sociale reintegrationstjenester ydes enten samtidigt med narkotikabehandlingen eller efter behandlingens afslutning og bygger på samarbejde mellem specialiserede behandlingscentre og social- og sundhedsinstitutioner.

De fleste lande melder om tiltag i forbindelse med bolig, uddannelse og arbejdsmarkedsdeltagelse, men de foreliggende data viser, at udbuddets samlede omfang

ikke står mål med narkotikabehandlingspopulationens behov.

Boligforhold

Centralt for reintegrationsprocessen er det at sikre adgangen til en stabil bolig og at fastholde den, hvilket hjælper til at fastholde klienter i behandling og støtter forebyggelsen af tilbagefald (Milby et al., 2005).

I Europa er det samlede boligudbud, der kan tilgodeses behandlingsklienter, generelt lavt. Af de 29 lande, der var med i en undersøgelse for nylig, anfører under en tredjedel, at flertallet af klienter i behandling kunne få adgang til en nødbolig (9), en midlertidig bolig (8) og hjælp til at leve i samfundet (5).

Til trods for det lave udbudsniveau, der indberettes af de europæiske lande, melder de fleste om, at der er sociale boligfaciliteter til rådighed for sårbare grupper, som i varierende grad er tilgængelige for personer i stofbrugsbehandling. Disse boliger stilles normalt til rådighed af lokale myndigheder eller ikkestatslige organisationer. Opholdets varighed kan variere, og der kan være betingelser knyttet til at få en bolig (f.eks. at man er stoffri, tilsyn af behandlingsmedarbejdere). Endvidere har en række lande skræddersyede boliger til personer i behandling for stofbrug, f.eks. anfører 18 lande, at de har tilbud om nødboliger (f.eks. overnatningssteder, bed and breakfast), og 20 lande sørger for en form for overgangsbolig, f.eks. udslusningsboliger. Uafhængighed kan være et vigtigt skridt til reintegration i samfundet, og i 12 lande har klienter i behandling en vis adgang til støttede boligfaciliteter, mens 15 lande melder om programmer, der fremmer adgangen til et selvstændigt liv på det almindelige boligmarked. I Frankrig tilbyder specialbehandlingscentre såkaldte »glidende« lejemål. Centret betaler huslejen og fremlejer boligen til klienten, der bidrager med en lille andel af lejeudgiften. I forbindelse med lejemålet får klienten støtte til administrative opgaver (f.eks. betaling af regninger) og budgetstyring og bliver efter en »prøveperiode« den officielle lejer.

Almen uddannelse og erhvervsuddannelse

Uddannelsesbehov hos stofbrugere i behandling kan opfyldes på forskellige måder. Selv om det almindelige uddannelsessystem kan være en første mulighed, kan individuelle og systemiske barrierer såsom lave forventninger, stigma og frygt for fiasko forhindre klienter i at deltage (Lawless og Cox, 2000). 11 lande anfører, at der er støtteprogrammer til rådighed, som sigter mod

⁽²¹⁾ Se tabel TDI-12, TDI-13 og TDI-15 i Statistical bulletin 2011.

⁽²²⁾ Litauen og Østrig havde ikke en national narkotikastrategi på undersøgelsestidspunktet.

at give klienter i narkotikabehandling lettere adgang til det almindelige uddannelsessystem. Endvidere anfører 15 lande, at narkotikabehandlingsklienter kan få adgang til uddannelsesprogrammer målrettet socialt sårbare grupper.

Erhvervsuddannelse eller teknisk uddannelse hjælper personer til at erhverve de praktiske kompetencer, der er nødvendige for beskæftigelse i et bestemt erhverv eller fag, og fører normalt til erhvervsfaglige kvalifikationer. I de fleste lande (20) opnår klienter erhvervsuddannelse gennem tiltag målrettet socialt sårbare grupper. I 16 lande findes der også erhvervsuddannelsesforanstaltninger specielt for personer i stofbrugsbehandling.

Beskæftigelse

Beskæftigelsesevne er et centralt begreb i den sociale reintegration, og en række europæiske lande behandler stofbrugeres beskæftigelsesbehov i deres nationale beskæftigelsesstrategier. Aktiviteter, der øger beskæftigelsesevnen, kan foregå på det psykologiske område (f.eks. personlig udvikling, tro på egen formåen, selvværd, evne til at klare sig) og kan give tidligere stofbrugere en alternativ peergruppe og nye færdigheder til støtte for en vellykket reintegration i samfundet. I 15 lande er beskæftigelsesevne for personer i behandling for stofbrug et regulært standardmål i de enkeltes behandlingsplaner.

Der er dokumentation for, at beskæftigelse og styrkelse af beskæftigelsesevnen forbedrer resultaterne af narkotikabehandlingen (Kaskutas et al., 2004), har en positiv indvirkning på sundhed og livskvalitet og mindsker omfanget af overtrædelser (Gregoire og Snively, 2001). Støttesystemer som det beskyttede arbejdsmarked med betalt arbejde i særligt oprettede midlertidige job kan bidrage til at bygge bro mellem langtidsarbejdsløshed og beskæftigelse på det åbne arbejdsmarked. Disse systemer er normalt målrettet dårligt stillede personer (f.eks. gennem virksomheder, der er oprettet med henblik på beskæftigelse af handicappede eller socialt udstødte) og kan omfatte lønarbejde og frivilligt arbejde.

20 lande anfører, at beskyttede arbejdsmarkedstiltag tilbydes socialt sårbare grupper og også er tilgængelige for personer i behandling for stofbrug; i 11 lande er sådanne tiltag tilgængelige specifikt for klienter i behandling. I Irland hjælper Ready for Work f.eks. hjemløse, bl.a. stofbrugere, med at komme i uddannelse eller beskæftigelse ved at give dem jobtræning, ubetalt arbejds erfaring og opfølgende støtte. Klienter i narkotikabehandling kan komme i betragtning til andre initiativer såsom støttet beskæftigelse, hvor personer med

Inddragelse af stofbrugeren

Begrebet servicebrugerinddragelse i sundhedspolitikken blev styrket, da Verdenssundhedsorganisationen med Ottawaerklæringen i 1986 satte en ny dagsorden for folkesundhed og udbuddet af sundhedsydelser. Den aktive inddragelse af stofbrugere i udformningen af behandlingscentre kan imidlertid spores tilbage til Nederlandene i 1970'erne.

Senere begyndte det europæiske skadesbegrænsningsnetværk at udarbejde en opgørelse over stofbrugerorganisationer i Europa som et skridt på vejen til at lette inddragelsen af stofbrugerorganisationer på nationalt og europæisk plan.

Brugerinddragelsen antager forskellige former og forfølger en række forskellige mål (Bröring og Schatz, 2008). Aktiviteterne kan omfatte centerbrugerundersøgelser om centrenes tilgængelighed og kvalitet, rådgivning fra brugerne om personale rekruttering, gennemførelse af fokusgrupper for at udvikle nye serviceområder, inddragelse af brugerorganisationer i sundhedskampagner og udarbejdelse af narkotikapolitikker.

Narkotikabrukerorganisationer er ofte engagerede i peerstøtte og oplysning om forebyggelse af smitsomme sygdomme samt i udarbejdelse af informationsmateriale, som støtter netværksarbejdet og bidrager til at øge offentlighedens bevidsthed om de vigtigste problemer for stofbrugere (Hunt et al., 2010). At inddrage brugere kan være en pragmatisk og etisk måde at sikre ydelsernes kvalitet og accept på. For at gøre narkotikabrugere i stand til at bidrage og sikre, at brugerinddragelsen bliver en succes, er det nødvendigt med tilstrækkelig støtte.

Se også det europæiske skadesbegrænsningsnetværks websted.

handicap eller andre dårligt stillede grupper får hjælp til at sikre og fastholde betalt beskæftigelse. Mens 17 lande anfører, at støttede beskæftigelsestiltag er tilgængelige for klienter i behandling, melder kun 4 om en tilstrækkelig dækningsgrad.

Skadesbegrænsning

Forebyggelse og begrænsning af narkotikarelaterede skader er et mål på folkesundhedsområdet i alle EU-medlemsstater og i EU's narkotikastrategi ⁽²³⁾. Oversigter over videnskabelig dokumentation af skadesbegrænsende tiltag samt undersøgelser, der viser den kombinerede virkning af disse tiltag, er nu også til rådighed for serviceplanlægningen (EONN, 2010b) ⁽²⁴⁾.

De vigtigste foranstaltninger på dette område er opioidsstitutionsbehandling og nåle- og sprøjteprogrammer rettet mod dødsfald som følge af

⁽²³⁾ KOM(2007) 199 endelig.

⁽²⁴⁾ Se også Portalen for bedste praksis

overdosis og mod spredning af smitsomme sygdomme. Substitutionsbehandling er tilgængelig i alle lande, og nåle- og sprøjteprogrammer findes i alle lande undtagen Tyrkiet. I den seneste snes år har Europa oplevet vækst og konsolidering af skadesbegrænsningen, og den er blevet integreret i en række andre sundhedsplejeydelser og sociale tjenesteydelser. Fra det oprindelige fokus i slutningen af 1980'erne på hiv-/aidsepidemien er skadesbegrænsningen udvidet til et bredere felt, som også omfatter opfyldelse af problematiske stofbrugeres sundhedsmæssige og sociale behov, herunder især socialt ekskluderede stofbrugere.

I 2009 steg antallet af klienter i substitutionsbehandling i de fleste lande ⁽²⁵⁾. Endvidere blev der indberettet stigninger i anvendelsen af skadesbegrænsende lavtærskelcentre i Bulgarien, Grækenland, Letland, Litauen, Luxembourg, Polen, Rumænien, Tjekkiet, Ungarn og Kroatien, og der skete en geografisk udvidelse af nåle- og sprøjteprogrammer i Ungarn.

De fleste europæiske lande yder endvidere en række tjenester på social- og sundhedsområdet, bl.a. individuel risikovurdering og rådgivning, målrettet information og uddannelse i sikrere brug. Der er sket en stigning over de seneste år i 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. Projektionsmodeller tyder på, at iværksættelse af tiltag med den største potentielle virkning (nåle- og sprøjteprogrammer, substitutionsbehandling og antiretroviral behandling) over for en væsentlig del af målgruppen over længere tid mindsker overførsel af hiv blandt intravenøse stofbrugere. De tyder også på, at de største virkninger opnås, når smitteniveauerne stadig er lave (Degenhardt et al., 2010).

En tværfaglig undersøgelse af evidensgrundlaget for skadesbegrænsende tiltag til at mindske smitterisikoen blandt stofbrugere blev udført i 2010 af det franske nationale institut for sundhed og medicinsk forskning (Inserm). Undersøgelsen omfattede en gennemgang af den videnskabelige litteratur om medicinske, epidemiologiske, sociologiske, økonomiske og folkesundhedsmæssige aspekter af skadesbegrænsningen samt eksperthøringer og offentlige debatter. Ifølge den »kollektive ekspertrapport« bør skadesbegrænsningspolitikker betragtes som en væsentlig del af en bredere strategi til nedbringelse af ulighederne på sundhedsområdet. Endvidere skal disse ydelser integreres med andre narkotikatjenesteydelser som led i et behandlingsforløb. Mens det fortsat er en prioritet, at stofbrug og

overgangen til intravenøs brug skal forebygges, bør personer, der injicerer stoffer, hjælpes til at mindske de injektionsrelaterede risici. Det anbefales i rapporten, at de skadesbegrænsende foranstaltninger — som de medicinske og sociale tiltag — indgår i de personlige bistandsplaner.

Kvalitetssikring

De fleste europæiske lande iværksætter en række aktiviteter, der har til formål at sikre kvalitet i narkotikarelaterede tiltag og ydelser. Disse omfatter udvikling af behandlingsretningslinjer, benchmarking af tjenesteydelser, medarbejderuddannelse og kvalitetscertificerings- og akkrediteringsprocesser.

Kvalitetsstandarder for Europa

EQUUS-undersøgelsen, der er bestilt af Europa-Kommissionen, sigter mod at opbygge konsensus blandt europæiske eksperter og interessenter om eksisterende kvalitetsstandarder i foranstaltningerne til begrænsning af efterspørgslen. Disse omfatter udvikling af en klarere definition af minimumsstandarder, som er blevet brugt til at dække både evidensbaserede henstillinger og organisatoriske procedurer. I EQUUS-undersøgelsen behandles denne forvirring, og der skelnes mellem tre typer af standarder. Disse defineres som strukturelle standarder (f.eks. fysisk miljø, tilgængelighed, personalesammensætning og kvalifikationer), processtandarder (f.eks. individuel planlægning, samarbejde med andre tjenester, føring af patientjournaler) og resultatstandarder (patient- og medarbejdertilfredshed, fastsættelse og måling af behandlingsmål). Resultaterne af undersøgelsen ventes at foreligge inden udgangen af 2011 og vil blive brugt af Europa-Kommissionen til at udvikle en EU-konsensus, der kan forelægges Rådet inden 2013 ⁽²⁶⁾.

Personaleuddannelse og -efteruddannelse

Personaleuddannelse og -efteruddannelse vedrørende narkotikabrug er centrale aktiviteter for sikring af servicekvaliteten. Resultaterne af en ny ad hoc-dataindsamling viser, at der findes særlige uddannelsesprogrammer inden for narkotikaafhængighed i de 27 indberettende lande, og de sigter primært mod læge- og sygeplejeerhvervene, psykologer og socialarbejdere. Mens nogle lande har udviklet specialiserede universitetskurser, udbyder andre ph.d.-uddannelser eller videreuddannelseskurser. De mest strukturerede og udviklede uddannelses- og

⁽²⁵⁾ Se tabel HSR-3 i Statistical bulletin 2011 og kapitel 6.

⁽²⁶⁾ Se Portalen for bedste praksis for yderligere information.

videreuddannelsesaktiviteter findes på det medicinske område. Tre lande anfører, at de har udviklet et medicinsk speciale i afhængighed. Tjekkiet indførte en speciallægeuddannelse i afhængighedsmedicin i 1980 og det ikkelægelige erhverv »addiktolog« i 2008. Et toårigt specialistmodul i afhængighedsmedicin begyndte i Nederlandene i 2007. Tyskland har ph.d.-kurser i stofbrug og afhængighedsrådgivning ud over et modul om heroinstøttet behandling. Dokumentationen for effektiviteten af tilgange som efteruddannelse af læger er fortsat begrænset og ikke fyldestgørende. Der er foreslået en nyere, mere interaktiv tilgang, den såkaldte »efterfølgende faglige udvikling« (Horsley et al., 2010), som indebærer uddannelse af læger i en bred vifte af færdigheder, bl.a. kommunikation, forvaltning og sundhedsfremme, men den mangler stadig at blive afprøvet.

Håndhævelse af narkotikalovgivning og narkotikalovovertrædelser

Håndhævelse af narkotikalovgivning er et vigtigt element i medlemsstaternes og EU's narkotikapolitikker. Den omfatter en bred vifte af tiltag, som hovedsageligt gennemføres af politiet og politilignende institutioner (f.eks. toldvæsenet). En gruppe af disse foranstaltninger – undercoveroperationerne – gennemgås kort her. Data om aktiviteter i forbindelse med håndhævelse af narkotikalovgivning er ofte mindre udviklede og mindre tilgængelige end data fra andre narkotikapolitiske områder. En bemærkelsesværdig undtagelse er data om narkotikalovovertrædelser, som gennemgås i slutningen af dette afsnit.

Undercoveroperationer

En vellykket retsforfølgning af højtstående narkotikalovovertrædere og optrævling af organiserede narkotikaforsyningsnetværk er centrale udbudsbegrænsningsprioriteter under EU's nuværende narkotikahandlingsplan. Det skaber en udfordring for de retshåndhævende myndigheder, da de fleste narkotikalovovertrædelser kun bliver opsporet ved hjælp af proaktive retshåndhævelsesoperationer (EONN, 2009a). Det gælder navnlig alvorlige overtrædelser, der involverer salg af narkotika til mellemmand og engrossalg, der som oftest begås af stærkt hemmelighedsfulde personer og kriminelle organisationer.

I deres svar på grov narkotikakriminalitet gør de europæiske retshåndhævelsesinstitutioner i stigende grad brug af undercoverteknikker, bl.a. både teknologi såsom aflytning eller elektronisk overvågning og operationer,

hvor mennesker arbejder undercover. Disse operationer kan involvere politibetjente (undercoveragenter) og privatpersoner under polititilsyn (meddelere). Det er lovligt at indsætte dem i alle 27 EU-medlemsstater.

Undercoveroperationer mod narkotikanetværk bruges til at indsamle pålidelig information om netværksmedlemmernes identitet og roller, opspore smuglerruter, destinationer og lagerfaciliteter og afdække tid og sted for narkotikaleverancer. Agenter eller meddelere skal ofte infiltrere kriminelle netværk, som normalt er hemmelighedsfulde over for udefrakommende, og kategorisere information. Indsamling af efterretninger er hovedsageligt koncentreret om narkotikanetværkenes funktionsmåde og medlemmernes roller.

Undercoveroperationer skaber juridiske udfordringer, især i forbindelse med spørgsmålet om opildning. Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol fastlagde de grundlæggende principper for brugen af »agents provocateurs« i en dom fra 1998 (Teixeira de Castro mod Portugal) (Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol, 1998). Det hedder heri, at brugen af undercoverteknikker ikke bør krænke retten til en retfærdig rettergang, og derfor bør retshåndhævende myndigheder ikke udøve en sådan indflydelse på en person, at der opildnes til at begå en lovovertrædelse, som ellers ikke ville være blevet begået. Retshåndhævende myndigheder skal derfor have »objektive mistanker« til bestemte personer, før der tages undercoverteknikker i anvendelse. I de fleste medlemsstater er det forbudt at opildne tredjeparter til at begå kriminalitet.

Undercoveroperationer er underlagt nationale retlige og administrative bestemmelser, der har til formål både at sikre overholdelse af retsstatsprincippet og varetage undercoveragenternes sikkerhed. Nationale love og ledsagende bestemmelser er forskellige, men danner normalt en generel ramme, som udspecificeres i de ledsagende forskrifter, som sjældent offentliggøres. Andre informationer, som f.eks. hvor mange operationer der udføres hvert år, er sædvanligvis heller ikke tilgængelige for offentligheden. Forskning har imidlertid vist, at der blev udført 34 undercoveroperationer i Nederlandene i 2004, og 12 af dem bidrog til efterforskninger eller retssager (Kruisbergen et al., 2011).

I de fleste EU-medlemsstater kræves der godkendelse fra en retsmyndighed, før man iværksætter en undercoveroperation, og de fleste operationer kræver overvågning af en højere myndighed, typisk anklagemyndigheden eller en domstol. 13 medlemsstater fremhæver proportionalitets- og subsidiaritetsreglerne, som påbyder, at foranstaltningen skal stå i forhold til den efterforskede narkotikalovovertrædelse, som skal være tilstrækkeligt grov til at berettige en

Uddannelse af det europæiske politi

Det Europæiske Politiakademi (Cepol) er et EU-agentur, der fungerer som et netværk af nationale politiskoler og universiteter. En af Cepols hovedopgaver er at organisere omkring 100 uddannelsesaktiviteter om året, primært for ledende politifolk, om centrale emner af relevans for europæiske politistyrker. Det overordnede mål er at fremme en fælles europæisk tilgang til politispørgsmål.

For at støtte sine egne og EU-medlemsstaternes aktiviteter har Cepol udviklet fælles læseplaner for forskellige målgrupper, bl.a. ledende politifolk, efterforskere og sagsbehandlere, men også repræsentanter for nationale regeringer og politiskoler. Den fælles læseplan om narkotikahandel giver et overblik over den internationale narkotikasituation, narkotikalovgivning, grundlæggende information om ulovlige stoffer, internationalt samarbejde, eksisterende strategier for politiarbejde samt kriminalitetsspecifikke taktiske muligheder såsom hemmelige aktioner og udfordringer, herunder narkotikarelateret kriminalitet, men også narkotikaforebyggelse og efterspørgselsbegrænsning.

undercoveroperation. Endvidere skal det før gennemførelsen af en undercoveroperation være klart, at ingen anden og mere lempelig retshåndhævelsesforanstaltning ville være lige så vellykket.

Brugen af et operationelt dække, herunder falske identitetspapirer og »frontorganisationer« – der oprettes for at give undercoveragenter en plausibel beskæftigelse og indkomst – er lovlig i de fleste medlemsstater.

En række forskellige teknikker benyttes i undercoveroperationer. F.eks. benyttes fordækt køb af narkotika primært til at anholde personer på fersk gerning under salg af ulovlige stoffer. Kontrollerede leverancer er en teknik, der gør det muligt at transportere ulovlige sendinger med de kompetente myndigheders viden og under deres tilsyn over og inden for nationale grænser. Sendingerne kan indeholde narkotika eller prækursorer, våben, cigaretter, penge fra ulovlige aktiviteter eller endog mennesker. De fleste kontrollerede leverancer i Europa omfatter narkotikasendinger (Rådet for Den Europæiske Union, 2009), og afhængigt af national lov kan de være eskorteret af undercoveragenter eller meddelere eller være under teknologisk overvågning ⁽²⁷⁾.

Narkotikalovovertrædelser

De eneste rutinedata om narkotikarelateret kriminalitet, som foreligger i Europa, er de første indberetninger af narkotikalovovertrædelser, hovedsageligt fra politiet ⁽²⁸⁾.

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 indberettet andre typer af overtrædelser (f.eks. vedrørende narkotikaprækursorer) i nogle lande.

Data om narkotikalovovertrædelser er en direkte indikator for lovhåndhævelsesindsatsen, 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 robuste sammenligninger mellem landene, er det mere hensigtsmæssigt at sammenligne tendenser end absolutte tal.

Alt i alt skete der i 2009 en nedgang i den stigning i antallet af indberettede narkotikalovovertrædelser, som blev konstateret i de foregående år. Et EU-indeks baseret på data fra 21 medlemsstater, som repræsenterer 95 % af befolkningen i alderen 15-64 år i EU, viser, at antallet af indberettede overtrædelser steg med ca. 21 % mellem 2004 og 2009. Ser man på alle indberettende lande, viser dataene stigende tendenser i 18 lande og en stabilisering eller et samlet fald i 11 lande i perioden ⁽²⁹⁾.

Brugs- og udbudsrelaterede lovovertrædelser

Balancen mellem lovovertrædelser i form af brug og i form af udbud er nogenlunde den samme som i tidligere år. I de fleste (22) europæiske lande vedrørte lovovertrædelser i forbindelse med stofbrug eller besiddelse til brug fortsat flertallet af lovovertrædelser i 2009, idet Estland, Spanien, Frankrig, Ungarn, Østrig og Sverige indberettede de højeste andele (81-94 %) ⁽³⁰⁾.

Stigningen i antallet af indberettede brugsovertrædelser i de foregående år gik ned i 2009. I perioden 2004-2009 steg antallet af overtrædelser af narkotikalovgivningen i forbindelse med brug i 15 indberettende lande, idet kun Bulgarien, Tyskland, Estland, Malta, Østrig og Norge rapporterede om et fald i perioden. I alt steg antallet af narkotikalovovertrædelser i form af brug i EU med ca. 29 % mellem 2004 og 2009.

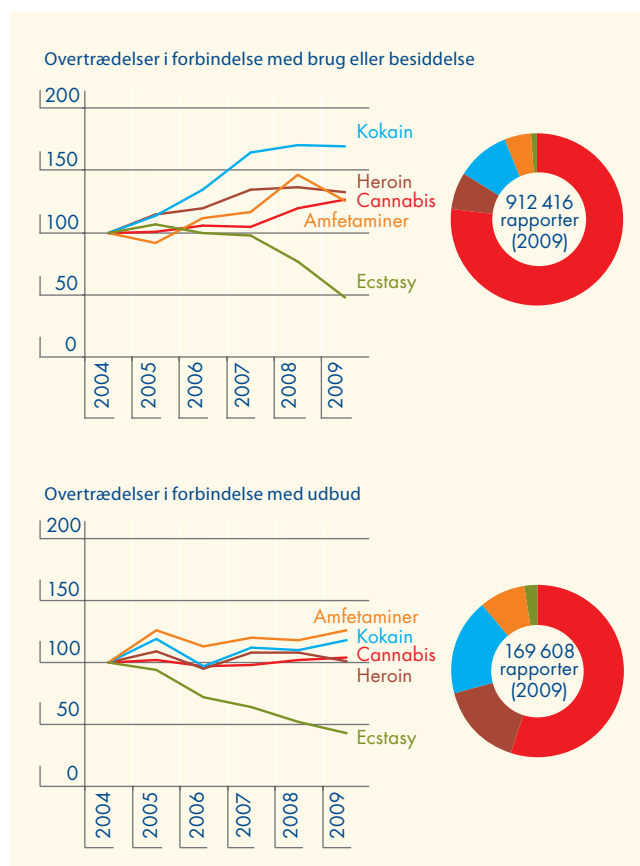
⁽²⁷⁾ Få en oversigt over de juridiske aspekter af kontrollerede leverancer i Europa i den europæiske juridiske database om narkotika.

⁽²⁸⁾ Se EONN (2007b) for en beskrivelse af forholdet mellem narkotika og kriminalitet og en definition af »narkotikarelateret kriminalitet«.

⁽²⁹⁾ Se figur DLO-1 og tabel DLO-1 i Statistical bulletin 2011.

⁽³⁰⁾ Se tabel DLO-2 i Statistical bulletin 2011.

Figur 4: Rapporter om lovovertrædelser i forbindelse med narkotikabrug eller besiddelse til brug samt narkotikaudbud i EU-medlemsstaterne. Indekserede tendenser for 2004-2009 og fordeling efter stof i rapporter for 2009



NB: Tendenserne er baseret på tilgængelig information om antallet af rapporter om narkotikalovovertrædelser (strafferetlige og ikkestrafferetlige), der er indberettet i EU-medlemsstaterne. Alle serier er indekseret til et grundlag på 100 i 2004 og vægtet efter landenes befolkningsstørrelser, så de danner en samlet tendens for EU. Fordelingen efter stoffer vedrører det samlede antal rapporter for 2009. For yderligere oplysninger se DLO-4 og DLO-5 i Statistical bulletin 2011.

Kilde: Nationale Reitoxknudepunkter.

Antallet af lovovertrædelser i forbindelse med udbud af stoffer har ligget stabilt siden 2007, om end der anslås en stigning i løbet af perioden 2004-2009 på omkring 7 % i EU. I denne periode steg antallet af udbudsrelaterede overtrædelser i 15 lande, mens 3 lande rapporterer et samlet fald ⁽³¹⁾.

Tendenser for de enkelte stoffer

Cannabis er fortsat det ulovlige stof, der oftest nævnes i indberettede narkotikalovovertrædelser i

Europa ⁽³²⁾. I de fleste europæiske lande tegnede cannabisrelaterede overtrædelser sig for mellem 50 % og 75 % af de indberettede narkotikalovovertrædelser i 2009. Andre stoffer end cannabis dominerer kun narkotikalovovertrædelserne i tre lande: Tjekkiet (metamfetamin, 55 %), Letland (metamfetamin, 27 %) og Malta (kokain, 36 %).

I perioden 2004-2009 steg antallet af narkotikalovovertrædelser i forbindelse med cannabis i 11 indberettende lande, hvilket førte til en anslået stigning på 20 % i EU (figur 4). Faldende tendenser indberettes af Frankrig, Italien, Cypern, Malta og Nederlandene ⁽³³⁾.

De kokainrelaterede overtrædelser steg i perioden 2004-2009 i 11 indberettende lande, mens Bulgarien, Tyskland, Italien, Østrig og Kroatien meldte om faldende tendenser. I EU steg overtrædelserne i forbindelse med kokain samlet med ca. 39 % i samme periode, dog med en udjævning de sidste to år ⁽³⁴⁾.

Antallet af heroinrelaterede lovovertrædelser faldt lidt i 2009. EU-tallet for disse overtrædelser steg nemlig med 22 % i perioden 2004-2009. Antallet af heroinrelaterede overtrædelser er steget i 11 indberettende lande, mens der blev meldt om et fald i Bulgarien, Tyskland, Malta, Nederlandene og Østrig i samme periode ⁽³⁵⁾.

Antallet af indberettede lovovertrædelser i forbindelse med amfetaminer i EU faldt lidt i 2009, om end den generelle tendens siden 2004 viser en samlet anslået stigning på 16 %. I modsætning hertil blev antallet af ecstasyrelaterede lovovertrædelser halveret over den samme periode (et fald på 54 %).

Sundhed og sociale tiltag for indsatte stofbrugere

I EU går andelen af indsatte med en dom for narkotikalovovertrædelser fra 3 % til 53 %, idet halvdelen af landene indberetter andele mellem 9 % og 25 % ⁽³⁶⁾. Disse tal omfatter ikke personer dømt for berigelsesforbrydelser begået for at støtte deres stofafhængighed eller andre narkotikarelaterede overtrædelser.

Stofbrug i fængselspopulationer

Der er stadig ingen standardisering af de metodologier, der bruges i undersøgelser om stofbrug

⁽³¹⁾ Se figur DLO-1 og tabel DLO-5 i Statistical bulletin 2011.

⁽³²⁾ Se tabel DLO-3 i Statistical bulletin 2011.

⁽³³⁾ Se figur DLO-3 og tabel DLO-6 i Statistical bulletin 2011.

⁽³⁴⁾ Se figur DLO-3 og tabel DLO-8 i Statistical bulletin 2011.

⁽³⁵⁾ Se figur DLO-3 og tabel DLO-7 i Statistical bulletin 2011.

⁽³⁶⁾ Der var over 640 000 personer i fængsel i EU den 1. september 2009. Data om statistikker på det strafferetlige område i Europa er tilgængelige fra Europarådet.

Udvikling af indikatorer om narkotikamarkeder, kriminalitet og udbudsbegrænsning i Europa

Udbygningen af overvågningen af udbuddet af ulovlige narkotika i Europa er en prioritet i EU's aktuelle narkotikastrategi og -handlingsplan. Efter offentliggørelsen af et arbejdsdokument fra Europa-Kommissionen om forbedring af indsamlingen af data om narkotikaudbuddet i oktober 2010 ⁽¹⁾ iværksatte den første EU-konference om narkotikaudbudsindikatorer, der blev afholdt i fællesskab af Europa-Kommissionen og EONN, en proces til at udvikle indikatorer for overvågning af narkotikaudbuddet i Europa ⁽²⁾.

Den overordnede begrebsramme for overvågning af udbuddet af ulovlige narkotika i Europa skal integrere tre elementer: narkotikamarkeder, narkotikarelateret kriminalitet og narkotikaudbuds begrænsning. Tre arbejdsgrupper skal med støtte fra EONN udarbejde en køreplan for disse områder i 2011 med fokus på mål for overvågningen på kort, mellemlang og lang sigt. Der vil blive lagt vægt på mulighederne for standardisering, udvidelse og forbedring af eksisterende dataindsamlingsystemer på hvert af disse områder, og der vil blive udført målrettet forskning.

På narkotikamarkedsområdet skal fremtidige aktiviteter fokusere på at forbedre datasæt om narkotikapriser og -renhed og på potentialet i retsvidenskabelige data. Centralt inden for området narkotikarelateret kriminalitet bliver det at udvikle et europæisk standardinstrument til overvågning af narkotikalovovertrædelser, udarbejde indikatorer for narkotikafremstilling i Europa og definere forskningsprioriteter. Politi og strafferetlige myndigheder kommer til at spille en central rolle for overvågningen af narkotikaudbuds begrænsningen. Arbejdet på dette lidet udforskede område vil begynde med en kortlægning for at skabe et overblik over udbudsbegrænsningsaktiviteterne i Europa. Spørgsmålet om, hvorvidt der findes specialiserede enheder til håndhævelse af narkotikalovgivningen, samt disses rolle og praksis, bliver udgangspunktet for en undersøgelse, EONN iværksætter i 2011.

⁽¹⁾ SEK(2010) 1216 endelig (tilgængelig online).

⁽²⁾ Konklusionerne fra konferencen er tilgængelige online.

i fængselspopulationer (Carpentier et al., 2011).

Forskningen viser ikke desto mindre, at stofbrug er mere udbredt blandt indsatte end i resten af befolkningen. Data fra flere undersøgelser, der er gennemført siden 2006, viser, at der er betydelige variationer i udbredelsen af narkotikabrug blandt indsatte, f.eks. anførte bare 8 % af respondenterne i nogle lande, at de havde taget ulovlige stoffer før fængslingen, mens det var hele 65 % i andre. De mest skadelige former for stofbrug kan også være mere hyppige blandt indsatte, idet nogle undersøgelser viser, at

mellem 5 % og 31 % af deltagerne i undersøgelsen på et tidspunkt har brugt stoffer intravenøst ⁽³⁷⁾.

Ved fængsling holder de fleste stofbrugere op med at tage stoffer eller reducerer forbruget, primært fordi det er vanskeligt at skaffe stoffer. Det forhold, at ulovlige stoffer finder vej ind i de fleste fængsler til trods for alle de foranstaltninger, der træffes for at begrænse udbuddet af stoffer, er dog anerkendt. I undersøgelser, der er gennemført siden 2006, varierer skøn over narkotikabrug i fængslet mellem 1 % og 51 % af de indsatte. Det stof, der hyppigst bruges af indsatte, er cannabis, normalt efterfulgt af kokain og heroin ⁽³⁸⁾. Fængslet kan være et miljø, hvor man introduceres til stofbrug eller til mere skadelige former for brug. F.eks. konstateredes det i en belgisk undersøgelse, som blev udført i 2008, at over en tredjedel af de indsatte stofbrugere var begyndt at bruge et nyt stof under indsættelsen, idet heroin var det stof, der oftest blev nævnt (Tods et al., 2009). Indsatte intravenøse stofbrugere deler oftere deres udstyr end brugere i det øvrige samfund, hvilket skærper problemerne med potentiel spredning af smitsomme sygdomme blandt de indsatte.

Hiv og viral hepatitis blandt indsatte intravenøse stofbrugere

Data om hivinfektion blandt indsatte intravenøse stofbrugere er sjældne i Europa. Især er de utilgængelige for de lande, der indberetter de højeste prævalensniveauer for infektion i forbindelse med intravenøs stofbrug. Blandt de otte lande, der har indberettet data siden 2004 (Bulgarien, Tjekkiet, Spanien, Ungarn, Malta, Finland, Sverige, Kroatien) ⁽³⁹⁾, kan der generelt ikke observeres de store forskelle i hivprævalens mellem indsatte intravenøse stofbrugere og stofbrugere i andre miljøer i landet, selv om dette til dels kan skyldes begrænsningerne i dataene. Udbredelsen af hiv blandt indsatte intravenøse stofbrugere var for det meste lav (0-7,7 %) i syv lande, mens Spanien indberettede en udbredelse på 39,7 %. Data om udbredelsen af hepatitis C-virus (HCV) blandt indsatte intravenøse stofbrugere blev indberettet af otte lande, hvor den gik fra 11,5 % (Ungarn) til 90,7 % (Luxembourg). I Tjekkiet, Luxembourg og Malta ser HCV ud til at være mere udbredt blandt intravenøse brugere, der testes i fængslet, sammenlignet med personer, som testes i andre miljøer. Der foreligger data om HBV-infektion (hepatitis B surface antigen) blandt indsatte intravenøse stofbrugere for fire lande: Bulgarien (11,6 % i 2006), Tjekkiet (15,1 % i 2010), Ungarn (0 % i 2009) og Kroatien (0,5 % i 2007).

⁽³⁷⁾ Se tabel DUP-1, DUP-2 og DUP-105 i Statistical bulletin 2011.

⁽³⁸⁾ Se tabel DUP-3 og DUP-105 i Statistical bulletin 2011.

⁽³⁹⁾ Se tabel INF-117 i Statistical bulletin 2011 og de nationale Reitoxrapporter for Malta (2005) og Tjekkiet (2010).

Sundhed i Europas fængsler

Indsatte stofbrugere, især intravenøse brugere, har ofte mange og komplekse sundhedsbehov, der kræver en tværfaglig tilgang og speciallægehjælp. Indsatte har ret til adgang til de sundhedsydelser, der er tilgængelige i landet, uden forskelsbehandling på grund af deres retlige situation ⁽⁴⁰⁾, og fængslets sundhedstjenester forventes at kunne yde behandling for problemer i forbindelse med stofbrug på de samme betingelser som dem, der tilbydes uden for fængslet (CPT, 2006). Dette generelle princip om ækvivalens anerkendes i EU gennem Rådets henstilling af 18. juni 2003 om forebyggelse og reduktion af helbredsskader forbundet med narkotikamisbrug ⁽⁴¹⁾, og i EU's nye narkotikahandlingsplan (2009-2012) opfordres der til, at det princip følges, idet serviceudbuddet i fængsler ofte sakker bagud i forhold til resten af samfundet.

Hjælp til indsatte stofbrugere

Der kan ydes en række tjenester i forbindelse med stofbrug og problemer i tilknytning hertil i europæiske fængsler. Tjenesterne omfatter information om narkotika og sundhed, behandling af smitsomme sygdomme, afgiftning og behandling for narkotikaafhængighed kombineret med psykosocial hjælp, skadesbegrænsende foranstaltninger og udslusningsprogrammer ⁽⁴²⁾.

De fleste lande har oprettet partnerskaber mellem fængsels sundhedstjenester og udbydere i det øvrige samfund, bl.a. ikkestatslige organisationer, med henblik

på at levere sundhedsuddannelse og behandling i fængsler og sikre kontinuitet i behandlingen efter løsladelsen. Flere europæiske lande er gået et skridt videre og har lagt ansvaret for sundheden i fængslerne hos sundhedsministeriet eller har organiseret levering af sundhedspleje gennem offentlige sundhedstjenester for at begrænse ulighederne med hensyn til sundhed. Pionerer i den henseende var Norge og Frankrig, efterfulgt af Sverige, Italien, England og Wales samt Slovenien. I Skotland og Spanien er denne reform i øjeblikket på vej.

Opioidsstitutionsbehandling bliver i stigende grad accepteret i samfundet, men indførelsen heraf i fængslerne er sket langsomt, og dækningen er meget forskellig ⁽⁴³⁾. I 2009 kunne stofbrugere i substitutionsbehandling i seks EU-lande (Estland, Grækenland, Cypern, Letland, Litauen og Slovakiet) ikke fortsætte behandlingen efter anholdelse. Kontinuitet og sammenhæng i narkotikabehandlingen mellem samfund og fængsel og omvendt er særdeles vigtigt på baggrund af de mange dødsfald som følge af overdosis efter løsladelse (Merrall et al., 2010).

Hepatitis C i fængselspopulationer er et voksende folkesundhedsproblem i Europa, og der er indberettet særlige screeningprogrammer fra Belgien, Bulgarien, visse tyske Länder, Frankrig, Litauen, Luxembourg, Ungarn og Finland. Selv om det er vigtigt at opspore disse infektioner ved indsættelsen i fængsel (Sutton et al., 2006), og omkostningseffektiviteten ved at give HCV-behandling i fængsler er dokumenteret (Tan et al., 2008), bliver mange indsatte ikke testet og behandlet.

⁽⁴⁰⁾ FN's Generalforsamling, resolution A/RES/45/111, Basic principles for the treatment of prisoners (tilgængelig online).

⁽⁴¹⁾ EUT L 165 af 3.7.2003, s. 31.

⁽⁴²⁾ Se tabel HSR-7 i Statistical bulletin 2011.

⁽⁴³⁾ Se tabel HSR-9 i Statistical bulletin 2011.



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 europæiske lande voksede brugen af cannabis i 1990'erne og begyndelsen af 2000'erne. 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 i mange lande. Brugsniveauerne er imidlertid fortsat høje efter en historisk målestok. 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. Det er derfor 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 dyrkes i 172 lande og territorier (UNODC, 2009). Vanskelighederne med at finde frem til nøjagtige tal for den verdensomspændende produktion af cannabis anerkendes i UNODC's seneste skøn, hvorefter den samlede produktion for 2008 ligger på mellem 13 300 og 66 100 ton cannabisblade og mellem 2 200 og 9 900 ton cannabisharpiks.

Cannabisdyrkning i Europa er udbredt og muligvis stigende. Alle 29 europæiske lande, der indberettede oplysninger til EONN, anførte hjemlig cannabisproduktion, selv om omfanget og arten af dette fænomen tilsyneladende varierer betydeligt. En væsentlig del af den ulovlige handel foregår dog sandsynligvis

Tabel 3: Cannabisblade og -harpiks – beslaglæggelser, pris og styrke

	Cannabisharpiks	Cannabisblade	Cannabisplanter ⁽¹⁾
Global beslaglagt mængde	1 261 ton	6 022 ton	Ingen data
Beslaglagt mængde EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	584 ton (594 ton)	57 ton (99 ton)	1,4 millioner planter og 42 ton (1,4 millioner planter og 42 ton) ⁽²⁾
Antal beslaglæggelser EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	400 000 (405 000)	324 000 (354 000)	25 000 (25 100)
Gennemsnitlig detailpris (EUR pr. g) Område (Kvartilafstand) ⁽³⁾	3-19 (6,8-10,2)	2-70 (6,3-10,9)	Ingen data Ingen data
Gennemsnitsstyrke (THC-indhold %) Område (Kvartilafstand) ⁽³⁾	3-17 (4,3-11,5)	1-15 (4,4-8,9)	Ingen data Ingen data

⁽¹⁾ Landene angiver den beslaglagte mængde som enten et antal beslaglagte planter eller i vægt. De samlede tal for begge mængder er anført her.

⁽²⁾ Den samlede mængde cannabisplanter, der blev beslaglagt i 2009, er sandsynligvis undervurderet, hvilket i vid udstrækning skyldes manglende nye data for Nederlandene, som indberettede relativt store beslaglæggelser indtil 2007. Da der mangler data for 2008 og 2009, kan værdierne for Nederlandene ikke inkluderes i europæiske skøn for 2009.

⁽³⁾ Område for midterste halvdel af de rapporterede data.

NB: Alle data er for 2009, ingen data: finder ikke anvendelse.

Kilder: UNODC (2011) for globale værdier, nationale Reitoxknudepunkter for europæiske data.

mellem regioner. Det Internationale Kontroludvalg for Narkotiske Midler (2011b) nævnte Albanien, Bulgarien, Den Tidligere Jugoslaviske Republik Makedonien, Moldova, Montenegro, Serbien og Ukraine som kilder til den cannabis, der bruges i Central- og Østeuropa.

Cannabisblade i Europa importeres også, primært fra Afrika (f.eks. Ghana, Sydafrika og Egypten) og mindre hyppigt fra Nord-, Syd- og Mellemamerika (især de caribiske øer), Mellemøsten (Libanon) og Asien (Thailand).

En undersøgelse for nylig tyder på, at Afghanistan har erstattet Marokko som den største producent af cannabisbark. Produktionen af cannabisbark i Afghanistan anslås at ligge på mellem 1 200 og 3 700 ton om året (UNODC, 2011). Skønt noget af den cannabisbark, der produceres i Afghanistan, sælges i Europa, er Marokko sandsynligvis stadig Europas største leverandør af dette stof. Typisk smugles cannabisbark fra Marokko ind i Europa primært gennem Den Iberiske Halvø, idet Belgien og Nederlandene fungerer som sekundære distributions- og oplagingscentre (Europol, 2011).

Beslaglæggelser

I 2009 blev der på verdensplan beslaglagt ca. 6 022 ton cannabisblade og 1 261 ton cannabisbark (tabel 3), hvilket er et samlet fald på ca. 11 % i forhold til året før. Nordamerika tegnede sig fortsat for hovedparten af de beslaglagte cannabisblade (70 %), mens mængderne af beslaglagt bark fortsat var koncentreret i Vest- og Centraleuropa (48 %) (UNODC, 2011).

I Europa blev der foretaget ca. 354 000 beslaglæggelser af cannabisblade i 2009 på ca. 99 ton, hvoraf Tyrkiet tegnede sig for over en tredjedel (42 ton), hvilket er rekord. Endvidere indberettede Grækenland og Portugal rekordstore beslaglæggelser på henholdsvis 7 ton og 5 ton⁽⁴⁴⁾. Mellem 2004 og 2009 blev det samlede antal beslaglæggelser fordoblet, og mængden af beslaglagte cannabisblade steg også. Siden 2005 har Det Forenede Kongerige tegnet sig for omkring halvdelen af det samlede antal beslaglæggelser på minimum omkring 20 ton om året.

Beslaglæggelserne af cannabisbark i Europa overstiger fortsat beslaglæggelserne af blade både med hensyn til antal og mængde, selv om forskellen bliver mindre⁽⁴⁵⁾. Således blev der i 2009 foretaget omkring 405 000 beslaglæggelser af cannabisbark, hvilket resulterede i beslaglæggelse af ca. 594 ton af stoffet eller seks gange

mere end den beslaglagte mængde cannabisblade. Mellem 2004 og 2009 steg antallet af beslaglæggelser af cannabisbark støt, mens den samlede beslaglagte mængde har været faldende fra rekorden på 1 080 ton i 2004. I 2009 indberettede Spanien i lighed med andre år halvdelen af det samlede antal beslaglæggelser af cannabisbark og omkring tre fjerdedele af den beslaglagte mængde.

Antallet af beslaglæggelser af cannabisblade er steget siden 2004 og nåede i 2009 op på ca. 25 100 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 2004 til omkring 2,5 millioner i 2005-2007 i Europa⁽⁴⁶⁾. Tilgængelige data kan tyde på et fald på europæisk plan i 2008, men de aktuelle tendenser i de indberettede antal beslaglagte cannabisplanter kan ikke indtegnes, da der mangler nye data fra Nederlandene, der historisk set indberetter store mængder. Siden 2004 er vægten af beslaglagte planter mere end tredoblet og er nået op på 42 ton i 2009, hvoraf Spanien (29 ton) og Bulgarien (10 ton) fortsat tegner sig for størstedelen.

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, mellem landene, mellem forskellige cannabisprodukter og mellem genetiske arter. Information om styrken af cannabis bygger især på retsvidenskabelig analyse af udvalgte prøver af beslaglagt cannabis. Det er usikkert, i hvor høj grad de analyserede prøver afspejler det samlede marked, og derfor skal data om styrke fortolkes med forsigtighed.

I 2009 varierede det indberettede THC-indhold af barkprøver fra 3 % til 17 %. Den gennemsnitlige styrke af cannabisblade (inklusive sinsemilla, som er den form for cannabisblade, der har den højeste styrke) varierede fra 1 % til 15 %. Gennemsnitsstyrken af sinsemilla blev kun indberettet af 3 lande, nemlig 2 % i Rumænien, 11 % i Tyskland og 15 % i Nederlandene. I perioden 2004-2009 har den gennemsnitlige styrke af cannabisbark divergeret i de 15 lande, som har indberettet tilstrækkelige data. Cannabisbladets styrke har ligget relativt stabilt eller er faldet i de 10 indberettende lande og er steget i Tjekkiet, Estland, Nederlandene og Slovakiet. Tendensdata om styrken i lokalt producerede cannabisblade foreligger

⁽⁴⁴⁾ Data om de europæiske narkotikabeslaglæggelser, der omtales i dette kapitel, kan ses i tabel SZR-1 til SZR-6 i Statistical bulletin 2011.

⁽⁴⁵⁾ Forskelle i forsendelsesstørrelse og de tilbagelagte afstande samt behovet for at krydse internationale grænser betyder, at der er større risiko for beslaglæggelse for cannabisbark end for hjemligt producerede cannabisblade.

⁽⁴⁶⁾ Analysen omfatter ikke de beslaglæggelser, der er indberettet af Tyrkiet, på 20,4 millioner cannabisplanter i 2004, da der ikke foreligger data om beslaglagte mængder for de efterfølgende år.

kun for Nederlandene, hvor der blev observeret et fald i gennemsnitsstyrken for »nederwiet« fra et maksimum på 20 % i 2004 til 15 % i 2009 ⁽⁴⁷⁾.

Den gennemsnitlige detailpris for cannabisharpiks varierede i 2009 fra 3 EUR til 19 EUR pr. gram i de 18 lande, der indberettede oplysninger, idet 12 af dem har rapporteret priser mellem 7 EUR og 10 EUR. Den gennemsnitlige detailpris for cannabisblade varierede fra 2 EUR til 70 EUR pr. gram i de 20 lande, der indberettede oplysninger, idet 12 af dem har rapporteret priser på mellem 5 EUR og 10 EUR. I perioden 2004-2009 lå den gennemsnitlige detailpris på både cannabisharpiks og cannabisblade stabilt eller steg i de fleste af de 18 indberettende lande, idet Letland, Ungarn og Polen udgjorde de undtagelser, hvor prisen på harpiks faldt.

Udbredelse og brugsmønstre

Cannabisbrug i befolkningen som helhed

Det anslås forsigtigt, at omkring 78 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 4). Der er betydelige forskelle mellem landene, idet de nationale tal for prævalens varierer fra 1,5 % til 32,5 %. For de fleste lande ligger den skønnede prævalens i størrelsesordenen 10-30 % af alle voksne.

Det anslås, at ca. 22,5 millioner europæere har brugt cannabis inden for det sidste år eller gennemsnitligt ca. 6,7 % 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 millioner europæere har brugt stoffet i løbet af den seneste måned, gennemsnitligt ca. 3,6 % af alle 15-64-årige.

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 de seneste 12 måneder generelt registreres blandt de 15-24-årige. Det er tilfældet i alle indberettende lande med undtagelse af Cypern og Portugal ⁽⁴⁸⁾.

Data fra befolkningsundersøgelser viser, at gennemsnitligt 32,0 % af unge europæiske voksne (15-34 år) på et tidspunkt har brugt cannabis, mens 12,1 % har brugt stoffet inden for det sidste år og 6,6 % har brugt det inden for den sidste måned. En endnu større del af europæerne i aldersgruppen 15-24 år anslås at have brugt cannabis inden for det seneste år (15,2 %) eller den seneste måned

(8,0 %). Nationale skøn over udbredelsen af cannabisbrug svinger meget mellem landene i alle prævalensmålinger. F.eks. ligger prævalensskøn for brug i det seneste år blandt unge voksne i lande i den øverste ende af skalaen over 20 gange højere end i landene med den laveste prævalens.

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 godt 6:1 i Portugal til knap 1:1 i Norge ⁽⁴⁹⁾.

Internationale sammenligninger

Tal for cannabisbrug fra Australien, Canada og USA for langtidsprævalens og brug inden for de seneste 12 måneder blandt unge voksne ligger alle over de europæiske gennemsnit på henholdsvis 32,0 % og 12,1 %. F.eks. var langtidsprævalensen for cannabisbrug blandt unge voksne i Canada (2009) på 48,4 % og prævalensen inden for det seneste år 21,6 %. Den nationale undersøgelse af stofbrug og sundhed i USA (Samhva, 2010) indeholdt skøn over langtidsprævalensen for cannabisbrug på 51,6 % (16-34 år, beregnet af EONN) og prævalensen inden for det seneste år på 24,1 %, mens tallene i Australien (2007) er 46,7 % og 16,2 % for de 14-39-årige. Blandt 15-16-årige skoleelever rapporterer et lille antal europæiske lande (Tjekkiet, Spanien, Frankrig og Slovakiet) langtidsprævalensniveauer for cannabis, der kan sammenlignes med de niveauer, som rapporteres af Australien og USA.

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 Kroatien og Norge. Endvidere blev der i 2009-2010 foretaget skoleundersøgelser af Italien, Slovakiet, Sverige og Det Forenede Kongerige.

Data fra ESPAD-undersøgelsen fra 2007 og de nationale skoleundersøgelser fra 2009-2010 viser, at den højeste langtidsprævalens for cannabisbrug blandt 15-16-årige skoleelever blev konstateret i Tjekkiet (45 %), mens Estland, Spanien, Frankrig, Nederlandene, Slovakiet og Det Forenede Kongerige (England) indberettede prævalensniveauer fra 26 % til 33 %. 15 lande har rapporteret langtidsprævalens for cannabisbrug på 13-25 %. De laveste niveauer (under 10 %) rapporteres af Grækenland, Cypern, Rumænien, Finland, Sverige og Norge.

⁽⁴⁷⁾ Se tabel PPP-1 og PPP-5 i Statistical bulletin 2011 om styrke og prisdata. For definitioner af cannabisprodukter se glossar online.

⁽⁴⁸⁾ Se figur GPS-1 i Statistical bulletin 2011.

⁽⁴⁹⁾ Se tabel GPS-5 (del iii) og (del iv) i Statistical bulletin 2011.

Tabel 4: Prævalensen af cannabisbrug i den brede befolkning – sammenfatning af data

Aldersgruppe	Tidsramme for brug		
	Levetid	De seneste 12 måneder	Den seneste måned
15-64 år			
Anslået antal brugere i Europa	78 millioner	22,5 millioner	12 millioner
Europæisk gennemsnit	23,2 %	6,7 %	3,6 %
Område	1,5–32,5 %	0,4–14,3 %	0,1–7,6 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (1,5 %) Malta (3,5 %) Bulgarien (7,3 %) Ungarn (8,5 %)	Rumænien (0,4 %) Malta (0,8 %) Grækenland (1,7 %) Ungarn (2,3 %)	Rumænien (0,1 %) Malta (0,5 %) Grækenland, Polen (0,9 %) Sverige (1,0 %)
Lande med den højeste prævalens	Danmark (32,5 %) Spanien (32,1 %) Italien (32,0 %) Frankrig, Det Forenede Kongerige (30,6 %)	Italien (14,3 %) Tjekkiet (11,1 %) Spanien (10,6 %) Frankrig (8,6 %)	Spanien (7,6 %) Italien (6,9 %) Frankrig (4,8 %) Tjekkiet (4,1 %)
15-34 år			
Anslået antal brugere i Europa	42 millioner	16 millioner	9 millioner
Europæisk gennemsnit	32,0 %	12,1 %	6,6 %
Område	2,9–45,5 %	0,9–21,6 %	0,3–14,1 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (2,9 %) Malta (4,8 %) Grækenland (10,8 %) Bulgarien (14,3 %)	Rumænien (0,9 %) Malta (1,9 %) Grækenland (3,2 %) Polen (5,3 %)	Rumænien (0,3 %) Grækenland (1,5 %) Polen (1,9 %) Sverige, Norge (2,1 %)
Lande med den højeste prævalens	Tjekkiet (45,5 %) Danmark (44,5 %) Frankrig (43,6 %) Spanien (42,4 %)	Tjekkiet (21,6 %) Italien (20,3 %) Spanien (19,4 %) Frankrig (16,7 %)	Spanien (14,1 %) Italien (9,9 %) Frankrig (9,8 %) Tjekkiet (8,6 %)
15-24 år			
Anslået antal brugere i Europa	19 millioner	9,5 millioner	5 millioner
Europæisk gennemsnit	30,0 %	15,2 %	8,0 %
Område	3,7–53,8 %	1,5–29,5 %	0,5–17,2 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (3,7 %) Malta (4,9 %) Grækenland (9,0 %) Cypern (14,4 %)	Rumænien (1,5 %) Grækenland (3,6 %) Portugal (6,6 %) Slovenien, Sverige (7,3 %)	Rumænien (0,5 %) Grækenland (1,2 %) Sverige (2,2 %) Norge (2,3 %)
Lande med den højeste prævalens	Tjekkiet (53,8 %) Frankrig (42,0 %) Spanien (39,1 %) Danmark (38,0 %)	Tjekkiet (29,5 %) Spanien (23,9 %) Italien (22,3 %) Frankrig (21,7 %)	Spanien (17,2 %) Frankrig (12,7 %) Tjekkiet (11,6 %) Italien (11,0 %)
<small>Europæiske skøn beregnes ud fra nationale prævalensskøn vægtet efter befolkning i den relevante aldersgruppe i hvert land. For at få skøn over det samlede antal brugere i Europa anvendes EU-gennemsnittet for lande, der mangler prævalensdata (repræsenterer ikke over 3 % af målpopulationen). Befolkningsgrupper anvendt som grundlag: 15-64: 336 millioner, 15-34: 132 millioner, 15-24: 63 millioner. Da europæiske skøn er baseret på undersøgelser gennemført mellem 2001 og 2009/10 (især 2004-2008), vedrører de ikke et enkelt år. De data, der er sammenfattet her, findes under General population surveys i Statistical bulletin 2011.</small>			

Kønssforskellen 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 ⁽⁵⁰⁾.

Tendenser i cannabisbrug

I slutningen af 1990'erne og begyndelsen af 2000'erne rapporterede mange europæiske lande

om stigninger i brugen af cannabis, både i generelle befolkningsundersøgelser og i skoleundersøgelser. Siden da er billedet i Europa blevet mere komplekst. Mange lande anfører, at cannabisbrugen er ved at stabiliseres eller falde, mens nogle få lande (Bulgarien, Estland, Finland og Sverige) måske oplever en stigning. Mens næsten alle europæiske lande har gennemført generelle befolkningsundersøgelser i de senere år, har kun 16 lande leveret tilstrækkelige data til at analysere tendenser i brugen af cannabis over en længere periode.

⁽⁵⁰⁾ Se tabel EYE-20 (del ii) og (del iii) i Statistical bulletin 2011.

Tendenserne i disse 16 lande kan grupperes i forhold til prævalensniveau (figur 5). For det første en gruppe på 6 lande (Bulgarien, Grækenland, Ungarn, Finland, Sverige og Norge), hovedsageligt i Nord- og Sydøsteuropa, som altid har rapporteret en lav prævalens inden for de seneste 12 måneder blandt de 15-34-årige, dvs. niveauer på højst 10 %. For det andet en gruppe på 5 lande (Danmark, Tyskland, Estland, Nederlandene og Slovakiet) i forskellige dele af Europa, som rapporterer højere prævalensniveauer, dog ikke over 15 %, i deres seneste undersøgelse. Alle landene i denne gruppe, undtagen Nederlandene, anførte betydelige stigninger i brugen af cannabis i 1990'erne og begyndelsen af 2000'erne. Med undtagelse af Estland anførte denne landegruppe en stigende stabil tendens i det følgende tiår. Endelig er der en gruppe på 5 lande, som alle på et eller andet tidspunkt i de sidste 10 år har nået de højeste niveauer for cannabisbrug i Europa, og hvor brugen inden for de seneste 12 måneder blandt voksne i regionen ligger på 20 % eller derover. Det er lande i det sydlige og vestlige Europa (Frankrig, Spanien, Italien, Det Forenede Kongerige) og Tjekkiet. I denne gruppe kan der være divergerende tendenser. Mens Det Forenede Kongerige og i mindre grad Frankrig har meldt om fald i deres seneste undersøgelser, har Spanien rapporteret om en relativt stabil situation siden 2003. Alle tre havde anført stigninger i brugen af cannabis i løbet af 1990'erne. Italien og Tjekkiet har begge indberettet stigninger efterfulgt af fald i de seneste år. På grund af forskelle i

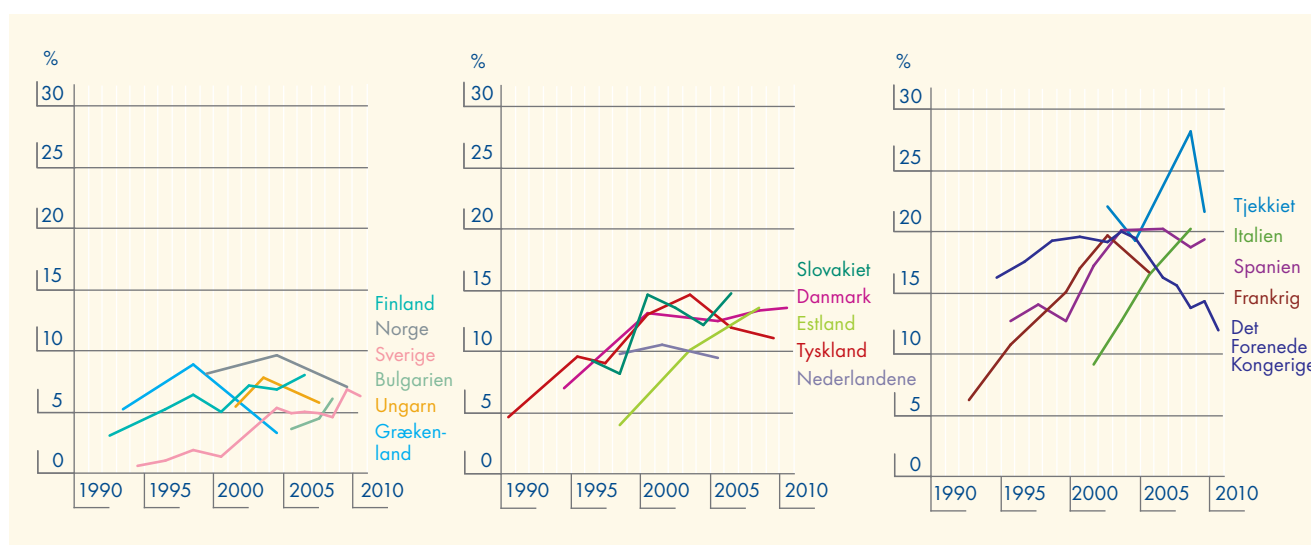
undersøgelsesmetoder og svarprocenter er det dog endnu ikke muligt at bekræfte de seneste tendenser i disse to lande.

Det er værd at bemærke Det Forenede Kongeriges særlige situation, idet der gennemføres undersøgelser årligt. Efter at have haft de højeste niveauer for brug af cannabis i Europa i begyndelsen af 2000'erne faldt brugen inden for de seneste 12 måneder i 2010 til under EU-gennemsnittet for første gang, siden EU-overvågningen begyndte.

Den registrerede stabilisering eller faldet i cannabisbrug gælder brug inden for de seneste 12 måneder, hvilket omfatter mønstre for rekreativ brug. Det er imidlertid ikke klart, hvorvidt intensiv og langvarig brug også er stabiliseret.

Der blev fundet lignende mønstre i tidstendenserne for cannabisbrug blandt skoleelever i perioden 1995-2007 i hele Europa (EONN, 2009a). 7 lande i primært det nordlige og sydlige Europa meldte generelt om lav og stabil langtidspævalens for cannabisbrug for hele perioden. De fleste vesteuropæiske lande samt Slovenien og Kroatien (11 lande), som havde høje eller stærkt stigende langtidspævalenser for cannabisbrug indtil 2003, oplevede et fald eller en stabilisering i 2007. I det meste af Central- og Østeuropa ser den stigende tendens, der blev observeret mellem 1995 og 2003, ud til at være blevet udjævnet. I denne region rapporterede 6 lande om en stabil situation, og 2 lande anførte en stigning mellem 2003 og 2007.

Figur 5: Tendenser for brug af cannabis inden for de seneste 12 måneder blandt voksne (15-34 år), lande med tre undersøgelser eller derover og grupperet efter højeste prævalensniveau (under 10 %, 10-15 %, over 15 %)



NB: Tjekkiet er i gang med at undersøge årsagerne til den store variation i undersøgelsesresultaterne, som delvist synes at hænge sammen med metodeændringer. Dataene er til orientering, men sammenligninger bør behandles med forsigtighed. Se yderligere oplysninger i figur GPS-4 i Statistical bulletin 2011.

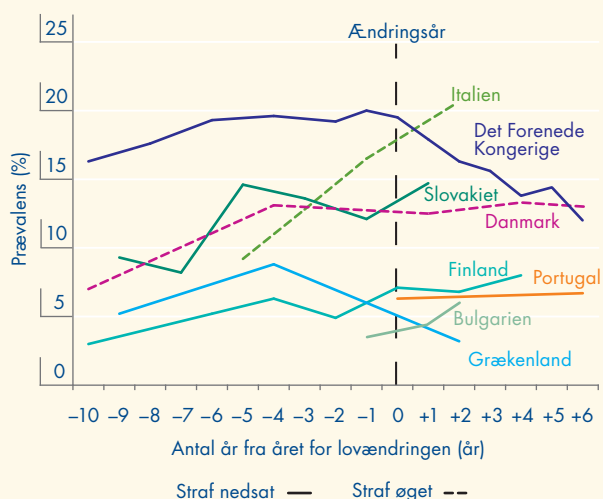
Kilder: Nationale Reitoxrapporter (2010), der stammer fra befolkningsstatistikker, rapporter eller videnskabelige artikler.

Er der en sammenhæng mellem straffe og brug af cannabis?

I løbet af de seneste ti år har en række europæiske lande ændret deres narkotikalove med hensyn til cannabis, og mange af disse har prævalensskøn for brugen af stoffet før og efter lovændringen. En simpel sammenligning mellem før og efter kan ved hjælp af disse data vise, om der sker en ændring i prævalens i årene efter lovændringen. Da brug af cannabis er koncentreret blandt de yngre aldersgrupper, blev analysen foretaget ved hjælp af prævalensdata for de 15-34-årige. I grafen afsættes prævalens for brug af cannabis inden for de seneste 12 måneder i forhold til tid, idet nul på den horisontale akse repræsenterer året for lovændringen. Da der er forskel på, hvilket år de enkelte lande ændrede deres love, og omfanget af deres undersøgelsesdata, dækker tendenslinjerne forskellige tidsrum.

Lande, der øgede straffen for besiddelse af cannabis, er angivet på grafen med stiplede linjer, og dem, der sænkede straffen, med fuldt optrukne linjer. Ifølge hypotesen om retlig virkning – i dens enkleste form – vil en ændring i loven føre til en ændring i prævalens, idet øgede straffe vil medføre et fald i stofbrugen, og nedsatte straffe vil føre til en stigning i stofbrugen. På det grundlag vil de stiplede linjer falde, og de fuldt optrukne linjer vil stige efter ændringen. I denne tiårsperiode kan der imidlertid ikke for de pågældende lande konstateres nogen simpel sammenhæng mellem lovændringer og prævalens for cannabis.

NB: Lovændringerne fandt sted i 2001-2006. Se kapitel 1 og den europæiske juridiske database om narkotika, ELDD's, emneoversigt om besiddelse



Nye skoleundersøgelser fra de seneste HBSC-undersøgelser (sundhedsadfærd blandt skoleelever) peger også på en samlet stabil eller faldende tendens i narkotikabrug blandt elever (15-16-årige) i de fleste lande i perioden 2006-2010. I England afspejler

langtidsprævalensen for cannabisbrug blandt skoleelever tendensen for voksne og er næsten halveret fra 40 % i 2002 til 22 % i 2010. I Tyskland er langtidsbrugen af cannabis blandt skoleelever også halveret fra 24 % i 2002 til 11 % i 2010. Imidlertid er der registreret stigninger siden 2006 i Tjekkiet, Grækenland, Letland, Litauen, Rumænien og Slovenien.

Data for langsigtede tendenser fra skoleundersøgelser i Australien og USA viser også en faldende tendens i cannabisbrug indtil 2009⁽⁵¹⁾. De seneste skoleundersøgelser fra USA, som blev udført i 2010, viser dog en mulig genopblussen i brugen af cannabis, idet skoleelever anfører øget brug af cannabis inden for de seneste 12 måneder og en lavere grad af modvilje mod stoffet (Johnston et al., 2010). I undersøgelsen fra 2010 anførte 15-16-årige amerikanske skoleelever højere niveauer for brug af cannabis end for cigaretrykning i nogle målinger. Således havde 16,7 % brugt cannabis inden for den seneste måned, mens kun 13,6 % havde røget cigaretter (Johnston et al., 2010).

Billedet er et andet blandt skoleelever i Europa, hvor niveauerne for cigaretrykning inden for den seneste måned fortsat er betydeligt højere end for cannabisbrug. Mellem 2003 og 2007 viste ESPAD-skoleundersøgelserne i 23 EU-lande et samlet fald i cigaretrykningen inden for den seneste måned (fra 33 % til 28 %) og et fald, eller i det mindste en stabilisering, i brugen af cannabis (fra 9 % til 7 %) (figur 6). I Europa, hvor cannabis og tobak almindeligvis blandes sammen og ryges, kan fald i tobaksrykning til en vis grad påvirke tendenserne for cannabis.

Mønstre i cannabisbrug

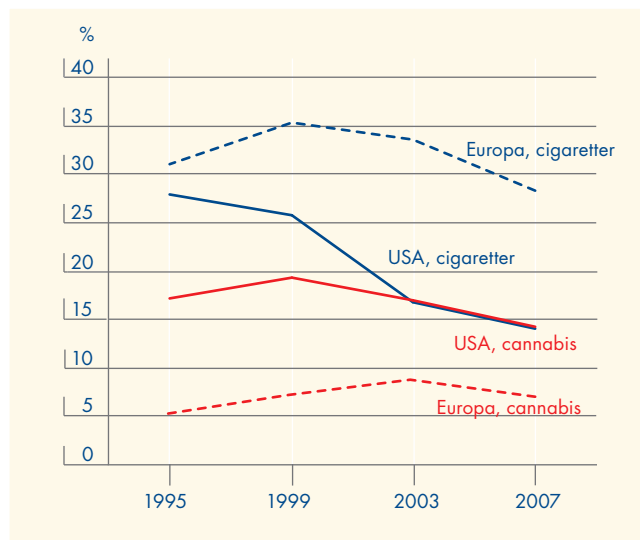
De foreliggende data peger på forskellige mønstre for cannabisbrug fra eksperimenterende brug til afhængig brug. Mange afbryder normalt deres cannabisbrug efter et eller to eksperimenter, andre bruger det lejlighedsvis eller i en begrænset periode. Af de 15-64-årige, der på et tidspunkt har brugt cannabis, har 70 % ikke gjort det inden for det seneste år⁽⁵²⁾. Blandt dem, der har brugt stoffet inden for det seneste år, har gennemsnitligt næsten halvdelen gjort det inden for den sidste måned, hvilket muligvis er tegn på en mere regelmæssig brug. Disse andele varierer dog betydeligt på tværs af lande og køn.

Cannabisbrug er særligt høj blandt visse grupper af unge mennesker, f.eks. personer, der ofte går på natklubber, pubber og til musikarrangementer. Måltrettede undersøgelser, som for nylig er foretaget i nattelivet eller dance- eller musikmiljøer i Belgien, Tjekkiet,

⁽⁵¹⁾ Se figur EYE-2 (del vi) i Statistical bulletin 2011.

⁽⁵²⁾ Se figur GPS-2 i Statistical bulletin 2011.

Figur 6: Tendenser i prævalensen af cannabisbrug og cigaretrykning inden for den seneste måned blandt 15-16-årige skoleelever i 17 EU-lande og USA



NB: Det europæiske gennemsnit (ikke vægtet) er baseret på 15-16-årige skoleelever i 15 EU-lande sammen med Kroatien og Norge. Det amerikanske skolelev gennemsnit er baseret på en prøve af ca. 16 000 elever i 10. klasse (15-16 år).

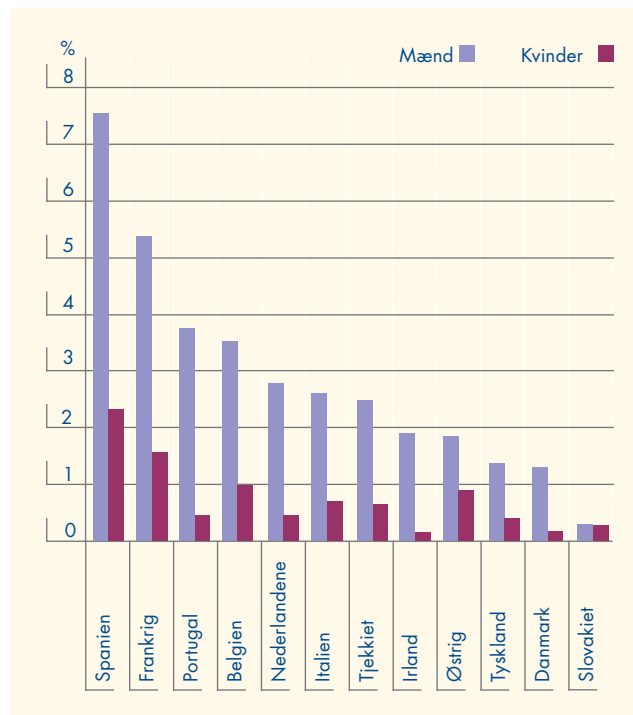
Kilder: Hibell et al. (2009), Johnston et al. (2010).

Litauen, Nederlandene og Det Forenede Kongerige, viste prævalensniveauer, som er meget højere end det europæiske gennemsnit blandt unge voksne. Brug af cannabis er også ofte knyttet til massiv alkoholbrug. F.eks. var det mellem to og seks gange mere sandsynligt, at unge voksne (15-34 år), der meldte om hyppig eller massiv alkoholbrug, også anførte brug af cannabis, sammenlignet med befolkningen i almindelighed.

Der kan være forskellige risici knyttet til de forskellige typer af cannabisprodukter og til de måder, hvorpå de bruges. De cannabisbrugsmønstre, som fører til, at der forbruges høje doser, kan give brugeren større risiko for at udvikle afhængighed eller andre problemer (Chabrol et al., 2003, Swift et al., 1998). Disse praksisser omfatter brug af cannabis med et meget højt THC-indhold eller i store mængder og inhalering fra en vandpipe.

I generelle befolkningsundersøgelser skelnes der sjældent mellem brug af forskellige typer cannabis. Imidlertid blev der i 2009 indført nye spørgsmål i en generel befolkningsundersøgelse i Det Forenede Kongerige for at afdække udbredelsen af brugen af cannabisblade, herunder »skunk« (gadenavnet for en form for stoffet med en generelt høj styrke). F.eks. skønnes det i British Crime Survey fra 2009/10, at omkring 12,3 % voksne på et tidspunkt har taget noget, de mente, var »skunk«. Mens lignende andele af cannabisbrugere anfører langtidsbrug af cannabisblade (50 %) og cannabisbark (49 %), er

Figur 7: Prævalens for daglig eller næsten daglig brug af cannabis blandt unge voksne (15-34 år) fordelt efter køn



NB: De, der har anført, at de har brugt cannabis i 20 dage eller derover i løbet af de 30 dage, der gik forud for interviewet, omtales i teksten som »daglige eller næsten daglige brugere«. Se yderligere oplysninger i tabel GPS-10 (del iv) i Statistical bulletin 2011.

Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter.

der større sandsynlighed for, at dem, der har brugt stoffet inden for det seneste år, har brugt cannabisblade (71 %) end harpiks (38 %) (Hoare og Moon, 2010). Selv om disse skøn ikke kan generaliseres til andre befolkninger i Europa, illustrerer resultaterne nogle ændringer i cannabisforbruget over tid.

Data fra en stikprøve på 14 europæiske lande, der dækker 65 % af den voksne befolkning i EU og Norge, viser, at næsten halvdelen af dem, som har brugt cannabis i den seneste måned, havde brugt stoffet 1-3 dage i den pågældende måned, omkring en tredjedel 4-19 dage og en femtedel 20 dage eller derover. I de fleste af disse 14 lande er det mere sandsynligt, at kvinder bruger cannabis lejlighedsvis, mens flertallet af daglige eller næsten daglige cannabisbrugere er mænd (figur 7). På grundlag af disse tal ser mandlige brugere i mange lande ud til at have særlig risiko for at blive hyppige brugere, og det bør tages i betragtning, når man udvikler forebyggelsesaktiviteter.

Nye data om narkotikabrug blandt unge viser, at daglig brug af cannabis også er et voksende problem i USA.

Udbredelsen af daglig brug af cannabis steg betydeligt, til 6 % blandt 17-18-årige gymnasieelever i 2010 (Johnston et al., 2010).

Afhængighed bliver i stigende grad anerkendt som en mulig følge af regelmæssig cannabisbrug, selv blandt yngre brugere, og antallet af personer, der søger hjælp på grund af deres cannabisbrug, er stigende i nogle europæiske lande (se nedenfor). Det er dog blevet rapporteret, at halvdelen af de afhængige cannabisbrugere, der holdt op med at tage stoffet, kunne gøre det uden behandling (Cunningham, 2000). Nogle cannabisbrugere — især tunge brugere — kan have problemer uden nødvendigvis at opfylde de kliniske kriterier for afhængighed.

Behandlingsefterspørgsel

I 2009 var cannabis det primære stof for omkring 98 000 personer, der kom i behandling i 26 lande (23 % af det samlede antal), hvilket gør det til det næstmest anførte stof efter heroin. Cannabis var også det mest anførte sekundære stof, idet det nævnes af omkring 93 000 klienter (28 %). Over 30 % af de personer, der kom i behandling i Belgien, Danmark, Tyskland, Frankrig, Ungarn, Nederlandene og Polen, var primære cannabisbrugere, mens de repræsenterede under 10 % i Bulgarien, Estland, Grækenland, Litauen, Malta, Rumænien og Slovenien ⁽⁵³⁾.

Forskelle i udbredelsen af cannabisbrug og problemerne i den forbindelse er ikke de eneste faktorer, som kan forklare forskellene i behandlingsniveau landene imellem. Andre faktorer, såsom henvisningspraksis og niveauet og typen af behandlingstilbud, er også vigtige. Eksemplerne herpå er iøjnefaldende i Frankrig og Ungarn, to lande, der melder om en høj andel af cannabisbrugere, som kommer i behandling. Frankrig har et system af rådgivningscentre målrettet unge klienter ⁽⁵⁴⁾. I Ungarn tilbydes cannabislovovertredere behandling som alternativ til straf, hvilket kan forøge antallet.

Ser man på tendenser over de sidste ti år, melder alle de 21 lande, som der foreligger data for, undtagen Bulgarien, om en stigning i andelen af klienter, der kommer i behandling for første gang i deres liv på grund af cannabisbrug. I de 18 lande, som der foreligger data for i perioden 2004-2009, steg antallet af primære cannabisbrugere blandt dem, der kom i behandling for første gang i deres liv, med omkring 40 % fra 27 000 til

Sundhedsskadelige virkninger af cannabisbrug

Det er almindeligt accepteret, at den individuelle sundhedsrisiko i forbindelse med cannabisbrug er lavere end risici i forbindelse med stoffer som heroin eller kokain, men på grund af den høje udbredelse af cannabisbrug kan stoffets påvirkning af folkesundheden være betydelig.

Der er identificeret en række akutte og kroniske sundhedsproblemer i tilknytning til cannabisbrug. Akutte skadevirkninger omfatter angst, panikreaktion og psykotiske symptomer, der måske anføres oftere af førstegangsbrugere. Cannabisbrug øger også risikoen for at blive involveret i en trafikulykke.

Kroniske virkninger i forbindelse med brug af cannabis er blevet dokumenteret, bl.a. afhængighed og en række luftvejssygdomme. Det er fortsat uklart, hvordan cannabisbrug påvirker den kognitive præstation. 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 (EONN, 2008a, 2008b, Hall og Degenhardt, 2009, Moore et al., 2007).

38 000 ⁽⁵⁴⁾ De seneste tal (2008-2009) viser en stadig stigende tendens i de fleste indberettende lande.

Behandlingsklienters profil

Cannabisklienter kommer hovedsageligt i behandling på ambulatorier og anføres — med en gennemsnitsalder på 25 år — at være en af de yngste klientgrupper, der kommer i behandling. Unge mennesker, der anfører cannabis som deres primære stof, udgør 74 % af de personer, der kommer i behandling i alderen 15-19 år, og 86 % af dem under 15 år. Forholdet mellem mænd og kvinder er det højeste blandt narkotikaklienter (omkring fem mænd for hver kvinde). Alt i alt er 49 % af de primære cannabisklienter daglige brugere, omkring 18 % bruger det 2-6 gange om ugen, 12 % bruger cannabis en gang om ugen eller derunder, og 22 % er lejlighedsvis brugere, hvoraf nogle har brugt det i måneden, før de kom i behandling. Disse andele varierer landene imellem ⁽⁵⁶⁾.

Behandling

Behandlingsudbud

Cannabisbehandlingen i Europa omfatter en bred vifte af foranstaltninger, bl.a. internetbaseret behandling, rådgivning og strukturerede psykosociale tiltag samt

⁽⁵³⁾ Se figur TDI-2 (del ii) og tabel TDI-5 (del ii) og TDI-22 (del i) i Statistical bulletin 2010.

⁽⁵⁴⁾ Endvidere behandles mange opioidbrugere i Frankrig af praktiserende læger og bliver ikke indberettet til behandlingsefterspørgselsindikatoren, hvilket dermed puster andelen af brugere af andre stoffer op.

⁽⁵⁵⁾ Se figur TDI-1 (del i) og (del ii) i Statistical bulletin 2011

⁽⁵⁶⁾ Se tabel TDI-10 (del ii) og (del iii), TDI-11 (del i), TDI-18 (del ii), TDI-21 (del ii), TDI-24, TDI-103 (del vii) og TDI-111 (del viii) i Statistical bulletin 2011.

behandling i stationære behandlingsmiljøer. Der sker også ofte overlappning mellem selektiv og indiceret forebyggelse og behandlingstiltag (se kapitel 2).

Cannabisbehandling gives hovedsageligt i specialiserede ambulatorier, og i over halvdelen af medlemsstaterne findes der nu centre, som er specifikt målrettet cannabisrelaterede problemer. F.eks. er der blevet oprettet over 300 ungdomsrådgivningscentre rundt om i Frankrig, der primært skal tage sig af unge brugere med cannabisproblemer. I Tyskland har 161 rådgivningscentre sammen med flere specifikke cannabisprogrammer indført programmet »Realize it«, hvor klienterne skal fastsætte mål for at kontrollere deres forbrug. Programmet tager også fat på individuelle og miljømæssige faktorer i tilknytning til deres cannabisbrug. Tiltaget gennemføres over fem sessioner i en periode på ti uger for op til 1 400 cannabisbrugere om året. I Ungarn kommer det store flertal (80 %) af cannabisbrugere på forebyggende rådgivningscentre. Disse tjenester ydes af godkendte organisationer.

Tyskland og Nederlandene har været særligt aktive med udvikling af cannabisprogrammer. Cannabisproblemer optræder sædvanligvis sammen med andre stoffer eller psykosociale problemer, og dette afspejles i de typer af programmer, der er tilgængelige for cannabisbrugere. F.eks. har Amsterdam Medical Centre udviklet et familiebaseret motivationstiltag for unge cannabisbrugere med skizofreni og deres forældre (den nederlandske nationale Reitoxrapport, 2009). Et randomiseret kontrolleret forsøg har vist positive resultater for dette tiltag. Efter tre måneder anførte de unge deltagere i forsøget, at deres brug af cannabis og trangen hertil var faldet, mens forældrene anførte mindre stress og øget trivsel. Tilfælde, hvor cannabisbrug forekommer samtidigt med psykiatriske problemer såsom psykose eller depression, kræver en integreret tilgang mellem specialiserede behandlere og psykiatriske centre. I praksis ydes der dog stadig ofte sekventiel behandling af dobbeltdiagnoser, og samarbejdet mellem behandlere er fortsat vanskeligt.

I en ny tysk undersøgelse forudses det, at et stigende antal vil søge behandling for problemer i forbindelse med cannabisbrug i de kommende år, især blandt unge mænd og unge voksne. I øjeblikket viser skøn over den andel af stofbrugere, der nås af narkotikacentre i Tyskland, at specialiserede afhængighedscentre kan nå mellem 45 % og 60 % af brugerne med opioidafhængighed, men alligevel når man kun mellem 4 % og 8 % af de cannabisbrugere, som skønnes at have behov for behandling. I nogle tilfælde kan internetbaserede tiltag, som nu er til rådighed i tre medlemsstater, give

Brug af cannabis til medicinske formål i USA

Siden 1996 har 15 amerikanske stater og Colombia vedtaget love, der tillader personlig besiddelse af en bestemt mængde cannabis til medicinske formål. Patienten skal have en skriftlig anbefaling fra en læge i alle stater, undtagen Californien og Maine, hvor anbefalingen kan være mundtlig. Alle stater med undtagelse af Washington har oprettet fortrolige registre med patientidentitetskort, og i en række stater er disse obligatoriske. Selv om hver stat har sin egen liste over betingelser, tillader de fleste stater brug af cannabis til behandling af »kroniske«, »svære« eller »vanskelige« smerter.

Næsten alle stater har vedtaget »caregiver«-modellen, hvor en udpeget person får tilladelse til at dyrke en begrænset mængde cannabis til brug for patienten. Afhængigt af hvilken stat det er, kan patienterne udpege en eller to »caregivers«, som kan levere til højst fem patienter. De tilladte mængder går fra 1 ounce — omkring 28 gram — (Alaska, Montana, Nevada) til 24 ounces (Oregon, Washington) brugbare cannabisblade, og fra 6 til 24 planter, hvoraf nogle skal være »umodne«. Det er tilladt i omkring halvdelen af staterne, at almenyttige medicinudleveringssteder eller statslige behandlingscentre tilvejebringer cannabis til medicinske formål. I alle retskredse undtagen to, New Jersey og Washington D.C., må patienter dyrke deres egen medicinske cannabis.

I henhold til forbundslovgivningen er cannabis derimod klassificeret som et farligt stof uden medicinsk brug. Det giver forbundsregeringen mulighed for at retsforfølge eventuelle brugere og leverandører af cannabis. I oktober 2009 udsendte vicesstatsadvokaten imidlertid et memo til forbundsanklagerne om ikke at prioritere retsforfølgning af sager vedrørende medicinsk brug af cannabis, hvis det var tilladt i henhold til statens lovgivning.

cannabisbrugere yderligere behandlingsmuligheder, hvis de søger støtte, men er utilbøjelige til at kontakte traditionelle behandlingscentre.

Nylige undersøgelser af behandlingen af cannabisbrugere

Der er stadig kun få behandlingsevalueringsundersøgelser sammenlignet med undersøgelser for andre ulovlige stoffer til trods for den stigende efterspørgsel efter cannabisbehandling. Der foregår ikke desto mindre stadig mere forskning i Europa, idet der i øjeblikket bliver gennemført undersøgelser i Danmark, Tyskland, Spanien, Frankrig og Nederlandene.

En række af disse undersøgelser bekræfter, at psykosociale tiltag kan have positive resultater for cannabisbrugere. Det er f.eks. tilfældet med multidimensionel familierapi, en samlet familiebaseret ambulans foranstaltning målrettet unge med stofbrugs-

og adfærdsproblemer (Liddle et al., 2009), der melder om succes med at nedbringe narkotikaforbruget. Konklusionerne fra en sammenligning med andre tilgængelige behandlinger i et forsøg fordelt på flere steder på tværs af lande er dog uklare. Det har fået EONN til at bestille en metaanalyse af europæiske og amerikanske undersøgelser.

Andre psykosociale tiltag, som i øjeblikket er ved at blive evalueret, omfatter psykoudannelse (baseret på adfærdsterapeutiske elementer og motiverende samtaler)

og forebyggelse af tilbagefald, korte foranstaltninger, »contingency management« og forskellige typer af kognitiv adfærdsterapi.

Der bliver også udført forskning i farmakologiske produkter, som kan støtte de psykosociale tiltag (Vandrey og Haney, 2009). På dette område undersøger man gennem de tre hovedforskningslinjer, der i øjeblikket følges, mulighederne for at bruge lægemidler som en hjælp til at nedbringe cannabisabstinenssymptomer, trang eller brug (Marshall, K. et al., 2011).

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Kapitel 4

Amfetaminer, ecstasy, hallucinogene stoffer, GHB og ketamin

Indledning

Amfetaminer (en fællesbetegnelse for amfetamin og metamfetamin) og ecstasy er blandt de mest almindeligt brugte ulovlige stoffer i Europa. I mange lande er enten ecstasy eller amfetaminer det næstmest almindeligt brugte ulovlige stof 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, mens et væsentligt forbrug af metamfetamin historisk set har været begrænset til Tjekkiet og Slovakiet. For nylig har der været rapporter fra nogle lande i Nordeuropa om øget tilstedeværelse af dette stof på deres amfetaminmarked.

Ecstasy er syntetiske stoffer, der er kemisk beslægtet med amfetaminer, men 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). Stoffets popularitet har traditionelt været knyttet til

dancemusikmiljøet. Selv om det stadig er populært i disse miljøer, er der i de senere år sket et gradvist fald i brugen og tilgængeligheden af ecstasy i mange europæiske lande.

Forbruget af lysergsyredietylamid (Lsd), som er langt det kendteste 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. Siden midten af 1990'erne har der været meldt om fritidsbrug af ketamin og gamma-hydroxybutyrat (GHB) i visse miljøer og blandt subgrupper af stofbrugere i Europa – begge stoffer er bedøvelsesmidler og har været almindeligt brugt i human- og veterinærmedicin i 30 år. Den ulovlige brug af disse stoffer har givet anledning til bekymring hos behandlingscentre i et begrænset antal europæiske lande.

Udbud og tilgængelighed

Narkotikaprækursorer

Amfetamin, metamfetamin og ecstasy er syntetiske stoffer, der kræver kemiske prækursorer i fremstillingsprocessen.

Tabel 5: Amfetamin, metamfetamin, ecstasy og lsd – beslaglæggelser, pris og renhed

	Amfetamin	Metamfetamin	Ecstasy	Lsd
Global beslaglagt mængde (ton)	33	31	5,4	0,1
Beslaglagt mængde EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet) ⁽¹⁾	5,3 ton (6,5 ton)	500 kg (600 kg)	Tabletter 1,9 millioner (2,4 millioner)	Enheder 59 700 (59 700)
Antal beslaglæggelser EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	34 000 (34 200)	7 400 (7 400)	10 300 (11 000)	960 (970)
Gennemsnitlig detailpris (EUR) Område (Kvartilafstand) ⁽²⁾	Gram 8-42 (10-23)	Gram 9-71	Tablet 3-16 (4-9)	Dosis 4-29 (7-11)
Gennemsnitlig renhed eller MDMA-indhold Område (Kvartilafstand) ⁽²⁾	1-29 % (6-21 %)	10-76 % (25-64 %)	3-108 mg (26-63 mg)	Ingen data

⁽¹⁾ De samlede mængder amfetamin, ecstasy og lsd, der blev beslaglagt i 2009, er sandsynligvis undervurderet, hvilket i vid udstrækning skyldes manglende nye data for Nederlandene, som indberettede relativt store beslaglæggelser indtil 2007. Da der mangler data for 2008 og 2009, kan værdierne for Nederlandene ikke inkluderes i europæiske skøn for 2009.

⁽²⁾ Område for midterste halvdel af de rapporterede data.

NB: Alle data er for 2009, ingen data: data ikke tilgængelige.

Kilde: UNODC (2011) for globale værdier, nationale Reitoxknudepunkter for europæiske data.

Indblik i fremstillingen af disse stoffer kan fås fra rapporter om beslaglæggelser af kontrollerede kemikalier, der afledes fra lovlig handel, og som er nødvendige for fremstillingen.

Det Internationale Kontroludvalg for Narkotiske Midler (INCB) anfører, at der skete et fald i beslaglæggelserne på verdensplan af 1-phenyl-2-propanon (P2P, BMK), som anvendes til illegal fremstilling af både amfetamin og metamphetamine, fra 5 620 liter i 2008 til 4 900 liter i 2009, idet Kina (2 275 liter i 2009) og Rusland (1 731 liter i 2009) fortsat melder om de største beslaglæggelser. I EU voksede beslaglæggelserne af P2P fra 62 liter i 2008 til 635 liter i 2009. Beslaglæggelserne på verdensplan af to centrale prækursorer for metamphetamine voksede også i 2009. Det gælder efedrin til 42 ton, fra 18 ton i 2008 og 22,6 ton i 2007, og pseudoefedrin til 7,2 ton, fra 5,1 ton i 2008, selv om det stadig ligger under de 25 ton, der blev beslaglagt i 2007. EU-medlemsstaterne tegnede sig for omkring 0,5 ton efedrin, hvilket er næsten det dobbelte af den mængde, der blev beslaglagt året før, og for 67 kg pseudoefedrin.

To prækursorkemikalier sættes primært i forbindelse med fremstillingen af MDMA, nemlig 3,4-methylenedioxyphenyl-2-propanon (3,4-MDP2P, PMK) og safrol. De 40 liter PMK, der blev beslaglagt i 2009, en stigning fra 0 i 2008, kunne tyde på, at tilgængeligheden af dette stof forbliver lav. Det står i modsætning til de højere niveauer, der er registreret i tidligere år (8 816 liter i 2006, 2 297 liter i 2007). Beslaglæggelserne på verdensplan af safrol, der i stigende grad kan være ved at erstatte PMK i syntesen af MDMA i Europa, faldt til 1 048 liter i 2009 fra et maksimum på 45 986 liter i 2007⁽⁵⁷⁾. Alle konfiskeringer af PMK og de fleste konfiskeringer af safrol i 2009 blev foretaget i EU.

Internationale bestræbelser på at forhindre utilsigtet anvendelse af prækursorkemikalier, som bruges til ulovlig fremstilling af syntetiske stoffer, koordineres gennem »Prismeprojektet«. Projektet benytter et system af anmeldelser forud for eksport i forbindelse med lovlig handel, indberetning af ladninger, der er blevet stoppet, og beslaglæggelser, som er foretaget, når der foregår mistænkelige transaktioner. Oplysninger om aktiviteter på dette område indberettes til Det internationale Kontroludvalg for Narkotiske Midler (INCB, 2011b). Et andet nyligt initiativ fra INCB's side er offentliggørelsen af et sæt retningslinjer til at bistå nationale regeringer med at træffe frivillige kontrolforanstaltninger i samarbejde med kemikalieproducenter med det formål at forhindre, at de bliver anvendt til fremstilling af ulovlige stoffer (INCB, 2009).

Diversificering af udbuddet af prækursorer til syntetisk stofproduktion i Europa

Syntetiske stoffer, bl.a. ecstasy (MDMA, MDEA, MDA) og amfetamin, fremstilles ulovligt i Europa af importerede prækursorkemikalier. Som reaktion på de internationale kontrolforanstaltningers øgede effektivitet syntetiserer visse ulovlige producenter nu prækursorer fra såkaldte præprækursorer i stedet for at købe dem. Endvidere maskerer producenterne traditionelle prækursorer som andre ikkekontrollerede kemikalier før import (Europol, 2007, INCB, 2011a).

De seneste udsving på det europæiske ecstasymarked illustrerer disse fænomener. Efter vellykkede foranstaltninger til at begrænse anvendelse af MDMA-prækursoren PMK (!) på det ulovlige marked, ser det nu ud til, at en række prækursorer, bl.a. safrol, bliver brugt som udgangsmaterialer i MDMA-syntesen.

PMK er under international kontrol, både i henhold til FN-konventionen fra 1988 og EU-lovgivningen. Den lovligt internationale handel med PMK er lille og begrænset til nogle få lande. Safrol fås fra safrolrige flygtige olier, der udvindes af flere plantearter fra Sydamerika og Sydøstasien (TNI, 2009). Mens safrol er et uklassificeret kemikalie, bliver handelen med safrolrige olier ikke kontrolleret. Safrol bruges også i vid udstrækning internationalt i fremstillingen af parfumer og insektgifte, hvilket kan mindske virkningen af de internationale kontrolbestræbelser.

Rapporter fra Nederlandene, som er det land, der oftest forbindes med ecstasyproduktion, tyder på, at mange producenter af stoffet har anvendt safrol i stedet for PMK som udgangsmateriale. Omkring 40 lovligt ladninger af safrol på i alt 101 840 liter blev indberettet til Det Internationale Kontroludvalg for Narkotiske Midler mellem november 2009 og oktober 2010. Imidlertid er antallet af indberetninger om mistænkelige ladninger fortsat lavt sammenlignet med den anslåede mængde ecstasy, der produceres (INCB, 2011a). Ca. 1 050 liter safrol og safrolrige olier blev beslaglagt i 2009-2010, for det meste i Litauen, mens nabolandet Letland rapporterede at have konfiskeret 1 841 liter i 2008 (INCB, 2011a).

(!) 3,4-methylenedioxyphenyl-2-propanon.

Amfetamin

Den globale amfetaminproduktion er stadig koncentreret i Europa, som tegnede sig for over 80 % af alle indberettede amfetaminlaboratorier i 2009 (UNODC, 2011). I 2009 steg beslaglæggelserne af amfetamin på verdensplan til omkring 33 ton (se tabel 5). Vest- og Centraleuropa fortsatte med at beslaglægge store mængder amfetamin, selv om UNODC meldte om et fald på 20 % i beslaglagte mængder dér sammenlignet med 2008, hvor der blev beslaglagt 7,9 ton. Den største

⁽⁵⁷⁾ Se boksen »Diversificering af udbuddet af prækursorer til syntetisk stofproduktion i Europa«.

stigning i amfetaminbeslaglæggelser blev rapporteret i Saudi-Arabien, Jordan og Syrien. Tilsammen beslaglagde UNODC's nær- og mellemøstlige og sydvestasiatiske region omkring 25 ton i 2009, næsten alt sammen i form af »captagon«-tabletter (UNODC, 2011).

Det meste af den amfetamin, der beslaglægges i Europa, er, efter produktionsmængde, fremstillet i Nederlandene, Polen, Belgien, Bulgarien og Tyrkiet. Europol anfører, at der i 2009 blev afsløret 19 steder i EU, hvor der foregik produktion, pakning eller oplagring af amfetamin.

Der blev foretaget ca. 34 200 beslaglæggelser på 5,8 ton amfetaminpulver og 3 millioner amfetamintabletter ⁽⁵⁸⁾ i Europa i 2009 ⁽⁵⁹⁾. Antallet af amfetaminbeslaglæggelser har været svingende i de sidste fem år, og der er meldt om et fald i 2008 og 2009. Mens antallet af konfiskerede amfetamintabletter i Europa er faldet drastisk i perioden 2004-2009 på grund af faldende beslaglæggelser i Tyrkiet, har mængderne af konfiskeret amfetaminpulver ligget stabilt eller er steget i de fleste europæiske lande ⁽⁶⁰⁾. Denne vurdering er dog foreløbig, da der ikke foreligger nye data for Nederlandene, som i 2007 — det sidste år, der foreligger data for — rapporterede at have beslaglagt 2,8 ton amfetaminpulver.

Renhedsgraden i prøver af den amfetamin, der blev beslaglagt i Europa i 2009, varierede fortsat betydeligt, fra under 8 % i Bulgarien, Ungarn, Østrig, Portugal, Slovenien, Slovakiet og Kroatien til over 20 % i lande, hvor der meldes om amfetaminproduktion, eller hvor forbruget er relativt højt (Estland, Litauen, Nederlandene, Polen, Finland og Norge) ⁽⁶¹⁾. I løbet af de seneste fem år er amfetaminens renhedsgrad faldet i 17 af de 18 lande, hvorfra der foreligger tilstrækkelige data til at foretage en tendensanalyse.

I 2009 varierede den gennemsnitlige detailpris for amfetamin fra 10 til 23 EUR pr. gram i over halvdelen af de 14 lande, der indsendte data. Detailpriserne for amfetamin enten faldt eller forblev stabile i alle 17 lande, der indberettede data i perioden 2004-2009, undtagen i Nederlandene, hvor prisen steg gennem perioden, og Slovenien, som meldte om en større stigning i 2009 ⁽⁶²⁾.

Metamfetamin

Antallet af lukkede metamfetaminlaboratorier indberettet på verdensplan steg med 22 % i 2009. Som i det

foregående år blev den stærkeste stigning registreret i Nordamerika, især USA, men antallet af rapporter om hemmelige laboratorier i Øst- og Sydøstasien steg fortsat. Endvidere blev der indberettet øget aktivitet i forbindelse med fremstilling af metamfetamin i Latinamerika og Afrika. I 2009 blev der beslaglagt 31 ton metamfetamin, hvilket er en markant stigning fra de 22 ton, der blev beslaglagt i 2008. Størstedelen af narkotikaene blev beslaglagt i Nordamerika (44 %), hvor Mexico tegnede sig for en usædvanligt høj andel på 6,1 ton i 2009 (UNODC, 2011).

I Europa er den ulovlige metamfetaminproduktion koncentreret i Tjekkiet, hvor 342 produktionssteder, for det meste mindre »køkkenlaboratorier«, blev afsløret i 2009 (et fald fra 434 i 2008). Fremstilling af stoffet foregår også i Slovakiet, hvor der skete en stigning i 2009, og i Tyskland, Litauen og Polen.

I 2009 blev der indberettet omkring 7 400 beslaglæggelser af metamfetamin på næsten 600 kg af stoffet i Europa. Både antallet af beslaglæggelser og mængderne af beslaglagt metamfetamin voksede i løbet af 2004-2009 med en kraftig stigning mellem 2008 og 2009. De beslaglagte mængder fordobledes mellem 2008 og 2009, især på grund af stigninger i de konfiskerede mængder i Sverige og Norge, som er de lande, der beslaglægger mest af dette stof i Europa, og hvor det måske til dels erstatter amfetamin. Tyrkiet indberettede for første gang beslaglæggelser af metamfetamin i 2009 og lå på en tredjeplads med hensyn til konfiskerede mængder. De relativt store sendinger af metamfetamin, der blev konfiskeret i Tyrkiet, var angiveligt i transit fra Iran til Øst- og Sydøstasien.

Renheden for metamfetamin varierede meget i 2009 i de 17 lande, der indberettede data, med gennemsnitsrenheder på under 15 % i Bulgarien og Estland og over 65 % i Tjekkiet, Nederlandene, Slovakiet og Kroatien. Der kan ikke skelnes nogen overordnet tendens i metamfetaminrenhed. Spektret af detailpriser for metamfetamin varierede også meget i 2009 i de seks lande, som anførte det, fra ca. 10 EUR pr. gram i Bulgarien, Litauen og Slovenien til ca. 70 EUR pr. gram i Tyskland og Slovakiet.

Ecstasy

Det indberettede antal lukkede laboratorier, der fremstiller ecstasy, var praktisk talt uændret på 52 i 2009. De fleste af disse laboratorier lå i Australien (19),

⁽⁵⁸⁾ De fleste (94 %) amfetamintabletter, der blev taget, var af mærket captagon og blev konfiskeret i Tyrkiet. Captagon er et af de registrerede varemærker for fenetyllin, der er et syntetisk stof, som stimulerer centralnervesystemet. Tabletter, der sælges på det ulovlige marked som captagon, indeholder dog jævnligt amfetamin blandet med koffein.

⁽⁵⁹⁾ Denne analyse er foreløbig, da der endnu ikke foreligger data for Nederlandene for 2008 og 2009.

⁽⁶⁰⁾ Data om de europæiske narkotikabeslaglæggelser, der omtales i dette kapitel, kan ses i tabel SZR-11 til SZR-18 i Statistical bulletin 2011.

⁽⁶¹⁾ Data om de europæiske narkotikarenhedsgrader, der omtales i dette kapitel, kan ses i tabel PPP-8 i Statistical bulletin 2011. Tendensindekser for EU kan ses i figur PPP-2 i Statistical bulletin 2011.

⁽⁶²⁾ Data om de europæiske narkotikapriser, der omtales i dette kapitel, kan ses i tabel PPP-4 i Statistical bulletin 2011.

Indonesien (18) og Canada (12). Produktionen af stoffet ser ud til at være blevet mere geografisk spredt, idet fremstillingen sker tættere på forbrugsmarkedene i Øst- og Sydøstasien, Nordamerika og Oceanien. Alligevel er det sandsynligt, at Vesteuropa fortsat er det vigtigste ecstasyproduktionsområde.

På verdensplan lå beslaglæggelserne af ecstasy på 5,4 ton i 2009 (UNODC, 2011), idet USA indberettede 63 % af den samlede mængde.

Antallet af indberettede beslaglæggelser af ecstasy i Europa lå stabilt mellem 2004 og 2006 og faldt herefter, mens de beslaglagte mængder i de fleste europæiske lande har vist en nedadgående tendens siden 2004. I 2009 blev der indberettet ca. 11 000 beslaglæggelser af ecstasy i Europa, hvorved der blev konfiskeret over 2,4 millioner ecstasytabletter. Det er imidlertid en undervurdering, da der ikke foreligger nye data for Nederlandene, der indberettede beslaglæggelser af 8,4 millioner tabletter i 2007, som er det sidste år, for hvilket der er tilgængelige data.

Det gennemsnitlige MDMA-indhold i de ecstasytabletter, der blev analyseret i 2009, lå på 3-108 mg i de 18 lande, som indberettede data. Endvidere rapporterede flere lande (Belgien, Bulgarien, Tyskland, Italien, Nederlandene og Tyrkiet) om højdosisekstacytabletter med et indhold på over 130 mg MDMA. I perioden 2004-2009 faldt MDMA-indholdet af ecstasytabletter i alle 14 lande, der indberettede tilstrækkelige data.

I løbet af de seneste par år er der sket en ændring i indholdet af ulovlige narkotikatabletter i Europa fra en situation, hvor de fleste analyserede tabletter indeholdt MDMA eller et andet ecstasylignende stof (MDEA, MDA) som det eneste psykoaktive stof, til en situation, hvor indholdet er mere forskelligartet, og MDMA-lignende stoffer er til stede i mindre omfang. Hastigheden i dette skifte steg i 2009 i en sådan grad, at de eneste lande, hvor MDMA-lignende stoffer fortsat tegnede sig for en stor andel af de analyserede tabletter, var Italien (58 %), Nederlandene (63 %) og Malta (100 %).

Amfetaminer er — undertiden i kombination med MDMA-lignende stoffer — relativt almindelige i analyserede tabletter i Grækenland, Spanien, Ungarn, Polen, Slovenien og Kroatien. De fleste af de øvrige indberettende lande nævner, at piperaziner og især mCPP blev fundet alene eller i kombination med andre stoffer i en betydelig del af de analyserede tabletter.

Ecstasy er nu blevet betydeligt billigere sammenlignet med, da stoffet først blev almindeligt tilgængeligt i

1990'erne. Skønt der meldes om tabletter, som sælges for helt ned til 1 EUR, melder de fleste lande om gennemsnitlige detailpriser i størrelsesordenen 4-9 EUR pr. tablet. Tilgængelige data for 2004-2009 tyder på, at detailprisen for ecstasy er fortsat med at falde eller er forblevet stabil i Europa som helhed. I 2009 blev der dog indberettet en stigning i Nederlandene, som også er det land, der rapporterer om de laveste priser for stoffet.

Hallucinogener og andre stoffer

Brug af lsd og handelen hermed anses for marginal i Europa. Antallet af beslaglæggelser af lsd steg mellem 2004 og 2009, mens mængderne efter et maksimum i 2005 på 1,8 millioner enheder på grund af rekordstore beslaglæggelser i Det Forenede Kongerige siden da har været svingende på relativt lave niveauer⁽⁶³⁾. Detailpriser for lsd har siden 2004 ligget stabilt i de fleste indberettende lande, mens der blev rapporteret om stigninger i Belgien og fald i Letland, Østrig og Kroatien. I 2009 lå gennemsnitsprisen på mellem 7 EUR og 11 EUR pr. enhed for de fleste af de 11 indberettende lande.

Kun fire eller fem lande, alt efter stof, melder i 2009 om beslaglæggelser af hallucinogene svampe, ketamin, GHB og GBL. Det er ikke klart, i hvilken grad de rapporterede beslaglæggelser afspejler brugen af disse stoffer eller det forhold, at de retshåndhævende myndigheder ikke rutinemæssigt går efter dem.

Udbredelse og brugsmønstre

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, ofte sammen med alkohol, og besøg på natklubber og deltagelse i dancearrangementer. Det fører til, at der rapporteres om betydeligt højere brugsniveauer blandt unge, og der kan konstateres stadig højere brugsniveauer i visse miljøer eller bestemte subpopulationer. Den samlede udbredelse af hallucinogene stoffer, f.eks. lysergsyredietylamid (lsd) og hallucinogene svampe, er generelt lav og har stort set været stabil i de senere år.

Amfetaminer

Skøn over narkotikaprævalens tyder på, at omkring 12,5 millioner europæere har prøvet amfetaminer, og omkring 2 millioner har brugt stoffet inden for de seneste 12

⁽⁶³⁾ Denne analyse er foreløbig, da der ikke foreligger data for de efterfølgende år for Nederlandene, som indberettede en tredjedel af den mængde lsd, der blev beslaglagt i Europa i 2007.

måneder (se et resumé af dataene i tabel 6). Blandt unge voksne (15-34 år) varierer langtidspævalensen for brug af amfetaminer betydeligt landene imellem, fra 0,1 % til 14,3 % med et vægtet europæisk gennemsnit på ca. 5,0 %. Brug af amfetaminer i denne aldersgruppe inden for de seneste 12 måneder ligger på 0,1-2,5 %, idet de fleste lande melder om prævalensskøn på 0,5-2,0 %. Det anslås, at omkring 1,5 millioner (1,1 %) unge europæere har brugt amfetaminer inden for det seneste år.

Blandt 15-16-årige skoleelever varierede langtidspævalensen for brug af amfetaminer fra 1-8 % i de 26 EU-medlemsstater samt Kroatien og Norge, som blev undersøgt i 2007, om end der kun blev rapporteret om prævalensniveauer på mere end 5 % i Bulgarien og Letland. De 4 lande, der gennemførte skoleundersøgelser i 2009 og 2010 (Italien, Slovakiet, Sverige og Det Forenede Kongerige), indberettede langtidspævalens for amfetaminer på 3 % eller derunder ⁽⁶⁴⁾.

Data om udbredelsen af amfetaminbrug i nattelivet i 2009, som er indsendt af 4 lande (Belgien, Tjekkiet, Nederlandene og Det Forenede Kongerige), viser betydelig variation, fra 6 % til 24 % for brug af amfetaminer inden for de seneste 12 måneder.

I løbet af det seneste tiår er brug af amfetaminer inden for de seneste 12 måneder forblevet relativt lavt og stabilt i de fleste europæiske lande med prævalensniveauer på under 3 % for næsten alle indberettende lande med undtagelse af Det Forenede Kongerige og Danmark. I Det Forenede Kongerige faldt brugen af amfetaminer inden for de seneste 12 måneder blandt unge voksne (15-34 år) fra 6,2 % i 1998 til 1,8 % i 2009-2010. I Danmark faldt det til 2 % i 2010 efter at være steget til 3,1 % i 2000 (se figur 8). I perioden 2004-2009 meldte kun Tjekkiet og Norge om en ændring på over et procentpoint i brugen af amfetaminer inden for det seneste år blandt unge voksne. I Tjekkiet er det på grund af forskelle i undersøgelsesmetoder ikke muligt at bekræfte de seneste tendenser. Skoleundersøgelser tyder samlet set kun på

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

Aldersgruppe	Tidsramme for brug	
	Levetid	De seneste 12 måneder
15-64 år		
Anslået antal brugere i Europa	12,5 millioner	1,5-2 millioner
Europæisk gennemsnit	3,8 %	0,5 %
Område	0,0-11,7 %	0,0-1,1 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (0,0 %) Grækenland (0,1 %) Malta (0,4 %) Cypern (0,7 %)	Rumænien, Malta, Grækenland (0,0 %) Frankrig (0,1 %) Tjekkiet, Portugal (0,2 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (11,7 %) Danmark (6,2 %) Sverige (5,0 %) Norge (3,8 %)	Estland (1,1 %) Det Forenede Kongerige (1,0 %) Bulgarien, Letland (0,9 %) Sverige (0,8 %)
15-34 år		
Anslået antal brugere i Europa	6,5 millioner	1,5 millioner
Europæisk gennemsnit	5,0 %	1,1 %
Område	0,1-14,3 %	0,1-2,5 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (0,1 %) Grækenland (0,2 %) Malta (0,7 %) Cypern (1,2 %)	Rumænien, Grækenland (0,1 %) Frankrig (0,2 %) Tjekkiet (0,3 %) Portugal (0,4 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (14,3 %) Danmark (10,3 %) Letland (6,1 %) Norge (6,0 %)	Estland (2,5 %) Bulgarien (2,1 %) Danmark (2,0 %) Tyskland, Letland (1,9 %)
<small>Europæiske skøn beregnes ud fra nationale prævalensskøn vægtet efter befolkning i den relevante aldersgruppe i hvert land. For at få skøn over det samlede antal brugere i Europa anvendes EU-gennemsnittet for lande, hvor prævalensdata mangler (repræsenterer ikke over 3 % af målpopulationen). Befolkningsgrupper anvendt som grundlag: 15-64: 336 millioner, 15-34: 132 millioner. Da europæiske skøn er baseret på undersøgelser gennemført mellem 2001 og 2009/10 (især 2004-2008), vedrører de ikke et enkelt år. De data, der er sammenfattet her, findes under General population surveys i Statistical bulletin 2011.</small>		

⁽⁶⁴⁾ Se tabel EYE-11 i Statistical bulletin 2011.

mindre ændringer i niveauerne for eksperimenteren med amfetaminer blandt 15-16-årige skoleelever. Mellem 2003 og 2007 meldte de fleste lande om både lave og stabile tendenser i langtidsprævalensen hos denne gruppe.

Problematiske brug af amfetaminer

Kun et lille antal lande kan give skøn over udbredelsen af problematisk brug af amfetaminer ⁽⁶⁵⁾, men data om brugere, der kommer i behandling for problemer i forbindelse med disse stoffer, er tilgængelige i hele Europa.

En lille andel af dem, der påbegynder behandling i Europa, nævner amfetamin som deres primære stof, nemlig omkring 5 % af de rapporterede narkotikaklienter i 2009 (20 000 klienter). Amfetaminbrugere tegner sig imidlertid for en anseelig andel af de anførte påbegyndte behandlinger i Sverige (28 %), Polen (25 %) og Finland (17 %). Amfetaminklienter udgør 6-10 % af de anførte påbegyndte behandlinger i fem andre lande (Belgien, Danmark, Tyskland, Ungarn og Nederlandene). Andre steder er andelen under 5 %. Endvidere nævnes andre stimulanser end kokain som et sekundært stof af næsten 20 000 klienter, der påbegyndte behandling for problemer i forbindelse med andre primære stoffer ⁽⁶⁶⁾.

Amfetaminbrugere, der påbegynder behandling, er gennemsnitligt 30 år gamle med et lavere forhold mellem mænd og kvinder (2:1) end for andre ulovlige stoffer. Mange intravenøse amfetaminbrugere rapporteres af lande, hvor amfetaminbrugere udgør de største andele af dem, der påbegynder behandling (Letland, Sverige og Finland), idet mellem 59 % og 83 % af de primære amfetaminklienter injicerer stoffet ⁽⁶⁷⁾.

Tendenserne for amfetaminbrugere, der kom i behandling mellem 2004 og 2009, er forblevet stabile i de fleste lande med et let fald blandt klienter, der påbegyndte behandling for første gang i deres liv, som hovedsageligt kan tilskrives et fald i antallet af nye amfetaminklienter i Finland og Sverige (EONN, 2010d).

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, i den senere tid, i Slovakiet. I 2009 var der i Tjekkiet anslået ca. 24 600-25 900 problematiske metamfetaminbrugere (3,3-3,5 tilfælde pr. 1 000 i alderen

15-64 år), i runde tal dobbelt så mange som det anslåede antal problematiske opioidbrugere. Det udgør en statistisk signifikant stigning sammenlignet med de foregående år. 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.

Metamfetamin anføres som det primære stof af en stor andel af de klienter, der angiveligt kommer i behandling i Tjekkiet (61 %) og Slovakiet (30 %). Begge lande melder om en stigning i antallet og den samlede andel af påbegyndte behandlinger i forbindelse med metamfetamin over det seneste tiår. Blandt dem, der søger hjælp for et metamfetaminproblem, er intravenøs brug almindelig i Tjekkiet (79 %) og i mindre grad i Slovakiet (37 %) med niveauer, der samlet set har været faldende siden 2004. Metamfetaminklienter i disse lande er gennemsnitligt omkring 25 år gamle, når de påbegynder behandling ⁽⁶⁸⁾.

I de seneste år er metamfetamin også dukket op på narkotikamarkedet i andre lande, især i Nordeuropa (Letland, Sverige, Norge og i mindre grad Finland), hvor det ser ud til delvist at have erstattet amfetamin, idet brugerne praktisk talt ikke kan skelne de to stoffer fra hinanden.

Ecstasy

Skøn over narkotikaprævalens tyder på, at omkring 11 millioner europæere har prøvet ecstasy, og omkring 2,5 millioner har brugt stoffet inden for de seneste 12 måneder (se et resumé af dataene i tabel 7). Brugen af stoffet i det seneste år er koncentreret blandt unge voksne, hvor mænd anfører langt højere brugsniveauer end kvinder i alle lande undtagen Grækenland, Rumænien, Finland og Sverige. Langtidsprævalens for ecstasybrug blandt de 15-34-årige går fra under 0,6 % til 12,7 %, idet de fleste lande anfører skøn inden for området 2,1-5,8 % ⁽⁶⁹⁾.

Langtidsprævalensen for ecstasybrug blandt 15-16-årige skoleelever varierede fra 1 % til 5 % i de fleste undersøgte EU-lande i 2007. Kun fire lande indberettede højere prævalensniveauer, nemlig Bulgarien, Estland, Slovakiet (alle 6 %) og Letland (7 %). De fire lande, der gennemførte skoleundersøgelser i 2009 (Italien, Slovakiet, Sverige og Det Forenede Kongerige), indberettede langtidsprævalens for ecstasybrug på 5 % eller derunder ⁽⁷⁰⁾.

⁽⁶⁵⁾ Problematiske brug af amfetaminer defineres som intravenøs eller langvarig og/eller regelmæssig brug af stofferne.

⁽⁶⁶⁾ Se tabel TDI-5 (del ii) og TDI-22 i Statistical bulletin 2011.

⁽⁶⁷⁾ Se tabel TDI-5 (del iv) og TDI-37 i Statistical bulletin 2011.

⁽⁶⁸⁾ Se tabel TDI-2 (del ii), TDI-3 (del iii) og TDI-5 (del ii) og (del iv) i Statistical bulletin 2011 og tabel TDI-5 (del ii) i Statistical bulletin 2006.

⁽⁶⁹⁾ Se tabel GPS-7 (del iv) i Statistical bulletin 2011.

⁽⁷⁰⁾ Se tabel EYE-11 i Statistical bulletin 2011.

Tabel 7: Prævalensen af ecstasybrug i den brede befolkning – sammenfatning af data

Aldersgruppe	Tidsramme for brug	
	Levetid	De seneste 12 måneder
15-64 år		
Anslået antal brugere i Europa	11 millioner	2,5 millioner
Europæisk gennemsnit	3,2 %	0,7 %
Område	0,3-8,3 %	0,1-1,6 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (0,3 %) Grækenland (0,4 %) Malta (0,7 %) Norge (1,0 %)	Rumænien, Sverige (0,1 %) Malta, Grækenland (0,2 %) Danmark, Polen, Norge (0,3 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (8,3 %) Irland (5,4 %) Spanien (4,9 %) Letland (4,7 %)	Det Forenede Kongerige, Slovakiet (1,6 %) Letland (1,5 %) Tjekkiet (1,4 %)
15-34 år		
Anslået antal brugere i Europa	7,5 millioner	2 millioner
Europæisk gennemsnit	5,5 %	1,4 %
Område	0,6-12,7 %	0,2-3,2 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien, Grækenland (0,6 %) Malta (1,4 %) Polen, Norge (2,1 %) Portugal (2,6 %)	Rumænien, Sverige (0,2 %) Grækenland (0,4 %) Norge (0,6 %) Polen (0,7 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (12,7 %) Tjekkiet (9,3 %) Irland (9,0 %) Letland (8,5 %)	Det Forenede Kongerige (3,2 %) Tjekkiet (2,8 %) Slovakiet, Letland, Nederlandene (2,7 %)
<small>Europæiske skøn beregnes ud fra nationale prævalensskøn vægter efter befolkning i den relevante aldersgruppe i hvert land. For at få skøn over det samlede antal brugere i Europa anvendes EU-gennemsnittet for lande, hvor prævalensdata mangler (repræsenterer ikke over 3 % af målpopulationen). Befolkningsgrupper anvendt som grundlag: 15-64: 336 millioner, 15-34: 132 millioner. Da europæiske skøn er baseret på undersøgelser gennemført mellem 2001 og 2009/10 (især 2004-2008), vedrører de ikke et enkelt år. De data, der er sammenfattet her, findes under General population surveys i Statistical bulletin 2011.</small>		

Kvalitative undersøgelser giver et billede af unge voksnes »rekreative« brug af stimulerende stoffer, når de kommer forskellige steder i nattelivet i Europa. Disse undersøgelser fremhæver væsentlige forskelle i kundernes stofbrugsprofiler, idet der er langt større sandsynlighed for, at dem, der deltager i elektroniske dancemusikarrangementer, anfører stofbrug end dem, der kommer i andre miljøer i nattelivet. Data om udbredelse af ecstasybrug i nattelivet i 2009 foreligger kun for fire lande (Belgien, Tjekkiet, Nederlandene og Det Forenede Kongerige), men viser til gengæld betydelig variation i de anførte niveauer for brug inden for den seneste tid (de sidste 12 måneder) fra 10 % til 75 %. Brug af ecstasy var mere almindelig end brug af amfetaminer i de undersøgte miljøer.

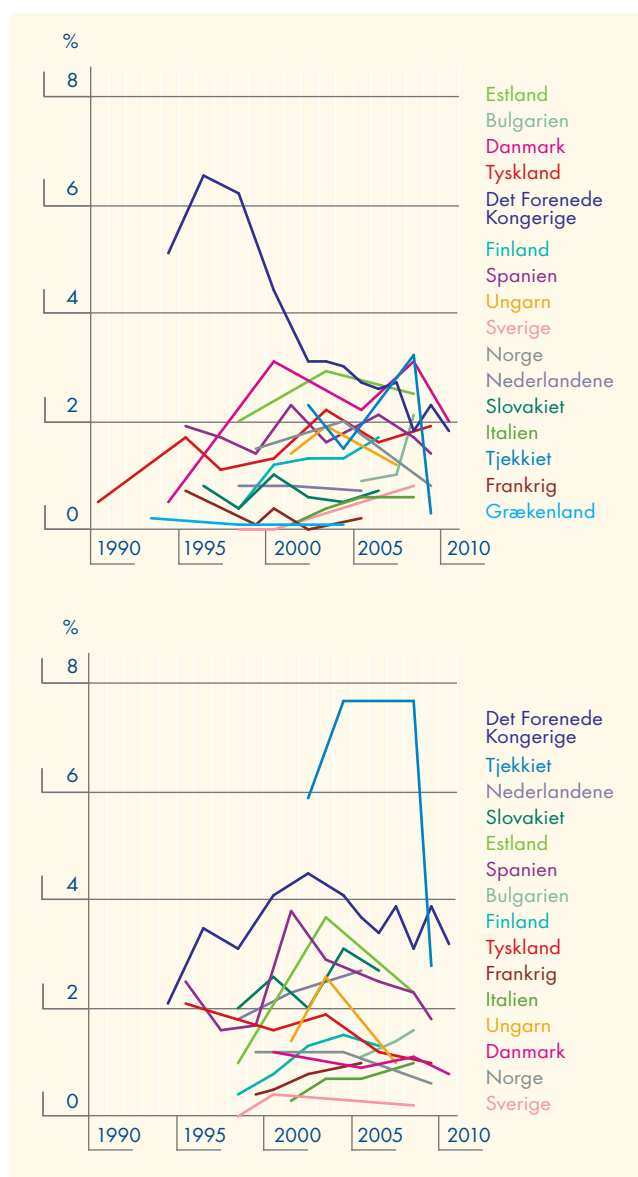
I perioden 2003-2009 meldte intet land om en stigning i ecstasybrug, mens Estland, Tyskland, Spanien, Ungarn og Det Forenede Kongerige anførte et fald på omkring ét procentpoint i brugen af ecstasy inden for de seneste 12 måneder i aldersgruppen 15-34 år. Der er dog en

vis variation landene imellem. I lande, der indberettede højere gennemsnitsniveauer for ecstasybrug inden for de seneste 12 måneder, toppede forbruget 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 8). En undtagelse er Tjekkiet, hvor skøn over ecstasybrug inden for de seneste 12 måneder toppede i 2008 ved 7,7 % og faldt til 2,8 % i 2009. I Tjekkiet gør forskelle i undersøgelsesmetoder det ikke muligt at bekræfte de seneste tendenser.

Skoleundersøgelser tyder samlet set kun på mindre ændringer i niveauerne for eksperimenteren med ecstasy blandt 15-16-årige skoleelever. Mellem 2003 og 2007 meldte de fleste lande om lave og stabile tendenser i langtidsprævalensen for ecstasy i denne gruppe, mens syv lande anførte en stigning og tre et fald – under anvendelse af en forskel på to procentpoint som tærskel. Undersøgelser i fritidsmiljøer i Europa kan tyde på et fald i ecstasyprævalensen. I Amsterdam viste en undersøgelse af gæster i coffeshopper et klart fald i brugen af ecstasy

inden for den seneste måned fra 23 % i 2001 til 6 % i 2009. Undersøgelsen viste også et fald i langtidsbrugen af amfetamin fra 63 % til 41 % i samme periode. En belgisk undersøgelse, der gennemføres regelmæssigt i nattelivet, viste, at ecstasy ikke længere er det næstmest

Figur 8: Tendenser i prævalens for brug af amfetamin (øverst) og ecstasy (nederst) blandt unge voksne (15-34 år) inden for de seneste 12 måneder



NB: Kun data for lande med mindst tre undersøgelser i perioden 1998-2009/10 er medtaget. Tjekkiet er i gang med at undersøge årsagerne til den store variation i undersøgelsesresultaterne, som delvis synes at hænge sammen med metodeændringer. Dataene er til orientering, men sammenligninger bør behandles med forsigtighed. Se yderligere oplysninger i figur GPS-8 og GPS-21 i Statistical bulletin 2011.

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

brugte ulovlige stof. I tidligere undersøgelser lå brug af ecstasy inden for de seneste 12 måneder mellem 15 % og 20 %, men faldt til 10 % i 2009.

Få narkotikabrugere søger behandling for problemer i forbindelse med ecstasy. I 2009 blev ecstasy nævnt som det primære stof af under 1 % (1 300) af alle, der påbegyndte en behandling. Med en gennemsnitsalder på 26 år er ecstasyklienter blandt de yngste, som kommer i narkotikabehandling, og der er tre til fire mænd for hver kvinde. Ecstasyklienter anfører ofte samtidig brug af andre stoffer, herunder alkohol, kokain og i mindre grad cannabis og amfetaminer⁽⁷¹⁾.

Der er rapporteret om kombineret brug af ecstasy eller amfetaminer sammen med alkohol i europæiske undersøgelser. I ni europæiske lande viser generelle befolkningsundersøgelser, at personer med et hyppigt eller massivt alkoholforbrug anfører et forbrug af amfetaminer eller ecstasy, som er langt højere end befolkningsgennemsnittet (EONN, 2009b). På samme måde viser en analyse af ESPAD-skoleundersøgelser for 22 lande, at 86 % af de 15-16-årige skoleelever, der anførte, at de havde brugt ecstasy i den seneste måned, også anførte, at de havde drukket fem eller flere alkoholiske drikke ved den samme lejlighed (EONN, 2009b).

Hallucinogener, GHB og ketamin

Blandt unge voksne (15-34 år) ligger skøn over langtidsprævalensen for brug af lsd i Europa på 0-5,5 %. Der rapporteres om meget lavere prævalens for brug inden for de seneste 12 måneder⁽⁷²⁾. I de få lande, der forelægger sammenlignelige data, melder de fleste om højere niveauer for brug af hallucinogene svampe end for lsd, både i den brede befolkning og blandt skoleelever. Skøn over langtidsprævalensen for hallucinogene svampe blandt unge voksne går fra 0,3-14,1 %, og skøn over prævalensen inden for de seneste 12 måneder ligger på 0,2-5,9 %. Blandt de 15-16-årige skoleelever anfører de fleste lande skøn over langtidsprævalensen for brug af hallucinogene svampe på 1-4 %, idet Slovakiet (5 %) og Tjekkiet (7 %) rapporterer højere niveauer⁽⁷³⁾.

Skøn over prævalensen for GHB- og ketaminbrug blandt voksne og skoleelever er meget lavere end for brug af kokain og ecstasy. Dog kan brugen af disse stoffer være højere i bestemte grupper, miljøer og geografiske områder. Der er for nylig gennemført målrettede undersøgelser i Belgien, Tjekkiet, Nederlandene og Det Forenede Kongerige, som viser prævalensskøn for

⁽⁷¹⁾ Se tabel TDI-5, TDI-8 og TDI-37 (del i), (del ii) og (del iii) i Statistical bulletin 2011.

⁽⁷²⁾ Se tabel GPS-1 i Statistical bulletin 2011.

⁽⁷³⁾ Data fra ESPAD for alle lande undtagen Spanien. Se figur EYE-3 (del v) i Statistical bulletin 2011.

brugen af disse stoffer. Af disse undersøgelser fremgår det, at langtidsprævalensen for brug af GHB går fra 3,9 % til 14,3 %, og prævalensen inden for den seneste måned er op til 4,6 %. Skøn over ketaminbrug i samme undersøgelser ligger fra 2,9 % til 62 % for langtidsbrug og 0,3-28 % for brug inden for den seneste måned. Der er markante forskelle mellem undersøgelser og lande, og den høje anførte prævalens for ketaminbrug stammer kun fra én undersøgelse i et britisk musikmagasin (Winstock, 2011). I den undersøgelse er brugsniveauerne for ketamin langt højere end for GHB. En så høj ketaminprævalens kan skyldes selvudvælgelse af respondenterne i undersøgelsen og deres særlige narkotikabruksprofiler og holdninger. Nederlandene anførte, at ketamin har opnået en vis popularitet blandt trendsætterne i den vestlige region, men prævalensniveauer for seneste måned blandt gæster ved store fester i 2009 er fortsat lavere (1,2 %) end for GHB (4,6 %). Blandt gæster i Amsterdams coffeshopper i 2009 var sidste måneds brug af GHB det samme som sidste måneds brug af amfetamin, dvs. 1,5 %. En høj opfattet risiko for overdosis, der fører til bevidstløshed eller koma, i forbindelse med brug af GHB fremhæves af kvalitative undersøgelser i Tyskland, Estland, Frankrig og Nederlandene.

Der kan ikke afdækkes nogen overordnede tendenser for brug af GHB og ketamin i gentagne undersøgelser af festdeltagere i fritidsmiljøer, og de rapporterede ændringer er i de fleste tilfælde små. Ifølge undersøgelser af fritidsmiljøer i Belgien steg brugen af GHB og ketamin inden for den seneste måned fra 2 % til 3 % mellem 2008 og 2009. I Tjekkiet viser undersøgelser i nattelivet, at langtidsprævalensen for brug af GHB steg fra 1,4 % i 2007 til 3,9 % i 2009, og brugen af ketamin steg fra 2,2 % til 2,9 % i samme periode. Gæster i Amsterdams coffeshopper anførte fald i brug af GHB inden for den seneste måned fra 2,8 % i 2001 til 1,5 % i 2009. Imidlertid er tendenserne i Amsterdam ikke repræsentative for resten af Nederlandene. Blandt respondenterne i den britiske musikmagasinundersøgelse faldt brugen af GHB inden for den seneste måned også fra 1,7 % i 2009 til under 1 % i 2010, og ketaminbrugen faldt fra 32,4 % til 28 % i samme periode.

Tiltag i fritidsmiljøer

Til trods for høje niveauer for rekreativ stofbrug rapporterer kun 13 lande om gennemførelse af forebyggende eller skadesbegrænsende tiltag i fritidsmiljøer. De anførte tiltag fokuserer fortsat på information og rådgivning. Dette fokus er også iøjnefaldende i tiltagene i Healthy Nightlife Toolbox,

som er et EU-finansieret internetbaseret initiativ med det formål at bidrage til at reducere skader af alkohol- og stofbrug i nattelivet. Projektet »Safer Nightlife«, der er et andet EU-finansieret initiativ under programmet »Democracy, Cities & Drugs II (2008-2011)«, sigter mod at gå længere end oplysningskampagner og at forbedre forebyggelsesprogrammer i nattelivet og uddannelse for fagfolk.

I en nyere systematisk oversigt over skadesbegrænsende strategier i rekreative miljøer blev det konstateret, at de sjældent evalueres, og det er ikke altid klart, om de virker (Akbar et al., 2011). Det viste sig ved gennemgangen af strategier, at tiltag med fokus på uddannelse af serveringspersonale i fritidsmiljøer var den mest almindeligt brugte programtype. Disse programmer omfatter typisk emner som, hvordan man genkender tegn på forgiftning, og hvornår og hvordan man afviser at betjene kunder. I det østrigske projekt »taktisch klug« (kløge taktikker) får partyarrangører hjælp i forberedelsesfasen, og festdeltagerne tilbydes rådgivning, så de kan udvikle en mere kritisk holdning til psykoaktive stoffer og risikoadfærd. Miljømodeller med flere elementer, som er blandt de programmer, der har mere lovende evalueringsresultater, rapporteres hovedsageligt af lande i Nordeuropa.

Undersøgelser i det internationale natteliv viser, at disse miljøer kan sættes i forbindelse med rekruttering, optræning og tilbagefald med hensyn til stofbrug og kan spille en rolle i den internationale spredning af narkotikakulturer. Forskning peger på høje stofbrugsniveauer og introduktion til stofbrug på visse feriesteder. F.eks. viste en undersøgelse af unge (16-35 år) fra Tyskland, Spanien og Det Forenede Kongerige, der besøgte Ibiza og Mallorca, store forskelle i stofbrug mellem nationaliteter og mellem de to feriesteder. Stofbrugsniveauet var særdeles højt blandt spanske og britiske besøgende på Ibiza, og hver femte britiske besøgende prøvede mindst ét nyt stof under deres ferie dér (Bellis et al., 2009).

Behandling

Problematiske brug af amfetaminer

De behandlingsmuligheder, der er tilgængelige for amfetaminbrugere i europæiske lande, følger ofte det enkelte lands historie og mønstre for problematisk amfetaminbrug, som er meget forskellige landene imellem. I de vest- og sydeuropæiske lande har behandlingssystemerne især specialiseret sig i at imødekomme opioidbrugeres behov. Til trods for

Sundhedsmæssige konsekvenser af amfetaminer

Medicinsk brug af amfetaminer har været sat i forbindelse med en række bivirkninger, bl.a. anoreksi, søvnløshed og hovedpine. Brug af ulovlige amfetaminer sættes i forbindelse med en lang række negative følger (EONN, 2010d) såsom kortvarige negative virkninger (rastløshed, rysten, angst, svimmelhed), eftervirkninger i form af et sammenbrud eller en nedtur (depression, søvnmangfoldighed, selvmordsadfærd), psykologiske og psykiatriske virkninger af langvarig brug (psykoser, selvmordsadfærd, angst og voldsom adfærd) samt afhængighed med en bred vifte af abstinenssymptomer.

Der er gennemført mange undersøgelser af de sundhedsmæssige følger af amfetaminbrug i Australien og USA, hvor brugen af metamfetamin, navnlig rygning af metamfetamin, er en væsentlig del af narkotikaproblemet. Skønt brugen af metamfetamin er relativt sjælden i Europa, har der også været meldt om disse sundhedsmæssige virkninger i Europa. Der er også identificeret cerebralvaskulære problemer (risiko for iskæmisk og hæmorrhagisk infarkt) samt akut og kronisk kardiovaskulær patologi (akut stigning i hjertefrekvens og blodtryk). I forbindelse med kronisk brug eller forud eksisterende hjerte-kar-sygdom kan disse udløse alvorlige og potentielt dødelige hændelser (myokardieiskæmi og infarkt). Andre sundhedsmæssige følger omfatter neurotoksicitet, intrauterin væksthæmning i forbindelse med amfetaminbrug under graviditet samt tandsygdomme.

Intravenøs brug øger risikoen for smitsomme sygdomme (hiv og hepatitis), men er sjælden blandt europæiske amfetaminbrugere. Tjekkiet har meldt om en høj grad af seksuel risikoadfærd blandt metamfetaminbrugere, hvilket gør dem mere sårbare over for seksuelt overførte infektioner. Undersøgelser i Tjekkiet, Letland og Nederlandene viste høj dødelighed blandt afhængige eller kroniske amfetaminbrugere. Imidlertid er det vanskeligt at anslå dødeligheden i forbindelse med amfetaminer på grund af blandingsbrug (især samtidig brug af heroin og kokain).

et lavt problematisk amfetaminbrugsniveau i disse lande kan manglen på særlige centre hindre sådanne brugere, især socialt velintegrerede amfetaminbrugere, i at få adgang til behandling (EONN, 2010d). I de nord- og centraleuropæiske lande, der har en lang tradition for behandling af amfetaminbrug, er nogle programmer skræddersyet til amfetaminbrugeres behov. I de central- og østeuropæiske lande, hvor et væsentligt problematisk amfetaminbrug er af nyere dato, er behandlingssystemerne primært rettet mod problematiske opioidbrugere, og man har været langsomme til at se på amfetaminbrugeres behov. Ifølge en undersøgelse af nationale eksperter fra 2008 melder under halvdelen af de europæiske lande, at der findes specialiserede

behandlingsprogrammer for amfetaminbrugere, som aktivt søger behandling.

Psykosocial behandling i narkotikaambulatorier er den almindeligste form for behandling til amfetaminbrugere. De mere problematiske brugere, f.eks. personer, hvis amfetaminafhængighed kompliceres af samtidige psykiatriske lidelser, kan få behandling på døgnbehandlingscentre eller psykiatriske klinikker eller hospitaler. I Europa gives der lægemidler (antidepressive, beroligende eller antipsykotiske midler) til behandling af abstinenssymptomer i begyndelsen af afgangningen, og det sker normalt på specialiserede psykiatriske døgnbehandlingsafdelinger. Længerevarende behandling med antipsykotiske midler ordineres undertiden i tilfælde af varige psykopatologier på grund af kronisk brug af amfetaminer. Europæiske fagfolk rapporterer, at problematiske amfetaminbrugeres psykiatriske problemer ofte er vanskelige at klare i den terapeutiske sammenhæng. I Ungarn blev den første professionelle protokol om behandling af amfetaminbrugere offentliggjort af sundhedsministeriet i begyndelsen af 2008. Protokollen dækker diagnose, den indicerede opbygning af medicinsk støttet stoffri behandling samt andre terapier og rehabilitering.

Undersøgelser af behandlingen af amfetaminafhængighed

Skønt der rapporteres om en vis begrænset ordination af substitutionsmidler i Tjekkiet og Det Forenede Kongerige, foreligger der i øjeblikket ingen dokumentation til støtte for, at denne metode er effektiv. Klinikere er dog aktivt i gang med at udforske farmakologiske behandlinger, som kan være nyttige i behandlingen af amfetaminafhængighed. Det centralnervestimulerende stof dextroamfetamin blev afprøvet blandt metamfetaminpatienter og gav positive resultater med hensyn til nedsættelse af trang og abstinenssymptomer og til at fastholde klienter i behandling, men nedbragte ikke brugen af metamfetamin sammenlignet med placebo (Galloway et al., 2011, Longo et al., 2010). Undersøgelser af virkningen af Modafinil, et stof, der bruges til at regulere søvnighed, på metamfetaminafhængige personer viste mulige forbedringer i arbejdshukommelsen (Kalechstein et al., 2010), men ingen forskel sammenlignet med placebo for stofbrugsniveauer, fastholdelse i behandling, depression eller trang (Heinzerling et al., 2010).

Bupropion, et antidepressivt middel, der er blevet brugt til at støtte rygestop, blev brugt i et pilotprojekt med en lille gruppe metamfetaminafhængige mænd, der har sex med mænd (Elkashaf et al., 2008). Der er dog brug for en større undersøgelse for at bekræfte de positive resultater. Ved en anden pilotundersøgelse, der havde

til formål at kontrollere symptomerne på ADHD hos problematiske amfetaminbrugere, blev methylfenidat som depotpræparat kombineret med ugentlige sessioner med færdighedstræning, men der blev ikke konstateret nogen forskel med placebogruppen (Konstenius et al., 2010).

En række igangværende forsøg er registreret på dette område, bl.a. undersøgelser med depotnaltrexon mod amfetaminafhængighed og metamfetaminafhængighed, undersøgelser med monoaminantagonist, et angiotensin, der omdanner enzyminhibitoren *N*-acetylsystein, rivastigmin og vareniclin.

Psykologiske og adfærdsmæssige tiltag mod metamfetaminproblemer er kernen i et mindre antal undersøgelser. I en australsk undersøgelse forsøgte man at sammenligne to psykologiske tilgange til metamfetaminbrug, men deltagerfrafaldet var for stort til, at der kunne opnås signifikante resultater (Smout et al., 2010). Igangværende undersøgelser på dette område omhandler virkningen af motiverende samtaler og kognitiv adfærdsfærdighedstræning for metamfetaminafhængighed.

Afhængighed af gamma-hydroxybutyrat og behandling

Afhængighed af gamma-hydroxybutyrat (GHB) er en anerkendt klinisk tilstand, der medfører et potentielt alvorligt abstinenssyndrom, hvis man pludselig ophører

med stoffet efter regelmæssig eller kronisk brug. Der er bevis for, at fysisk afhængighed kan opstå hos fritidsbrugere, og tilfælde af abstinenssymptomer ved ophør af brug af GHB og dets prækursorer er dokumenteret. GHB-afhængighed er også rapporteret hos tidligere alkoholikere (Richter et al., 2009).

Tilgængelige undersøgelser fokuserer især på beskrivelsen af GHB-abstinenssyndrom og komplikationer i den forbindelse, som kan være vanskelige at genkende i nødsituationer (van Noorden et al., 2009). Disse symptomer kan omfatte uro, angstanfald, søvnløshed, transpiration, takykardi og forhøjet blodtryk. Patienter med abstinenser kan også udvikle psykoser og delirium. Mild abstinens kan behandles ambulant, ellers anbefales tilsyn under indlæggelse. Indtil nu er der ikke udformet standardprotokoller for behandling af GHB-abstinenssyndrom.

Benzodiazepiner og barbiturater er de lægemidler, der oftest bruges til at behandle akutte problemer i forbindelse med brug af GHB. I USA er en mindre undersøgelse i gang med henblik på at sammenligne benzodiazepinet lorazepam med barbituratet pentobarbital til nedbringelse af subjektive abstinenssymptomer hos GHB-afhængige personer. I Nederlandene bliver der nu gennemført forskning for at fastlægge evidensbaserede retningslinjer for behandling af GHB-afhængighed.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Kapitel 5

Kokain og crackkokain

Indledning

Kokain er fortsat det næstmest almindeligt brugte ulovlige stof i Europa, om end der er betydelige forskelle på prævalensniveauer og tendenser landene imellem. Høje kokainbrugsniveauer bliver kun observeret i et mindre antal lande, for det meste i Vesteuropa, mens brugen af dette stof andre steder forbliver begrænset. Der er også betydelig diversitet blandt kokainbrugerne, som omfatter lejlighedsvis brugere og mere socialt integrerede regelmæssige brugere, der almindeligvis sniffer kokainpulver, og mere marginaliserede og ofte afhængige brugere, som injicerer kokain eller bruger crackkokain.

Udbud og tilgængelighed

Produktion og ulovlig handel

Dyrkning af kokabusken, der er kilden til kokain, er fortsat koncentreret i tre lande i Andesregionen: Colombia, Peru

og Bolivia. UNODC (2011) anslog, at det område, hvor der dyrkedes kokabuske i 2010, var på 149 000 ha, et fald på 6 % fra de anslåede 158 000 ha i 2009. Dette fald skyldtes i vid udstrækning en reduktion af det område, hvor der blev dyrket koka i Colombia, som til dels er blevet opvejet af stigninger i Peru og Bolivia. De 149 000 ha kokabuske blev omsat i en potentiel produktion på mellem 786 og 1 054 ton ren kokain sammenlignet med ca. 842-1 111 ton i 2009 (UNODC, 2011).

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 2009 blev 2 900 kokainlaboratorier lukket (UNODC, 2011), og i alt 23 ton kaliumpermanganat (90 % af beslaglæggelserne på verdensplan) blev beslaglagt i Colombia (INCB, 2011a).

Tabel 8: Kokain og crackkokain – produktion, beslaglæggelser, pris og renhed

	Kokainpulver (hydroklorid)	Crack (kokainbase) ⁽¹⁾
Anslået global produktion (ton)	786–1 054	Ingen data
Global beslaglagt mængde (ton)	732 ⁽²⁾	Ingen data
Beslaglagt mængde (ton)		
EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet) ⁽³⁾	49 (49)	0,09 (0,09)
Antal beslaglæggelser		
EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	98 500 (99 000)	7 500 (7 500)
Gennemsnitlig detailpris (EUR pr. g)		
Område (Kvartilafstand) ⁽⁴⁾	45–104 (50,2–78,2)	55–70
Gennemsnitlig renhed (%)		
Område (Kvartilafstand) ⁽⁴⁾	18–51 (25,0–38,7)	6–75

⁽¹⁾ Da få lande har indberettet data, skal disse data fortolkes med forsigtighed.

⁽²⁾ I henhold til UNODC svarer dette tal til 431-562 ton ren kokain.

⁽³⁾ Den samlede mængde kokain, der blev beslaglagt i 2009, er sandsynligvis undervurderet, hvilket i vid udstrækning skyldes manglende nye data for Nederlandene, som indberettede relativt store beslaglæggelser indtil 2007. Da der mangler data for 2008 og 2009, kan værdierne for Nederlandene ikke inkluderes i europæiske skøn for 2009.

⁽⁴⁾ Område for midterste halvdel af de rapporterede data.

NB: Alle data er for 2009, ingen data: data er ikke tilgængelige.

Kilde: UNODC (2011) for globale værdier, nationale Reitoxknudepunkter for europæiske data.

Kokainen ser ud til at komme til Europa via de fleste lande i Syd- og Centralamerika, dog især gennem Argentina, Brasilien, Ecuador, Mexico og Venezuela. 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 siden 2007 er blevet indberettet en »betydelig nedgang« i beslaglæggelserne af kokain i transit gennem Vestafrika (UNODC, 2011), passerer der sandsynligvis stadig betydelige mængder af stoffet gennem regionen (EONN og Europol, 2010).

Spanien, Nederlandene, Portugal og til en vis grad Belgien ser ud til at være kokainens vigtigste indgange til Europa. I Europa er Tyskland, Frankrig og Det Forenede Kongerige ifølge rapporter ofte vigtige transit- eller destinationslande. Det Forenede Kongerige anslår, at der bliver importeret 25-30 ton kokain til landet hvert år. Nye rapporter viser også, at kokainsmuglingen kan være ved at blive udvidet østpå (EONN og Europol, 2010, INCB, 2011b). Det samlede tal for 12 central- og østeuropæiske lande viser en stigning i antallet af kokainbeslaglæggelser fra 666 tilfælde i 2004 til 1 232 i 2009, men disse udgør stadig kun omkring 1 % af det samlede tal for Europa. De mængder kokain, der blev konfiskeret i denne region, blev mere end fordoblet mellem 2008 og 2009, især på grund af rekordstore beslaglæggelser i Bulgarien (0,23 ton) og Rumænien (1,3 ton), to lande, der ligger langs den såkaldte Balkanrute, som sædvanligvis sættes i forbindelse med heroinsmugling.

Beslaglæggelser

Kokain er det mest smuglede stof i verden efter cannabisblade og cannabisharpiks. I 2009 lå de samlede beslaglæggelser af kokain stort set stabilt på omkring 732 ton (tabel 8) (UNODC, 2011). Sydamerika indberettede fortsat den største beslaglagte mængde og tegnede sig for 60 % af det samlede tal, efterfulgt af Nordamerika med 18 % og Europa med 8 % (UNODC, 2011).

Antallet af kokainbeslaglæggelser i Europa har været stigende i de sidste 20 år og mere markant siden 2004 og nåede anslået 99 000 tilfælde i 2009. Den samlede konfiskerede mængde toppede i 2006 og er siden blevet halveret til anslået 49 ton i 2009. Dette fald skyldes i høj grad et fald i de mængder, der konfiskeres i Spanien og Portugal⁽⁷⁴⁾, selv om det er uklart, i hvilken grad det skyldes ændringer i smuglerruter eller -metoder eller de retshåndhævende myndigheders prioriteringer. I 2009 var Spanien fortsat det land, som indberettede både det

Engros- og detailpriser på narkotika: kokain

Engrospriser på narkotika er de priser, der betales for store mængder, som vil blive distribueret i et land, mens detailpriser er dem, stofbrugeren betaler. Ved at sammenligne de to kan der foretages skøn over de maksimale fortjenstmarginer, narkotikahandlere kan opnå på detailmarkedet.

De seneste data, der er indsamlet af EONN fra 14 europæiske lande, viser, at engrosprisen for sendinger på et kilo kokain i 2008 kan anslås til mellem 31 000 EUR og 58 000 EUR, idet de fleste lande melder om priser på omkring 35 000. Når det er anført, er gennemsnitsrenheden for sådanne sendinger tæt på 70 %.

I 2008 varierede detailpriserne på kokain fra 50 000 EUR til 80 000 EUR for det, der svarer til et kilo kokain i disse lande, og lå derved 25-83 % højere end engrospriserne. Renhedsgraderne faldt, når man bevægede sig fra engros- til detailmarkedet, hvor de blev anført som gennemsnitligt 13-60 % afhængigt af landet. Supplerende data er dog nødvendige, hvis man skal anslå prisforskellene mellem engros- og detailniveauet justeret for renhed.

En oversigt over metoder og datatilgængelighed i Europa er anført i en EONN-rapport om en pilotundersøgelse om engrospriser på narkotika, som blev offentliggjort i 2011.

højeste antal beslaglæggelser af kokain og den største mængde beslaglagt kokain i Europa, omkring halvdelen af det samlede tal i begge tilfælde. Denne vurdering er dog foreløbig, da de seneste tal ikke foreligger for Nederlandene. I 2007, som er det sidste år, der foreligger data for, rapporterede Nederlandene beslaglæggelser på omkring 10 ton kokain.

Renhed og pris

Den gennemsnitlige renhed for testede kokainprøver lå mellem 25 % og 43 % i halvdelen af de lande, der indsendte data for 2009. De laveste værdier blev rapporteret i Danmark (kun detail, 18 %) og Det Forenede Kongerige (England og Wales, 20 %) og de højeste i Belgien (51 %), Spanien og Nederlandene (49 %) (75). 22 lande leverede tilstrækkelige data til en analyse af tendenser for kokainrenhed i perioden 2004-2009, idet 19 lande meldte om et fald, to om en stabil situation (Tyskland, Slovakiet), og Portugal konstaterede en stigning. Samlet faldt kokainrenheden med gennemsnitligt ca. 20 % i EU i perioden 2004-2009 (76).

Den gennemsnitlige detailpris for kokain varierede mellem 50 EUR og 80 EUR pr. gram i de fleste af de lande, som rapporterede data for 2009. Det Forenede Kongerige

⁽⁷⁴⁾ Se tabel SZR-9 og SZR-10 i Statistical bulletin 2011.

⁽⁷⁵⁾ Se oplysninger om renhed og pris i tabel PPP-3 og PPP-7 i Statistical bulletin 2011.

⁽⁷⁶⁾ Se figur PPP-2 i Statistical bulletin 2011.

meldte om den laveste gennemsnitspris (45 EUR), mens Luxembourg meldte om den højeste (104 EUR). Næsten alle lande med tilstrækkelige data til at foretage en sammenligning meldte om en stabilisering eller et fald i kokaindetailpriserne mellem 2004 og 2009. I perioden 2004-2009 faldt detailprisen for kokain i EU med gennemsnitligt ca. 21 % ⁽⁷⁷⁾.

Udbredelse og brugsmønstre

Kokainbrug i befolkningen som helhed

Kokain er det næstmest prøvede stof i Europa efter cannabis, skønt brugen heraf er koncentreret i et mindre antal lande med høj udbredelse, hvoraf nogle har store befolkninger. Det anslås, at ca. 14,5 millioner europæere mindst én gang i deres liv har brugt kokain, dvs. i gennemsnit 4,3 % af de voksne i alderen 15-64 år (se et resumé af dataene i tabel 9). De nationale tal svinger fra 0,1 % til 10,2 %, idet halvdelen af de 24 indberettende

lande, herunder mest central- og østeuropæiske lande, har indberettet lave langtidsprævalenser (0,5-2,5 %).

Omkring 4 millioner europæere anslås at have brugt stoffet inden for det seneste år (1,2 % i gennemsnit). De seneste nationale undersøgelser melder om skøn over prævalensen inden for de seneste 12 måneder på 0-2,7 %. Den skønnede prævalens for kokainbrug inden for den sidste måned i Europa udgør omkring 0,5 % af den voksne befolkning eller omkring 1,5 millioner individer.

Niveauer for kokainbrug inden for de seneste 12 måneder over det europæiske gennemsnit rapporteres af Irland, Spanien, Italien, Cypern og Det Forenede Kongerige. I alle disse lande viser data for langtidsprævalens, at kokain er det mest almindeligt brugte ulovlige stimulerende stof.

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

Tabel 9: Prævalensen af kokainbrug i den brede befolkning – sammenfatning af data

Aldersgruppe	Tidsramme for brug		
	Levetid	De seneste 12 måneder	Den seneste måned
15-64 år			
Anslået antal brugere i Europa	14,5 millioner	4 millioner	1,5 millioner
Europæisk gennemsnit	4,3 %	1,2 %	0,5 %
Område	0,1 – 10,2 %	0,0 – 2,7 %	0,0 – 1,3 %
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 %) Tjekkiet, Malta, Sverige, Polen, Litauen, Estland, Finland (0,1 %)
Lande med den højeste prævalens	Spanien (10,2 %) Det Forenede Kongerige (8,8 %) Italien (7,0 %) Irland (5,3 %)	Spanien (2,7 %) Det Forenede Kongerige (2,5 %) Italien (2,1 %) Irland (1,7 %)	Spanien (1,3 %) Det Forenede Kongerige (1,1 %) Cypern, Italien (0,7 %) Østrig (0,6 %)
15-34 år			
Anslået antal brugere i Europa	8 millioner	3 millioner	1 million
Europæisk gennemsnit	5,9 %	2,1 %	0,8 %
Område	0,1 – 13,6 %	0,1 – 4,8 %	0,0 – 2,1 %
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, Norge (0,1 %) Tjekkiet, Ungarn, Estland (0,2 %)
Lande med den højeste prævalens	Spanien (13,6 %) Det Forenede Kongerige (13,4 %) Danmark (8,9 %) Irland (8,2 %)	Det Forenede Kongerige (4,8 %) Spanien (4,4 %) Irland (3,1 %) Italien (2,9 %)	Det Forenede Kongerige (2,1 %) Spanien (2,0 %) Cypern (1,3 %) Italien (1,1 %)
<p>Europæiske skøn beregnes ud fra nationale prævalensskøn vægtet efter befolkning i den relevante aldersgruppe i hvert land. For at få skøn over det samlede antal brugere i Europa anvendes EU-gennemsnittet for lande, hvor prævalensdata mangler (repræsenterer ikke over 3 % af målpopulationen). Befolkningsgrupper anvendt som grundlag: 15-64: 336 millioner, 15-34: 132 millioner. Da europæiske skøn er baseret på undersøgelser gennemført mellem 2001 og 2009/10 (især 2004-2008), vedrører de ikke et enkelt år. De data, der er sammenfattet her, findes under General population surveys i Statistical bulletin 2011.</p>			

⁽⁷⁷⁾ Se figur PPP-1 i Statistical bulletin 2011.

13,6 %. Det europæiske gennemsnit for brug af kokain inden for de seneste 12 måneder i denne aldersgruppe anslås til 2,1 % (ca. 3 millioner) og for brug inden for den seneste måned til 0,8 % (1 million).

Brugen er særligt høj blandt unge mænd (15-34 år), idet seneste års prævalens for kokainbrug ligger på mellem 4 % og 6,7 % i Danmark, Irland, Spanien, Italien og Det Forenede Kongerige ⁽⁷⁸⁾. I 13 af de indberettende lande er forholdet mellem mandlige og kvindelige brugere af kokain inden for de seneste 12 måneder blandt unge voksne mindst 2:1 ⁽⁷⁹⁾.

Internationale sammenligninger

Overordnet er den anslåede prævalens for kokainbrug i de seneste 12 måneder lavere blandt unge voksne i EU (2,1 %) end blandt unge voksne i Australien (3,4 % blandt de 14-39-årige), Canada (3,3 %) og USA (4,1 % blandt de 16-34-årige). Spanien (4,4 %) og Det Forenede Kongerige (4,8 %) rapporterer imidlertid om højere tal (figur 9). Det er vigtigt at bemærke, at små forskelle landene imellem skal fortolkes med forsigtighed.

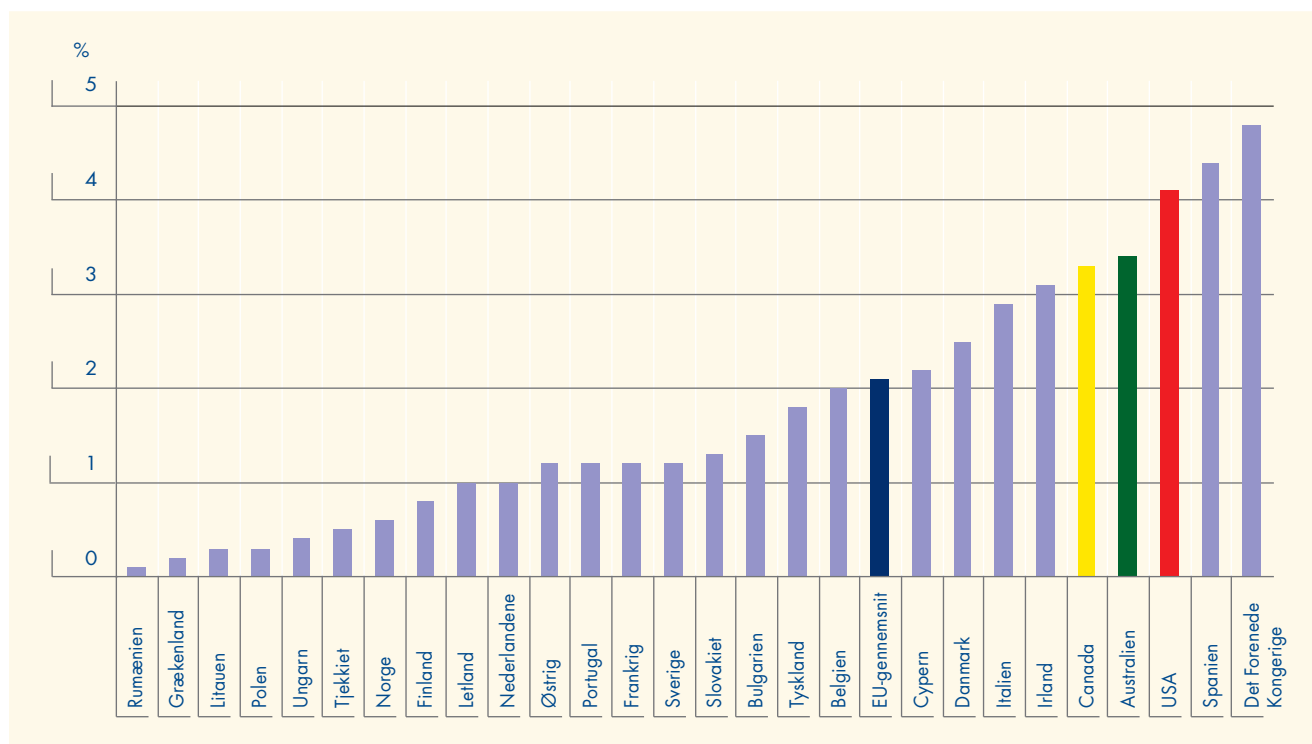
Kokainbrug blandt skoleelever

I de seneste tilgængelige undersøgelser er langtidsprævalensen for kokainbrug blandt 15-16-årige skoleelever på 1-2 % i over halvdelen af de 29 indberettende lande. De fleste af de resterende lande melder om prævalensniveauer på 3-4 %, mens Frankrig og Det Forenede Kongerige anfører 5 %. Hvor der foreligger data for ældre skoleelever (17-18 år), er langtidsprævalensen for kokainbrug generelt højere og stiger til 8 % i Spanien ⁽⁸⁰⁾.

Tendenser i kokainbrug

Tendenserne i kokainbrug i Europa har fulgt forskellige mønstre. I Spanien og Det Forenede Kongerige, som er de to lande med den højeste prævalens, voksede brugen af kokain stærkt i slutningen af 1990'erne, inden tendensen blev mere stabil, om end stadig generelt stigende. I fire andre lande (Danmark, Irland, Italien og Cypern) har stigningen i prævalens været mindre udtalt og er kommet senere. Alle disse lande meldte om en langtidsprævalens for kokain blandt unge voksne (15-34

Figur 9: Prævalens for kokainbrug inden for de seneste 12 måneder 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 (2007, taget fra Eurostat). Amerikanske og australske data er blevet genberegnet ud fra de oprindelige undersøgelsesresultater for aldersgrupperne henholdsvis 16-34 år og 14-39 år. Data for Australien vedrører 2007, data for Canada og USA vedrører 2009. Se yderligere oplysninger i figur GPS-20 i Statistical bulletin 2011.

Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter, AIHW (2008), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

⁽⁷⁸⁾ Se figur GPS-13 i Statistical bulletin 2011.

⁽⁷⁹⁾ Se tabel GPS-5 (del iii) og (del iv) i Statistical bulletin 2011.

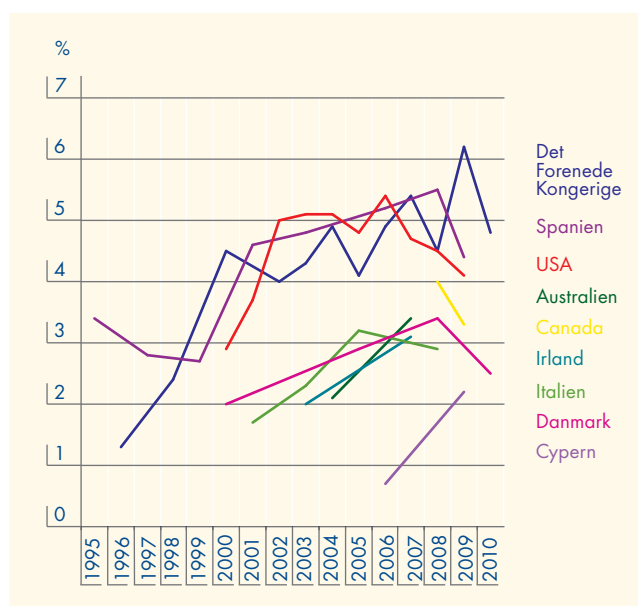
⁽⁸⁰⁾ Se tabel EYE-10 til EYE-30 i Statistical bulletin 2011.

år) over EU-gennemsnittet på 2,1 % (figur 9). Fire af disse seks lande meldte om en samlet stigning i løbet af de sidste ti år, dog med et fald i deres seneste undersøgelse (Danmark, Spanien, Italien, Det Forenede Kongerige), hvilket afspejler den tendens, der er konstateret i Canada og USA (figur 10). De to øvrige lande anfører stigninger i deres seneste undersøgelser: Irland fra 2,0 % i 2003 til 3,1 % i 2007 og Cypern fra 0,7 % i 2006 til 2,2 % i 2009.

I 17 andre lande med gentagne undersøgelser er brugen af kokain relativt lav og i de fleste tilfælde stabil. Mulige undtagelser herfra omfatter Bulgarien og Sverige, der har meldt om tegn på en stigning, og Norge, hvor tendensen ser ud til at være for nedadgående. Man skal imidlertid huske på, at mindre ændringer ved lav udbredelse skal fortolkes med forsigtighed. I Bulgarien steg kokainbrug blandt unge voksne inden for de seneste 12 måneder fra 0,7 % i 2005 til 1,5 % i 2008 og i Sverige fra 0 i 2000 til 1,2 % i 2008 ⁽⁸¹⁾. Norge meldte om et fald fra 1,8 % i 2004 til 0,8 % i 2009.

Blandt de fire lande, der gennemførte nationale skoleundersøgelser i 2009-2010 (Italien, Slovakiet, Sverige og Det Forenede Kongerige), rapporterede kun Slovakiet

Figur 10: Tendenser i prævalens af kokainbrug i de seneste 12 måneder blandt unge voksne i de seks EU-medlemsstater, der ligger højest, samt Australien, Canada og USA



NB: Se yderligere oplysninger i figur GPS-14 (del ii) i Statistical bulletin 2011.

Kilde: Nationale Reitoxknudepunkter, AIHW (2008), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

om en ændring (et fald) på mere end ét procentpoint i 15-16-årige skoleelevers langtidsbrug af kokain. En senere undersøgelse blandt ældre elever i Tyskland viste, at andelen af 15-18-årige elever i Frankfurt, som anførte langtids erfaringer med kokain, steg lidt til 6 % i 2008 og faldt til 3 % i 2009.

Måltrettede undersøgelser kan give et værdifuldt billede af unges stofbrugsadfærd i dancemusik- og andre fritidsmiljøer. Mens disse undersøgelser generelt viser en relativt høj udbredelse af kokain, melder senere undersøgelser i nogle europæiske lande om et fald. F.eks. viste en undersøgelse af gæster i coffeshopper i Amsterdam et fald i langtidskokainbrug fra 52 % i 2001 til 34 % i 2009 og et fald i brug inden for den seneste måned fra 19 % til 5 % i løbet af samme periode ⁽⁸²⁾. Også i Nederlandene bemærkedes det i en kvalitativ tendensovervågning, at 20-24-årige nu er mindre interesserede i at bruge kokain sammenlignet med tidligere generationer i den alder. En belgisk undersøgelse, som regelmæssigt er blevet gennemført i nattelivet siden 2003, viste en stigning i brugen af kokain inden for de seneste 12 måneder i perioden 2003-2007 fra 11 % til 17 % efterfulgt af et fald til 13 % i 2009-undersøgelsen. Lignende undersøgelser i Tjekkiet viser en stigning i langtidsbrugen af kokain fra 19 % i 2007 til 23 % i 2009. Sådanne resultater skal dog bekræftes af andre datasæt.

Mønstre i kokainbrug

Undersøgelser viser, at kokainbrug i fritidsmiljøer hænger tæt sammen med forbrug af alkohol. Data fra generelle befolkningsundersøgelser i ni lande viser, at udbredelsen af kokainbrug er mellem to og ni gange højere blandt personer, der lejlighedsvis drikker massivt ⁽⁸³⁾, end i befolkningen som helhed (EONN, 2009b). Undersøgelser har også vist, at kokainbrug sættes i forbindelse med brug af andre ulovlige stoffer. F.eks. konstateredes det i en analyse af data fra British Crime Survey 2009/10, at 89 % af de voksne (16-59 år), der havde brugt kokainpulver i løbet af det seneste år, også havde brugt andre stoffer, sammenlignet med kun 42 % af cannabisbrugerne (Hoare og Moon, 2010).

I nogle europæiske lande bruger et betydeligt antal mennesker kokain eksperimentelt, men kun én eller to gange (Van der Poel et al., 2009). Blandt mere regelmæssige kokainbrugere kan der skelnes mellem to brede grupper. Den første gruppe består af mere socialt integrerede brugere, som bruger kokain i weekender, til

⁽⁸¹⁾ Se figur GPS-14 (del i) i Statistical bulletin 2011.

⁽⁸²⁾ Det skal bemærkes, at tendenserne i Amsterdam ikke er repræsentative for tendenserne i Nederlandene) som helhed.

⁽⁸³⁾ Massivt lejlighedsdrikkeri, også kendt som drukture, defineres her som seks glas eller derover af en alkoholisk drik indtaget ved samme lejlighed mindst én gang om ugen i løbet af det seneste år.

fester eller ved andre særlige lejligheder, undertiden i store mængder. Mange af disse brugere anfører, at de kontrollerer deres kokainbrug ved at fastsætte regler, f.eks. om mængde, hyppighed eller den sammenhæng, stoffet bruges i (Reynaud-Maurupt og Hoareau, 2010). 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, Toneatto et al., 1999).

Den anden gruppe består af intensive kokain- og crackbrugere, der tilhører mere socialt marginaliserede eller dårligt stillede grupper, og kan også omfatte tidligere eller nuværende opioidbrugere, som bruger crack eller injicerer kokain (Prinzleve et al., 2004).

Sundhedsmæssige konsekvenser af kokainbrug

De sundhedsmæssige konsekvenser af kokainbrug bliver formentlig undervurderet. Det kan skyldes den ofte uspecifikke eller kroniske karakter af de patologier, der typisk opstår som følge af langvarig kokainbrug (se kapitel 7). Regelmæssig brug, bl.a. ved snifning, kan sættes i forbindelse med kardiovaskulære, neurologiske og psykiatriske problemer og med risikoen for ulykker og for overførsel af smitsomme sygdomme gennem ubeskyttet sex (Brugal et al., 2009) og muligvis gennem deling af rør (Aaron et al., 2008), som der ser ud til at være stadigt mere dokumentation for (Caiaffa et al., 2011). 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). F.eks. ser kokainbrug i Spanien ud til at være en faktor i en betydelig andel af de narkotikarelaterede hasteindlæggelser, og en nyere spansk undersøgelse tydede på, at 3 % af de pludselige dødsfald hænger sammen med kokain (Lucena et al., 2010). Stigninger i brugen i Danmark er faldet sammen med et stigende antal kokainrelaterede nødstilfælde, som steg fra 50 tilfælde i 1999 til næsten 150 i 2009.

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

Kokain og alkohol

Kokainbrugere bruger normalt også alkohol. Befolkningsundersøgelser viser, at kokainbrug og alkoholbrug — især massivt lejlighedsdrikkeri — ofte hænger sammen, og i to undersøgelser blev det konstateret, at over halvdelen af de kokainafhængige brugere, der var i behandling, også var afhængige af alkohol.

Denne kombinations popularitet kan skyldes konteksten, idet begge stoffer er stærkt knyttet til nattelivet og partymiljøer, men også farmakologiske faktorer. Den måde, man bliver »høj« på ved at kombinere disse stoffer, opfattes som mere, end man kan opnå med hvert stof for sig. Endvidere kan kokain gøre virkningerne af alkoholrusen mindre intense og kan også modvirke nogle af de adfærdsmæssige og psykomotoriske forstyrrelser, som alkohol medfører. Alkohol bruges også til at dulme det ubehag, man føler, når man kommer ned efter at have været »høj« på kokain. Derfor kan kombinationen føre til øget brug af begge stoffer.

Der er dokumenterede risici og giftvirkninger knyttet til samtidig brug af alkohol og kokain, bl.a. øget hjertefrekvens, forhøjet systolisk blodtryk, som kan føre til kardiovaskulære komplikationer, samt kognitiv og motorisk svækkelse. Retrospektive undersøgelser viser dog, at kombineret brug ikke ser ud til at forårsage flere kardiovaskulære problemer end forventet som følge af brug af begge stoffer (Pennings et al., 2002). Desuden resulterer den kombinerede brug i dannelse af et nyt stof, cocaethylen, der er en metabolit, som dannes i leveren. Der foregår i øjeblikket en debat om, hvorvidt øget hjertefrekvens og kardiotoxicitet forårsages af cocaethylen.

Se EONN (2007a) for yderligere oplysninger.

Problematisk kokainbrug og behandlingsefterspørgsel

Regelmæssige kokainbrugere, dvs. personer, der bruger stoffet over lange perioder, og dem, der injicerer stoffet, defineres af EONN som problematiske kokainbrugere. Skøn over størrelsen af denne population giver et omtrentligt tal for, hvor mange mennesker der potentielt har brug for behandling. Mere socialt integrerede problematiske kokainbrugere er generelt underrepræsenteret i skønnene.

Nationale skøn over problematiske kokainbrugere er kun tilgængelige for Italien, hvor antallet blev anslået til at være omkring 178 000 (mellem 4,3 og 4,7 pr. 1 000 personer i alderen 15-64 år) i 2009 ⁽⁸⁴⁾. Tendensdata for problematisk kokainbrug og andre datakilder (f.eks. påbegyndte behandlinger) peger på en gradvis stigning i det problematiske kokainbrug i Italien.

⁽⁸⁴⁾ Se tabel PDU-102 (del i) i Statistical bulletin 2011.

Brug af crack er ualmindeligt blandt socialt integrerede kokainbrugere og forekommer hovedsageligt blandt marginaliserede og dårligt stillede grupper som sexarbejdere og problematiske opioidbrugere og er i vid udstrækning et byfænomen (Prinzleve et al., 2004; Connolly et al., 2008). I London betragtes crackbrug som en væsentlig del af byens narkotikaproblem. Regionale skøn for crackkokain foreligger kun for England (Det Forenede Kongerige), hvor der anslået var 189 000 problematiske crackkokainbrugere i 2008/09, hvilket svarer til 5,5 (5,4-5,8) tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år. Det blev rapporteret, at et flertal af disse crackbrugere også var opioidbrugere.

Behandlingsefterspørgsel

Yderligere indblik i problematisk kokainbrug kan fås fra data om antal af og kendetegn ved personer, der påbegynder behandling på grund af kokainbrug. Næsten alle rapporterede kokainklienter behandles på ambulatorier, selv om nogle muligvis behandles på private klinikker, som der ikke foreligger data for. Mange problematiske kokainbrugere søger imidlertid ikke behandling (Escot og Suderie, 2009; Reynaud-Maurupt og Hoareau, 2010).

Kokain, især pulverkokain, blev anført som den vigtigste grund til at gå i behandling af 17 % af alle rapporterede narkotikabrugere, der gik i behandling i 2009. Andelen, der anfører kokain som deres primære stof, var højere (23 %) blandt dem, der kom i behandling for første gang.

Der er store forskelle mellem landene med hensyn til andelen og antallet af primære kokainklienter, idet de højeste andele anføres af Spanien (46 %), Nederlandene (31 %) og Italien (28 %). I Belgien, Irland, Cypern og Det Forenede Kongerige udgør kokainklienter mellem 11 % og 15 % af alle narkotikaklienter. Andre steder i Europa tegner kokainbrugere sig for højst 10 % af narkotikaklienterne, og 6 lande rapporterer mindre end 1 %⁽⁸⁵⁾. I alt rapporterer Spanien, Italien og Det Forenede Kongerige til sammen næsten 58 000 af de 72 000 kokainklienter, der indberettes af 26 europæiske lande.

Antallet af klienter, der påbegynder narkotikabehandling for primær kokainbrug i Europa, har været stigende i flere år. På grundlag af 17 lande, der har leveret data i hele perioden 2004-2009, steg antallet af kokainklienter fra omkring 38 000 i 2004 til omkring 55 000 i 2009. I den samme periode steg antallet af kokainklienter, der påbegyndte behandling for første gang i deres liv, med

næsten en tredjedel, fra omkring 21 000 til 27 000 (baseret på 18 indberettende lande).

Profil for klienter i ambulant behandling

Klienter, der påbegynder ambulant behandling for primær kokainbrug, bl.a. pulver- og crackkokain, har et højt forhold mellem mænd og kvinder (omkring 5:1), og en af de højeste gennemsnitsaldrer (ca. 32 år) blandt narkotikabehandlingsklienter. Gennemsnitsalderen er højest i Frankrig, Italien og Nederlandene (35 år). Primære brugere af kokain anfører første brug af stoffet ved en gennemsnitsalder på 22,5 år, idet 86 % af dem begyndte før 30-årsalderen. Det gennemsnitlige tidsinterval mellem første brug af kokain og påbegyndelse af første behandling er omkring ni år. Næsten en tredjedel af alle kokainklienter rapporteres af Det Forenede Kongerige, og deres profil er anderledes end klienters i andre lande, idet et højt antal kokainbrugere er i behandling. De er gennemsnitligt yngre (31 år), har en lavere fordeling på mænd og kvinder (ca. 3:1) og et kortere tidsinterval mellem første brug og påbegyndelse af første behandling (ca. syv år).

De fleste kokainklienter anfører snifning (66 %) eller rygning (29 %) af stoffet som deres vigtigste indtagelsesmåde. Injektion anføres kun af 3 % af kokainklienterne som den vigtigste indtagelsesmåde, og der er observeret et fald i intravenøs brug af kokain mellem 2005 og 2009. Næsten halvdelen af kokainklienterne har brugt stoffet 1-6 gange om ugen i måneden inden påbegyndelse af behandling, omkring en fjerdedel har brugt det dagligt, mens den resterende fjerdedel ikke har brugt det eller kun har brugt det lejlighedsvis i den periode⁽⁸⁶⁾. Kokain bruges ofte i kombination med andre stoffer, især alkohol, cannabis, andre stimulanser og heroin. En analyse af behandlingsdata fra 14 lande i 2006 viste, at omkring 63 % af de primære kokainklienter var blandingsbrugere, idet de anførte problemer med mindst ét andet stof. Det hyppigst anførte supplerende problematiske stof var alkohol, der bruges af 42 % af kokainklienterne, efterfulgt af cannabis (28 %) og heroin (16 %) (EONN, 2009b). Kokain nævnes også som sekundært stof⁽⁸⁷⁾ og bliver i stigende grad anført af primære heroinbrugere i Italien og Nederlandene.

Analyse af data om påbegyndelse af behandling viser, at crackproblemet fortsat er geografisk begrænset i Europa. I 2009 rapporteres omkring 10 540 klienter at være kommet i ambulant behandling for primær brug af crackkokain, hvilket udgør 16 % af alle

⁽⁸⁵⁾ Se figur TDI-2, tabel TDI-5 (del i) og (del ii) og tabel TDI-24 i Statistical bulletin 2011. For Spanien vedrører dataene 2008.

⁽⁸⁶⁾ Se tabel TDI-18 (del ii) i Statistical bulletin 2011.

⁽⁸⁷⁾ Se tabel TDI-22 i Statistical bulletin 2011.

kokainklienter og 3 % af alle narkotikaklienter, der påbegynder ambulant behandling. De fleste crackklienter (ca. 7 500) er indberettet af Det Forenede Kongerige, hvor de udgør 40 % af landets kokainklienter og 6 % af narkotikaklienterne i ambulatorier. Nederlandene rapporterede 1 231 crackklienter, der tegnede sig for 38 % af landets kokainklienter og 12 % af alle narkotikaklienter ⁽⁸⁸⁾. Heroinbrug er almindelig blandt brugere af crackkokain, der påbegynder behandling. I Det Forenede Kongerige anførte f.eks. 31 % af de primære crackklienter heroin som et sekundært stof, og denne andel er stigende.

Behandling og skadesbegrænsning

Historisk set har behandlingen af narkotikaafhængighed i Europa fokuseret på opioidafhængighed. Med den voksende bekymring for folkesundheden i forbindelse med brug af kokain og crackkokain er der i mange lande lagt mere vægt på løsning af problemer vedrørende disse stoffer. Skønt behandling af kokainafhængighed hovedsageligt gives på specialiserede ambulatorier, findes der særlige tjenester for kokainbrugere i Danmark, Irland, Italien, Østrig og Det Forenede Kongerige. Der er også et begrænset udbud af kokainbehandling i primære behandlingsmiljøer. I øjeblikket yder kun Tyskland og Det Forenede Kongerige vejledning i behandling for kokainproblemer.

De primære behandlingsmuligheder for kokainafhængighed er psykosociale tiltag, herunder motiverende samtaler, kognitive adfærdsterapier, adfærdsmæssig selvkontroltræning, foranstaltninger til forebyggelse af tilbagefald og rådgivning. Selvhjælpsgrupper som f.eks. Anonyme Kokainmisbrugere kan også spille en rolle i genopretningsprocessen for personer med kokainbrugsproblemer. Den støtte, de yder, kan kombineres med formel behandling.

Undersøgelser af behandlingen af kokainafhængighed

I Tyskland evaluerede Koerke og Verthein (2010) virkningerne af adfærdsmæssig selvkontroltræning til nedbringelse af heroin- og kokainbrug blandt afhængige personer. Det blev anført, at træningen havde hjulpet deltagerne til at mindske brugen af begge stoffer og holde stofbrugen på et niveau, som de selv definerede. I to nylige studier blev effektiviteten af stofbehandlingsprogrammer i England undersøgt. I The Drug Treatment Outcomes Research Study (Jones, A. et al., 2009) blev det konstateret, at over halvdelen af kokainklienterne holdt op med at bruge stoffet inden for tre til fem måneder efter påbegyndelse af behandlingen.

Efter et helt års behandling var 60 % afholdende. Lignende resultater blev anført for crackkokainbrugere, der gennemgik behandling på 12 offentlige centre i London (Marsden og Stillwell, 2010).

Der er mange randomiserede forsøg undervejs for at teste nye stoffer til behandling af kokainafhængighed. I øjeblikket virker to stoffer ret lovende. Disulfiram, som er et stof, der griber forstyrrende ind i alkohols metabolisme, virker lovende i behandlingen af kokainafhængighed (Pani et al., 2010a) og bliver nu testet sammen med kognitiv adfærdsterapi til behandling af crackkokainafhængighed i en brasiliansk undersøgelse. Epilepsimidlet Vigabatrin blev testet på 103 mexicanske prøveløsladte med positive resultater ved en kortsigtet opfølgning. Det er nu ved at blive testet på 200 patienter i USA. I Nederlandene er man i øjeblikket ved at teste en ny metode, hvor der anvendes rimonabant (en selektiv cannabinoidantagonist, der tidligere blev brugt som middel mod fedme). Endvidere bliver mange medicinske behandlingsmuligheder (topiramet, dexamfetamin og modafinil) sammenlignet i en randomiseret kontrolleret undersøgelse for crackkokainafhængighed, der for nylig blev registreret i Nederlandene (Hicks et al., 2001).

En række andre forsøg har givet svage eller ikkesignifikante resultater for kokainafhængighed. Modafinil, som er et centralstimulerende stof, var ikke bedre end placebo mod kokainbrug (Anderson et al., 2009). Både naltrexon (en opioidantagonist) og vareniciclin (som bruges til behandling af rygeafhængighed) blev testet på patienter med blandingsbrug af kokain og alkohol eller tobak, men gjorde ingen forskel på brugen sammenlignet med placebo. Memantin (medicin mod Alzheimers sygdom) blev testet i kombination med kuponforanstaltninger, men virkede ikke bedre end placebo til at nedbringe kokainbrugen.

Contingency management har vist sig effektiv uanset etnicitet (Barry et al., 2009) og har vist sig at være en vellykket strategi, når det kombineres med forebyggelse af tilbagefald (McKay et al. 2010). I en spansk undersøgelse blev det konstateret, at brugen af kuponer som incitament sammen med »community reinforcement« støttede afholdenheden blandt kokainafhængige brugere (Garcia-Rodriguez et al., 2009). I en anden undersøgelse viste kuponincitamentet dog svage resultater med hensyn til at styrke afholdenheden i længere perioder (Carpenedo et al., 2010).

Andre tiltag med lovende resultater omfatter beskæftigelsesbaseret styrkelse af afholdenheden, hvor klienterne får en faglig uddannelse i seks måneder

⁽⁸⁸⁾ Se tabel TDI-115 i Statistical bulletin 2011.

efterfulgt af et års beskæftigelse på betingelse af, at der kan foretages stikprøver for kokainbrug. Andre metoder, der bliver testet for at hjælpe brugere med at opnå afholdenhed, omfatter mindfulnessstræning og integreret meditation. Test, der bliver udført i Nederlandene, sigter mod at nedbringe trangen med transkraniel magnetisk stimulation, en teknik, som er blevet brugt til at behandle neurologiske og psykiatriske lidelser.

Forsøg på at udvikle en kokainvaccine fortsætter. I et randomiseret kontrolleret forsøg i USA (Martell et al., 2009) blev et kokainderivat knyttet til et koleratoksins B-subenhed, men resultaterne ser for svage ud til, at man vil gå videre med planlagte feltstudier i Spanien og Italien. Den amerikanske forskningsgruppe rekrutterer nu 300 patienter til at teste en ændret version af vaccinen, og resultaterne forventes i 2014 (Whitten, 2010). I forbindelse med en anden undersøgelse er man ved at udvikle en vaccine, der anvender en almindelig forkølelsesvirus som bærer for at stimulere antistofreaktionen, men modellen mangler stadig at blive testet på mennesker.

Skadesbegrænsning

Brugen af kokain og crackkokain repræsenterer et relativt nyt fokus for skadesbegrænsende tiltag og kræver nytænkning af de traditionelle strategier. Medlemsstaterne giver normalt intravenøse kokainbrugere samme tilbud og faciliteter som opioidbrugere. Imidlertid frembyder injektion

af kokain særlige risici. Især indebærer det en potentielt højere risiko for injektion, kaotisk injektionsadfærd og øget seksuel risikoadfærd. anbefalinger af sikrere brug skal skræddersys til denne gruppes behov. På grund af den potentielt høje injektionsfrekvens bør udbuddet af sterilt udstyr til intravenøse brugere ikke begrænses, men i stedet baseres på lokal vurdering af kokainbrugsmønstre og de intravenøse brugeres sociale situation (Des Jarlais et al., 2009).

Udbuddet af særlige skadesbegrænsningsprogrammer for crackkokainrygere i Europa er begrænset. Sådanne tiltag er ganske vist kontroversielle, men de kan have potentiale til at mindske selvrapporтерet intravenøs adfærd, hvor man deler piber (Leonard et al., 2008), selv om deres samlede effektivitet med hensyn til at mindske overførsel af blodbårne vira kræver yderligere undersøgelse. Nogle stofbrugsfaciliteter i tre lande (Tyskland, Spanien og Nederlandene) tilbyder faciliteter til inhalering af stoffer, bl.a. kokain. Det anføres, at visse lavtærskeltjenester i Belgien, Tyskland, Spanien, Frankrig, Luxembourg og Nederlandene sporadisk stiller hygiejniske inhaleringsanordninger, bl.a. rene crackpiber eller »crack kits« (glasstilk med mundstykke, metalskærm, læbepomade og papirservietter), til rådighed for stofbrugere, der ryger crackkokain. Stanniol stilles også til rådighed for heroin- eller kokainrygere af visse lavtærskeltjenester i syv EU-medlemsstater.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

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. Efter en snes år med for det meste voksende heroinproblemer har Europa oplevet et fald i heroinbrugen og dertil knyttede skader i slutningen af 1990'erne og de første år af indeværende århundrede. Siden 2003-2004 er tendensen imidlertid blevet mindre klart defineret, idet indikatorerne tyder på et mere stabilt eller blandet billede. Ud over heroin afspejler rapporter om brugen af syntetiske opioider, f.eks. fentanyl, og injektion af stimulerende stoffer såsom kokain eller amfetaminer, 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. I nogle nordeuropæiske lande (f.eks. Estland, Finland og Norge) er fentanyl, som er et syntetisk opioid, og analogstofferne hertil, i brug. Endvidere produceres nogle opioider i Europa, især hjemmelavede valmueprodukter (f.eks. valmuestrå, valmuekoncentrat fremstillet af knuste valmuestængler eller -hoveder), i en række østeuropæiske lande (Letland, Litauen og Polen).

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, 2011). 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 6 900 ton i 2009 til ca. 3 600 ton i 2010. Det seneste skøn over den samlede potentielle heroinproduktion er 396 ton (se tabel 10), hvilket er et fald fra ca. 667 ton i 2009 (UNODC, 2011).

Heroinen føres ind i Europa ad navnlig to smuglerruter. Den historisk vigtige Balkanrute bringer heroin produceret i Afghanistan gennem Pakistan, Iran og Tyrkiet og herefter mod andre transit- eller destinationslande, især i Vest- og Sydeuropa. Heroin smugles også ad »silkevejen« gennem Centralasien mod Rusland. I begrænset omfang smugles denne heroin så gennem Belarus, Polen og Ukraine til

Tabel 10: Heroin – produktion, beslaglæggelser, pris og renhed

Produktion og beslaglæggelser	Heroin
Anslået global produktion (ton)	396
Global beslaglagt mængde (ton)	76
Beslaglagt mængde (ton) EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	8 (24)
Antal beslaglæggelser EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	56 000 (59 000)
Pris og renhed i Europa ⁽¹⁾	Heroinbase (»brun«)
Gennemsnitlig detailpris (EUR pr. g) Område (Kvartilafstand) ⁽²⁾	23-135 (37,5-67,9)
Gennemsnitlig renhed (%) Område (Kvartilafstand) ⁽²⁾	13-37 (16,8-33,2)

⁽¹⁾ Da kun få lande indberetter detailpris og renhed for heroinhydroklorid (»hvid«), er dataene ikke anført her. De kan ses i tabel PPP-2 og PPP-6 i Statistical bulletin 2011.

⁽²⁾ Område for midterste halvdel af de rapporterede data.
NB: Data er for 2009 med undtagelse af den anslåede globale produktion (2010).

Kilde: UNODC (2011) for globale værdier, nationale Reitoxknudepunkter for europæiske data.

andre destinationer, såsom de skandinaviske lande, via Litauen (INCB, 2010, 2011a). I EU spiller Nederlandene og i mindre grad Belgien en vigtig rolle som sekundært distributionscenter.

Beslaglæggelser

På verdensplan forblev de rapporterede beslaglæggelser stabile mellem 2008 og 2009 og lå på henholdsvis 657 og 653 ton. Iran tegnede sig for næsten 90 % af den samlede mængde og Afghanistan for ca. 5 %. På verdensplan lå de indberettede beslaglæggelser af heroin stabilt i 2009 (76 ton), mens de samlede beslaglæggelser af morfin faldt til 14 ton (UNODC, 2011).

I Europa resulterede anslået 59 000 beslaglæggelser i konfiskering af 24 ton heroin i 2009, hvoraf de to tredjedele (16,1 ton) blev indberettet af Tyrkiet. Det Forenede Kongerige (efterfulgt af Spanien) rapporterede fortsat om det højeste antal beslaglæggelser⁽⁸⁹⁾. Data for årene 2004-2009 fra 28 indberettende lande viser en samlet stigning i antallet af beslaglæggelser. Den overordnede tendens for den mængde af heroin, der konfiskeres i Tyrkiet, adskiller sig fra den, som kan observeres i EU, hvilket delvist kan skyldes et større samarbejde mellem de retshåndhævende myndigheder i Tyrkiet og EU. Mens Tyrkiet meldte om en fordobling af mængden af beslaglagt heroin mellem 2004 og 2009, 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.

De globale beslaglæggelser af eddikesyreanhydrid, der bruges til fremstilling af heroin, faldt fra et rekordhøjt niveau på ca. 200 000 liter i 2008 til 21 000 liter i 2009. Tal for EU viser en endnu stærkere faldende tendens fra en rekord på næsten 150 800 liter, der blev beslaglagt i 2008, til 866 liter i 2009. For 2010 har Slovenien imidlertid rapporteret om beslaglæggelsen af en rekordstor mængde eddikesyreanhydrid på 110 ton. INCB (2011a) tilskrev succesen for EU's bestræbelser på at forebygge ulovlig anvendelse af prækursoren det forhold, at flere EU-medlemsstater og Tyrkiet havde kombineret deres efterforskninger.

Renhed og pris

Den gennemsnitlige renhedsgrad for brun heroin, der blev testet i 2009, svingede mellem 16 % og 32 % i de fleste indberettende lande, men der blev også meldt om lavere gennemsnitsværdier i Frankrig (14 %) og Østrig (kun

Kraftigt fald i opiumproduktionen i Afghanistan

Med 3 600 ton anslås opiumproduktionen i Afghanistan i 2010 at være faldet til omkring halvdelen af det niveau, den var på det foregående år. Blandt de foreslåede årsager til denne store reduktion i udbyttet af opiumvalmuehøsten er ugunstige vejrforhold og spredning af den svampeinfektion, der ramte valmuemarkerne i de vigtigste provinser, hvor der dyrkes valmuer, især Helmand og Kandahar (UNODC og MCN, 2010). Sygdommen ændrede ikke i væsentlig grad det område, hvor der dyrkes opium, men påvirkede mængden af den producerede opium.

Faldet i høstudbyttet førte til en dramatisk stigning i de indberettede opiumpriser på høsttidspunktet. Gennemsnitsprisen ab landmand på 1 kilo tør opium steg med en faktor på 2,6 fra 64 USD i 2009 til 169 USD i 2010 (UNODC og MCN, 2010). Samtidig steg gennemsnitsprisen på heroin i Afghanistan med faktor 1,4.

Den høje opiumpris kan ikke vare længe. En prisstigning i 2004, hvor opiumproduktionen faldt på grund af sygdom, varede under et år (UNODC og MCN, 2010). Virkningerne af det seneste fald i opiumproduktionen på forbrugermarkederne, især i Europa, skal følges nøje.

detailhandel, 13 %) og højere i Malta (36 %), Rumænien (36 %) og Tyrkiet (37 %). Mellem 2004 og 2009 steg renhedsgraden for brun heroin i fire lande, mens den i fire andre forblev stabil og faldt i tre. Den gennemsnitlige renhed for hvid heroin lå generelt højere (25-50 %) i de tre europæiske lande, der indberettede data⁽⁹⁰⁾.

Detailprisen for brun heroin var fortsat betydeligt højere i de nordiske lande end i resten af Europa, idet Sverige meldte om en gennemsnitspris på 135 EUR pr. gram og Danmark om 95 EUR i 2009. Samlet set svingede den mellem 40 EUR og 62 EUR pr. gram i halvdelen af de indberettende lande. I perioden 2004-2009 faldt detailprisen på brun heroin i halvdelen af de 14 europæiske lande, der indberettede tidstendenser.

Problematiske stofbrug

Problematiske stofbrug defineres af EONN som intravenøs stofbrug eller langvarig/regelmæssig brug af opioider, kokain og/eller amfetamin. Intravenøs stofbrug og brug af opioider udgør størstedelen af det problematiske stofbrug i Europa, selv om brugere af amfetaminer og kokain er vigtige elementer i nogle få lande. Det er også værd at bemærke, at problematiske stofbrugere for det meste er blandingsbrugere, og at prævalenstillene er meget højere i byområder og blandt socialt udstødte grupper.

⁽⁸⁹⁾ Se tabel SZR-7 og SZR-8 i Statistical bulletin 2011. NB: Hvor der mangler data for 2009, bruges tal for 2008 til at anslå samlede mængder for Europa.

⁽⁹⁰⁾ Se oplysninger om renhed og pris i tabel PPP-2 og PPP-6 i Statistical bulletin 2011.

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). Den samlede udbredelse af problematisk stofbrug anføres at ligge fra to til ti tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år. Sådanne skøn kan være behæftede med store usikkerhedsmarginer og specifikke begrænsninger. Mens brugere i behandling normalt er inkluderet, kan f.eks. stofbrugere, der aktuelt er i fængsel, især indsatte med længere straffe, være underrepræsenterede i skønnene.

Problematiske opioidbrug

De fleste europæiske lande kan nu fremlægge prævalensskøn over »problematiske opioidbrug«. De seneste nationale skøn varierer mellem et og otte tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år (figur 11). De lande, som indberetter de højeste veldokumenterede skøn over problematisk opioidbrug, er Irland, Italien, Luxembourg og Malta, mens de laveste indberettes af Tjekkiet, Nederlandene, Polen, Slovakiet og Finland. Kun

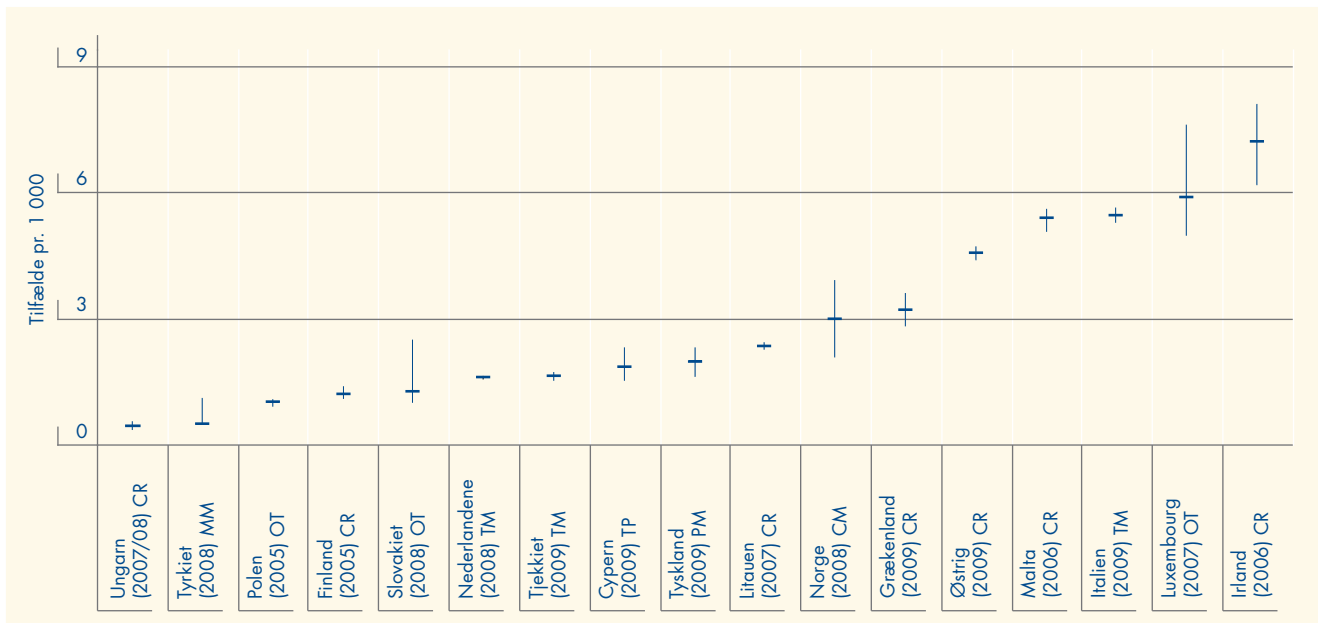
Ungarn og Tyrkiet indberetter tal på under ét tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år.

Den gennemsnitlige udbredelse af problematisk opioidbrug i EU og Norge, som beregnes ud fra nationale undersøgelser, anslås at ligge mellem 3,6 og 4,4 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år. Det svarer til ca. 1,3 millioner (1,3-1,4 millioner) problematiske opioidbrugere i EU og Norge i 2009. Til sammenligning er skøn for Europas nabolande høje, idet Rusland har 16 pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år (UNODC, 2009) og Ukraine 10-13 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år (UNODC, 2010). Skøn over problematisk opioidprævalens, som er højere end det europæiske gennemsnit, indberettes andre steder i de udviklede lande, hvor antallet af tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år ligger på 6,3 i Australien (Chalmers et al., 2009), 5,0 i Canada og 5,8 i USA (UNODC, 2010). Sammenligninger mellem landene bør foretages med forsigtighed, da definitioner på målbefolkningen kan variere.

Opioidbrugere, der går i behandling

Opioider, især heroin, anføres som det primære stof, der giver anledning til at påbegynde behandling, af omkring

Figur 11: Skøn over den årlige prævalens af problematisk opioidbrug (i aldersgruppen 15-64 år)



NB: Et symbol 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, og sammenligninger bør derfor foretages med forsigtighed. Ikkestandardiserede aldersgrupper blev anvendt i undersøgelser fra Finland (15-54 år), Malta (12-64 år) og Polen (alle aldre). Alle tre værdier blev justeret til aldersgruppen 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 2011.

Kilde: Nationale Reitoxknudepunkter.

216 000 eller 51 % af alle, der ifølge rapporterne påbegynder en specialiseret narkotikabehandling i 29 europæiske lande i 2009. Imidlertid er der betydelige forskelle i Europa, hvor opioidklienter tegner sig for over 80 % af dem, der påbegynder behandling i 6 lande, mellem 60 % og 80 % i 7, og hvor kun to af de resterende 16 lande anfører, at opioidklienter repræsenterer under 20 % af de personer, der går i behandling (figur 12). Endvidere anførte 30 000 brugere (9 % af narkotikaklienterne) af andre stoffer opioider som et sekundært stof ⁽⁹¹⁾.

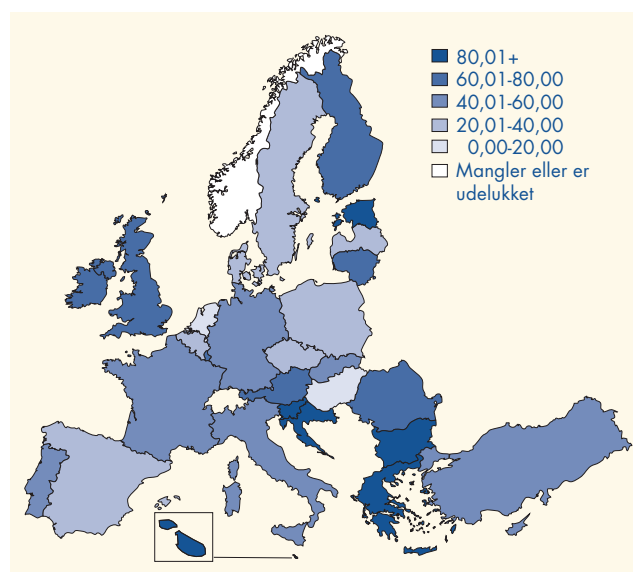
Opioidbrugere, der påbegynder en specialiseret behandling, er gennemsnitligt 34 år gamle, mens kvinder og personer, der kommer i behandling første gang, er yngre i de fleste lande. I Europa er der næsten tre gange så mange mandlige opioidklienter som kvindelige, mens forholdet mellem mænd og kvinder generelt er lavere i de nordlige lande. Opioidbrugere, som kommer i behandling, har generelt en højere ledighedsprocent, et lavere uddannelsesnivea og en højere grad af psykiatriske forstyrrelser end klienter, der anfører andre stoffer som deres primære stof ⁽⁹²⁾.

Næsten halvdelen af opioidklienterne anførte, at de havde brugt stoffet første gang før 20-årsalderen (47 %), og det store flertal har gjort det inden de 30 (88 %). Opioidklienter anfører et gennemsnitligt interval på ni år mellem første brug af opioider og påbegyndelse af behandling første gang, idet kvindelige klienter anfører et kortere gennemsnitligt tidsinterval (syv år) ⁽⁹³⁾. Injektion af stoffet anføres som den sædvanlige indtagelsesmåde af omkring 40 % af de opioidklienter, der påbegynder behandling i Europa; de resterende 60 % anfører, at de sniffer, inhalerer eller ryger stoffet. Næsten to tredjedele af opioidklienterne (64 %) anfører daglig brug af stoffet i måneden op til påbegyndelse af behandling ⁽⁹⁴⁾, og de fleste bruger et sekundært stof, ofte alkohol, cannabis, kokain eller andre stimulanser. Kombinationen af heroin og kokain (også crack) er helt almindelig blandt klienterne og injiceres sammen eller bruges hver for sig.

Tendenser for problematisk opioidbrug

I perioden 2004-2009 tyder data fra 8 lande med gentagne prævalensskøn for problematisk opioidbrug på en relativt stabil situation. På grundlag af en stikprøve på 17 europæiske lande, som der forelå data for vedrørende

Figur 12: Primære opioidbrugere som en procentdel af alle, der ifølge rapporterne påbegyndte narkotikabehandling i 2009



NB: Data udtrykt som en procentdel af brugere, hvis primære stof er kendt (92 % af de rapporterede klienter). Data for 2009 eller senest tilgængelige år. Data for Letland, Litauen og Portugal henviser til klienter, der påbegynder behandling for første gang i deres liv. Antallet af primære opioidbrugere kan være underrapporteret i nogle lande, bl.a. Belgien, Tjekkiet, Tyskland og Frankrig, da mange behandles af alment praktiserende læger og måske ikke indberettes til behandlingsefterspørgselsindikatoren.

Kilde: Nationale Reitoxknudepunkter.

perioden 2004-2009, har der været en samlet stigning i det rapporterede antal klienter, der påbegyndte en specialiseret narkotikabehandling i Europa, inklusive dem, der kom i behandling for primær heroinbrug (fra 123 000 til 143 000). Denne stigning kan dog i vid udstrækning skyldes heroinbrugere, der går i behandling igen, snarere end personer, der kommer i behandling for første gang ⁽⁹⁵⁾. For klienter, der kommer i behandling for første gang, er antallet af heroinbrugere forblevet næsten stabilt (ca. 32 000 i en stikprøve på 18 lande) ⁽⁹⁶⁾. Data om narkotikaforårsagede dødsfald i perioden 2004-2009, som oftest er forbundet med opioidbrug, var stabile eller stigende i de fleste indberettende lande indtil 2008. Foreløbige data for 2009 peger nu på et stabilt eller faldende antal dødsfald ⁽⁹⁷⁾.

Til trods for tegn på en overordnet set stabil situation er de karakteristiske træk ved Europas opioidproblem ved at ændre sig. Opioidbehandlingsklienterne er gennemsnitligt blevet ældre, mens andelen af intravenøse brugere blandt

⁽⁹¹⁾ Se figur TDI-2 (del ii) og tabel TDI-5 og TDI-22 i Statistical bulletin 2011. Data fra ambulatorier og døgntilbehandlingscentre.

⁽⁹²⁾ Se tabel TDI-10, TDI-12, TDI-13, TDI-21, TDI-32 og TDI-103 i Statistical bulletin 2011.

⁽⁹³⁾ Se tabel TDI-11, TDI-33, TDI-106 (del i) og TDI-107 (del i) i Statistical bulletin 2011.

⁽⁹⁴⁾ Se tabel TDI-18 og TDI-111 i Statistical bulletin 2011.

⁽⁹⁵⁾ Se figur TDI-1 og TDI-3 i Statistical bulletin 2011.

⁽⁹⁶⁾ Se tabel TDI-3 og TDI-5 i Statistical bulletin 2009 og 2011.

⁽⁹⁷⁾ Se tabel DRD-2 (del i) i Statistical bulletin 2011.

Andre opioider end heroin

Der meldes om stigende ulovlig brug af andre opioider end heroin i Australien, Canada, Europa og USA (SAMHSA, 2009). De fleste af disse stoffer bruges i medicinsk praksis som smertestillende midler (morfin, fentanyl, kodein, oxycodon, hydrocodon) eller som substitutionsstoffer i behandlingen af heroinafhængighed (metadon, buprenorphin). Som med heroin kan brugen af disse stoffer til ikke-medicinske formål føre til en række sundhedsskadelige virkninger, bl.a. afhængighed, overdosis og skader i forbindelse med injektion.

I Europa anfører omkring 5 % (ca. 20 000 patienter) af alle, der påbegynder behandling, andre opioider end heroin som deres primære stof. Det er især tilfældet i Estland, hvor 75 % anfører fentanyl som deres primære stof, og i Finland, hvor buprenorphin anføres som det primære stof af 58 % af dem, der kommer i behandling. Andre lande med væsentlige andele af klienter, der anfører metadon, morfin og andre opioider som deres primære stof, omfatter Danmark, Frankrig, Østrig, Slovakiet og Sverige, hvor brugere af andre opioider end heroin repræsenterer mellem 7 % og 17 % af alle narkotikaklienter (!). Tjekkiet anfører også, at buprenorphinbrugere tegnede sig for over 40 % af alle problematiske opioidbrugere mellem 2006 og 2009.

Niveaueet for det ulovlige opioidbrug kan knyttes sammen med forskellige faktorer, bl.a. narkotikamarkedet og ordinationspraksis. F.eks. kan et fald i tilgængeligheden af heroin og en stigning i prisen føre til brug af andre opioider, som det blev konstateret i Estland med fentanyl (Talu et al., 2010) og i Finland med buprenorphin (Aalto et al., 2007). Uhensigtsmæssige ordinationspraksisser kan også føre til ulovlig brug af opioidstoffer. Udbredelsen af substitutionsbehandling ledsaget af manglende tilsyn kan skabe et ulovligt marked, mens denne behandlings begrænsede tilgængelighed og ordination af for lave substitutionsdoser kan få brugerne til at tage andre stoffer som selvmedicinering (Bell, 2010, Roche et al., 2011, Romelsjö et al., 2010).

(!) Se tabel TDI-113 i Statistical bulletin 2011.

dem er faldet, og andelen af brugere af andre opioider end heroin og blandingsbrugere er øget ⁽⁹⁸⁾.

Intravenøs stofbrug

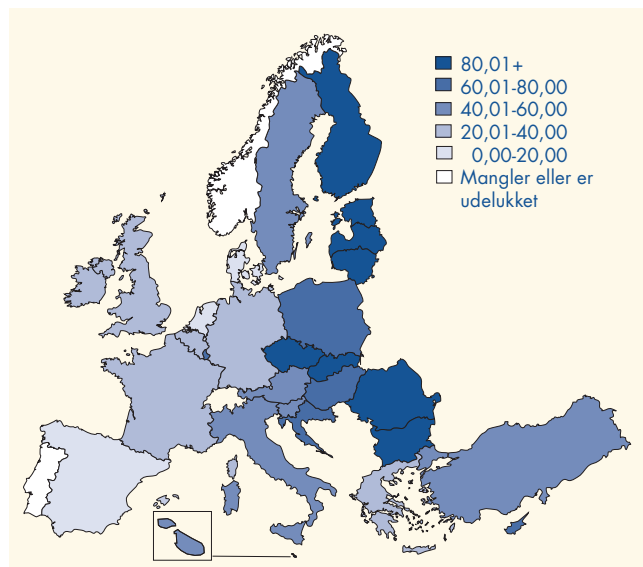
Intravenøse stofbrugere er blandt dem, der har den højeste risiko for at få sundhedsproblemer på grund af deres stofbrug, såsom blodbårne infektioner (f.eks. hiv/aids, hepatitis) eller narkotikaoverdoser. I de fleste europæiske lande forbindes injektion sædvanligvis med opioidbrug, selv om det i nogle få lande forbindes med brug af amfetaminer.

Kun 14 lande kunne fremlægge nylige skøn over udbredelsen af intravenøs stofbrug ⁽⁹⁹⁾. De foreliggende data tyder på store forskelle mellem landene, idet skønnene ligger fra under ét til fem tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år for de fleste lande, mens et usædvanligt højt niveau på 15 tilfælde pr. 1 000 er indberettet fra Estland. Hvis disse 14 lande tages under ét, kan det beregnes, at der er omkring 2,6 intravenøse stofbrugere pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år. Ud over aktive intravenøse brugere er der et stort antal tidligere intravenøse stofbrugere i Europa (Sweeting et al., 2008), men for de fleste EU-lande er tallene ikke tilgængelige.

Omkring 41 % af de primære opioidklienter, der påbegynder specialiseret narkotikabehandling, hovedsageligt heroinbrugere, anfører injektion som den sædvanlige indtagelsesmåde. Niveauerne for intravenøs stofbrug blandt opioidbrugere svinger mellem landene, fra 8 % i Nederlandene til 99 % i Letland og Litauen (figur 13), hvilket kan forklares af faktorer såsom heroinbrugshistorien i det pågældende land, hvilken type heroin der er tilgængelig (hvid eller brun), pris og brugerkultur.

De manglende data og i nogle tilfælde brede usikkerhedsmarginer for skønnene gør det vanskeligt

Figur 13: Injektion som sædvanlig indtagelsesmåde blandt primære opioidbrugere, der påbegynder behandling i 2009



NB: Data udtrykt som en procentdel af de rapporterede klienter, hvis indtagelsesmåde er kendt. Data for 2009 eller senest tilgængelige år. Se tabel TDI-5 (del iii) og (del iv) i Statistical bulletin 2011.

Kilde: Nationale Reitoxknudepunkter.

⁽⁹⁸⁾ Se tabel TDI-113 i Statistical bulletin for 2008, 2009, 2010 og 2011 og tabel TDI-114 i Statistical bulletin 2009. Tilgængelige data med fordeling efter opioidtype for årene 2005 og 2009. Se også EONN (2010f).

⁽⁹⁹⁾ Se figur PDU-2 i Statistical bulletin 2011.

at drage konklusioner om tidstendenser i udbredelsen af intravenøs brug baseret på gentagne skøn over udbredelsen. Tilgængelige data viser et samlet fald i intravenøs opioidbrug, især intravenøs heroinbrug, i Europa. I nogle lande ser omfanget af intravenøs stofbrug dog ud til at ligge relativt stabilt (Grækenland, Cypern, Ungarn, Kroatien og Norge), mens Tjekkiet meldte om en stigning i antallet af intravenøse brugere, for det meste metamfetaminbrugere, mellem 2004 og 2009 ⁽¹⁰⁰⁾.

De fleste europæiske lande har rapporteret et fald i andelen af intravenøse brugere blandt de primære heroinklienter mellem 2004 og 2009. De få lande, hvor det ikke er tilfældet, melder om de højeste andele af heroinbrugere blandt klienter, der kommer i behandling.

Behandling af problematisk opioidbrug

Udbud og dækning

Der er mulighed for både stoffri behandling og substitutionsbehandling for opioidbrugere i alle EU-medlemsstater samt Kroatien, Norge og Tyrkiet. I de fleste lande foregår behandlingen i ambulatorier, der kan omfatte specialiserede centre, praktiserende lægers klinikker og lavtærskeltjenester. I nogle få lande spiller specialiserede døgnbehandlingscentre en vigtig rolle i behandlingen af opioidafhængighed ⁽¹⁰¹⁾. Et mindre antal lande tilbyder heroinunderstøttet behandling til en udvalgt gruppe af kroniske heroinbrugere.

Forud for den stoffrie behandling gennemgår opioidbrugere normalt et afgiftningsprogram, hvor de får støtte i form af lægemidler til at klare de fysiske abstinenssymptomer. Denne terapeutiske tilgang kræver normalt, at personerne afholder sig fra alle stoffer, også substitutionsmedicin. Patienterne deltager i daglige aktiviteter og modtager intensiv psykologisk støtte. Selv om behandlingen kan foregå både i ambulatorier og på døgnbehandlingscentre, er de typer, der oftest indberettes af medlemsstaterne, stationære programmer (eller rehabiliteringsprogrammer), som følger terapeutiske fællesskabsprincipper eller Minnesotamodellen.

Substitutionsbehandling, normalt integreret med psykosocial støtte, gives generelt i specialiserede ambulatorier. 14 lande rapporterer, at substitutionsbehandling også gives af praktiserende læger, sædvanligvis i delte omsorgsordninger med specialiserede behandlingscentre. Det samlede antal opioidbrugere i substitutionsbehandling i EU, Kroatien og Norge anslås til 700 000 (690 000 for EU-medlemsstaterne)

Herointørke i Europa

Det anføres, at herointilgængeligheden er faldet drastisk i Irland og Det Forenede Kongerige i slutningen af 2010 til begyndelsen af 2011. Dette understøttes af tal, som viser et betydeligt fald i renheden af den heroin, der blev beslaglagt i Det Forenede Kongerige mellem tredje kvartal af 2009 og tredje kvartal af 2010 (UNODC, 2011).

Omfanget af manglen i andre europæiske lande er mindre klar, selv om rapporter tyder på, at Italien og Slovenien har oplevet mangel på heroin. Andre EU-medlemsstater, bl.a. Tyskland, Frankrig og de skandinaviske lande, melder om en lille eller ingen nedgang i tilgængeligheden af heroin.

Der er fremlagt en række årsager som forklaring på den tilsyneladende herointørke. For det første er det foreslået, at den reducerede produktion af opium i Afghanistan som følge af valmuesygdommen i foråret 2010 kan være årsagen. Det kan imidlertid diskuteres, eftersom politirapporter tyder på, at heroin fremstillet af afghansk opium måske først kommer frem på de europæiske narkotikamarkeder omkring 18 måneder efter høsten. Et andet argument er, at heroin til Vesteuropa er blevet omdirigeret til det russiske marked, men Rusland ser også ud til at have heroinmangel. Det er også foreslået, at retshåndhævelsesindsatsen har afbrudt den ulovlige handel, især ved at optræve engrosheroinetværkene mellem Tyrkiet og Det Forenede Kongerige. Endvidere har der i de senere år (2007 og 2008) været rekordstore beslaglæggelser af heroinprækursoren eddikesyreanhydrid i Europa, og disse konfiskeringer kan have påvirket narkotikamarkedet over en længere periode. Endelig kan andre udviklinger i Afghanistan, såsom svære kampe i den sydlige del af landet og retshåndhævelsesaktioner mod heroinlaboratorier og opiumlagre, også påvirke heroinforsyningen i Europa.

En kombination af nogle af disse faktorer har sandsynligvis bidraget til at afbryde heroinforsyningen til Europa, hvilket har forårsaget store mangler på nogle markeder.

i 2009, hvilket er en stigning fra 650 000 i 2007 og omkring en halv million i 2003 ⁽¹⁰²⁾. Det store flertal af substitutionsbehandlinger bliver fortsat givet i de 15 EU-medlemsstater, der var medlemmer før 2004 (ca. 95 % af det samlede antal), og antallene i disse lande fortsatte med at stige mellem 2003 og 2009 (figur 14). Blandt disse lande blev de højeste stigninger observeret i Finland, hvor der skete en tredobbelt stigning, samt i Grækenland og Østrig, hvor antallet af behandlinger fordobledes.

I de 12 lande, der tilsluttede sig EU senere, blev antallet af substitutionsklienter næsten tredoblet mellem 2003 og 2009, fra 6 400 til 18 000. I forhold til indeksåret 2003 kan der noteres en stejl stigning i 2005-2007,

⁽¹⁰⁰⁾ Se tabel PDU-6 (del iii) i Statistical bulletin 2011.

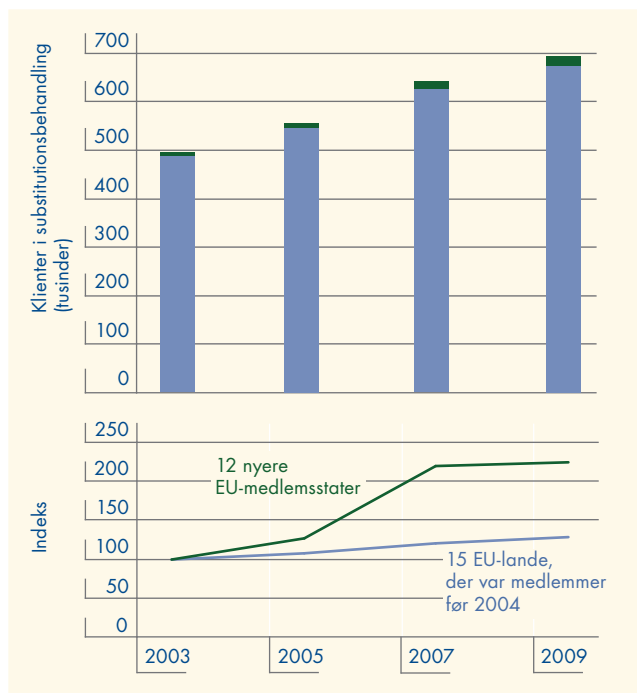
⁽¹⁰¹⁾ Se tabel TDI-24 i Statistical bulletin 2011.

⁽¹⁰²⁾ Se tabel HSR-3 i Statistical bulletin 2011.

men herfra og frem er der ikke sket nogen nævneværdig yderligere stigning. Proportionalt var udvidelsen af substitutionsbehandlingen i disse lande over den seksårige periode højest i Estland (16 gange, fra 60 til over 1 000 klienter, om end man stadig kun nåede 5 % af de intravenøse opioidbrugere) og Bulgarien (otte gange), mens der skete en tredobling i Letland. De mindste stigninger blev anført af Ungarn og Slovakiet, og antallet af klienter i Rumænien forblev praktisk talt uændret. Flere tilbud om substitutionsbehandling kan hænge sammen med flere faktorer, bl.a. kan de være svaret på høje niveauer for intravenøst stofbrug og dertil knyttet hivoverførsel, tilpasning til EU's narkotikastrategi og finansiering af pilotprojekter fra internationale organisationer såsom Den Globale Fond og UNODC.

En sammenligning af antallet af klienter i substitutionsbehandling med det anslåede antal problematiske opioidbrugere tyder på varierende dækningsniveauer i Europa. Af de 16 lande, for hvilke der foreligger pålidelige skøn over antallet af problematiske opioidbrugere, rapporterer 8 om et antal substitutionsbehandlinger svarende til 40 % eller mere af målpopulationen. 7 af disse lande er stater, der var medlemmer af EU før 2004, og det sidste land

Figur 14: Klienter i opioidsubstitutionsbehandling i de 15 EU-lande, der var medlemmer før 2004, og i de 12 nyere EU-medlemsstater — anslået antal og indekserede tendenser



NB: Se yderligere oplysninger i figur HSR-2 i Statistical bulletin 2011.
Kilde: Nationale Reitoxknudepunkter.

med høj dækning er Malta. Dækningen når op på 37 % i Nederlandene og 32 % i Tjekkiet og Ungarn. Af de 5 lande med dækningsniveauer under 30 % er de 4 nyere medlemsstater. Undtagelsen i denne gruppe er Grækenland med en anslået dækning på 23 % ⁽¹⁰³⁾.

Landene i Central- og Østeuropa melder om bestræbelser på at forbedre substitutionsbehandlingen for så vidt angår adgang, kvalitet og tilbud. I 2010 blev der udstedt retningslinjer for behandling af opioidafhængighed med metadon og buprenorphin i Litauen. Den geografiske adgang til substitutionsbehandling i Letland er ved at blive udvidet med nye behandlingsudbydere uden for hovedstaden Riga. Der er vedtaget regler for finansieringen af opioidsubstitutionsbehandling under den nationale sundhedsforsikring i Tjekkiet. Manglende midler til substitutionsbehandling bliver imidlertid anført som en faktor, der begrænser den geografiske dækning i Polen og i væsentlig grad nedsætter antallet af tilgængelige behandlingssteder blandt de vigtigste substitutionsbehandlingsudbydere i Bulgarien, som er organisationer uden offentlig finansiering.

Alt i alt anslås det, at omkring halvdelen af EU's problematiske opioidbrugere har adgang til substitutionsbehandling, et niveau, der kan sammenlignes med dem, som rapporteres for Australien og USA, om end højere end det, der rapporteres for Canada. Kina rapporterer meget lavere niveauer, mens Rusland ikke har indført denne behandlingstype, til trods for at landet har det højeste anslåede antal problematiske opioidbrugere (se tabel 11).

I Europa er metadon den mest almindeligt ordinerede substitutionsmedicin, der modtages af op til tre fjerdedele af klienterne. Buprenorphin ordineres til op mod en

Tabel 11: International sammenligning af skøn over problematiske opioidbrugere og antal klienter i opioidsubstitutionsbehandling

	Problematiske opioidbrugere	Klienter i opioidsubstitutionsbehandling
EU og Norge	1 300 000	695 000
Australien	90 000	43 000
Canada	80 000	22 000
Kina	2 500 000	242 000
Rusland	1 600 000	0
USA	1 200 000	660 000

NB: År: 2009 med undtagelse af Canada (referenceår er 2003).
Kilder: Arfken et al. (2010), Chalmers et al. (2009), Popova et al. (2006), UNODC (2010b), Yin et al. (2010).

⁽¹⁰³⁾ Se figur HSR-1 i Statistical bulletin 2011.

fjerdedel af de europæiske substitutionsklienter og er det vigtigste substitutionsstof i Tjekkiet, Frankrig, Cypern, Finland, Sverige og Kroatien ⁽¹⁰⁴⁾. Kombinationen buprenorfin-naloxon er tilgængelig i 15 lande. Behandlinger med depotmorfin (se nedenfor), kodein (Tyskland, Cypern) og diacetylmorfin ⁽¹⁰⁵⁾ (Belgien, Danmark, Tyskland, Spanien, Nederlandene og Det Forenede Kongerige) repræsenterer en lille andel af alle behandlinger.

Ud over de mere almindeligt brugte substitutionsmidler gives oral depotmorfin, som oprindeligt blev godkendt til smertebehandling af cancerpatienter, i øjeblikket som et alternativt stof til substitutionsbehandling for opioidafhængighed i Bulgarien, Østrig, Slovenien og Slovakiet. En ny oversigt (Jegu et al., 2011) over 13 undersøgelser viste, at behandlingsfastholdelsesniveauerne forekom tilstrækkeligt høje med dette stof (80,6 % til 95 %) og ikke anderledes end dem, der er rapporteret for metadon. De fleste undersøgelser viste, at livskvalitet, abstinenssymptomer, trang og ulovlig stofbrug blev bedre med morfin, men der var ingen sammenligning med andre substitutionsstoffer. Der fremkommer måske yderligere information i en kommende systematisk Cochraneoversigt.

Opioidbehandling: effektivitet og resultater

Opioidsubstitutionsbehandling kombineret med psykosociale foranstaltninger anses for at være den mest effektive behandlingsmulighed for opioidafhængighed. Sammenlignet med afgiftning eller slet ingen behandling

viser behandling med både metadon og buprenorfin i høje doser bedre behandlingsfastholdelse og væsentligt bedre resultater med hensyn til stofbrug, kriminel aktivitet, risikoadfærd og hivoverførsel, overdoser og generel dødelighed (WHO, 2009).

En række nyere undersøgelser fokuserer på medicinering, der kan supplere substitutionsbehandling. To systematiske oversigter har set på, om antidepressive midler nedsatte frafaldet blandt metadon- eller buprenorfinpatienter, men der blev ikke fundet dokumentation for, at det var effektivt (Pani et al., 2010b, Stein et al., 2010). En anden undersøgelse viste, at en enkelt ekstra dosis metadon kunne hjælpe med at nedsætte transforårsagede stemningsproblemer blandt stabiliserede metadonpatienter (Strasser et al., 2010).

Opioidreceptorantagonisten naltrexon bruges til at forebygge tilbagefald til opioidbrug. I et mindre forsøg blev det konstateret, at naltrexonimplantater var mere effektive end oral naltrexon til at reducere både trang og tilbagefald (Hulse et al., 2010). En undersøgelse blandt løsladte fanger viste, at naltrexonimplantater gav de samme reduktioner i heroin- og benzodiazepinbrug som metadon (Lobmaier et al., 2010). Buprenorfinimplantater, som er udviklet til at overvinde problemer med manglende overholdelse og for at forebygge ulovlig anvendelse af behandlingen, er også blevet testet i USA i forhold til placeboimplantater. En foreløbig undersøgelse viste en mindre forskel med hensyn til afholdenhed til fordel for de aktive implantater (Ling et al., 2010), og næste

Heroinunderstøttet behandling

Heroinunderstøttet behandling gives til i alt omkring 1 100 problematiske opioidbrugere i fem EU-medlemsstater (Danmark, Tyskland, Spanien, Nederlandene og Det Forenede Kongerige) og 1 360 problematiske opioidbrugere i Schweiz. Denne behandling foreslås ikke som den første mulighed, men forbeholdes patienter, der ikke har reageret på andre metoder såsom metadonvedligeholdelsesbehandling. Alle injektionsdoser (typisk ca. 200 mg diamorfin pr. injektion) tages under direkte overvågning for at sikre overholdelse, sikkerhed og forebyggelse af evt. anvendelse på det ulovlige marked. Det kræver, at klinikkerne er åbne for flere sessioner pr. dag hver dag året rundt.

Der er over de sidste 15 år gennemført seks randomiserede kliniske forsøg med undersøgelse af resultater af og omkostningseffektivitet ved denne behandlingstype (se EONN, 2011a). Alle forsøg omfattede kronisk heroinafhængige personer, der gentagne gange havde oplevet fejlslagne behandlinger, og som vilkårligt fik tildelt heroinunderstøttet behandling eller oral metadonbehandling.

Ved undersøgelserne anvendtes forskellige metoder og resultatvariabler, og deres resultater er derfor kun moderat konsistente. Overordnet viser de en merværdi ved overvåget heroininjektion sammen med supplerende doser af metadon til langvarige opioidbrugere, som andre metoder ikke har virket på. Patienterne bruger mindre gadenarkotika og ser ud til at opnå visse gevinster med hensyn til fysisk og mental sundhedsfunktion.

Heroinunderstøttet behandling anslås at koste 19 020 EUR pr. patient om året i Tyskland og 20 410 EUR i Nederlandene (justeret til 2009-priser). Det er væsentligt højere end omkostningerne ved at give en patient et års oral metadonbehandling, som anslås til 3 490 EUR i Tyskland og 1 634 EUR i Nederlandene. Omkostningsforskellen mellem heroinunderstøttet metadonbehandling skyldes i vid udstrækning, at der kræves mere personale på de specialiserede klinikker. Til trods for de højere omkostninger har heroinunderstøttet behandling vist sig at være et omkostningseffektivt tiltag for en udvalgt gruppe af kroniske heroinbrugere (EONN, 2011a).

⁽¹⁰⁴⁾ Se tabel HSR-3 i Statistical bulletin 2011.

⁽¹⁰⁵⁾ Se boksen »Heroinunderstøttet behandling«.

skridt bliver at sammenligne disse implantater med andre behandlinger (O'Connor, 2010). I Europa er man med en finsk undersøgelse ved at teste, om det forbedrer overholdelsen og begrænser den ulovlige anvendelse af stoffer til hjemmebrug at give suboxon i en elektronisk anordning, der registrerer brug.

Forskning i behandlingsresultater dokumenterer visse opmuntrende resultater. I The Drug Treatment Outcomes

Research Study blev der anvendt et 12-måneders billede til at vurdere behandlingsresultaterne hos 1 796 stofbrugere rekrutteret fra 342 centre ⁽¹⁰⁶⁾ i hele England (Jones, A., et al., 2009). Blandt heroinbrugere, der var med i referenceinterviews, havde 44 % stoppet brugen ved første opfølgning og 49 % ved anden opfølgning, og der var også konsistente fald for alle de øvrige vigtige stoffer, som blev vurderet.

Oral substitutionsbehandling under graviditet

Opioidafhængige gravide kvinder anbefales at få metadonsubstitutionsbehandling under hele graviditeten. Selv om mange kvinder vil ønske at holde op med at bruge opioider, når de finder ud af, at de er gravide, bør opioidabstinens under graviditet undgås på grund af den høje risiko for tilbagefald til heroinbrug og faren for, at abstinenssymptomer forårsager abort eller for tidlig fødsel (WHO, 2009). Prænatal eksponering for metadon er imidlertid også forbundet med neonatalt abstinenssyndrom, som kræver medicinering og indlæggelse.

Buprenorphin er et alternativ til metadon i vedligeholdelsesbehandlingen, og det er for nylig blevet

undersøgt i en stikprøve på 175 opioidafhængige gravide kvinder, der indgik i et internationalt randomiseret kontrolleret forsøg (Jones, H. et al., 2009a), som blev gennemført seks steder i USA, ét sted i Canada og ét i Wien. De kvinder, der var med mellem 13. og 30. graviditetsuge, blev vilkårligt valgt til at få metadon eller buprenorphin og blev fulgt med deres nyfødte børn indtil seks måneder efter fødslen. Som i andre undersøgelser blev buprenorphin forbundet med en højere frafaldsfrekvens (33 %) end metadon (18 %), men børn i buprenorphingruppen så ud til at have brug for mindre morfin til behandling af neonatalt abstinenssyndrom og færre dages indlæggelse. Undersøgelsens konklusion var, at gravide kvinder, når de fastholdes i behandling, kan tilbydes buprenorphin eller metadon til behandling af opioidafhængighed under graviditet (Jones, H. et al., 2009b).

⁽¹⁰⁶⁾ Fællesskabsbaseret behandling (især oral metadonvedligeholdelse) og stationær behandling.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Kapitel 7

Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme og narkotikarelaterede dødsfald

Indledning

Narkotikabrug kan have en lang række negative følger såsom ulykker, psykiske lidelser, lungesygdomme, hjerte-kar-problemer, arbejdsløshed eller hjemløshed. Skadelige følger er især udbredte 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 ét 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 (Bargagli et al., 2006, Degenhardt et al., 2009).

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

EONN overvåger systematisk infektion med hiv- og hepatitis B- og C-vira blandt intravenøse stofbrugere ⁽¹⁰⁷⁾. De smitsomme sygdomme, der forårsages af disse vira, er blandt de alvorligste sundhedsmæssige følger af narkotikabrug. Andre smitsomme sygdomme, bl.a. hepatitis A og D, seksuelt overførte sygdomme, tuberkulose, stivkrampe, botulisme, miltbrand og humant T-celle lymfotroft virus, kan også i uforholdsmæssig grad ramme narkotikabrugere.

Hiv og aids

Ved udgangen af 2009 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 både i en global og en bredere europæisk sammenhæng (ECDC og WHO-Europa, 2010, Wiessing et al., 2009) (figur 15). Det kan, i det mindste delvist, skyldes den øgede adgang til forebyggelse, behandling og skadesbegrænsende foranstaltninger, herunder substitutionsbehandling og nåle- og sprøjteprogrammer. Andre faktorer kan også have spillet en vigtig rolle, f.eks. det fald i intravenøs stofbrug, der er rapporteret om i flere lande (EONN, 2010g). Det gennemsnitlige antal nye diagnosticerede tilfælde i de 26 EU-medlemsstater, der kan fremlægge data for 2009, nåede 2,85 pr. 1 million indbyggere eller 1 299 nye indberettede tilfælde, hvilket er det hidtil laveste niveau ⁽¹⁰⁸⁾. Alligevel tyder oplysninger i visse dele af Europa på, at hivoverførsel i forbindelse med intravenøs stofbrug fortsatte i 2009, hvilket understreger behovet for at sikre den lokale forebyggelsespraksis' dækning og effektivitet.

De tilgængelige data om udbredelsen af hiv blandt intravenøse stofbrugere i EU kan igen stå mål med udbredelsen i nabolandene mod øst ⁽¹⁰⁹⁾, skønt sammenligninger mellem landene bør foretages med forsigtighed på grund af forskelle i undersøgelsesmetoder og -dækning.

Tendenser i hivinfektion

Data om indberettede nye diagnosticerede tilfælde i forbindelse med intravenøs stofbrug for 2009 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. Af de fem lande, der indberettede de højeste antal nye diagnosticerede infektioner blandt intravenøse stofbrugere mellem 2004 og 2009 (Estland, Spanien, Letland, Litauen og Portugal), fortsatte tre deres nedadgående tendens, men antallet i Estland og Litauen steg igen fra 2008-niveauerne (figur 16) ⁽¹¹⁰⁾. I Estland var stigningen fra 26,8 tilfælde pr. 1 million i 2008 til 63,4 pr. 1 million i 2009 og i Litauen fra 12,5 tilfælde pr. 1 million i 2008 til 34,9 pr.

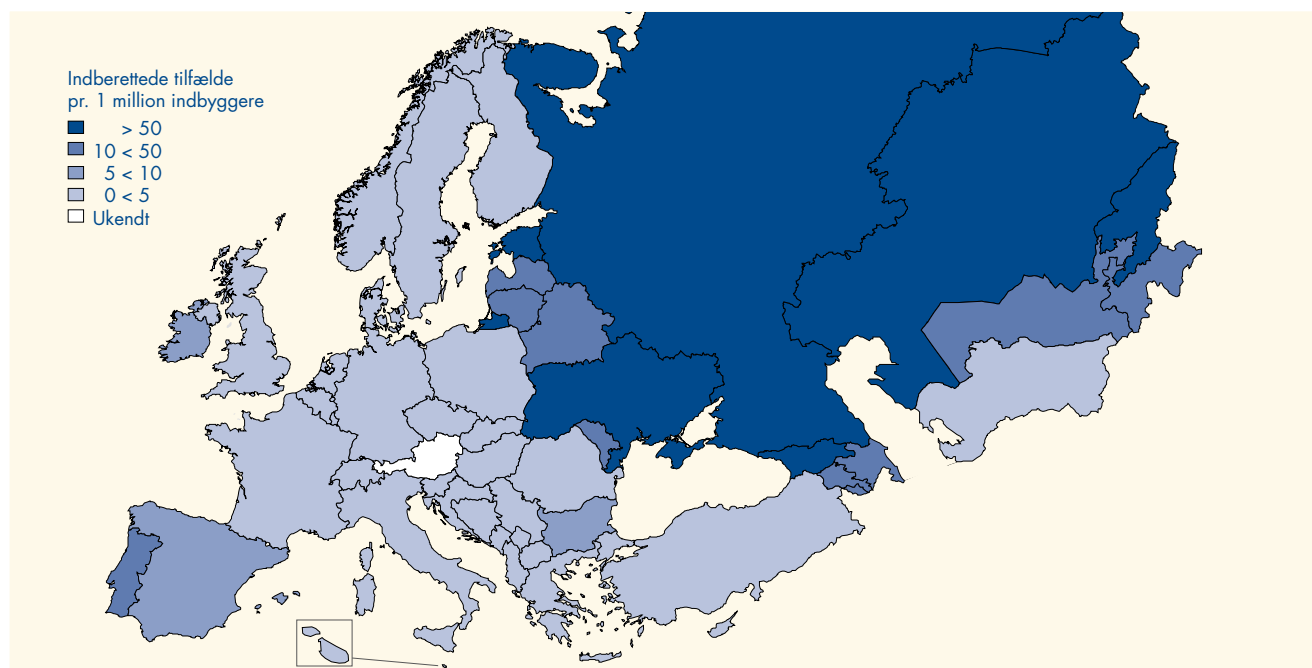
⁽¹⁰⁷⁾ Nærmere oplysninger om metoder og definitioner kan ses i Statistical bulletin 2011.

⁽¹⁰⁸⁾ Data for Østrig mangler. Gennemsnitsantallet er 2,44 tilfælde pr. 1 million indbyggere for EU-medlemsstaterne, Kroatien, Norge og Tyrkiet.

⁽¹⁰⁹⁾ Se tabel INF-1 i Statistical bulletin 2011.

⁽¹¹⁰⁾ Data for Spanien har ikke national dækning.

Figur 15: Nydiagnosticerede hivinfektioner hos intravenøse stofbrugere i 2009 i Europa og Centralasien



NB: Farven angiver antal nydiagnosticerede hivtilfælde pr. 1 million indbyggere, der tilskrives den risikogruppe af intravenøse stofbrugere, som blev diagnosticeret i 2009.

Kilder: ECDC og WHO Europa, 2010. Russiske data stammer fra Federal Research Methodological Centre on Prevention and Fight of AIDS. HIV infection. Information bulletin nr. 34, s. 35, Moskva, 2010 (på russisk).

1 million i 2009. I den samme periode steg antallet af nye infektioner blandt intravenøse stofbrugere i Bulgarien også fra 0,9 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2004 til 9,7 pr. 1 million i 2009, mens antallet i Sverige toppede med 6,7 nye tilfælde pr. 1 million (61 nye diagnoser) i 2007. Disse data viser, at der findes et fortsat potentiale for hivudbrud blandt intravenøse stofbrugere i nogle lande.

Tendensdata fra overvågning af hivprævalens i stikprøver af intravenøse stofbrugere er et vigtigt supplement til data fra caserapporter vedrørende hiv. Der foreligger prævalensdata fra 27 europæiske lande i perioden 2004-2009⁽¹¹¹⁾. I 19 lande forblev skønnene over hivprævalens uforandrede. I 5 lande (Frankrig, Italien, Østrig, Polen og Portugal) viste data over hivprævalensen et fald. I 3 lande bygger dette på nationale stikprøver, mens tendensen i Frankrig er baseret på data fra fem byer. I Østrig viser den nationale stikprøve ingen ændring, mens der observeres et fald i Wien. 2 lande melder om stigende hivprævalens, nemlig Slovakiet (nationale data) og Letland (selvrapporterede testresultater fra syv byer). I Bulgarien afspejles et fald på nationalt plan ikke i hovedstaden (Sofia), hvor tendensen er stigende. I Italien

er der en nationalt faldende tendens, idet kun én ud af de 21 regioner melder om en stigning⁽¹¹²⁾.

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

Til trods for overvejende faldende tendenser siden 2004 er antallet af indberettede nye hivdiagnoser (pr. 1 million indbyggere) i 2009 i forbindelse med intravenøs stofbrug stadig relativt højt i Estland (63,4), Litauen (34,9), Letland (32,7), Portugal (13,4) og Bulgarien (9,7), hvilket viser, at der fortsat opstår et betydeligt antal nye infektioner blandt intravenøse stofbrugere i disse lande⁽¹¹³⁾.

Yderligere tegn på igangværende hivoverførsel kan observeres i 6 lande (Estland, Spanien, Frankrig, Letland, Litauen og Polen) med prævalensniveauer over 5 % i stikprøver af unge (under 25 år) intravenøse stofbrugere i 2005-2007⁽¹¹⁴⁾ og 2 lande (Bulgarien og Cypern), hvor prævalensen hos unge intravenøse stofbrugere steg i 2004-2009.

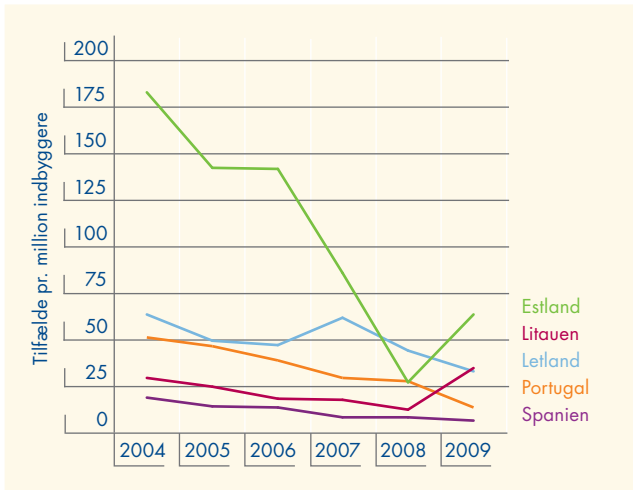
⁽¹¹¹⁾ Der foreligger ikke tendensdata fra Estland, Irland og Tyrkiet. Se tabel INF-108 i Statistical bulletin 2011.

⁽¹¹²⁾ Data for Italien er for stofbrugere i behandling, hvor injektionsstatus er ukendt. Derfor kan et fald i hivprævalens også skyldes et fald i intravenøs stofbrug i den testede population.

⁽¹¹³⁾ Se tabel INF-104 i Statistical bulletin 2011.

⁽¹¹⁴⁾ Se tabel INF-109 i Statistical bulletin 2011.

Figur 16: Tendenser i nyligt indberettede hivinfektioner hos intravenøse stofbrugere i de fem EU-medlemsstater, som har indberettet de højeste frekvenser



NB: Data indberettet ved udgangen af oktober 2010, se figur INF-2 i Statistical bulletin 2011.

Kilder: ECDC og WHO-Europa, 2010.

Aidsincidens og adgang til HAART

Information om incidensen af aids kan være vigtig til at vise nye udbrud af symptomatisk sygdom, selv om det er en dårlig 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 global undersøgelse tyder på, at dette stadig kan være tilfældet i nogle EU-lande (Mathers et al., 2010).

Letland er nu det land, der har den højeste forekomst af aids i forbindelse med intravenøs stofbrug med anslået 20,8 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2009, hvilket er et fald fra 26,4 pr. 1 million i 2008. En relativt høj forekomst af aids blandt intravenøse stofbrugere indberettes også for Estland, Spanien, Portugal og Litauen med henholdsvis 19,4, 7,3, 6,6 og 6,0 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere. Blandt disse lande var tendensen i 2004-2009 faldende i Spanien og Portugal, men ikke i Estland og Litauen ⁽¹¹⁵⁾.

Hepatitis B og C

Viral hepatitis, især infektion forårsaget af hepatitis C-virus (HCV), er stærkt udbredt hos intravenøse stofbrugere i hele Europa. Blandt de nationale stikprøver af intravenøse

stofbrugere i 2008-2009 svingede udbredelsen af HCV-antistoffer fra 22 % til 83 %, idet 8 ud af 12 lande melder om resultater over 40 % ⁽¹¹⁶⁾. 3 lande (Tjekkiet, Ungarn og Slovenien) melder om en udbredelse på under 25 %, 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 37 % til 81 % (figur 17).

Nylige undersøgelser (2008-2009) viser en stor spredning i HCV-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 ⁽¹¹⁷⁾. Ikke desto mindre viser disse undersøgelser også, at mange får virusen tidligt i deres forløb som intravenøse stofbrugere. Det betyder, at der måske kun er et kort tidsvindue til at iværksætte HCV-forebyggende foranstaltninger.

I perioden 2004-2009 rapporteres der faldende HCV-prævalens hos intravenøse stofbrugere fra 8 lande og stigende prævalens fra ét (Cypern), mens yderligere 4 lande rapporterer divergerende tendenser i forskellige datasæt. Ikke desto mindre er der grund til forsigtighed som følge af undersøgelsesernes begrænsede geografiske dækning og/eller stikprøvestørrelse i nogle tilfælde ⁽¹¹⁸⁾. Undersøgelser om unge intravenøse stofbrugere (under 25 år) tyder igen på, at nogle lande kan opleve fald i prævalensen hos denne gruppe på nationalt plan (Bulgarien, Slovenien, Det Forenede Kongerige) eller på subnationalt plan (Kreta i Grækenland, Vorarlberg i Østrig), hvilket kan tyde på faldende smitteoverførsel. Dog bliver der også meldt om visse stigninger (Cypern, Graz i Østrig). Nogle af disse tendenser bekræftes i data for nye intravenøse brugere (der har injiceret stoffer i under to år). Stigende HCV-prævalens blandt nye intravenøse brugere indberettes i Grækenland (Attika), mens der meldes om fald fra Østrig (Vorarlberg) og Sverige (Stockholm) ⁽¹¹⁹⁾.

Udbredelsen af antistoffer mod hepatitis B-virus (HBV) varierer også i høj grad, muligvis til dels som følge af forskelle i vaccinationsniveau, selv om andre faktorer kan spille en rolle. Den mest informative serologiske markør for HBV-infektion er HBsAg (hepatitis B surface antigen), som er tegn på aktuel infektion. I 2004-2009 meldte 4 lande

⁽¹¹⁵⁾ Se figur INF-1 og tabel INF-104 (del ii) i Statistical bulletin 2011.

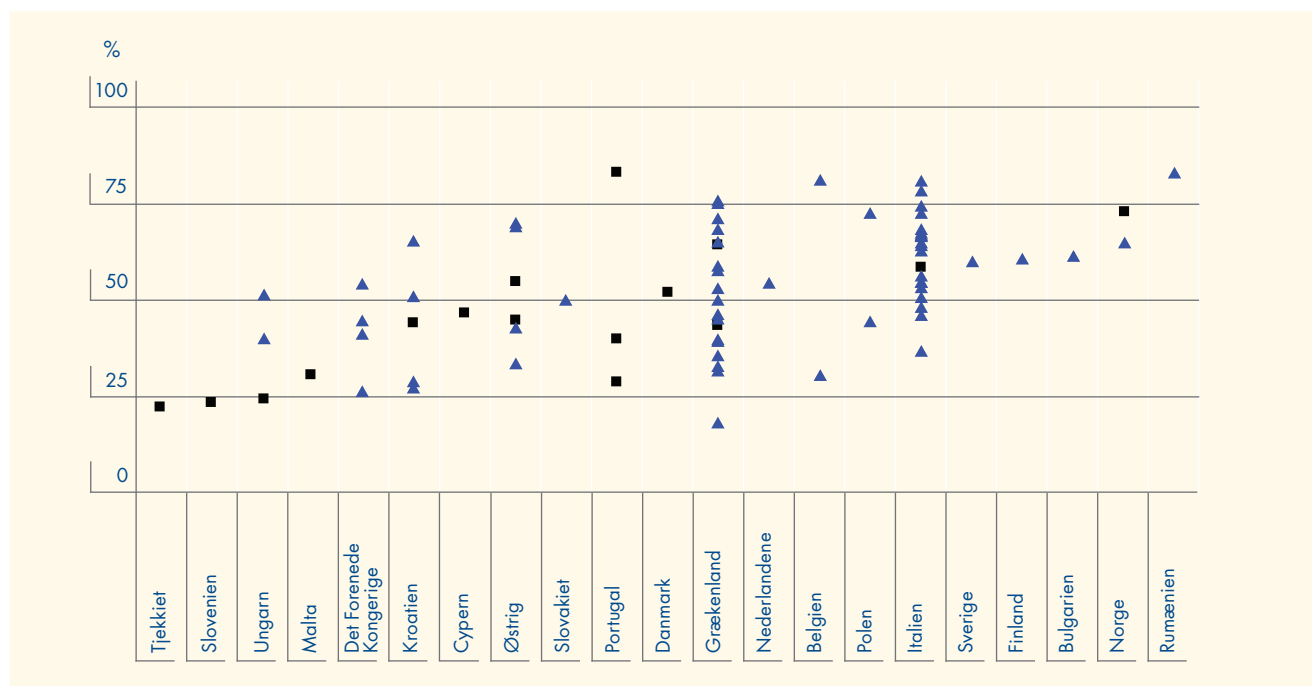
⁽¹¹⁶⁾ Se tabel INF-2 og INF-111 i Statistical bulletin 2011.

⁽¹¹⁷⁾ Se tabel INF-112 og INF-113 og figur INF-6 (del ii) og (del iii) i Statistical bulletin 2011.

⁽¹¹⁸⁾ Se tabel INF-111 i Statistical bulletin 2011.

⁽¹¹⁹⁾ Se tabel INF-112 og INF-113 i Statistical bulletin 2011.

Figur 17: Prævalens af HCV-antistoffer blandt intravenøse stofbrugere



NB: Data for årene 2008 og 2009. Sorte firkanter er prøver med national dækning, blå trekanter 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 i de enkelte lande. 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 2011.

Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter.

ud af de 14, der fremlagde data om denne virus blandt intravenøse stofbrugere, om undersøgelser med en HBsAg-prævalens på over 5 % (Bulgarien, Grækenland, Litauen og Rumænien) ⁽¹²⁰⁾.

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). Beregnet som et gennemsnit i de 20 lande, der har fremlagt data for perioden 2004-2009, tegner intravenøs stofbrug sig for 63 % af alle HCV-tilfælde og 38 % af anmeldte akutte HCV-tilfælde, hvor risikokategorien er kendt. For hepatitis B repræsenterer intravenøse stofbrugere 20 % af alle anmeldte tilfælde og 26 % af akutte tilfælde. Disse data bekræfter, at intravenøse stofbrugere fortsat udgør en vigtig risikogruppe for viral hepatitisinfektion i Europa ⁽¹²¹⁾.

Andre infektioner

Ud over virusinfektioner er intravenøse stofbrugere sårbare over for bakterielle sygdomme ⁽¹²²⁾. Udbruddet af miltbrand

blandt intravenøse stofbrugere i Europa (se EONN, 2010a) har sat fokus på et aktuelt problem med alvorlig sygdom på grund af sporedannende bakterier blandt intravenøse brugere. I forbindelse med en europæisk undersøgelse blev der indsamlet data om indberettede tilfælde af fire bakterielle infektioner (botulisme, stivkrampe, Clostridium novyi og miltbrand) hos intravenøse stofbrugere i den seneste halve snes år. I perioden 2000-2009 indberettede seks lande 367 tilfælde med antal smittede fra 0,03 til 7,54 pr. 1 million indbyggere. De fleste infektionstilfælde (92 %) blev indberettet af tre lande i det nordvestlige Europa, nemlig Irland, Det Forenede Kongerige og Norge. Denne geografiske variation kan ikke forstås og kræver yderligere undersøgelse (Hope et al., i trykken).

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. Landene sigter mod at forebygge og kontrollere spredningen af smitsomme sygdomme blandt stofbrugere gennem en kombination af metoder, bl.a. overvågning, vaccination og behandling af infektioner,

⁽¹²⁰⁾ Se tabel INF-114 i Statistical bulletin 2011.

⁽¹²¹⁾ Se tabel INF-105 og INF-106 i Statistical bulletin 2011.

⁽¹²²⁾ Se boksen »Tuberkulose blandt stofbrugere«.

Tuberkulose blandt stofbrugere

Tuberkulose (tb) er en bakteriesygdom, der normalt angriber lungerne, hvilket kan være dødeligt. I 2008 blev der identificeret i alt 82 605 tilfælde i 26 EU-medlemsstater og Norge med tal over 20 pr. 100 000 i Rumænien (114,1), Litauen (66,8), Letland (47,1), Bulgarien (41,2), Estland (33,1) og Portugal (28,7) (ECDC, 2010). I Europa er sygdommen fortrinsvis koncentreret i højrisikogrupper såsom migranter, hjemløse, stofbrugere og indsatte. På grund af marginalisering og livsstil kan stofbrugere være udsat for højere risiko for at pådrage sig tb end befolkningen i almindelighed. HIV-positiv status giver en ekstra risiko for at udvikle tb, som anslås at være 20-30 gange større end blandt personer, der ikke har en HIV-infektion (WHO, 2010a).

Der findes ikke mange data om udbredelsen af tb blandt stofbrugergupper. I Europa meldes der om høj forekomst af aktiv (symptomatisk) tb blandt stofbrugere i behandling i Grækenland (1,7 %), Litauen (3 %) og Portugal (1-2 %), mens der ved systematisk testning i narkotikabehandlingscentre i Østrig, Slovakiet og Norge ikke blev afdækket nogen tilfælde.

Tuberkulose hos stofbrugere kan behandles effektivt, selv om det kræver en kompleks helbredende kur på mindst seks måneder. Det er væsentligt at gennemføre behandlingen, eftersom sygdomsorganismen hurtigt bliver tolerant over for lægemidler og udvikler resistens over for behandling. For problematiske stofbrugere, især personer med en kaotisk livsstil, kan det være vanskeligt at overholde behandlingen. Nye metoder, der sigter mod at forkorte behandlingens varighed, har potentiale til at øge sandsynligheden for en vellykket gennemførelse.

narkotikabehandling, især opioidsstitutionsbehandling og tilbud om sterilt injektionsudstyr. Desuden stiller fællesskabsbaserede aktiviteter information, uddannelse og adfærdsforanstaltninger til rådighed, ofte gennemført gennem opsøgende virksomhed eller lavtærskelcentre. Sammen med antiretroviral behandling samt diagnose og behandling af tuberkulose er disse foranstaltninger blevet fremmet af FN's organisationer som kerneforanstaltninger for HIV-forebyggelse og -behandling for samt støtte til intravenøse stofbrugere (WHO, UNODC og UNAIDS, 2009).

Foranstaltninger

Det er blevet bekræftet i flere undersøgelser og oversigter, at opioidsstitutionsbehandling er effektiv, når det gælder om at nedbringe HIV-overførsel og selvrapporteret intravenøs risikoadfærd. Der er stadig mere dokumentation for, at kombinationen af opioidsstitutionsbehandling og nåle- og sprøjteprogrammer er mere effektiv til at reducere

Forebyggelse af infektioner blandt intravenøse stofbrugere: fælles ECDC-EONN-retningslinjer

I 2011 udsendte Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC) og EONN en fælles vejledning om forebyggelse af og kontrol med smitsomme sygdomme blandt intravenøse stofbrugere. Vejledningen giver en omfattende oversigt over foranstaltningernes effektivitet, bl.a. foranstaltninger som tilbud om rene kanyler og andet injektionsudstyr, narkotikabehandling, bl.a. opioidsstitutionsbehandling, vaccination, testning og behandling af infektioner hos stofbrugere. I vejledningen ser man på modeller for levering af tjenesteydelser og de mest hensigtsmæssige informations- og uddannelsesbudskaber til denne befolkningsgruppe.

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

udbredelsen af HIV og HCV og intravenøs risikoadfærd end hver metode alene (ECDC og EONN, 2011).

På grundlag af forbedringer i behandlingen af hepatitis C øger mange lande deres bestræbelser på at forebygge, opspore og behandle hepatitis blandt stofbrugere. EU støtter flere initiativer til at forbedre hepatitis C-forebyggelse blandt stofbrugere. Disse initiativer omfatter: kortlægning af nationale standarder og retningslinjer for forebyggelse af HCV i EU (Zurhold, 2011), sammenfatning af eksempler på informationskampagner, forebyggelses-, behandlings- og støtteforanstaltninger (Correlation Project og EHRN, 2010), udvikling af undervisningsmaterialer til beslutningstagere, sundhedspersonale og lokale serviceudbydere (f.eks. Hunt og Morris, 2011).

Gratis udlevering af rene kanyler gennem specialiserede tjenester eller apoteker findes i alle lande undtagen Tyrkiet, men til trods for en betydelig udvidelse i den seneste snes år viser information om den geografiske udbredelse ubalancer, idet flere lande i Central- og Østeuropa og Sverige melder om manglende tilgængelighed i nogle områder (se figur 18).

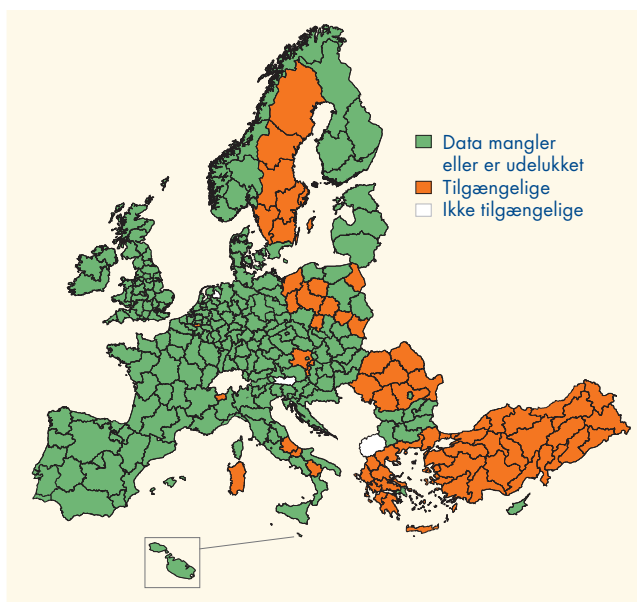
De seneste data om sprøjteudlevering gennem særlige nåle- og sprøjteprogrammer er tilgængelige for alle lande undtagen tre og er ufuldstændige for to andre⁽¹²³⁾. De viser, at der distribueres næsten 50 millioner sprøjter om året gennem disse programmer. Det svarer til gennemsnitligt 94 sprøjter pr. anslået intravenøs stofbruger i de lande, som indberetter data om sprøjter.

For 13 lande kan det gennemsnitlige antal udleverede sprøjter om året pr. intravenøs stofbruger anslås⁽¹²⁴⁾. I 7 af disse lande svarer det gennemsnitlige antal sprøjter

⁽¹²³⁾ Se tabel HSR-5 i Statistical bulletin 2011. For 2007-2009 forelå der ikke data om antallet af sprøjter for Danmark, Tyskland og Italien. Data om Nederlandene dækker kun Amsterdam og Rotterdam, og data om Det Forenede Kongerige omfatter ikke England.

⁽¹²⁴⁾ Se figur HSR-3 i Statistical bulletin 2011.

Figur 18: Nåle- og sprøjteprogrammer på regionalt plan: geografisk tilgængelighed



NB: Regioner defineret ifølge den fælles nomenklatur for statistiske regionale enheder (NUTS), niveau 2. Se yderligere oplysninger på Eurostats websted.

Kilde: Se tabel HSR-4 i Statistical bulletin 2011.

udleveret af specialiserede programmer til under 100 pr. intravenøs bruger, 4 lande udleverer mellem 100 og 200 sprøjter, og Luxembourg og Norge melder om udlevering af over 200 sprøjter pr. intravenøs bruger ⁽¹²⁵⁾. 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).

Over de sidste fire rapporteringsår (2005-2009) er det samlede antal sprøjter udleveret af sprøjteprogrammer steget 32 %. En subregional analyse af sprøjteudleveringstendenser viser en udjævning af stigningen blandt de stater, der var medlemmer af EU før 2004, og en stigning i de nyere medlemsstater.

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 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. hjerte-kar-problemer hos kokainbrugere) ⁽¹²⁶⁾.

Narkotikaforårsagede dødsfald

De seneste skøn tyder på, at der var omkring 7 630 narkotikaforårsagede dødsfald i 2009 i EU-medlemsstaterne og Norge, hvilket viser en stabil situation i forhold til de 7 730 tilfælde, der blev indberettet i 2008 ⁽¹²⁷⁾. Tallene er sandsynligvis konservative, eftersom nationale data kan være påvirket af underrapportering eller underberegning af narkotikaforårsagede dødsfald. Få lande har vurderet omfanget af undervurderingen i deres nationale data.

I løbet af perioden 1995-2008 indberettede EU-medlemsstaterne og Norge hvert år mellem 6 300 og 8 400 narkotikaforårsagede dødsfald. I 2008, som er det seneste år, for hvilket der foreligger data for næsten alle lande, blev over halvdelen af alle rapporterede narkotikaforårsagede dødsfald tilskrevet to lande, Tyskland og Det Forenede Kongerige, der sammen med Spanien og Italien registrerede to tredjedele af alle indberettede tilfælde (5 075).

For 2009 anslås den gennemsnitlige EU-dødelighed på grund af overdoser til 21 dødsfald pr. 1 million indbyggere i alderen 15-64 år, idet de fleste lande melder om tal på mellem 4 og 59 dødsfald pr. 1 million indbyggere (figur 19). Tal på over 20 dødsfald pr. 1 million findes i 13 af 28 europæiske lande og over 40 dødsfald pr. 1 million i 7 lande. Blandt europæere i alderen 15-39 år var en overdosis skyld i 4 % af alle dødsfald ⁽¹²⁸⁾.

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 af tilfælde, der er godkendt af EONN ⁽¹²⁹⁾. Dog skal sammenligning mellem landene

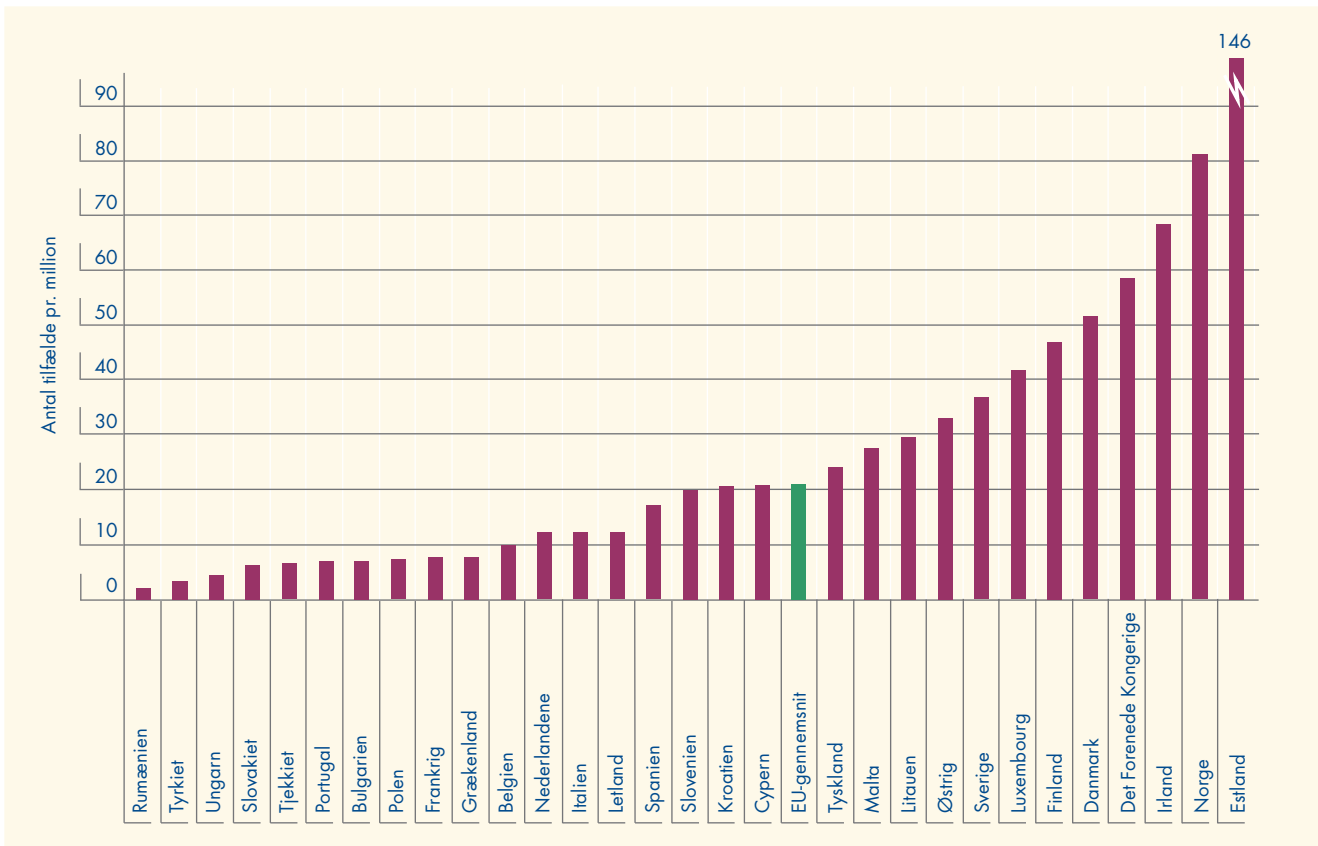
⁽¹²⁵⁾ Disse tal omfatter ikke salg fra apoteker, der kan være en vigtig kilde til sterile sprøjter for narkotikabrugere i flere lande.

⁽¹²⁶⁾ Se »Narkotikarelateret dødelighed: et komplekst spørgsmål« i årsberetningen for 2008.

⁽¹²⁷⁾ Det europæiske skøn bygger på data fra 2009 for 17 af de 27 medlemsstater og Norge, data fra 2008 for 9 lande og projicerede data for ét land. Belgien er ikke med, da der ikke er tilgængelige data. Se yderligere oplysninger i tabel DRD-2 (del i) i Statistical bulletin 2011.

⁽¹²⁸⁾ Se figur DRD-7 (del i) og tabel DRD-5 del ii) og DRD-107 (del i) i Statistical bulletin 2011.

⁽¹²⁹⁾ For detaljeret metodologisk information se Statistical bulletin 2011 og siderne om nøgleindikatorer vedrørende narkotikarelaterede dødsfald.

Figur 19: Anslået dødelighed blandt alle voksne (15-64 år) som følge af narkotikarelaterede dødsfald


NB: Se yderligere oplysninger i figur DRD-7 i Statistical bulletin 2011.
 Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter.

foretages med forsigtighed, fordi der stadig er forskelle i rapporteringsmetodologi og datakilder.

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 22 lande, der fremlagde data for 2008 eller 2009, tegnede opioider sig for det store flertal af alle sager, dvs. 90 % i 5 lande og mellem 80 % og 90 % i yderligere 12. Stoffer ud over heroin, som ofte findes, omfatter alkohol, benzodiazepiner, andre opioider og i nogle lande kokain. Det tyder på, at en væsentlig del af alle narkotikaforårsagede dødsfald sker i forbindelse med blandingsbrug, som det illustreres i en toksikologisk oversigt over narkotikaforårsagede dødsfald i Skotland i 2000-2007. Den viste, at tilstedeværelsen af heroin og alkohol var positivt forbundet, især hos ældre mænd. Blandt mænd, hvis dødsfald var relateret til heroin, var

alkohol til stede hos 53 % af dem, der var 35 år og derover sammenlignet med 36 % i tilfælde under 35 år (Bird og Robertson, 2011, se også GROS, 2010).

De fleste, der dør som følge af en overdosis (81 %) i Europa, er mænd. I alt er der omkring fire mænd for hver kvinde (med et forhold fra 1,4:1 i Polen til 31:1 i Rumænien) ⁽¹³⁰⁾. I medlemsstater, der har tilsluttet sig EU senere, er rapporterede narkotikaforårsagede dødsfald mere sandsynlige hos mænd og yngre mennesker sammenlignet med de stater, der var medlemmer før 2004, og Norge. Mønstrene er forskellige i Europa, idet der rapporteres højere andele af mænd i de sydlige lande (Grækenland, Italien, Cypern, Ungarn, Rumænien og Kroatien) og i Estland, Letland og Litauen. Danmark, Nederlandene, Sverige og Norge melder om højere andele af ældre tilfælde. I de fleste lande er personer, der dør af en heroinoverdosis, gennemsnitligt midt i trediverne, og i mange lande 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 sker 12 % af

⁽¹³⁰⁾ Da de fleste af de narkotikaforårsagede dødsfald, der indberettes til EONN, er opioidoverdoser (primært heroin), bruges de generelle træk ved de indberettede narkotikaforårsagede dødsfald til at beskrive og analysere dødsfald i forbindelse med heroinbrug. Se figur DRD-1 i Statistical bulletin 2011.

de overdosisdødsfald, der rapporteres i Europa, blandt personer under 25 år ⁽¹³¹⁾.

En række faktorer forbindes med dødelige og ikkedødelige heroinoverdoser. Blandt disse finder man injektion og samtidig brug af andre stoffer, navnlig alkohol, benzodiazepiner og visse antidepressiva. Overdoser hænger også sammen med andre faktorer som kraftig lejlighedsvis stofbrug, comorbiditet, hjemløshed, dårlig mental sundhed (f.eks. depression og bevidst forgiftning), 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 (WHO, 2010a) eller afsluttet narkotikabehandling er en særlig højrisikoperiode for overdoser, som det fremgår af en række længdesnitsundersøgelser.

Andre opioider

Ud over heroin finder man en række andre opioider i toksikologiske rapporter, bl.a. metadon ⁽¹³²⁾ og buprenorphin. Dødsfald på grund af buprenorphinforgiftning sker ikke hyppigt og nævnes af meget få lande, selv om dette stof bruges i stigende grad i substitutionsbehandlingen i Europa. I Finland er buprenorphin dog fortsat det mest almindelige opioid påvist ved retsmedicinske obduktioner, normalt kombineret med andre stoffer. Det blev illustreret i en finsk rapport for nylig om efterforskning af narkotikafund i tilfælde af forgiftning ved uheld, hvor der blev rapporteret om tilstedeværelse af benzodiazepiner i næsten alle (38/40) tilfælde, hvor buprenorphin blev identificeret som den primære dødsårsag. Alkohol bidrog også væsentligt og blev identificeret i 22 ud af 40 tilfælde (Salasuo et al., 2009). Som i de foregående år skyldtes de fleste narkotikaforårsagede dødsfald i Estland, som blev indberettet i 2009, 3-methylfentanyl.

Dødsfald i forbindelse med andre stoffer

Dødsfald forårsaget af akut kokainforgiftning ser ud til at være forholdsvis sjældne (EONN, 2010a), men da kokainoverdoser er mere vanskelige at definere og afdække end dødsfald i forbindelse med opioider, kan de være underrapporterede (se kapitel 5).

I 2009 blev der indberettet omkring 900 kokainrelaterede dødsfald i 21 lande. På grund af manglende sammenlignelighed i de tilgængelige data er det vanskeligt at beskrive tendensen i Europa. De seneste data for Spanien og Det Forenede Kongerige, som er de to lande med de højeste kokainprævalensniveauer, viser

Metadon og dødelighed

Med ca. 700 000 opioidbrugere i substitutionsbehandling er stoffer som metadon for nylig kommet i søgelyset i forbindelse med narkotikaforårsagede dødsfald. Metadon nævnes ofte i toksikologiske rapporter ved dødsfald i forbindelse med stofbrug og identificeres undertiden som dødsårsagen. Alligevel støtter den aktuelle tilgængelige dokumentation kraftigt fordelene ved velreguleret og overvåget opioidsstitutionsbehandling kombineret med psykosociale støtteforanstaltninger til at holde patienterne i behandling og nedbringe ulovlig opioidbrug og -dødelighed.

I henhold til observationsundersøgelser er dødeligheden for opioidbrugere i metadonbehandling næsten en tredjedel af dødeligheden for personer, der ikke er i behandling. Behandlingsvarigheden er en vigtig faktor, hvor nye undersøgelser viser, at opioidsstitutionsbehandling har 85 % større chance for at nedbringe den samlede dødelighed blandt opioidbrugere, hvis de forbliver i behandling i 12 måneder eller mere (Cornish et al., 2010). Overlevelsesfordelene øges med kumulativ eksponering for behandling (Kimber et al., 2010). Endvidere ser metadon ud til at mindske risikoen for hivinfektion med ca. 50 % sammenlignet med afvænnning eller ingen behandling (Mattick et al., 2009). Med hensyn til metadonrelaterede dødsfald i en befolkning blev det i en ny undersøgelse i Skotland og England konkluderet, at indførelse af overvåget metadontilførsel blev efterfulgt af et betydeligt fald i antallet af dødsfald, hvor metadon var involveret. Mellem 1993 og 2008 skete der en mindst firdobbel reduction i antallet af dødsfald som følge af metadonrelateret overdosis pr. mængde ordineret metadon i en situation med udvidelse af behandlingen (Strang et al., 2010).

et fald i antallet af dødsfald i forbindelse med stoffet. Således i Spanien fra 25,1 % af de indberettede tilfælde med kokain (og ingen opiatere) i 2007 til 19,3 % i 2008, og i Det Forenede Kongerige fra 12,7 % i 2008 til 9,6 % i 2009. Kokain identificeres meget sjældent som det eneste stof, der bidrager til et narkotikaforårsaget dødsfald.

Konklusionen på en ny international oversigt over dødelighed blandt kokainbrugere var, at der er begrænsede data om omfanget af høj dødelighed blandt problematiske eller afhængige kokainbrugere (Degenhardt et al., 2011). Oversigten omfattede resultater fra tre opfølgende europæiske undersøgelser: en fransk undersøgelse, der fulgte personer anholdt for kokainovertrædelser, en nederlandsk undersøgelse med intravenøse kokainbrugere rekrutteret via lavtærskeltjenester og en italiensk undersøgelse med afhængige kokainbrugere i behandling. De nøgne dødelighedstal i disse undersøgelser svingede fra 0,54 til

⁽¹³¹⁾ Se figur DRD-2 og DRD-3 og tabel DRD-1 (del i) i Statistical bulletin 2011.

⁽¹³²⁾ Se boksen »Metadon og dødelighed«.

4,6 pr. 100 personår. En dansk kohorteundersøgelse med personer i behandling for kokainbrug viste for nylig en overdødelighedsrisiko på 6,4 sammenlignet med personer af samme alder og køn i den almindelige befolkning (Arendt et al., 2011).

Der indberettes sjældent dødsfald, hvor ecstasy (MDMA) er involveret, og i mange tilfælde er stoffet ikke blevet identificeret som den direkte dødsårsag⁽¹³³⁾. I 2009 blev der rapporteret dødsfald, som muligvis var relateret til cathinoner, i England (mephedron) og Finland (MDPV) (se kapitel 8).

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⁽¹³⁴⁾. Fra 2000 til 2003 indberettede de fleste EU-medlemsstater et fald fulgt af en stigning fra 2003 til 2008. Foreløbige tilgængelige data for 2009 tyder på et samlet antal, der svarer til eller ligger lidt under antallet for 2008. Hvor en sammenligning er mulig, er antallet af dødsfald faldet i nogle af de største lande, bl.a. Tyskland, Italien og Det Forenede Kongerige.

Årsagerne til det fortsat høje eller stigende antal indberettede narkotikaforårsagede dødsfald i nogle lande 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 skadesbegrænsningstjenester. Mulige forklaringer kan være stigninger i blandingsbrug (EONN, 2009b) eller hjøriskoadfærd, stigninger i antallet af tilbagefald blandt opioidbrugere, der har afsluttet en fængselsstraf eller et behandlingsforløb, samt en gruppe af aldrende mere sårbare stofbrugere.

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, hjerte-kar-problemer og ulykker. Antallet af dødsfald, der indirekte er relateret til stofbrug, er vanskeligt at fastslå, men virkningen heraf for folkesundheden kan være stor. Sådanne dødsfald er især koncentreret blandt problematiske stofbrugere, om end nogle (f.eks. trafikulykker) forekommer blandt lejlighedsvis brugere.

Udvalgt tema: Dødelighed i forbindelse med narkotikabrug – en helhedstilgang og indvirkninger på folkesundheden

Et EONN »udvalgt tema«, der blev offentliggjort i år, indeholder resultater om narkotikarelateret dødelighed fra nylige længdesnitsundersøgelser blandt problematiske stofbrugere i Europa. Det omfatter en undersøgelse af den samlede og årsagsspecifikke dødelighed og en beskrivelse af de risiko- og beskyttelsesfaktorer, der er identificeret gennem forskning. Indvirkningerne på folkesundheden gennemgås også.

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

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 gruppen. Med denne type undersøgelse kan man fastslå alle de samlede og årsagsspecifikke dødelighedstal for kohorten og kan anslå gruppens overdødelighed i forhold til den almindelige befolkning⁽¹³⁵⁾.

Afhængigt af rekrutteringsbaggrunden (f.eks. narkotikabehandlingscentre) og kriterier for medtagelse (f.eks. intravenøse stofbrugere, heroinbrugere) 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 på tværs af befolkninger, fra land til land og over tid. Den vigtigste dødsårsag blandt problematiske stofbrugere i Europa 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, ulykker og alkoholmisbrug.

Dødsfald, der er indirekte relateret til stofbrug

Ved at kombinere eksisterende data fra Eurostat og hiv-/aidsovervågningen har EONN anslået, at ca. 2 100

⁽¹³³⁾ Oplysninger om dødsfald relateret til andre stoffer end heroin findes i tabel DRD-108 i Statistical bulletin 2011.

⁽¹³⁴⁾ Se figur DRD-8 og DRD-11 i Statistical bulletin 2011.

⁽¹³⁵⁾ For oplysninger om kohorteundersøgelser af dødelighed se Key indicators på EONN's websted.

mennesker i EU døde af hiv/aids som følge af stofbrug i 2007 ⁽¹³⁶⁾, idet 90 % af disse dødsfald skete i Spanien, Frankrig, Italien og Portugal.

Andre sygdomme, som også tegner sig for en del af dødsfaldene blandt stofbrugere, er kroniske lidelser som leversygdomme, især på grund af infektion med hepatitis C-virus (HCV), og ofte forværret af massiv alkoholbrug og samtidig hivinfektion. Dødsfald forårsaget af andre smitsomme sygdomme er sjældnere. Der har været langt mindre opmærksomhed om årsager til dødsfald blandt stofbrugere, såsom selvmord og traume samt manddrab, trods tegn på, at de har en betydelig indvirkning på dødeligheden.

Nedbringelse af antallet af narkotikarelaterede dødsfald

15 europæiske lande anfører, at deres nationale narkotikastrategi fokuserer på nedbringelse af narkotikaforårsagede dødsfald, at sådanne politikker findes på regionalt niveau, eller at de har en specifik handlingsplan for forebyggelse af narkotikarelaterede dødsfald. I nogle af de øvrige lande (Estland, Frankrig og Østrig) har nylige stigninger i antallet af narkotikarelaterede dødsfald (til dels blandt yngre aldersgrupper og integrerede brugere) øget bevidstheden om behovet for forbedrede tiltag.

Behandling kan mindske dødelighedsrisikoen blandt stofbrugere betydeligt, 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.

På grund af buprenorphins farmakologiske sikkerhedsprofil anbefales stoffet til opioidvedligeholdelse i nogle lande ⁽¹³⁷⁾, og der er givet markedsføringstilladelse til en kombination af buprenorphin og naloxon i mindst halvdelen af landene ⁽¹³⁸⁾.

Selv om der i nogle europæiske lande er sket fremskridt med at mindske forskellen i behandling mellem samfund og fængsel ⁽¹³⁹⁾, er afbrydelse af narkotikabehandling på grund af enten anholdelse, fængsling eller løsladelse blevet identificeret som en faktor, der øger risikoen for overdosis (Dolan et al., 2005). Det har ført til, at Verdenssundhedsorganisationens regionalkontor for Europa (WHO, 2010c) har udsendt anbefalinger om

forebyggelse af overdoser i fængsler og forbedret kontinuitet i behandlingen efter løsladelse.

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. Informationsmaterialer om risiko for overdosis, der ofte fremstilles på flere sprog for at nå vandrende stofbrugere, uddeles i de fleste lande gennem specialiserede narkotikacentre og websteder, og i den seneste tid også gennem telefonmeddelelser og e-breve. Rådgivning og uddannelse i sikrere brug for stofbrugere, som gives af socialarbejdere eller peerundervisere, findes i 27 lande, men udbuddet af disse tiltag er ofte sporadisk og begrænset ⁽¹⁴⁰⁾.

Nogle få lande rapporterede om følgende supplerende tiltag: opfølgning på personer, der har været ude for en narkotikarelateret hasteindlæggelse (Belgien, Danmark, Luxembourg, Nederlandene og Østrig), »tidlige varslingsystemer« til at advare brugere om farlige stoffer (Belgien, Tjekkiet, Frankrig, Ungarn, Portugal og Kroatien) og forbedret kontrol for at forebygge ordination af mange stoffer (Luxembourg og Det Forenede Kongerige). Overvågede fixerum som dem, der findes i Tyskland, Spanien, Luxembourg, Nederlandene og Norge, giver muligheder for, at fagfolk omgående kan gribe ind i tilfælde af overdosis og nedbringe sundhedsproblemer som følge af ikkedødelige overdoser. Dokumentation for, hvordan overvågede fixerum påvirker antallet af narkotikaforårsagede dødsfald i samfundet, omfatter en ny undersøgelse udført i Vancouver, der viser, at antallet af narkotikadødsfald i det berørte lokalområde faldt med 35 %, efter at der blev åbnet et overvåget fixerum (Marshall, B. et al., 2011). Dette resultat peger i samme retning som tidligere undersøgelser, der blev gennemgået i en monografi om skadesbegrænsning (EONN, 2010b).

Overdosisundervisning kombineret med en dosis naloxon til hjemmebrug — som modvirker virkningerne af opioider og ofte bruges på hospitaler og skadestuer — er en tilgang, der kan forhindre dødsfald som følge af opioidoverdosis. Nogle europæiske lande anfører, at der findes fællesskabsbaserede programmer, hvor naloxon ordineres til stofbrugere, som er i fare for opioidoverdosis. Ordination af naloxon ledsages af obligatorisk undervisning i genkendelse af overdoser, grundlæggende genoplivningsteknikker (f.eks. kunstigt

⁽¹³⁶⁾ Se tabel DRD-5 (del iii) i Statistical bulletin 2011.

⁽¹³⁷⁾ Se behandlingsretningslinjer på Portalen for bedste praksis.

⁽¹³⁸⁾ Se tabel HSR-1 i Statistical bulletin 2011.

⁽¹³⁹⁾ Se kapitel 2 og tabel HSR-9 i Statistical bulletin 2011.

⁽¹⁴⁰⁾ Se tabel HSR-8 i Statistical bulletin 2011.

åndedræt, aflåst sideleje), og hvordan naloxon indgives. Denne foranstaltning er målrettet stofbrugere, deres familier og ligestillede og sigter mod at hjælpe dem til at handle effektivt i overdosisituationer, mens de venter på ambulancen.

Uddeling af naloxon til stofbrugere anføres af Italien (hvor 40 % af narkotikacentrene udleverer stoffet), Tyskland og Det Forenede Kongerige (England og Wales). Bulgarien, Danmark og Portugal melder om nye initiativer. I Skotland blev tilbud om »naloxon til hjemmebrug« til alle udsatte

personer, der forlader fængslet, indført nationalt i 2010, og regeringen støtter et nationalt program for naloxon til hjemmebrug til personer, der anses for at være i fare for opioidoverdosis, og dem, som måske kommer i kontakt med dem. I forbindelse med projektundersøgelsen N-Alive i England, hvor der skal udføres et randomiseret kontrolleret forsøg blandt 5 600 indsatte, bliver det vurderet, hvor effektivt det er at udlevere naloxon ved løsladelsen for at nedbringe antallet af overdosisdødsfald i ugerne efter en løsladelse fra fængslet.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Kapitel 8

Nye stoffer og nye tendenser

Indledning

Tilbud om rettidig og objektiv information om nye stoffer og nye tendenser er af stigende betydning, eftersom det europæiske narkotikaproblem er stadig mere dynamisk og udvikler sig stadig hurtigere. Det nye narkotikamarked er karakteriseret ved den hastighed, hvormed leverandører reagerer på indførelsen af kontrolforanstaltninger ved at tilbyde nye alternativer til produkter, der er underlagt restriktioner. En række informationskilder og avancerede indikatorer, bl.a. internetovervågning og spildevandsanalyse, kan bidrage til at give et bedre billede af nye narkotikatendenser i Europa. Dette kapitel indeholder nærmere oplysninger om de nye psykoaktive stoffer, der opspores gennem det tidlige varslingsystem, og følger op på risikovurderingen for mephedron. Fænomenet »legal highs« undersøges sammen med en række nationale reaktioner på det åbne salg af nye stoffer.

Indsats over for nye stoffer

Den Europæiske Unions system for tidlig varslings rummer en mekanisme for hurtig reaktion på fremkomsten af nye psykoaktive stoffer på narkotikaområdet. Ordningen er i øjeblikket under revision inden for rammerne af Europa-Kommissionens vurdering af funktionen af Rådets afgørelse 2005/387/RIA ⁽¹⁴¹⁾.

Nye psykoaktive stoffer

Mellem 1997 og 2010 blev der formelt anmeldt over 150 nye psykoaktive stoffer gennem det tidlige varslingsystem, og de bliver nu overvåget. I den periode er hastigheden, hvormed nye stoffer kommer frem på markedet, steget, idet et rekordstort antal nye stoffer er blevet indberettet i de sidste to år — 24 i 2009 og 41 i 2010 ⁽¹⁴²⁾. Mange af disse nye stoffer er blevet opsporet ved at teste produkter, der er solgt på internettet og i specialbutikker (f.eks. »smartshopper«, »headshopper«).

De fleste af de 41 nye psykoaktive stoffer, der blev afdækket i 2010, er syntetiske cathinoner eller syntetiske cannabinoider. Med 15 nye derivater opsporet i 2010 er syntetiske cathinoner nu — efter phenethylaminer — den næststørste narkotikafamilie, der overvåges af det tidlige varslingsystem. Listen over nyanmeldte stoffer indeholder også en blandet gruppe af kemikalier, bl.a. et syntetisk kokainderivat, en naturlig prækursor og forskellige syntetiske psykoaktive stoffer. Derivater af phencyclidin (PCP) og ketamin, to etablerede stoffer, der nu bliver og tidligere blev brugt i human- og veterinærmedicin, blev rapporteret for første gang i 2010.

Fremkomsten af nye stoffer baseret på lægemidler med kendt misbrugspotentiale er et eksempel på, hvordan innovation på det ulovlige marked kræver en fælles indsats fra medicin- og narkotikakontrolmyndighederne. Dette spørgsmål er i højere grad en potentiel trussel end et umiddelbart problem, men på baggrund af den hastighed, hvormed der sker nye udviklinger på dette område, kan det være vigtigt at tage højde for fremtidige udfordringer.

Risikovurdering

I 2010 blev mephedron (4-methylmethcathinon) det første cathinonderivat, som blev officielt risikovurderet. Det var også det første stof, der blev risikovurderet i henhold til de nye retningslinjer ⁽¹⁴³⁾. Risikovurderingen var behæftet med udfordringer på grund af den begrænsede tilgængelighed af data, og også fordi mephedron ikke lignede tidligere vurderede forbindelser. For første gang blev toksikologiske screeningsdata fra en eksplorativ undersøgelse med en gruppe mephedronbrugere imidlertid taget med, hvilket gjorde det muligt at sikre en bedre dokumentation af resultaterne end i tidligere risikovurderinger.

På grundlag af resultaterne af risikovurderingsrapporten (EONN, 2010e) besluttede Det Europæiske Råd i december 2010 at underkaste mephedron kontrolforanstaltninger og strafferetlige sanktioner i

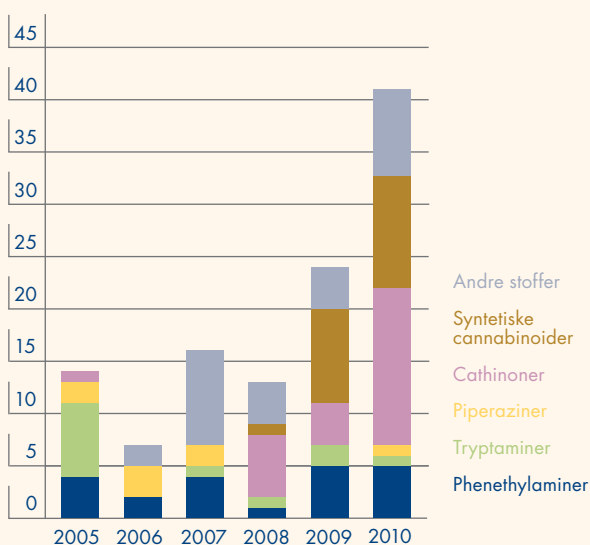
⁽¹⁴¹⁾ Rådets afgørelse 2005/387/RIA om udveksling af oplysninger om, risikovurdering af og kontrol med nye psykoaktive stoffer. EUT L 127 af 20.5.2005.

⁽¹⁴²⁾ Se boksen »De vigtigste grupper af nye psykoaktive stoffer, der overvåges af det tidlige varslingsystem«.

⁽¹⁴³⁾ Se boksen »Retningslinjer for risikovurdering«.

De vigtigste grupper af nye psykoaktive stoffer, der overvåges af det tidlige varslingsystem

Nye psykoaktive stoffer, der kommer frem på narkotikamarkedet i Europa, har historisk set tilhørt et lille antal kemiske familier, hvor phenethylaminer og tryptaminer tegner sig for de fleste indberetninger til det tidlige varslingsystem. I de sidste fem år er der imidlertid blevet indberettet et stigende antal nye stoffer fra en række af kemiske familier, der er blevet stadigt større (se figur).



NB: Antal nye psykoaktive stoffer indberettet til det europæiske tidlige varslingsystem i henhold til Rådets afgørelse 2005/387/RIA.

Phenethylaminer omfatter en bred vifte af stoffer, der kan give stimulerende, entactogene eller hallucinogene virkninger. Eksempler herpå omfatter de syntetiske stoffer amfetamin, metamfetamin og MDMA (3,4-methylenedioxy-metamfetamin) samt meskalin, der forekommer naturligt.

Tryptaminer omfatter en række stoffer, der fortrinsvis har hallucinogene virkninger. De vigtigste repræsentanter er de naturligt forekommende forbindelser dimethyltryptamin (DMT), psilocin og psilocybin (som findes i hallucinogene svampe) samt det halvsyntetiske lysergysyrediætylamid (lsd).

Piperaziner er repræsenteret af mCPP (1-(3-chlorophenyl) piperazin) og BZP (1-benzylpiperazin), som begge stimulerer centralnervesystemet.

Cathinoner har stimulerende virkninger. De vigtigste cathinonderivater er det halvsyntetiske methcathinon og de syntetiske forbindelser mephedron, methylon og MDPV (3,4-methylenedioxypropylammonium).

Syntetiske cannabinoider svarer funktionelt til delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), som er det aktive stof i cannabis. Som THC kan de have hallucinogene, beroligende og angstdæmpende virkninger. De er blevet påvist i planteblandinger til rygning såsom »Spice« (se EONN, 2009d).

Andre stoffer, der er indberettet til det tidlige varslingsystem, omfatter forskellige planteafledte og syntetiske psykoaktive stoffer (f.eks. indaner, benzodifuranyler, narkotiske smertestillende midler, syntetiske kokainderivater, ketamin og phencyclidinderivater), som strengt taget ikke tilhører nogen af de tidligere familier. Også omfattet her er nogle få lægemidler og derivater.

For yderligere oplysninger om udvalgte nye psykoaktive stoffer se EONN's narkotikaprofiler.

hele Europa (¹⁴⁴). På det tidspunkt havde 18 europæiske lande allerede indført kontrolforanstaltninger vedrørende mephedron (¹⁴⁵). De resterende EU-medlemsstater har et år til at træffe de nødvendige foranstaltninger.

Opfølgning på mephedron

Nogle få kilder gør det muligt løbende at overvåge mephedronbrug og -tilgængelighed i Europa, primært internetundersøgelser med clubbere og undersøgelser af onlinesalg. Internetundersøgelser blandt læsere af et britisk »clubbers' magazine« satte langtidsbrug af mephedron til ca. 40 % i 2010 (2 295 respondenter, Dick og Torrance, 2010) og 61 % i 2011 (2 560 respondenter, Winstock, 2011), om end brug inden for den seneste måned faldt fra 33 % til 25 % i den samme periode. Disse

undersøgelser kan ikke betragtes som repræsentative for den bredere population af klubgæster.

Onlineadgang til mephedron er blevet vurderet gennem seks EONN-internetundersøgelser (snapshot) mellem december 2009 og februar 2011. I første halvdel af 2010 var mephedron bredt og lovligt tilgængelig fra forhandlere på internettet, hvor det blev solgt som både detail- og bulkvare. EONN-snapshot af onlinenarkotikabutikker udført på engelsk viste et maksimum i onlinetilgængeligheden af mephedron i marts 2010, hvor 77 detailhandlere havde det til salg. Siden da har det samlede antal onlinebutikker, der sælger mephedron, været faldende, da europæiske lande fra april 2010 begyndte at sætte kontrolforanstaltninger på stoffet. Selv om mephedron bliver kontrolleret i de fleste medlemsstater i begyndelsen af 2011, viste et flersproget EONN-snapshot, at stoffet fortsat var tilgængeligt online

¹⁴⁴) Rådets afgørelse 2010/759/EU om at underkaste 4-metylmecathinon (mephedron) kontrolforanstaltninger, EUT L 322 af 8.12.2010, s. 44.

¹⁴⁵) Belgien, Danmark, Tyskland, Estland, Irland, Frankrig, Italien, Letland, Litauen, Luxembourg, Malta, Østrig, Polen, Rumænien, Sverige, Det Forenede Kongerige, Kroatien og Norge.

Retningslinjer for risikovurdering

De gældende retningslinjer for risikovurdering af nye psykoaktive stoffer, der blev vedtaget i 2008, blev gennemført første gang i 2010 for mephedron (EONN, 2010c). Retningslinjerne danner en begrebsramme for gennemførelsen af en rettidig, videnskabeligt forsvarlig, evidensbaseret vurdering, hvor informationskilderne er begrænsede. De vigtigste områder, der overvejes, er sundhedsmæssige og sociale risici, fremstilling og ulovlig handel, medvirken af organiseret kriminalitet og de mulige følger af kontrolforanstaltningerne.

I retningslinjerne inddrages alle faktorer, som ifølge FN-konventionerne fra 1961 og 1971 kan berettige, at et stof

bliver sat under international kontrol. Der indføres også et nyt semikvantitativt pointsystem baseret på en ekspertvurdering. I retningslinjerne tages der også højde for en dobbelt definition af risiko, nemlig sandsynligheden for, at der kan ske skade (sædvanligvis defineret som »risiko«) og graden af alvor af en sådan skade (sædvanligvis defineret som »fare«). Endvidere er der en oversigt over brugsprævalens, de potentielle fordele og risici ved stoffet uafhængigt af dets lovlige status i medlemsstaterne og en sammenligning med bedre kendte stoffer.

I 2010 vedtog Verdenssundhedsorganisationen også en revision af sine retningslinjer for oversigten af psykoaktive stoffer til international kontrol (WHO, 2010b).

på det tidspunkt, idet det blev konstateret, at 23 websteder tilbød mephedron til købere i EU. Af de oprindelige 77 onlinebutikker, der blev afdækket i marts 2010, var kun 15 fortsat i drift et år senere, og kun 2 af disse solgte stadig mephedron. De 13 resterende butikker fortsatte med at sælge andre produkter, der ofte blev præsenteret som »forskningskemikalier« og markedsført som »lovlige alternativer til mephedron«⁽¹⁴⁶⁾. EONN-snapshottet fra 2011 afdækkede også et større fald siden 2010 i antallet af onlinebutikker, der tilbød mephedron, som ser ud til at have hjemsted i Det Forenede Kongerige. I 2011 var USA det land, der havde det højeste antal onlinebutikker med salg af mephedron (6), efterfulgt af Tjekkiet og Det Forenede Kongerige (3 hver). Over den samme periode steg prisen på mephedron fra 10-12 EUR pr. gram i 2010 til 20-25 EUR pr. gram i 2011.

Forgiftninger og dødsfald i forbindelse med mephedron bliver fortsat nøje overvåget af det tidlige varslingsystem. Ikke-dødelige sundhedsskadelige virkninger af mephedronforbrug er blevet rapporteret i Irland og Det Forenede Kongerige. I 2010 indkom der rapporter om 65 mistænkte mephedronrelaterede dødsfald i England, hvor test viste, at stoffet var til stede i 46 tilfælde. Imidlertid betyder identifikationen af et stof i en toksikologisk prøve ikke nødvendigvis, at det forårsagede eller bidrog til dødsfaldet, og rapporter om dødsfald i forbindelse med mephedron skal fortolkes med forsigtighed.

Opfølgning på andre stoffer

Der sker ingen rutinemæssig overvågning i Europa af stoffer, der er blevet risikovurderet, heller ikke

dem, som efterfølgende kontrolleres. De tilgængelige informationer om disse stoffer kommer hovedsageligt fra beslaglæggelser af narkotika og fra rapporter om sundhedsskadelige virkninger af kontrollerede stoffer, der indberettes til det tidlige varslingsystem. En række medlemsstater melder om, at piperazinerne BZP og mCPP stadig var tilgængelige i 2009 og 2010. mCPP blev ofte fundet i tabletter solgt som ecstasy, der blev afdækket gennem pilletestningsprogrammer, f.eks. i Nederlandene. Også i 2010 meldte Finland om tilstedeværelsen af MDPV⁽¹⁴⁷⁾ i 13 toksikologiske obduktionsprøver, mens genkomsten af to phenethylaminer, PMA og PMMA⁽¹⁴⁸⁾ blev anført af tre lande. I Nederlandene blev det konstateret, at pulver solgt som amfetamin indeholdt op til 10 % PMA, og tabletter solgt som ecstasy havde et højt indhold af PMMA. I Norge blev der beslaglagt en stor mængde PMMA, og i Østrig indeholdt en blanding solgt som amfetamin 50 % PMMA. Alle lande indberettede sundhedsrisici og dødsfald i forbindelse med PMA og PMMA, to stoffer, som er kendt for at være meget giftige og for tidligere at have forårsaget dødelige overdoser.

»Legal highs«

Siden 1980'erne har man omtalt nye psykoaktive stoffer som »designer drugs«, selv om betegnelsen »legal highs« er blevet populær i de senere år. »Legal highs« dækker over en bred kategori af uregulerede psykoaktive forbindelser eller produkter, der indeholder dem, og som markedsføres som lovlige alternativer til velkendte kontrollerede stoffer, der normalt sælges via internettet, i »smartshopper« eller »headshopper«. Betegnelsen anvendes på en lang række

⁽¹⁴⁶⁾ Blandt disse produkter var MDAI (5,6-methylenedioxy-2-aminoindan), 5-IAI (5-iodo-2-aminoindan), MDAT (6,7-methylenedioxy-2-aminotetralin), 5-APB (5-(2-aminopropyl)benzofuran, solgt som »Benzo fury«), 6-APB (6-(2-aminopropyl)benzofuran), naphyron (naphthylpyrovaleron, solgt som NRG-1), 4-MEC (4-methylethcathinon, solgt som NRG-2) og methoxetamin (2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanon).

⁽¹⁴⁷⁾ 3,4-methylenedioxypropylvaleron, et pyrovaleronderivat, der kontrolleres under liste IV i FN-konventionen af 1971.

⁽¹⁴⁸⁾ PMA (para-methoxyamfetamin) har siden 1986 været opført under liste I i FN-konventionen af 1971, og PMMA (para-methoxymethylamfetamin) har været kontrolleret på EU-plan siden 2002, se EONN (2003).

Ikke så lovlige »legal highs«

Udtrykket »legal highs« bruges som en paraply for psykoaktive stoffer, der ikke kontrolleres af narkotikalovene. At beskrive disse stoffer som »lovlige« kan være ukorrekt eller vildledende over for kunderne, da mange af dem kan være dækket af lovgivning om lægemidler eller fødevarer sikkerhed.

I henhold til EU's produktsikkerhedsdirektiv er producenter forpligtede til kun at markedsføre sikre produkter. Under rimeligt forudsigelige anvendelsesbetingelser må et produkt ikke »frebyde nogen risiko eller kun minimale risici, der er forenelige med produktets anvendelse, og som i overensstemmelse med et højt beskyttelsesniveau af hensyn til forbrugernes sikkerhed og sundhed anses for acceptable« i betragtning af produktets egenskaber, mærkning, eventuelle advarsler og anvisninger vedrørende dets anvendelse. Måske som reaktion herpå viser onlinebutikker i stigende grad sundhedsadvarsler om deres produkter. I henhold til direktivet skal distributørerne også informere de kompetente myndigheder om alvorlige risici og om distributørernes foranstaltninger til forebyggelse heraf. Overtrædelser kan straffes med fængsel.

I Europa er det ikke mere »legalt« at sælge et nyt stof end at sælge et hvilket som helst andet utestet, fejlmærket produkt. Eksempler på foranstaltninger mod salg af »legal highs« baseret på bestemmelser om forbrugerbeskyttelse omfatter konfiskation af »Spice« og mephedron fra leverandører i Italien og Det Forenede Kongerige på grundlag af uhensigtsmæssig mærkning. Endvidere blev 1 200 »headshopper« i Polen lukket af sundhedsmyndighederne i 2010.

syntetiske og plantederiverede stoffer og produkter, bl.a. »herbal highs«, »partypiller« og »research chemicals«, hvoraf mange specifikt er designet med det formål at omgå eksisterende narkotikakontroller. Selv om selve udtrykket er almindeligt brugt, er det dog fortsat problematisk ⁽¹⁴⁹⁾.

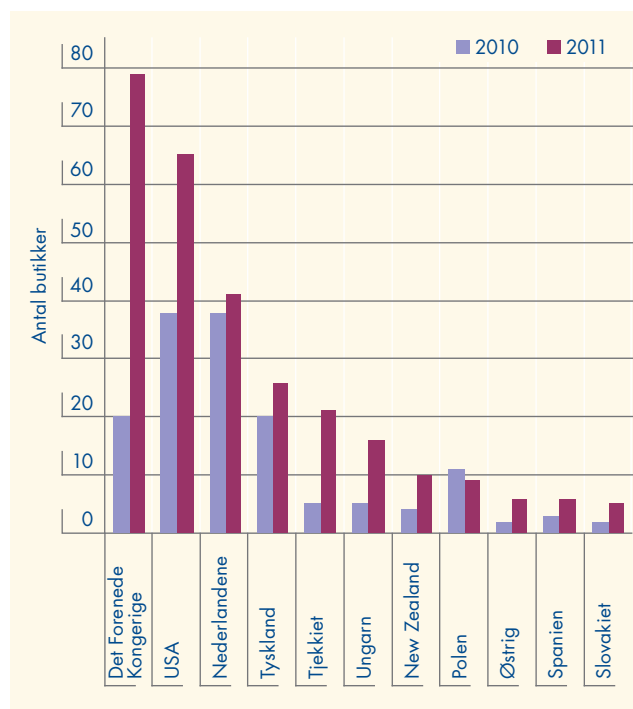
Prævalens og tilgængelighed via internettet

I Europa er der få undersøgelser om prævalensen af »legal highs« som kollektiv betegnelse eller som henvisning til enkelte stoffer. I 2008 viste en polsk undersøgelse blandt 1 400 18-årige studerende, at 3,5 % havde brugt »legal highs« mindst én gang i deres liv, mens en opfølgingsundersøgelse af 1 260 studerende i 2010 viste en stigning til 11,4 %. Brugen af »legal highs« inden for de seneste 12 måneder blev anført af 2,6 % af de studerende i 2008 og steg til 7,2 % i 2010. Brug inden for den seneste måned faldt dog fra 1,5 % i 2008 til 1,1 % i 2010. Yderligere undersøgelser af prævalensen af »legal highs« forventes fra Tjekkiet, Irland og Spanien i 2011.

EONN overvåger onlinetilgængeligheden af »legal highs« gennem regelmæssige målrettede internetsnapshot, hvoraf det seneste benytter 18 af de 23 officielle EU-sprog ⁽¹⁵⁰⁾, der tales som modersmål af 97 % af EU-befolkningen, samt russisk og ukrainsk. Ud over at søge efter udtrykket »legal highs« er de stoffer, der dækkes i disse undersøgelser, »herbal highs« (»Spice«, kratom og salvia), GBL (gamma-butyrolacton) og hallucinogene svampe. Internetsnapshottet fra 2011 afdækkede 314 onlinebutikker, der sælger »legal highs«, og som ville sende produkter til mindst én EU-medlemsstat. Det er vanskeligt at fastslå onlinebutikkers oprindelsesland, men på grundlag af kendetegn som kontaktoplysninger, landekodedomæne, valuta og forsendelsesoplysninger så Det Forenede Kongerige ud til at være det mest almindelige (figur 20). Engelsk var det mest almindelige grænsefladesprog, idet det blev benyttet af 83 % af de onlinebutikker, der blev undersøgt i 2011. Kratom og salvia var de to oftest udbudte »legal highs« og var tilgængelige i henholdsvis 92 og 72 onlinebutikker.

Tilgængeligheden af »Spice«-lignende produkter på internettet fortsatte med at falde i 2011, idet 12 af de

Figur 20: Tilsyneladende oprindelsesland for onlinebutikker, der udbyder »legal highs«, afdækket i internetsnapshottene for 2010 og 2011



NB: Tallet omfatter kun medlemsstater med mindst to onlinebutikker i både 2010 og 2011. I 2011 viste en søgning, der blev gennemført i Rumænien for første gang, 13 onlinebutikker med hjemsted i Rumænien.

⁽¹⁴⁹⁾ Se boksen »Ikke så lovlige »legal highs««.

⁽¹⁵⁰⁾ Bulgarsk, tjekkisk, dansk, tysk, græsk, engelsk, spansk, fransk, italiensk, lettisk, ungarsk, maltesisk, nederlandsk, polsk, portugisisk, rumænsk, slovakisk og svensk.

undersøgte onlinedetailhandlere tilbød stoffet, hvilket var et fald fra 21 butikker i 2010 og 55 i 2009. I 2011 var prisen for en 3-gramspakke med et »Spice«-lignende produkt 12-18 EUR sammenlignet med omkring 20-30 EUR i 2009. Dette parallelle fald i tilgængelighed og pris kan tyde på konkurrence fra andre nye stoffer.

Kontrol og politiovervågning af det åbne salg af nye stoffer

Den hurtige spredning af nye stoffer presser medlemsstaterne til at gentænke og revidere nogle af deres standardsvar på narkotikaproblemet. I 2010 vedtog både Irland og Polen hurtigt lovgivning for at begrænse det åbne salg af psykoaktive stoffer, der ikke blev kontrolleret under narkotikalovene. Det krævede, at begge lande arbejdede på en omhyggelig juridisk definition af disse stoffer. I den irske lov defineres de som psykoaktive stoffer, der ikke specifikt kontrolleres under den eksisterende lovgivning, der kan stimulere eller svække centralnervesystemet, hvilket fører til hallucinationer, afhængighed eller betydelige ændringer i den motoriske funktion, tænkeevne eller adfærd. Lægemidler, fødevarer, veterinærlægemidler, alkohol og tobak er ikke omfattet. I den polske lov henvises til »erstatningsstoffer«, der defineres som et stof eller en plante, der bruges i stedet for eller med samme formål som et kontrolleret stof, og hvis fremstilling eller markedsføring ikke er reguleret af separate bestemmelser. Der henvises ikke specifikt til, om stoffet skal betragtes som skadeligt.

Den irske lov håndhæves af politiet. Højtstående politifolk kan udstede et »politiforbud« mod en sælger, og hvis overtræderen ikke overholder det, kan domstolene afsige en »forbudskendelse«. Salg, reklame og manglende overholdelse af et »politiforbud« kan straffes med op til fem års fængsel. I modsætning hertil er det i Polen det

Politiovervågning af psykoaktive stoffer, der netop er blevet kontrolleret

Der blev i 2010 udsendt en detaljeret vejledning om politiovervågning af netop kontrollerede psykoaktive stoffer, især syntetiske cannabinoider, piperaziner og cathinoner samt GBL og 1,4-butanediol, til politiet i Det Forenede Kongerige (ACPO, 2010). Vejledningen indeholder information om stoffernes udseende, brugsmønstre, virkninger og risici samt manuel håndtering. I vejledningen anbefales en konsekvent national tilgang til politiovervågningen af besiddelse og distribution af disse stoffer. Man anerkender behovet for retsvidenskabelig analyse med henblik på en korrekt identifikation og den nødvendige bevisstandard. Der lægges vægt på betydningen af, at politi og lokale myndigheder anlægger en fælles strategi for politiovervågning af »headshopper«. Politiet tilskyndes til at foretage besøg i »headshopper« for at samle information og give information til indehaverne og for at give dem mulighed for at overdrage kontrollerede stoffer. I den forbindelse foreslås et standardbrev, hvori butiksejeren opfordres til at gennemgå de eksisterende foranstaltninger og sikre, at de er i overensstemmelse med loven.

statslige sundhedstilsyn, der håndhæver loven. Straffen for at fremstille erstatningsstoffer eller for at bringe dem i omløb er en stor bøde, mens straffen for at reklamere for dem er op til et års fængsel. Det statslige sundhedstilsyn kan forbyde handel med et »erstatningsstof« i op til 18 måneder med henblik på at vurdere stoffets sikkerhed, hvis der er begrundet mistanke om, at det kan udgøre en fare for liv eller helbred. Hvis man finder, at stoffet er skadeligt, har distributøren pligt til at betale omkostningerne til vurderingen. De tilsynsførende har også ret til at lukke produktionssted eller forretning i op til tre måneder. I ingen af de to lande er der defineret en overtrædelse eller fastsat en straf for brugerne af disse stoffer.

Spildevandsanalyse

Spildevandsanalyse eller spildevandsepidemiologi er en videnskabelig disciplin under hurtig udvikling med potentiale til at overvåge tendenser i ulovlig narkotikabrug på befolkningsniveau.

Fremskridt inden for analytisk kemi har gjort det muligt at identificere urinudskillelse af ulovlige stoffer og deres vigtigste metabolitter i spildevand ved meget lave koncentrationer. Det kan sammenlignes med at tage en meget fortyndet urinprøve fra et helt lokalsamfund (i stedet for en enkelt bruger). Med visse formodninger er det muligt at regne tilbage fra metabolitmængden i spildevandet til et skøn over mængden af stof brugt i et lokalsamfund.

Mens den tidlige forskning fokuserede på afdækning af kokain og metabolitterne heraf i spildevand, har de seneste undersøgelser givet skøn over niveauer for cannabis, amfetamin, metamfetamin, heroin og metadon. Afdækningen af mindre almindeligt udbredte stoffer som ketamin og nye psykoaktive stoffer ser lovende ud.

Dette arbejdsområde udvikler sig tværfagligt med vigtige bidrag fra en række fagområder, bl.a. analytisk kemi, fysiologi, biokemi, spildevandsteknik og konventionel narkotikaepidemiologi. Et EONN-ekspertmøde i 2011 om spildevandsanalyse identificerede mindst 18 forskningsgrupper i 13 lande, som arbejder på dette område. Øverst på den aktuelle forskningsdagsorden står udvikling af konsensus om stikprøvemethoder og -værktøjer samt fastlæggelse af retningslinjer for god praksis for området.



Referencer ⁽¹⁵¹⁾

- Aalto, M., Halme, J., Visapaa, J.-P. og Salaspuro, M. (2007): »Buprenorphine misuse in Finland«, *Substance Use & Misuse* 42, s. 1027-28.
- Aaron, S., McMahon, J.M., Milano, D., Torres, L., Clatts, M., Tortu, S. et al. (2008): »Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence«, *Clinical Infectious Diseases* 47 (7), s. 931-34.
- ACPO (2010), *Guidance on policing new psychoactive substances (formerly legal highs)*, Association of Chief Police Officers of England, Wales and Northern Ireland, London.
- AIHW (2008), »2007 National drug strategy household survey: detailed findings«, *Drug statistics series nr. 22*, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra.
- Akbar, T., Baldacchino, A., Cecil, J., Riglietta, M., Sommer, B. og Humphris, G. (2011): »Poly-substance use and related harms: A systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings«, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 35, s. 1186-1202.
- Allen, D., Coombes, L. og Foxcroft, D.R. (2007), »Cultural accommodation of the Strengthening Families Programme 10-14: a systematic review«, *Health Education Research* 22, s. 547-60.
- Anderson, A.L., Reid, M.S., Li, S.H., Holmes, T., Shemanski, L. et al. (2009): »Modafinil for the treatment of cocaine dependence«, *Drug and Alcohol Dependence* 104 (1-2), s. 133-39.
- Arendt, M., Munk-Jørgensen, P., Sher, L., og Jensen, S.O. (2011): »Mortality among individuals with cannabis, cocaine, amphetamine, MDMA, and opioid use disorders: A nationwide follow-up study of Danish substance users in treatment«, *Drug and Alcohol Dependence* 114, s. 134-39.
- Arfken, C.L., Johanson, C.E., di Menza, S. og Schuster, C.R. (2010): »Expanding treatment capacity for opioid dependence with office-based treatment with buprenorphine: National surveys of physicians«, *Journal of Substance Abuse Treatment* 39 (2), s. 96-104.
- 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.
- Barry, D., Sullivan, B. og Petry, N.M. (2009), »Comparable efficacy of contingency management for cocaine dependence among African American, Hispanic, and White methadone maintenance clients«, *Psychology of Addictive Behaviors* 23 (1), s. 168-74.
- Bell, J. (2010), »The global diversion of pharmaceutical drugs: opiate treatment and the diversion of pharmaceutical opiates: a clinician's perspective«, *Addiction* 105, s. 1531-37.
- Bellis, M.A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M. og Schnitzer, S. (2009): »Relative contributions of holiday location and nationality to changes in recreational drug taking behaviour: a natural experiment in the Balearic Islands«, *European Addiction Research* 15, s. 78-86.
- Best, D., Rome, A., Hanning, K.A., White, W., Gossop, M., Taylor, A. og Perkins, A. (2010): *Research for recovery: a review of the drugs evidence base*, Scottish Government Social Research (tilgængelig online).
- Bird, S.M. og Robertson, J.R. (2011): »Toxicology of Scotland's drugs-related deaths in 2000-2007: Presence of heroin, methadone, diazepam and alcohol by sex, age-group and era«, *Addiction Research and Theory* 19, s. 170-78.
- 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, s. a478.
- Bröring, G. og Schatz, E. (red.) (2008): *Empowerment and self-organisations of drug users: experiences and lessons learnt*, Foundation Regenboog AMOC, Amsterdam (tilgængelig online).
- 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. 171-78.
- CADUMS (2010), *Canadian alcohol and drug use monitoring survey 2009*, Health Canada. Controlled Substances and Tobacco Directorate (tilgængelig online).
- Caiaffa, W.T., Zoccratto, K.F., Osimani, M.L., Martínez, P.L., Radulich, G., Latorre, L. et al. (2011): »Hepatitis C virus among non-injecting cocaine users (NICUs) in South America: can injectors be a bridge?«, *Addiction* 106 (1) s. 143-51.

⁽¹⁵¹⁾ Hyperlinks til onlinekilder kan findes i pdf-versionen af årsberetningen, der ligger på EONN's websted (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>).

- Carpenido, C.M., Kirby, K.C., Dugosh, K.L., Rosenwasser, B.J. og Thompson, D.L. (2010), »Extended voucher-based reinforcement therapy for long-term drug abstinence«, *American Journal of Health Behavior* 34 (6), s. 776-87.
- Carpentier, C., Royuela, L., Noor, A. og Hedrich, D. (2011): »Ten years of monitoring illicit drug use in prison populations in Europe: issues and challenges«, *The Howard Journal of Criminal Justice* (i trykken).
- Chabrol, H., Roura, C. og Armitage, J. (2003): »Bongs, a method of using cannabis linked to dependence«, *Canadian Journal of Psychiatry* 48, s. 709.
- Chalmers, J., Ritter, A., Heffernan, M. og McDonnell, G. (2009), *Modelling pharmacotherapy maintenance in Australia: exploring affordability, availability, accessibility and quality using system dynamics*, Australian National Council on Drugs research paper (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).
- Cornish, R., Macleod, J., Strang, J., Vickerman, P. og Hickman, M. (2010): »Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database«, *BMJ* 341, s. c5475.
- Correlation Project and Eurasian Harm Reduction Network (2010): *Hepatitis C transmission and injecting drug use: harm reduction responses*, Eurasian Harm Reduction Network, Vilnius.
- CPT (Den Europæiske Komité til Forebyggelse af Tortur og Umenneskelig eller Vanærende Behandling eller Straf) (2006): *The CPT Standards: »Substantive« sections of the CPT's General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev. 2006 (tilgængelig online).
- Cunningham, J.A. (2000): »Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?«, *Drug and Alcohol Dependence* 59, s. 211-13.
- Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M. og Linskey, M. (2009): »Illicit drug use«, i Majid Ezzati et al. (red.): *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*. Bind 1, Verdenssundhedsorganisationen, Genève (tilgængelig online).
- Degenhardt, L., Mathers, B., Vickerman, P., Rhodes, T., Latkin, C. og Hickman, M. (2010): »Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed«, *Lancet* 376, s. 285-301.
- Degenhardt, L., Singleton, J., Calabria, B., McLaren, J., Kerr, T., Mehta, S., Kirk, G. og Hall, W.D. (2011): »Mortality among cocaine users: A systematic review of cohort studies«, *Drug and Alcohol Dependence* 113, s. 88-95.
- Dennis, M. and Scott, C.K. (2007): »Managing addiction as a chronic condition«, *Addiction Science and Clinical Practice* 4 (1), s. 45-55.
- Derzon, J.H. (2007): »Using correlational evidence to select youth for prevention programming«, *Journal of Primary Prevention* 28, s. 421-47.
- Des Jarlais, D., McKnight, C., Goldblatt, C. og Purchase, D. (2009): »Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States«, *Addiction* 104 (9), s. 1441-46.
- Dick, D. og Torraine, C. (2010): »MixMag Drugs Survey«, *Mix Mag* 225, s. 44-53.
- Dolan, K.A., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J. og Wodak, A.D. (2005): »Four year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection«, *Addiction* 100, s. 820-28.
- ECDC (2010): *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010*. Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme, Stockholm.
- ECDC og EONN (2011): *Joint ECDC-EONN guidance on infection prevention and control among injecting drug users*. Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme, Stockholm.
- ECDC og WHO's regionalkontor for Europa (2010): *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*. Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme, Stockholm.
- Elkashef, A.M., Rawson, R.A., Anderson, A.L., Li, S.H., Holmes, T. et al. (2008): »Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence«, *Neuropsychopharmacology* 33(5), s. 1162-70.
- EONN (2003): *Report on the risk assessment of PMMA in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg (tilgængelig online).
- EONN (2007a): *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*. EONN Udvalgt tema, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2007b): *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2008a): *A cannabis reader: global issues and local experiences*, monografi, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2008b): *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, EONN Insights, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2008c): *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, EONN Udvalgt tema, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2009a): *Årsberetning 2009: narkotikasituationen i Europa*, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2009b): *Polydrug use: patterns and responses*, EONN Udvalgt tema, 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): *Understanding the »Spice« phenomenon*, EONN Thematic paper, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg (tilgængelig online).
- EONN (2010a): *Årsberetning 2010: narkotikasituationen i Europa*, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2010b): *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, monografi, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2010c): *Operating guidelines for risk assessment of new psychoactive substances*, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg (tilgængelig online).
- EONN (2010d): *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, EONN Udvalgt tema, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2010e): *Risk assessment report of a new psychoactive substance: 4-methylmethcathinone (mephedrone)*, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2010f): *Treatment and care for older drug users*, EONN Udvalgt tema, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2010g): *Trends in injecting drug use in Europe*, EONN Udvalgt tema, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2011a): *Cost and financing of drug treatment services in Europe*, EONN Udvalgt tema, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2011b): *Drug policy profiles: Portugal*, 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.
- Escot, S. og Suderie, G. (2009): »Usages problematiques de cocaine, quelles interventions pour quelles demandes?«, *Tendances* 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.
- Europa-Kommissionen (2011): *European Economic Forecast: Spring 2011, European Economy* 1 (2011), Generaldirektoratet for Økonomiske og Finansielle Anliggender, Europa-Kommissionen.
- Europol (2007): *Amphetamine-type stimulants in the European Union 1998-2007*, Europols bidrag til eksperthøring med henblik på UNGASS' vurdering.
- Europol (2011): *EU organised crime threat assessment: OCTA 2011*, Europol, Haag.
- Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol: *Sagen Teixeira de Castro mod Portugal*, dom af 9. juni 1998, Sml. 1998-VI, præmis 38 og 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.
- Galloway, G.P., Buscemi, R., Coyle, J.R., Flower, K., Siegrist, J.D. et al. (2011): »A randomized, placebo-controlled trial of sustained-release dextroamphetamine for treatment of methamphetamine addiction«, *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 89 (2), s. 276-82.
- Garcia-Rodriguez, O., Secades-Villa, R., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R., Carballo, J.L. et al. (2009): »Effects of voucher-based intervention on abstinence and retention in an outpatient treatment for cocaine addiction: a randomized controlled trial«, *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 17 (3), s. 131-38.
- Gregoire, T. og Snively, C. (2001): »The relationship of social support and economic self-sufficiency to substance abuse outcomes in long-term recovery program for women«, *Drug Education* 31 (3), s. 221-37.
- Gripenberg, J., Wallin, E. og Andréasson, S. (2007): »Effects of a community-based drug use prevention program targeting licensed premises«, *Substance Use and Misuse* 42 (12-13), s. 1883-98.
- GROS (General Register Office for Scotland) (2010): *Drug-related deaths in Scotland in 2009*, General Register Office for Scotland (tilgængelig online).
- Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E. og McKendry, R. (2003): »Continuity of care: a multidisciplinary review«, *BMJ* 327, s. 1219-21.
- Hall, W. og Degenhardt, L. (2009): »Adverse health effects of non-medical cannabis use«, *Lancet* 374, s. 1383-91.
- Heinzerling, K.G., Swanson, A.N., Kim, S., Cederblom, L., Moe, A. et al. (2010): »Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for the treatment of methamphetamine dependence«, *Drug and Alcohol Dependence* 109 (1-3), s. 20-29.
- 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.
- Hicks, M., De, B., Rosenberg, J., Davidson, J., Moreno, A. et al. (2011): »Cocaine analog coupled to disrupted adenovirus: a vaccine strategy to evoke high-titer immunity against addictive drugs«, *Molecular Therapy* 19, s. 612-19.
- Hoare, J. og Moon, D. (red.) (2010): »Drug misuse declared: findings from the 2009/10 British Crime Survey«, *Home Office Statistical Bulletin* 13/10 (tilgængelig online).

- Hope, V., Palmateer, N., Wiessing, L., Marongiu, A., White, J., Ncube, F. og Goldberg, D. (2011): »A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation«, *American Journal of Public Health* (i trykken).
- Horsley, T., Grimshaw, J. og Campbell, C. (2010): »Maintaining the competence of Europe's workforce«, *BMJ* 341, s. c4687.
- Hughes, C.A. og Stevens, A. (2010): »What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?«, *The British Journal of Criminology* 50, s. 999-1022.
- Hulse, G.K., Ngo, H.T. og Tait, R.J. (2010): »Risk factors for craving and relapse in heroin users treated with oral or implant naltrexone«, *Biological Psychiatry* 68 (3), s. 296-302.
- Hunt, N. og Morris, D. (2011): *Hepatitis C treatment and care for IDUs*, Training module, Eurasian Harm Reduction Network, Vilnius.
- Hunt, N., Albert, E. og Montañés Sánchez, V. (2010): »User involvement and user organising in harm reduction«, i EONN (2010): *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- INCB (Det Internationale Kontroludvalg for Narkotiske Midler) (2009): *Guidelines for a voluntary code of practice for the chemical industry*, De Forenede Nationer, New York.
- INCB (2010): *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, De Forenede Nationer, New York (tilgængelig online).
- INCB (2011a): *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, De Forenede Nationer, New York (tilgængelig online).
- INCB (2011b): *Report of the International Narcotics Control Board for 2010*, De Forenede Nationer, New York (tilgængelig online).
- Jegu, J., Gallini, A., Soler, P., Montastruc, J.L. og Lapeyre-Mestre, M. (2011): »Slow-release oral morphine for opioid maintenance treatment: a systematic review«, *British Journal of Clinical Pharmacology* 71 (6), s. 832-43.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. og Schulenberg, J.E. (2010): *Marijuana use is rising; ecstasy use is beginning to rise; and alcohol use is declining among U.S. teens*, University of Michigan News Service, Ann Arbor, MI (tilgængelig online).
- Jones, A., Donmall, M., Millar, T., Moody, A., Weston, S., Anderson, T., Gittins, M., Abeywardana, V. og D'Souza, J. (2009): *The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS): Final outcomes report*, Home Office, London (tilgængelig online).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil, S., Stine, S., Coyle, M. et al. (2009a): *RCT comparing methadone and buprenorphine in pregnant women*, National Institute on Drug Abuse (tilgængelig online).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil, S., Stine, S., Coyle, M. et al. (2009b): »Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure«, *New England Journal of Medicine* 363, s. 2320-31.
- Kalechstein, A.D., De La Garza, R. og Newton, T.F. (2010): »Modafinil administration improves working memory in methamphetamine-dependent individuals who demonstrate baseline impairment«, *American Journal on Addictions* 19 (4), s. 340-44.
- Kaskutas, L., Ammon, L. og Weisner, C. (2004): »A naturalistic analysis comparing outcomes of substance abuse treatment programme with different philosophies: Social and clinical model perspectives«, *International Journal of Self Help and Social Care* 2, s. 111-33.
- Kimber, J., Copeland, L., Hickman, M., Macleod, J., McKenzie, J. et al. (2010): »Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment«, *BMJ* 341, s. c3172.
- King, K., Meehan, B., Trim, R. og Chassin, L. (2006): »Marker or mediator? The effects of adolescent substance use on young adult educational attainment«, *Addiction* 101, s. 1730-40.
- Koerkel, J. og Verthein, U. (2010): »Kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain«, *Suchttherapie* 11 (1), s. 31-34.
- Konstenius, M., Jayaram-Lindstrom, N., Beck, O. og Franck, J. (2010): »Sustained release methylphenidate for the treatment of ADHD in amphetamine abusers: a pilot study«, *Drug and Alcohol Dependence* 108 (1-2), s. 130-33.
- Kruisbergen, E.W., De Jong, D. og Kleemans, E.R. (2011): »Undercover policing: assumptions and empirical evidence«, *The British Journal of Criminology* 51, s. 394-412.
- Kumpfer, K.L., Pinyuchon, M., de Melo, A.T. og Whiteside, H.O. (2008): »Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program«, *Evaluation and the Health Professions* 31, s. 226-39.
- Laudet, A., Becker, J. og White, W. (2009): »Don't wanna go through that madness no more: Quality of life satisfaction as predictor of sustained substance use remission«, *Substance Use and Misuse* 44, s. 227-52.
- Lawless, M. og Cox, G. (2000): *From residential drug treatment to employment: final report*, Merchants Quay Ireland, Dublin.
- Leonard, L., De Rubeis, E., Pelude, L., et al. (2008): »I inject less as I have easier access to pipes: injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed«, *International Journal of Drug Policy* 19, s. 255-64.
- Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Henderson, C.E. og Greenbaum, P.E. (2009): »Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial«, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77 (1), s. 12-25.
- Ling, W., Casadonte, P., Bigelow, G., Kampman, K.M., Patkar, A. et al. (2010): »Buprenorphine implants for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial«, *JAMA* 304 (14), s. 1576-83.

- Lloyd, C. (2010): *Sinning and sinned against: The stigmatisation of problem drug users*, The UK Drug Policy Commission (UKDPC) (tilgængelig online).
- Lobmaier, P.P., Kunoe, N., Gossop, M., Katevoll, T. og Waal, H. (2010): »Naltrexone implants compared to methadone: outcomes six months after prison release«, *European Addiction Research* 16 (3), s. 139-45.
- Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S. og White, J.M. (2010): »Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence«, *Addiction* 105 (1), s. 146-54.
- Lucena, J., Blanco, M., Jurado, C., Rico, A., Salguero, M., Vazquez, R., Thiene, G. og Basso, C. (2010): »Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain«, *European Heart Journal* 31 (3), s. 318-29.
- Marsden, J. og Stillwell, G. (2010): *Effective community treatment for drug misusers: outcome monitoring at Blenheim CDP*, Blenheim CDP, The London Drug Agency (tilgængelig online).
- Marshall, B.D.L., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J.S.G. og Kerr, T. (2011): »Reduction of overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study«, *Lancet* 377, s. 1429-37.
- Marshall, K.S., Gowing, L. og Ali, L. (2011): »Pharmacotherapies for cannabis withdrawal«, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- 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 (10), 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.
- 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*, 3. udg. s. CD002209.
- McKay, J.R., Lynch, K.G., Coviello, D., Morrison, R., Cary, M.S. et al. (2010): »Randomized trial of continuing care enhancements for cocaine-dependent patients following initial engagement«, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78 (1), s. 111-20.
- Merrall, E.L.C., Kariminia, A., Binswanger, I., Hobbs, M.S., Farrell, M., Marsden, J. et al. (2010): »Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison«, *Addiction* 105, s. 1545-54.
- Milby, J., Schumacher, J., Wallace, D., Freedman, M. og Vuchinich, R. (2005): »To house or not to house: the effects of providing housing to homeless substance abusers in treatment«, *American Journal of Public Health* 95, s. 1259-65.
- Moore, T. (2008): »The size and mix of government spending on illicit drug policy in Australia«, *Drug and Alcohol Review* 27, s. 404-13.
- 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.
- O'Connor, P.G. (2010): »Advances in the treatment of opioid dependence: continued progress and ongoing challenges«, *JAMA* 304(14), s. 1612-14.
- OECD (2006): »The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach«, *OECD Economic Studies* 43, s. 115-54.
- Pani, P.P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. og Davoli, M. (2010a): »Disulfiram for the treatment of cocaine dependence«, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. udg. s. CD007024.
- Pani, P.P., Vacca, R., Trogu, E., Amato, L. og Davoli, M. (2010b): »Pharmacological treatment for depression during opioid agonist treatment for opioid dependence«, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. udg., s. CD008373.
- Pennings, E.J., Leccese, A.P. og Wolff, F.A. (2002): »Effects of concurrent use of alcohol and cocaine«, *Addiction* 97 (7), s. 773-83.
- Popova, S., Rehm, J. og Fischer, B. (2006): »An overview of illegal opioid use and health services utilization in Canada«, *Public Health* 120 (4), s. 320-28.
- Prieto, L. (2010): »Labelled drug-related public expenditure in relation to GDP in Europe: a luxury good?«, *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 5, s. 9.
- 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.
- Reuter, P. (2006): »What drug policies cost. Estimating government drug policy expenditures«, *Addiction* 101, s. 315-22.
- Reynaud-Maurupt, C. og Hoareau, E. (2010): »Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers «cachés»«, *Trends, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies*, Saint-Denis (tilgængelig online).
- Richter, C., Romanowski, A. og Kienast, T. (2009): »Gamma-Hydroxybutyrat (GHB)-Abhängigkeit und -Entzug bei vorbestehender Alkoholabhängigkeit«, *Psychiatrische Praxis* 36 (7), s. 345-47.
- Roche, A., McCabe, S. og Smyth, B. (2011): »Illicit methadone use and abuse in young people accessing treatment in opiate dependence«, *European Addiction Research* 14, s. 219-25.

- Rome, A., Shaw, A. og Boyle, K. (2008): *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edinburgh.
- Romelsjö, A., Engdahl, B., Stenbacka, M., Fugelstad, A., Davstad, I. et al. (2010): »Were the changes to Sweden's maintenance treatment policy 2000-06 related to changes in opiate-related mortality and morbidity?«, *Addiction* 105, s. 1625-32.
- Rådet for Den Europæiske Union (2009), *Manual on cross-border operations*, 10505/4/09 Rev. 4 (tilgængelig online).
- Salasuo, M., Vuori, E., Piispa, M. og Hakkarainen, P. (2009): *Suomalainen huumevuolema 2007. Poikkiteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyysasiakirjoista* [Finske narkotikarelaterede dødsfald i 2007. Tværfaglig undersøgelse af retsmedicinske dødsårsagsdokumenter], THL. Raportti 43/2009, Yliopistopaino, Helsingfors.
- SAMHSA (2009): *Trends in non medical use of prescription pain relievers: 2002 to 2007*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (tilgængelig online).
- SAMHSA (2010): *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (tilgængelig online).
- Smout, M.F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W. og White, J.M. (2010): »Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and Acceptance and Commitment Therapy«, *Substance Abuse* 31 (2), s. 98-107.
- Stein, M.D., Herman, D.S., Kettavong, M., Cioe, P.A., Friedmann, P.D. et al. (2010): »Antidepressant treatment does not improve buprenorphine retention among opioid-dependent persons«, *Journal of Substance Abuse Treatment* 39 (2), s. 157-66.
- Strang, J., Hall, W., Hickman, M. og Bird, S.M. (2010): »Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993-2008): analyses using OD4 index in England and Scotland«, *BMJ* 341, s. c4851.
- Strasser, J., Wiesbeck, G.A., Meier, N., Stohler, R. og Dursteler-Macfarland, K.M. (2010): »Effects of a single 50% extra dose of methadone on heroin craving and mood in lower-versus higher-dose methadone patients«, *Journal of Clinical Psychopharmacology* 30 (4), s. 450-54.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J. og Gill, O.N. (2006): »Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison«, *BMC Public Health* 6, s. 170 (tilgængelig online).
- 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., 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.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K., Ruutel, M., Rahu, M. et al. (2010): »HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: Implications for intervention«, *Journal of Drug Policy* 21 (1), s. 56-63.
- Tan, J.A., Joseph, T.A. og Saab, S. (2008): »Treating hepatitis C in the prison population is cost-saving«, *Hepatology* (Baltimore, Md.), 48 (5), s. 1387-95.
- TNI (2009): *Withdrawal symptoms in the Golden Triangle: a drugs market in disarray*, Transnational Institute, Amsterdam (tilgængelig online).
- Todts, S., Gilbert, P., Malderen, V.S., Huyck, V.C., Saliez, V. og Hogge, M. (2009): *Usage de drogues dans les prisons belges: monitoring des risques sanitaires*, Service Public Fédéral Justice, Bruxelles.
- Toneatto, T., Sobell, L.C., Sobell, M.B. og Rubel, E. (1999): »Natural recovery from cocaine dependence«, *Psychology of Addictive Behaviors* 13, s. 259-68.
- UNODC (2009): *World drug report 2009*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.
- UNODC (2010): *World drug report 2010*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.
- UNODC (2011): *World drug report 2011*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.
- UNODC og MCN (Afghanistans statslige ministerium for bekæmpelse af narkotika) (2010): *Afghan opium survey 2010*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien (tilgængelig online).
- 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 Noorden, M.S., van Dongen, L.C., Zitman, F.G. og Vergouwen, T.A. (2009): »Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known«, *General Hospital Psychiatry* 31 (4), s. 394-96.
- Vandrey, R. og Haney, M. (2009): »Pharmacotherapy for cannabis dependence: how close are we?«, *CNS Drugs* 23 (7), s. 543-53.
- Whitten, L. (2010): »A clinical trial encourages continued development of strategy based on immune system response«, *NIDA Notes* 23 (3) (tilgængelig online).
- WHO (1986): *Ottawa Charter for health promotion*, Verdenssundhedsorganisationen, Genève (tilgængelig online).
- WHO (2009): *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Verdenssundhedsorganisationen, Genève.
- WHO (2010a): *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 Report*, Verdenssundhedsorganisationen, Genève.

WHO (2010b): *Guidance on the WHO review of psychoactive substances for international control*, Verdenssundhedsorganisationen, Genève (tilgængelig online)

WHO (2010c): *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, World Health Organization Europe, 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, Genève.

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.

Winstock, A. (2011): »The 2011 Mixmag drugs survey«, *Mixmag*, marts, s. 49-59.

Yin, W., Hao, Y., Sun, X., Gong, X., Li, F., Li, J., Rou, K., Sullivan, S.G., Wang, C., Cao, X., Luo, W. og Wu, Z. (2010): »Scaling up the national methadone maintenance treatment program in China: achievements and challenges«, *International Journal of Epidemiology* 39, Suppl 2, s. ii29-37.

Zurhold, H. (2011): *European standards and guidelines for HCV prevention*. Report on WP 2 of the DPIP-funded project »Identification and optimisation of evidence-based HVC prevention in Europe for young drug users at risk«, ZIS, Hamburg (tilgængelig online).

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug

EONN årsberetning for 2011: narkotikasituationen i Europa

Luxembourg: Den Europæiske Unions Publikationskontor

2011 — 109 s. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-467-0

doi:10.2810/42614

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).

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

ISBN 978-92-9168-467-0



9 789291 684670