



Europeisk overvåkingssenter for  
narkotika og narkotikamisbruk

# ÅRSRAPPORT 2010

NARKOTIKASITUASJONEN I EUROPA





Europeisk overvåkingscenter for  
narkotika og narkotikamisbruk

# ÅRSRAPPORT 2010

NARKOTIKASITUASJONEN I EUROPA

## Juridisk meddelelse

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

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

Europe Direct er en tjeneste som hjelper deg å finne svar på dine spørsmål om Den europeiske union.

Grønt nummer (\*):

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

(\*) Enkelte mobiloperatører har sperret for grønne numre eller fakturerer for samtaler til slike.

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

Bibliografiske opplysninger finnes bakerst i publikasjonen.

Luxembourg: Den europeiske unions publikasjonskontor, 2010

ISBN 978-92-9168-447-2

doi:10.2810/37781

© Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, 2010

Gjengivelse er tillatt med kildeangivelse.

*Printed in Luxembourg*

TRYKT PÅ HVITT, KLORFRITT PAPIR



Europeisk overvåkingssenter for  
narkotika og narkotikamisbruk

Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portugal  
Tlf. +351 211210200 • Faks +351 218131711  
[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

## Innhold

Forord	5
Bidragstere	7
Innledning	9
Kommentar: Gamle sannheter, nye trusler og økonomiske nedgangstider – dagens landskap for europeisk narkotikapolitikk	13
Kapittel 1: Politikk og lovgivning	
Politisk utvikling internasjonalt og i EU • Nasjonale strategier • Offentlige utgifter • Nasjonal lovgivning • Forskning	20
Kapittel 2: Narkotikatiltak i Europa – en oversikt	
Forebygging • Behandling • Skadereduksjon • Sosial eksklusjon og reintegrasjon • Rettshåndheving og narkotikalovbrudd • Helse- og sosialtiltak i fengsler	28
Kapittel 3: Cannabis	
Tilbud og tilgjengelighet • Prevalens og bruksmønstre • Behandling	40
Kapittel 4: Amfetaminer, ecstasy og hallusinogene stoffer	
Tilbud og tilgjengelighet • Prevalens og bruksmønstre • Rekreasjonsmiljøer • Behandling	50
Kapittel 5: Kokain og crack	
Tilbud og tilgjengelighet • Prevalens og bruksmønstre • Helsekonsekvenser • Problematiske bruk og behandlingsbehov • Behandling og skadereduksjon	61
Kapittel 6: Opioidbruk og injeksjonsbruk	
Tilbud og tilgjengelighet • Problematiske bruk av opioider • Injeksjonsbruk • Behandling	71
Kapittel 7: Narkotikarelaterte infeksjonssykdommer og dødsfall	
Infeksjonssykdommer • Smittevern • Dødsfall og dødelighet • Reduksjon av dødsfall	80
Kapittel 8: Nye stoffer og trender	
Tiltak mot nye stoffer • Fenomenet "spice" • Oppfølging av stoffer	91
Referanser	97



## Forord

Det er med stolthet vi i år presenterer den 15. årsrapporten om narkotikasituasjonen i Europa. Analysen vi har gjort, bygger på data innsamlet av de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettet, som har et tett samarbeid med sine nasjonale eksperter. Vårt samarbeid med Europakommisjonen, Europol, Det europeiske legemiddelkontor (EMA) og Europeisk senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC) har også vært nyttig for rapporten.

Som i tidligere år inneholder også årets rapport en omfattende oversikt over narkotikasituasjonen i Europa og tiltakene som iverksettes for å håndtere problemene. Vår oppgave er imidlertid langt mer omfattende enn bare å rapportere statistikker. En ledesnor for rapporten har vært behovet for å identifisere og dele beste praksis og sikre støtte for kunnskapsbaserte intervensjoner. Dette gjelder også tiltakene mot forsyning og etterspørsel etter narkotika. Når man leser denne rapporten, blir det klart at vi nå har bedre forståelse av hva som virker, og at Europa har gjort store framskritt på en del områder. Likevel blir det fortsatt investert i tilnærminger hvis effekt ikke er solid dokumentert. Så stort press som det nå er på offentlige finanser, er det viktigere enn noen sinne å sikre at offentlige midler brukes fornuftig. Her er vår rolle å gi en nøytral, nøktern vurdering av kunnskapsgrunlaget for de ulike intervensjonene.

Selv om rapporten fokuserer på Europa, legger den ikke skjul på at narkotikaproblemet er et globalt problem. Du kan for eksempel lese om de stadig større, alvorlige narkotikarelaterte problemene som mange av våre naboland nå står overfor. Det er ikke bare en katastrofe for folkehelsen i de landene det gjelder, for ved å undergrave samfunnsutviklingen og gi næring til korrupsjon og organisert kriminalitet utgjør de også en reell trussel for Den europeiske union. Europa har en balansert, kunnskapsbasert narkotikapolitikk understøttet av en solid forståelse av problemene. Den europeiske modellen for utvikling av nasjonale narkotikainformasjonsystemer har fått stadig større betydning, og dette er også noe vi kan være stolte av. Og vi kan glede oss over at EONN har fått en stadig viktigere rolle i EUs initiativer for å hjelpe ikke-EU-land til å utvikle kapasitet på dette området.

Når anslagsvis en million mennesker nå får behandling for narkotika, vitner dette om hvilket arbeid som er gjort for å sikre at de som trenger det, får et tilbud. Samtidig er det en påminnelse om det enorme omfanget av problemet i Europa. Substitusjonsbehandling med opioider er den

største sektoren på dette feltet, men her synes stemningen å forandre seg, for det stilles stadig oftere spørsmål ved resultatene på lang sikt for dem som får behandling. Selv om disse spørsmålene er viktige, er det også viktig å erkjenne at et økt behandlingstilbud både har betydning for folkehelsen og gir samfunnsmessige fordeler.

Det er positivt at behandling er blitt mer tilgjengelig, men vi ser at tilgangen til behandling er svært ujevnt fordelt i Europa. I praksis er behandling noen ganger vanskeligst tilgjengelig for dem som trenger det mest. Forskjellene er ikke bare geografiske. Rapporten nevner fengselsmiljøet som særlig viktig for å nå mennesker med narkotikaproblemer. Det er gjort en del framskritt på dette området, men altfor ofte benyttes ikke denne verdifulle muligheten til å få gjort noe for en sentral gruppe av problembrukere av narkotika.

Denne rapporten utkommer i en vanskelig tid. Den aktuelle økonomiske situasjonen stiller EUs medlemsstater overfor presserende utfordringen, og hva dette kan bety for nivåene av narkotikabruk og omsorgstilbud, må vurderes grundig. Det er for tidlig å si hvilken innvirkning den økonomiske krisen vil ha på narkotikabruken i Europa — det vi vet, er at marginaliserte og sosialt vanskeligstilte grupper er de som rammes hardest av narkotikaproblemer. Omsorgstilbudet for narkotikabrukere trues av budsjettkutt, noe som kan få store konsekvenser; ikke bare for brukerne selv, men også for samfunnene de lever i. Men dette er ikke den eneste utfordringen for Europa når det gjelder narkotika. Endringer i forsyningsmønstrene for etablerte narkotiske stoffer og utviklingen av nye stoffer setter våre metoder for narkotikakontroll på stadig nye prøver. Problemene dette medfører, er komplekse og henger sammen. De vil kreve en felles, samordnet innsats. Det positive budskapet i denne rapporten er at Europa er i ferd med å styrke sin kapasitet til å holde tritt med denne rivende utviklingen. Dette er en grunnleggende forutsetning for å kunne forstå hvilke utfordringer vi nå står overfor, og for å sikre at politikken og de strategiske tiltakene er på høyde med de stadig nye utfordringene på narkotikaområdet.

**João Goulão**  
Styreleder, EONN

**Wolfgang Götz**  
Direktør, EONN





## Bidragsytere

For deres bidrag til denne rapporten ønsker EONN å takke:

- lederne for de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettet og deres medarbeidere,
- tjenestene i den enkelte medlemsstat som har samlet inn rådata til rapporten,
- medlemmene av EONNs styre og vitenskapelige komité,
- Europaparlamentet, Rådet for Den europeiske union – særlig Den horisontale narkotikaarbeidsgruppen – og Europakommisjonen,
- Europeisk senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC), Det europeiske legemiddelkontor (EMA) og Europol,
- Europarådets Pompidou-gruppe, FNs Kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC), Verdens helseorganisasjons regionkontor for Europa, Interpol, Verdens tollorganisasjon (WCO), ESPAD-prosjektet og Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN),
- Oversettelsessenteret for Den europeiske unions organer og Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner.

### Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet

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

Kontaktinformasjon for de nasjonale kontaktpunktene er lagt ut på EONNs nettsted.



## Innledning

Denne årsrapporten er basert på informasjon, i form av nasjonale rapporter, som EONN har mottatt fra EUs medlemsstater, søkerlandene Kroatia og Tyrkia, samt Norge. De statistiske dataene som presenteres her, gjelder for år 2008 (eventuelt siste år med tilgjengelige data). Grafiske framstillinger og tabeller i rapporten kan vise til undersett av EU-land. Utvalget kan være gjort på grunnlag av de landene som har data tilgjengelig for den aktuelle perioden, eller for å belyse en bestemt utvikling.

Analyser av trender er bare basert på land som har lagt fram tilstrekkelig tallmateriale til å beskrive endringer i den aktuelle tidsperioden. Tall for 2007 kan erstatte manglende 2008-verdier i analyser av trender på narkotikamarkedet. For analyser av andre trender kan manglende data bli interpolert.

Bakgrunnsinformasjon og forbehold som bør tas i betraktning når denne rapporten leses, er angitt i det nedenstående.

### Data om tilbud og tilgjengelighet av narkotika

Systematisk og rutinemessig informasjon om de illegale narkotikamarkedene og om den illegale handelen finnes fortsatt bare i begrenset omfang. Estimer over produksjonen av heroin, kokain og cannabis er ofte laget ut fra anslag over dyrkingsarealer basert på feltarbeid (prøvetaking i felten) og fly- eller satellittundersøkelser. Disse anslagene er gjort med visse vesentlige begrensninger, som kan være forbundet f.eks. med variasjoner i avlingen eller problemer med å kartlegge produksjonen av f.eks. cannabis, som også kan foregå innendørs og ikke bare er begrenset til enkelte geografiske områder.

Narkotikabeslag betraktes ofte som en indirekte indikator på forsyningssituasjon, smuglerruter og tilgjengelighet. De er en mer direkte indikator på rettshåndhevsorganenes innsats (f.eks. prioriteringer, ressurser, strategier), men gjenspeiler også rapporteringspraksis og hvor utsatt omsetningsleddene er for å bli tatt. En analyse av data om renhet, styrke og pris på illegale rusmidler kan også bidra til å forstå detaljmarkedene bedre. Prisene på narkotika rapportert til EONN gjenspeiler prisen til bruker. Trender for priser er korrigert for inflasjon på nasjonalt plan. Fra de fleste land er rapporter om renhet eller styrke basert på prøver tatt av alle beslaglagte stoffer, og det er generelt ikke mulig å knytte de innrapporterte dataene til et bestemt nivå av narkotikamarkedet.

### Tilgang til årsrapporten og datakildene til den på internett

Årsrapporten er tilgjengelig på 22 språk og kan lastes ned fra EONNs nettsted. Den elektroniske versjonen inneholder lenker til alle nettbaserte kilder som siteres i årsrapporten.

Følgende ressurser er bare tilgjengelig på internett:

Statistiske opplysninger 2010 inneholder alle kildetabeller som den statistiske analysen i årsrapporten er basert på. Her finnes også nærmere opplysninger om metodene som er brukt, samt et hundretalls andre statistiske grafer.

De nasjonale rapportene fra kontaktpunktene i Reitox-nettet inneholder en detaljert beskrivelse og analyse av narkotikasituasjonen i det enkelte land.

Landoversiktene inneholder en grafisk presentasjon av de viktigste aspektene ved narkotikasituasjonen i det enkelte land.

Når det gjelder renhet, styrke og detaljpris, er analysene basert på rapporterte gjennomsnittsverdier eller typetall, eller i mangel av dette, på middelveidier. Det er imidlertid begrenset hvor mye slik informasjon som er tilgjengelig i en del land, og det kan stilles spørsmål ved opplysningenes pålitelighet og sammenlignbarhet.

EONN samler inn nasjonale data om narkotikabeslag, renhet og detaljpriser i Europa. Andre data om forsyningssituasjonen kommer for det meste fra UNODCs informasjonssystemer og analyser, supplert med tilleggsmateriale fra Europol. Informasjon om utgangsstoffer for narkotika kommer fra Europakommisjonen, som samler inn data om beslag av disse stoffene i EU, samt INCB, som deltar i en rekke internasjonale initiativer med sikte på å forebygge spredning av kjemiske substanser som brukes i framstillingen av illegale narkotiske stoffer.

Dataene og anslagene som presenteres i denne rapporten, er de beste anslagene som er tilgjengelige, men ettersom det i mange deler av verden ikke finnes avanserte informasjonssystemer når det gjelder forsyningen av narkotika, må de tolkes med varsomhet.

### Prevalens av narkotikabruk målt ved generelle befolkningsundersøkelser

Narkotikabruk i befolkningen generelt eller blant skoleelever kan kartlegges ved hjelp av representative

undersøkelser som gir anslag over hvor stor andel av befolkningen som oppgir å ha brukt visse rusmidler i løpet av et gitt tidsrom. Undersøkelsene gir også nyttig kontekstuell informasjon om bruksmønstre, sosiodemografiske karakteristika for brukerne og oppfatninger av risiko og tilgjengelighet.

Sammen med nasjonale eksperter har EONN utviklet et sett av kjernespørsmål til bruk i undersøkelser blant voksne ("European Model Questionnaire" – EMQ). Denne protokollen er nå gjennomført i de fleste EU-medlemsstatene. Det er imidlertid fortsatt forskjeller når det gjelder metodikk og året da dataene ble samlet inn, så selv små forskjeller, særlig mellom land, bør tolkes med varsomhet.

Fordi det er dyrt å gjennomføre spørreundersøkelser, er det bare noen få europeiske land som samler inn informasjon årlig. Mange gjennomfører undersøkelser med to til fire års intervaller. I denne rapporten presenteres data basert på de siste tilgjengelige undersøkelsene i hvert land, som i de fleste tilfeller er fra perioden 2005–2008. Prevalensdata for Storbritannia viser til England og Wales, med mindre annet er angitt, selv om separate data også finnes for Skottland og Nord-Irland.

Av de tre standard tidsrammene som er brukt for rapportering av undersøkelsesdata, er livstidsprevalens (angir antall personer som har brukt det aktuelle rusmiddelet på noe tidspunkt i sitt liv) den bredeste. Dette målet gjenspeiler ikke dagens situasjon med hensyn til narkotikabruk blant voksne, men det kan bidra til å forstå bruksmønstre og insidens. For voksne er EONNs standard aldersspredning 15–64 år (alle voksne) og 15–34 år (unge voksne). Land som bruker andre øvre eller nedre aldersgrenser, er Danmark (16), Tyskland (18), Ungarn (18), Malta (18), Sverige (16) og Storbritannia (16–59). Fokuset er på tidsrammene siste år og siste måned (bruk

i løpet av siste 12 måneder eller siste 30 dager før undersøkelsen) (for mer informasjon, se EONNs nettsted). For skoleelever blir livstidsprevalens og siste års prevalens omtrent det samme, da bruk av illegale rusmidler før 15 års alder er sjelden.

Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD) bruker standardiserte metoder og verktøy for å måle narkotika- og alkoholbruk i representative utvalg av 15–16-årige skoleelever. Det er gjennomført ESPAD-undersøkelser i 1995, 1999, 2003 og 2007. I 2007 ble undersøkelsen gjennomført i 35 land, inklusive 25 EU-medlemsstater, Norge og Kroatia.

### Etterspørsel etter behandling

I rapporter om etterspørsel etter behandling viser "nye klienter" til personer som er inntatt til behandling for første gang, og "alle klienter" til alle som påbegynner behandling. Klienter som er inne i et behandlingsopplegg ved årets begynnelse, er ikke inkludert i dataene. Når andelen søknader om behandling for et primærrusmiddel oppgis, er nevneren antallet søknader der primærrusmiddelet er kjent.

### Intervensjoner

Informasjon om hvilke intervensjoner som finnes i Europa og deres tilgjengelighet, er oftest basert på en informert vurdering fra nasjonale eksperter, innhentet gjennom strukturerte spørreskjemaer. For enkelte indikatorer finnes det imidlertid også kvantitative overvåkingsdata.

### Brudd på narkotikaloggivningen

Begrepet "rapporter" for brudd på narkotikaloggivningen kan ha forskjellig innhold alt etter land.





## Kommentar

# Gamle sannheter, nye trusler og økonomiske nedgangstider — dagens landskap for europeisk narkotikapolitikk

### Prisen for å kutte kostnadene må ikke bli for høy

Europa er nå inne i en økonomisk nedgangstid, med stigende arbeidsledighet blant ungdom. Dette har skapt frykt for økt forekomst av problematiske former for rusmiddelbruk. Depresjon og marginalisering har alltid medført økt risiko for rusmiddelproblemer, med den kriminalitet og utrygghet som kan følge av dette for lokalsamfunnet. Europa står nå overfor en dobbel utfordring: i en tid da behovet for effektive tiltak kan være enda større enn tidligere, kan en innstrammingspolitikk føre til kutt i tiltakene. I løpet av det siste tiåret er det gjort store — om enn ikke alltid like jevnt fordelte — framskritt på rusfeltet. Svært mange flere har fått behandling, og det har vært en enorm utvikling når det gjelder behandling av noen av de mest skadelige helsekonsekvensene av narkotikabruk, som HIV-infeksjon. Det har også kommet fram dokumentasjon på at det er mulig å utforme kostnadseffektive intervensjoner som reduserer helse- og sosialutgiftene og utgiftene knyttet til kriminalitet. Men det er fare for at politikerne i dagens økonomiske situasjon kan komme til å ta beslutninger som på lang sikt vil koste Europa langt mer enn det som på kort sikt vil bli spart.

### Med søkelyset på retningslinjer, rammeverk og forbedring av kunnskapsgrunnlaget for å vurdere tilbudsreduksjon

Lisboa-traktaten, som trådte i kraft 1. desember 2009, gir en ny giv til Den europeiske unions rolle når det gjelder å utarbeide retningslinjer og indikatorer samt støtte utvekslingen av beste praksis på rusfeltet. I økonomiske nedgangstider er det spesielt viktig å sikre at utgiftene brukes på intervensjoner som har bevist sin effektivitet. Europas tilnærming til narkotika kjennetegnes ved at kunnskapsgrunnlaget vektlegges mer enn ideologiske hensyn. Det forekommer imidlertid ennå ofte at det investeres i tilnærminger som mangler solid dokumentasjon på effektivitet, eller som bare er mangelfullt evaluert, samtidig som tilnærminger med dokumentert verdi ikke alltid blir gjennomført. Dette problemet er en gjenganger på forebyggingsfeltet, men det er ikke bare her det skjer. Gode programmodeller finnes på mange områder innen etterspørselsreduksjon, og vi vet stadig mer om hva som

kjennetegner et effektivt tiltak. Utfordringen er å bygge den enigheten som er nødvendig for å nedfelle denne kunnskapen i et sett retningslinjer og rammeverk som har tilstrekkelig autoritet til å tvinge fram en heving av kvaliteten på tjenestene, samtidig som de gir rom for tilpasning til nasjonale kontekster innenfor Den europeiske union.

Innenfor området folkehelse har man i lang tid vært nødt til å dokumentere effekten av tiltak som gjennomføres. Behovet for å anvende samme disiplin når det gjelder etterspørselsreducerende tiltak, blir stadig oftere nevnt i den politiske debatten i EU. Utgiftene til tilbudsreduksjon lar seg ofte vanskelig identifisere i nasjonale budsjetter, men det er gjennomført undersøkelser som tilsier at beløpene er betydelige; vanligvis større enn de som brukes på folkehelseiltak. Det Europeiske råd har nylig konkludert med at evalueringen av tilbudsreducerende tiltak vanskeliggjøres av mangelen på standard indikatorer og mål. Å fastsette nøkkelindikatorer for tilbudsreduksjon er et av målene for EUs innværende handlingsplan mot narkotika. I 2009 lanserte Europakommisjonen og EONN et felles initiativ for å gripe fatt i dette problemet, så nå forventes tilbudsindikatorer og en ordning for gjennomføring av indikatorene å stå klar i 2011.

### Politiske perspektiver: den europeiske narkotikapolitiske modellen utfordres

Praktisk talt alle medlemsstatene i EU har vedtatt samme tilnærming: en nasjonal narkotikastrategi som oftest er understøttet av en handlingsplan som har konkrete mål og en viss varighet. Denne modellen er fornuftig ettersom den gjør det mulig å gjennomgå framdriften med jevne mellomrom og legge om den politiske kursen når det er nødvendig. Men det er også en krevende modell, for den forutsetter at nye narkotikastrategier må utarbeides, omforenes og vedtas, ofte før den gamle strategien er ferdig evaluert. Disse problemene behandles nærmere i årets rapport, der vi for første gang rapporterer en nedgang i antallet land som har en gyldig nasjonal narkotikastrategi på plass. Dette skyldes for en stor del de praktiske utfordringene med å evaluere og fornye

nasjonale strategidokumenter som utløp i 2008 eller 2009. EONN samarbeider med medlemsstatene om å utvikle verktøy for å evaluere politikken slik at det blir mulig å vurdere situasjonen fortløpende. Det finnes ingen enkel løsning på problemet med å evaluere narkotikapolitikken, men det ville være synd om mangler ved prosesser og planlegging skulle undergrave viktige tiltak mot narkotikaproblemene i Europa.

Som vi sa i fjorårets rapport, er det en sterk forbindelse mellom alkohol- og narkotikaproblemer. Likevel er det ikke mulig å påvise noen felles tilnærming i EU-medlemsstatene når det gjelder å lage en felles narkotika- og alkoholpolitikk. Noen land holder fast ved separate narkotika- og alkoholstrategier, andre har etablert forbindelser mellom dem, og atter andre har ennå ikke utarbeidet noen alkoholstrategi. Det er sterke argumenter for å søke synergien mellom narkotika- og alkoholstrategiene, ikke minst at de ofte vil rette seg mot de samme gruppene av befolkningen og de samme miljøene. Dagens strategimodeller utfordres også av framveksten av markedet for "legal highs" og av misbruket av legemidler, et tema som drøftes nedenfor. I et folkehelseperspektiv understreker dette hvor nødvendig det er å få på plass en mer helhetlig tilnærming som omfatter både lovlige og ulovlige rusmidler og eventuelt også annen atferdsavhengighet. Utfordringen er todelt: å vurdere i hvilken grad en slik overgripende visjon er berettiget, og hvordan et slikt perspektiv kan omsettes i et rammeverk for regulering og kontroll.

### Utviklingen i nasjonale narkotikalovgivninger avdekker fellestrekk og særtrekk

Et eksempel på de forskjellene som finnes mellom EU-medlemsstatene når det gjelder gjennomføringen av politikken, selv der det egentlig råder generell enighet, er hvordan narkotikalovbrudd straffes. Rettsordenen i de fleste EU-landene tar hensyn til hvilken type narkotisk stoff det dreier seg om og "skadepotensialet" det representerer, samt hvorvidt lovbruddet omfatter involvering i narkotikamarkedet eller eget bruk/besittelse for eget bruk. Det er store variasjoner i definisjonene fra land til land. De kan være kodifisert i lovgivningen eller være et resultat av prosesser i strafferettssystemet. Det er uklart hvilke fordeler det er ved de ulike tilnærmingene eller hva som er god praksis, noe som tilsier at en sammenlignende analyse på området ville vært nyttig. Ennå bør sammenligninger landene imellom gjøres med forsiktighet, så lenge gjerningsinnholdet i lovbruddene kan avhenge like mye av rettspraksis i det aktuelle landet som av lovbruddets art. Et annet spørsmål er hvorvidt distinksjonen i strategien mellom dem som profiterer

på salg og transport av narkotika og dem som bruker narkotika, blir omsatt i praksis. De nyeste dataene viser en lett nedadgående trend i forsyningsrelaterte lovbrudd, mens antallet bruksrelaterte lovbrudd fortsatt stiger.

### Narkotikabehandling – mer tilgjengelig enn noen sinne, men store ulikheter

Effektiv behandling av personer som har problemer med rusmiddelbruk er et sentralt element i Europas tiltak mot narkotika. Både kvaliteten og kvantiteten på omsorgstilbudet blir stadig bedre. EONN anslår at over en million mennesker i Den europeiske union årlig får behandling i en eller annen form for problemer med narkotika. Utbyggingen av behandlingsapparatet har særlig kommet i den spesialiserte, polikliniske delen, understøttet av lavterskeltjenester og oppsøkende tiltak. Det er viktig å merke seg at i en del land fungerer rusmiddelomsorgen som en kombinasjon av spesialisttjenester samt primærhelsetjenesten og allmennleger. Enkelte typer narkotikaproblemer, særlig de tilfellene som er vanskeligst å behandle, vil nok best kunne behandles av team av spesialister. Imidlertid kan en god blanding av spesialisttjenester og allmennhelsetjenesten være viktig for generelt å øke tilgjengeligheten til behandling, spesielt når henvisnings- og støttekanaler er godt etablert.

Selv om behandlingstilbudet er blitt bedre, er det i Europa store forskjeller når det gjelder tilgangen til behandling. I de fleste østeuropeiske og en del søreuropeiske land er behandlingstilgjengeligheten relativt begrenset, noe som gjenspeiler seg i lange ventelister. En vurdering av tilgjengelighetsnivåene er meningsfull bare om den sees i forhold til den relative dekningen for de gruppene i befolkningen som trenger behandling. Det er vanskelig å si noe sikkert om i hvilken grad det tilgjengelige tilbudet dekker behovet, men det er gjort en del framskritt når det gjelder substitusjonsbehandling med opioider. Generelt anslår EONN at omkring 670 000 europeere nå mottar substitusjonsbehandling med opioider, eller om lag halvparten av det anslåtte antallet problembrukere av opioider. Nasjonale estimater for andelen problembrukere av opioider som får behandling, varierer fra under 10 % til over 50 %. Forskjellene i behandlingstilgjengelighet illustreres også av at bare ca. 2 % av all substitusjonsbehandling foregår i de tolv medlemsstatene som har sluttet seg til Den europeiske union siden 2004.

Substitusjonsbehandling betraktes også som et skadereduserende tiltak. Sammen med sprøyteutdeling har substitusjonsbehandling blitt framholdt som en viktig komponent i en helhetlig strategi for å forebygge



HIV blant sprøytebrukere. Den europeiske union har nå generelt stabile eller fallende trender i nivåene av injeksjonsbruk og narkotikarelatert HIV-infeksjon. Derfor synes situasjonen når det gjelder narkotikarelatert HIV-infeksjon i Europa positiv sammenlignet med mange andre deler av verden. I 2010 publiserte EONN en vitenskapelig monografi om skadereduksjon. Denne kartla gjennomføringen av begrepet skadereduksjon, og både substitusjonsbehandling og sprøyteutdeling er nå aksepterte komponenter i europeiske narkotikastrategier. Monografien belyste også behovet for å styrke kunnskapsgrunnlaget for andre skadereduserende tiltak så vel som mangelen på solide skadereduksjonsmodeller for problemer med sentralstimulerende midler og blandingsbruk, bruksmønstre som blir stadig vanligere i Europa. Det bemerkes også at tiltakene i Europa ennå ikke har særlig effekt på hepatitt C-infeksjon blant sprøytebrukere og på overdosedødsfallene, og at skadereduserende tiltak vil kunne ha stor betydning her.

### Nye behandlings- og tiltaksmodeller for den skiftende narkotikasituasjonen i Europa

Dagens bruksmønstre krever at det utvikles mer komplekse og mer differensierte, behovsbaserte tiltak som er tettere knyttet opp mot ressursene i allmennhelsetjenesten og sosialtjenesten. Når det gjelder substitusjonsbehandling, viser dette seg særlig ved en aldrende, mer kronisk gruppe som trenger omsorg. Dette er temaet for et Utvalgt aspekt som publiseres sammen med denne rapporten. Behovet for behandling og andre tiltak for ikke-opioidrelaterte problemer blir også større, fordi stadig flere brukere av cannabis og sentralstimulerende midler kommer i kontakt med rusomsorgen. Komplekse blandingsbruksmønstre, gjerne kombinert med alkoholrelaterte problemer, er en annen utfordring. Omsorgsmodellene er blitt bedre på dette området, men det er fortsatt betydelig rom for forbedring når det gjelder utvikling og utveksling av beste praksis. Selv om det fortsatt virker lite sannsynlig at vi skal få rent farmakologiske behandlingsalternativer for personer som bruker sentralstimulerende midler, har økt forskningsinteresse på dette området gitt oppmuntrende resultater, inklusive en bedre forståelse av nytten av psykososiale metoder.

### Cannabis — store regionale variasjoner

Cannabis er fortsatt det vanligste illegale rusmiddelet i Europa, men det observeres store forskjeller i prevalensen av bruk landene imellom, noe vi ser at det faktisk at det høyeste estimatet som er rapportert, er mer enn 30 ganger høyere enn det laveste. Generelt sett er trendene for bruksnivå stabile eller fallende. Innenfor dette

generelle langsiktige bildet kan man likevel identifisere sprikende mønstre. Spesielt synes nivåene fortsatt å være på vei opp i en del land i Øst-Europa, som i enkelte tilfeller har prevalensnivåer som er like høye eller høyere enn i Vest-Europa.

Vi forstår stadig mer av implikasjonene av cannabisbruk for folkehelsen, men denne forståelsen fokuserer mest på de brukerne som rapporterer daglig bruk eller kroniske bruksmønstre. Analyser som er gjort i den senere tid av de negative helseeffektene av dette narkotiske stoffet, har identifisert en rekke effekter, herunder angst, panikkreaksjoner og psykotiske symptomer. Disse akutte effektene står for et stort antall av alle narkotikarelaterte akuttmedisinske tilfeller i de få landene som overvåker dem.

I de fleste land viser de nyeste dataene en nedgang i det totale antallet nye klienter som inntas til behandling for cannabis som hovedrusmiddel. Faktorene bak denne utviklingen er uklare, men fortjener å undersøkes nærmere. Det kan enten bety at behandlingsapparatet har redusert kapasitet for å ta imot nye klienter, eller at færre henvises til cannabisrelatert behandling.

Europas store appetitt på cannabis gjenspeiles i det faktum at det årlig gjøres beslag av om lag 1 000 tonn av dette stoffet. Sett under ett, tyder dataene på at cannabis, i alle former, er i ferd med å bli mer, ikke mindre, tilgjengelig på det europeiske markedet. Til tross for indikasjoner på at lokalprodusert marihuana er blitt vanligere, har mengdene marihuana som er beslaglagt i Den europeiske union vært stabile, mens beslagene av hasj har økt. I volum beslaglegges det ti ganger mer hasj enn marihuana. Det kan vanskelig trekkes noen klar konklusjon med hensyn til tilgjengeligheten av de ulike typene cannabis i Europa, fordi fremstillingen av marihuana foregår nærmere markedet og sannsynligheten for beslag derfor er mindre. Det har også vært stadig flere rapporter om at organisert kriminalitet er involvert i lokal cannabisproduksjon, noe som krever nye tiltak fra både nasjonale og europeiske organer for rettshåndheving.

### Forståelse av Europas komplekse marked for sentralstimulerende midler

Kokain det nest mest brukte illegale rusmiddelet i Europa, selv om prevalensnivåer og trender varierer mye landene imellom. Høye og fortsatt stigende nivåer av kokainbruk observeres bare i et lite antall, hovedsakelig vesteuropeiske, land. Men ellers er bruken av dette stoffet ennå begrenset. Om denne situasjonen vil vedvare eller om kokainbruk vil bre om seg til andre deler av Europa, særlig Øst-Europa, er et åpent spørsmål. Det foreligger

## Anslag over bruken av narkotika i Europa – i korte trekk

Anslagene som presenteres her, gjelder den voksne befolkningen (15–64 år) og er basert på de nyeste tilgjengelige dataene (spørreundersøkelser gjennomført mellom 2004 og 2008). Komplette datasett og nærmere informasjon om metoder finnes i statistiske opplysninger.

### Cannabis

Livstidsprevalens: minst 75,5 millioner (22,5 % av alle voksne europeere)

Bruk siste år: om lag 23 millioner voksne europeere (6,8 %), eller en tredel av alle som har livstidserfaring

Bruk siste måned: om lag 12,5 millioner europeere (3,7 %)

Variasjoner mellom landene mht. bruk siste år: fra 0,4 % til 15,2 %

### Kokain

Livstidsprevalens: om lag 14 millioner (4,1 % av alle voksne europeere)

Bruk siste år: 4 millioner voksne europeere (1,3 %), eller en tredel av alle som har livstidserfaring

Bruk siste måned: om lag 2 millioner (0,5 %)

Variasjoner mellom landene mht. bruk siste år: fra 0,0 % til 3,1 %

### Ecstasy

Livstidsprevalens: om lag 11 millioner (3,3 % av alle voksne europeere)

Bruk siste år: om lag 2,5 millioner (0,8 %), eller en firedel av alle som har livstidserfaring

Variasjoner mellom landene mht. bruk siste år: fra 0,1 % til 3,7 %

### Amfetaminer

Livstidsprevalens: om lag 12 millioner (3,7 % av alle voksne europeere)

Bruk siste år: om lag 2 millioner (0,6 %), eller en seksdel av alle som har livstidserfaring

Variasjoner mellom landene mht. bruk siste år: fra 0,0 % til 1,7 %

### Opioider

Problembrukere av opioider: anslått til mellom 1,2 og 1,5 millioner europeere

Narkotikainduserte dødsfall sto for 4 % av alle dødsfall blant europeere i alderen 15–39 år, og opioider ble påvist i om lag tre firedeler av dødsfallene

Mer enn 50 % av alle søknader om narkotikabehandling gjelder opioider

Om lag 670 000 opioidbrukere mottok substitusjonsbehandling i 2008

en del dokumentasjon som har skapt bekymring for at det foregår stadig mer handel med kokain gjennom denne regionen, i tillegg til sporadiske rapporter om kokainbruk i enkelte miljøer.

Nye smuglerruter gjennom Øst-Europa er ikke den eneste bekymringen når det gjelder handelen med kokain. Kokain kommer fortsatt oftest inn i Europa via Den iberiske halvøy samt Nederland og Belgia. Noe som er nytt, er imidlertid at det er oppdaget egne anlegg som driver etterekstraksjon av kokainhydroklorid, eller kokainbase, fra bærere som bivoks, gjødsel, klær, urter, plast og væsker. I 2008 rapporterte Spania 30 slike anlegg til Europol. Denne utviklingen illustrerer hvilken innovasjonsevne og hvilket teknologisk nivå som finnes hos dem som importerer kokain til Den europeiske union. Fordi kokain er så dyrt, kan stoffet også bli kuttet eller blandet ut med andre stoffer. Det har kommet stadig flere rapporter fra USA og Europa om bruk av levamisol (l-tetramisol) som utblandingsstoff for kokain, noe som førte til at EUs system for tidlig varsling utstedte en advarsel i 2009. Dette stoffet kan medføre ytterligere helserisiko for brukerne.

Selv om behandlingstjenestene i Europa fortsatt domineres av klienter med opioidproblemer, representerer kokainbrukerne nå om lag en firedel av alle nye klienter i behandlingsapparatet. De fleste av disse rapporteres fra en liten gruppe land, særlig Spania, Italia og Storbritannia, og de kan deles i to: sosialt integrerte menn som sniffer stoffet, og marginaliserte brukere som injiserer kokain eller bruker crack sammen med andre rusmidler. En annen bekymring er den økte dødeligheten som er forbundet med kokainbruk. Det rapporteres nå ca. 1 000 kokainrelaterte dødsfall årlig, og antallet har særlig økt i Spania og Storbritannia, to land der bruk av kokain lenge har ligget på et høyt nivå. Selv om andre rusmidler vanligvis også påvises, er denne utviklingen bekymringsfull, spesielt i betraktning av bekymringene for underrapportering av kokainets rolle i dødsfall hos brukere med eksisterende kardiovaskulære problemer.

Bruk av amfetaminer er generelt mindre utbredt i Europa enn bruk av kokain, men i mange land er amfetamin eller metamfetamin de sentralstimulerende midlene som er mest brukt. Problematisk bruk av amfetamin rapporteres hovedsakelig fra land i Nord-Europa, mens problematisk bruk av metamfetamin stort sett er begrenset til Tsjekkia og Slovakia. Dette kan være i ferd med å endre seg noe ettersom metamfetaminproduksjon nå også rapporteres i Litauen og Polen. Produksjonen her er særlig ment for markedene i Skandinavia, der det kan bli solgt som erstatning for amfetamin. Problematisk bruk av amfetamin og metamfetamin er tema for et Utvalgt aspekt som utgis samtidig med denne årsrapporten.

## Opioider og injeksjonsbruk

Heroinbruk, særlig injeksjonsbruk av heroin, er fortsatt opphav til størsteparten av all sykdom og død forbundet med narkotikabruk i Den europeiske union. Antallet problembrukere av opioider i Europa anslås forsiktig til 1,35 millioner, og de fleste nye klienter i behandlingsapparatet oppgir fortsatt opioider som primærrusmiddel. Data fra en rekke kilder tyder på at opioidproblemet generelt har vært stabilt eller økende i Den europeiske union siden 2003/04. Mens heroinbeslagene er blitt flere, har beslaglagte kvanta ikke gått opp. Dette må sees i sammenheng med økningen i antall beslag av heroin i Tyrkia. Trenddataene for prevalensestimater synes stabile, antallet nye behandlingssøknader har gradvis gått opp i flere land, og det er blitt flere narkotikainduserte dødsfall og dessuten flere narkotikalovbrudd de siste to årene. Til en viss grad kan dette tilbakeføres til opioidproblemenes langsiktige karakter der brukerne, når de først har blitt hektet, er avhengige i lang tid. Dermed er selv et relativt lite antall nyrekruttede nok til å opprettholde denne gruppens totale størrelse. Antallet sprøytebrukere i Europa er anslått til mellom 750 000 og 1 million, med store forskjeller i prevalens landene imellom. På grunn av problemer med kvaliteten på dataene må dette anslaget imidlertid behandles med stor forsiktighet. Det er spesielt vanskelig å måle trender for injeksjonsbruk, men data fra behandlingsovervåking tyder på at trenden på mellomlang sikt peker ned, og at sprøytebrukerne nå er i mindretall blant opioidbrukere som inntas til behandling i Europa.

Injisering er likevel den vanligste bruksmåten for opioidbrukere i mange østeuropeiske land. I tillegg er det stor bekymring for hvilke folkehelsemessige konsekvenser bruken av narkotika kan få i en del av Den europeiske unions naboland. På EUs østgrense synes både Russland og Ukraina å ha to til fire ganger høyere nivåer av problematisk bruk av opioider enn EU-gjennomsnittet. Et av problemene forbundet med opioidbruk i denne regionen er høy forekomst av HIV-infeksjon og narkotikainduserte dødsfall.

I Europa er overdose den fremste årsaken til unngåelig dødelighet relatert til bruk av illegale rusmidler, og toksikologiske analyser viser at heroin er til stede i de fleste narkotikainduserte dødsfall. Dette understreker nok en gang at det ikke er mulig å forstå narkotikabrukens konsekvenser for folkehelsen i Europa, uten å forstå hvilken viktig rolle opioider spiller. Siden 2003 har antallet narkotikainduserte dødsfall økt i de fleste land i Europa, og det samme har alderen på ofrene. Altså kan gruppen av kroniske brukere være i ferd med å bli eldre. Foreløpige data tyder på en moderat økning

i antallet rapporterte tilfeller av narkotikainduserte dødsfall i 2008 — anslaget er på 7 371 tilfeller i 2008 i EU-medlemsstatene og Norge, mot 7 021 i 2007. Disse estimatene er sannsynligvis konservative. Det har også blitt anslått at for hver dødelige overdose, er det 20–25 ikke-dødelige overdoser, eller om lag 150 000 årlig i Den europeiske union. Videre er det nå klart at ikke-dødelige overdoser kan forårsake store helseskader og være en indikator på risiko for framtidige overdoser. I et folkehelseperspektiv er en av de største utfordringene for rusomsorgen i Europa å utvikle effektive tiltak som kan redusere både dødelige og ikke-dødelige overdoser. Ennå har man ikke effektive tiltak for å møte denne utfordringen.

## “Legal highs” — en vedvarende utfordring for både overvåking og tiltak

Å holde tritt med et sofistikert, innovativt marked i rask endring som aktivt søker nye produkter og nye markedsføringsstrategier, er en kontinuerlig utfordring i arbeidet med å identifisere og iverksette effektive tiltak mot nye psykoaktive stoffer. Tjuefire nye syntetiske stoffer ble identifisert for første gang i Europa i 2009, som dermed ble et rekordår for det europeiske systemet for tidlig varslings. Dette mønsteret fortsatte med uforminsket styrke i 2010 — hele 15 nye stoffer var påvist medio juli, både syntetiske katinoner, syntetiske cannabinoider og nye kokain- og amfetaminlignende syntetiske derivater.

I juli 2010 gjennomførte EONNs vitenskapelige komité en formell risikovurdering av det syntetiske katinonet mefedron. Bakgrunnen var økt bekymring for at mefedron ble markedsført som et lovlig alternativ til sentralstimulerende midler som kokain og ecstasy. Risikovurderingen var et ledd i EUs hurtigordning for kontroll med nye psykoaktive stoffer. Men utviklingen går så fort at en del medlemsstater faktisk allerede hadde innført et forbud mot mefedron, og noen av nettstedene som solgte mefedron, var allerede lagt ned, selv om de gjerne raskt var erstattet av nettsteder som tilbød erstatningsstoffer.

Det er viktig å opprettholde årvåkenheten og kunne reagere raskt på nye utviklinger, som nye kjemiske grupper av psykoaktive stoffer som er identifisert i såkalte “legal highs”. Et eksempel er aminoindaner (metylendioksyaminoindan, MDAI) og syntetiske kokainderivater (som fluortropakokain). Selv om de ennå er sjeldne, ble disse stoffene oftere påvist etter at tiltakene mot mefedron ble iverksatt i 2010, og de første rapportene om brukere som hadde hatt problemer, har kommet inn til systemet for tidlig varslings.

EONN overvåker tilgjengeligheten og mulige helseeffekter av disse stoffene.

Eksempelet mefedron viser hvordan EU-medlemsstatene kan komme under kraftig press fra media og offentligheten for å respondere raskt på en potensiell ny trussel. I tett samarbeid med Europol og Det europeiske legemiddelkontor (EMA) har EONN arbeidet for å framskaffe aktuell informasjon som er pålitelig og veloverveid. Fordi alt skjer så raskt, er det desto viktigere å styrke Europas kapasitet til å overvåke utviklingen proaktivt og spesielt teste og identifisere den kjemiske sammensetningen av produktblandingene samt vurdere deres potensielle innvirkning på folkehelsen. Her er det et problem at det ikke finnes standard referansematerialer. Når det gjelder kontrollstrategier, innebærer den måten disse produktene framstilles og markedsføres på, at innsatsen ikke er effektiv om ikke nasjonale initiativer har støtte i handling på europisk plan.

### **Organisert kriminalitet har innsett potensialet i nye syntetiske stoffer**

Det er mange faktorer som gjør det komplisert å innføre lovgivning som regulerer disse stoffene. En del medlemsstater har vedtatt en generell lovgivning som omfatter stoffer i samme kjemiske gruppe. Det er bare noen land som har mulighet for å gjøre det på denne måten, og slik lovgivning kan være vanskelig å omsette i praksis. Andre problemer kan skyldes at en del av disse stoffene kan ha legitime ikke-medisinske bruksområder, selges for tilsynelatende legitime formål eller brukes i legemiddelindustrien for forsknings- og utviklingsformål. Når det er sagt, vil selv ikke godt utformede kontrolltiltak løse alle problemer på dette området, og det er fare for at de til og med kan lette den uønskede overgangen fra et overveiende nettbasert marked for "legal highs" til et marked som involverer organisert kriminalitet. Katinonbaserte rusmidler, som f.eks. mefedron, metylon og MDPV, har dukket opp på det illegale markedet og selges der som erstatninger for kokain, ecstasy og amfetamin, eventuelt som det de er. Europol rapporterer at en rekke store illegale anlegg for produksjon av ecstasy drev tablettering av mefedron, og over 20 europeiske land rapporterte funn av dette stoffet i beslag. Det er vanskelig å forutsi i hvilken grad nye syntetiske stoffer vil dominere Europas framtidige illegale narkotikamarked. Det er imidlertid sannsynlig at kriminelle organisasjoner

raskt vil se hvilket potensial som ligger i stoffer som kan kjøpes billig i store kvanta, som i framtiden lett vil kunne framstilles syntetisk og som vil være attraktive alternativer til kontrollerte stoffer.

Å "skreddersy" et narkotisk stoff til erstatning for et kontrollert rusmiddel er ikke noe nytt. Tidligere ble "designerdop" produsert illegalt og markedsført direkte på det illegale markedet. Det som er nytt i dag, er at vi ser et samspill mellom det ulovlige og det lovlige markedet, der kjemikalier kjøpes lovlig, men så selges som erstatninger for illegale psykoaktive stoffer.

### **Framtidige utfordringer: legemidler, falske legemidler og nye "designerlegemidler"**

USA har et gammelt narkotikaproblem, og utviklingen på dette markedet har av og til hatt implikasjoner for Europa. Nå er misbruk av reseptpliktige legemidler, særlig opioider som OxyContin, et stort problem for amerikansk narkotikapolitikk. I Europa har ikke misbruk av reseptpliktige legemidler vært betraktet som noe stort problem, annet enn av opioidpreparater som brukes i substitusjonsbehandling. Dette skyldes delvis regelverk og forskrivningspraksis, som er annerledes enn i USA. Misbrukspotensialet er også en faktor som tas i betraktning av det europeiske systemet for legemiddelovervåking, som er underlagt Det europeiske legemiddelkontor. I problemstillinger som gjelder legemiddelmisbruk, foregår arbeidet i samarbeid med EONN. Spredningen av falske legemidler, som framstilles og selges i stedet for lovlige produkter, er et økende problem. I 2009 mottok systemet for tidlig varsling rapporter om stoffer som var basert på små forandringer i den kjemiske strukturen i legemidler med kjent misbrukspotensial. Framveksten av nye design-legemidler vil bli en uvelkommen tilvekst til oppgaven med å sikre at reseptpliktige legemidler ikke kommer ut på det illegale markedet og misbrukes. Det er også et eksempel på hvordan innovasjon i det illegale markedet krever at legemiddelovgivning og regelverkene for kontroll med legemidler og narkotika må være solide og samkjørte. Dette er mer en potensiell trussel enn et umiddelbart problem, men fordi utviklingen på dette området skjer i en så rasende fart, er det viktig å foregripe framtidige utfordringer. Antydningen om at vi i framtiden vil få stadig flere nye stoffer basert på eksisterende legemidler, men som er beregnet på ikke-terapeutisk bruk, gir særlig grunn til bekymring.



# Kapittel 1

## Politikk og lovgivning

### Innledning

Overvåking og evaluering av narkotikastrategier og handlingsplaner er sentrale oppgaver både på nasjonalt og internasjonalt plan. I dette kapittelet rapporteres det om et nytt overvåkingssystem som er under oppbygging i FN, og om de første resultatene av gjennomføringen av EUs nye handlingsplan mot narkotika. Videre beskrives en del av resultatene av evalueringen av narkotikapolitikken og vanskene i forbindelse med den periodiske evalueringen og revideringen av narkotikapolitikken som de fleste EU-medlemsstatene har vedtatt.

Kapittelet ser videre på hvordan landene i Europa bruker forskjellige tilnærminger for å skille mellom ulike narkotiske stoffer. Det omfatter bruk av en lang rekke lover, forskjellige ordninger for å klassifisere narkotiske stoffer, eller det kan være opp til påtalemyndighetens eller domstolens skjønn. Et annet skille gjelder grensene for hvilke kvanta som aksepteres for besittelse til eget bruk, og hvilke kvanta som betraktes som illegal handel med narkotika. Kapittelet beskriver også nye data og trender for narkotikarelaterte offentlige utgifter og narkotikarelatert forskning i Europa.

### Politisk utvikling internasjonalt og i EU

#### Overvåking av FNs politiske erklæring og handlingsplan

På sesjonen i FNs narkotikakommisjon (CND) i 2009 vedtok FNs medlemsstater en ny politisk erklæring og handlingsplan for å bekjempe narkotikaproblemene i verden (EONN, 2009a). De vedtok også en resolusjon (52/12) for å forbedre datainnsamling, rapportering og analyse med sikte på å overvåke gjennomføringen av disse nye narkotikapolitiske dokumentene.

Fordi den siste gjennomgangen av den politiske erklæringen og handlingsplanen vedtatt for forrige tiårsperiode bød på så mange problemer, oppfordret resolusjonen til utvikling av verktøy og ordninger for datainnsamling som ville sikre at dataene ble pålitelige og sammenlignbare. Høyt på listen over hensyn som måtte tas, var behovet for bedre rapportering til FN fra medlemsstatenes side, og målet

om å unngå unødvendig dobbeltarbeid med eksisterende internasjonale overvåkingssystemer, inklusive systemer som drives av organisasjonene i FN-systemet eller av regionale organer, som EONN.

Med FNs nye verktøy for innsamling av data vil det årlige rapporteringsskjemaet ARQ (Annual Reporting Questionnaire), et overvåkingsverktøy knyttet opp mot FN-konvensjonene om narkotikakontroll, bli slått sammen med et nytt sett av spørsmål relatert til den nye politiske erklæringen og handlingsplanen. Det nye spørreskjemaet skal vedtas på CNDs sesjon i 2011, og den første runden for datainnsamling vil bli gjennomført like etter.

#### Lisboa-traktaten og narkotikatiltak

Lisboa-traktaten, som trådte i kraft 1. desember 2009, skal gi Den europeiske union enklere arbeidsmetoder og avstemningsregler så vel som moderne, strømlinjeformede institusjoner (<sup>(1)</sup>). Den gir også Den europeiske union bedre verktøy for tiltak på flere områder av narkotikapolitikken.

Handel med illegale rusmidler kommer inn under området med frihet, sikkerhet og rettferdighet (artikkel 83), som fastsetter at det skal innføres minsteregler med hensyn til definisjonen av straffbare handlinger og straffesanksjoner. Traktaten åpner for opprettelse av en europeisk påtalemyndighet, med mulighet for å utvide dens myndighet til også å omfatte alvorlig kriminalitet med forgreninger over landegrensene (artikkel 86). Dette kan innebære at narkotikasmugling i visse tilfeller kan påtales på EU-plan.

Lisboa-traktaten tar også for seg folkehelsen. Som tidligere har Den europeiske union myndighet til å bidra til medlemsstatenes innsats for å redusere narkotikarelaterte helseskader, også gjennom opplysningsarbeid og forebyggende tiltak. I henhold til den nye artikkelen om folkehelse har Europakommisjonen anledning til å ta initiativ, i nært samarbeid med medlemsstatene, til å fastsette retningslinjer og indikatorer, organisere utveksling av beste praksis og forberede nødvendige elementer for periodisk overvåking og evaluering. Dette vil styrke arbeidet som Kommisjonen og EONN utfører på disse områdene.

(<sup>1</sup>) For ytterligere opplysninger, se Lisboa-traktaten på Europa-nettstedet.



## EUs narkotikastrategi og handlingsplan

En rekke tiltak ble iverksatt i løpet av det første året etter at EUs nye handlingsplan mot narkotika (2009–12) ble vedtatt. Tsjekkia og Sverige hadde formannskapet i Den europeiske union og støttet gjennomføringen av handlingsplanen ved å vedta rådskonklusjoner, én som tok sikte på å få utviklet nøkkelindikatorer for narkotikamarkedene, for narkotikarelatert kriminalitet og tilbudsreduksjon, en annen med sikte på utveksling av god praksis, retningslinjer og kvalitetsstandarder for generell forebygging, så vel som en tredje som tok sikte på å styrke Den europeiske unions forskningskapasitet angående illegale rusmidler.

Europakommisjonen har utgitt en rapport om gjennomføringen av Rådets rammebeslutning 2004/757/JIS av 25. oktober 2004 om fastsettelse av minstebestemmelser for gjerningsinnholdet i straffbare handlinger i forbindelse med ulovlig narkotikahandel. Kommisjonen fant at selv om rammebeslutningen markerer et første skritt i retning av felles metoder for å bekjempe ulovlig narkotikahandel, har den ikke medført noen tilnærming av betydning av de nasjonale lovgivningene <sup>(1)</sup>. Kommisjonen har også publisert et arbeidsdokument som beskriver hvilke ordninger som finnes i Den europeiske union for å påvise, overvåke og iverksette tiltak mot nye trender, samt foreslår retningslinjer for arbeidet framover <sup>(2)</sup>. I tillegg ble det lansert et nytt prosjekt for å støtte gjennomføringen av et unionsomfattende system for kriminalteknisk profilering av syntetiske stoffer <sup>(3)</sup>. Dette vil gi et slags "fingeravtrykk" for hvert stoff og dermed bidra til å spore produsenter og kartlegge distribusjonskanaler. Andre aktiviteter som Kommisjonen har igangsatt når det gjelder samarbeidet med det sivile samfunn og narkotikarelatert forskning, er beskrevet senere i dette kapitlet. Den første omfattende framdriftsrapporten om gjennomføringen av EUs innværende handlingsplan mot narkotika (2009–12) vil bli publisert i slutten av 2010.

## Sivilsamfunnet og narkotikapolitikken

Europakommisjonens sivilsamfunnsforum for narkotika avholdt sitt tredje møte i mars 2009. "European Action on Drugs" (se under) var et av de to hovedtemaene på dagsordenen. Forumets framtid var det andre hovedtemaet, der diskusjonen dreide seg om praktiske spørsmål som hvordan deltakerne skulle velges ut og møtene organiseres. Sivilsamfunnsforumets framtidige rolle ble også diskutert – skulle det fortsatt være en uformell

plattform for meningsutveksling, eller skulle det være et formelt rådgivningsorgan for Kommisjonen?

Et annet tiltak som tar sikte på å involvere og mobilisere sivilsamfunnet, er Europakommisjonens European Action on Drugs. Dette prosjektet oppfordrer myndigheter, institusjoner, organisasjoner, NGOer, næringsliv og privatpersoner til å forplikte seg til bestemte tiltak på rusfeltet. Hensikten er å gi sivilsamfunnet en plattform som vil øke bevisstheten omkring narkotika og risikoene ved narkotikabruk samt fremme dialog og utveksling av beste praksis. I begynnelsen av mars 2010 hadde om lag 640 søkere registrert seg.

Mobilisering av sivilsamfunnet skal også være et av hovedprinsippene i EUs neste narkotikastrategi <sup>(4)</sup>. Dette ble slått fast i Stockholm-programmet og vedtatt av Det europeiske råd. Stockholm-programmet setter rammer for EUs tiltak i spørsmål om statsborgerskap, rettferdighet, sikkerhet, asyl og innvandring for et område med frihet, sikkerhet og rettferdighet for årene 2010–14.

## Nasjonale narkotikastrategier

### Utvikling i den senere tid

Narkotikastrategier og handlingsplaner utgjør nå de sentrale dokumentene i nasjonal narkotikapolitikk i Europa. Nesten alle de 30 landene som EØNN overvåker, har vedtatt slike dokumenter og reviderer dem med jevne mellomrom. I 2009 ble nye narkotikastrategier eller handlingsplaner vedtatt av sju europeiske stater (se tabell 1), og i begynnelsen av 2010 hadde tolv andre begynt å utarbeide nasjonale narkotikapolitiske dokumenter <sup>(5)</sup>.

### Utfordringer ved revideringen av de narkotikapolitiske dokumentene

Flere land har nylig rapportert at de er forsinket med oppdateringen av sine nasjonale narkotikapolitiske dokumenter <sup>(6)</sup>. Fem av landene som hadde en narkotikastrategi eller handlingsplan for perioden fram til desember 2008, hadde ett år etter ennå ikke vedtatt noe nytt dokument (Italia, Latvia, Litauen, Portugal, Romania). På samme måte var det en rekke andre land hvis politiske dokumenter utløp i 2009, som ikke hadde fornyet dem i løpet av året. Dette innebærer at det for første gang siden midten av 1990-tallet er en nedgang

<sup>(1)</sup> Pressemelding fra Europakommisjonen MEMO/09/548.

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

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

<sup>(4)</sup> De to andre hovedprinsippene er: bedret samarbeid med tredjestater samt styrket forskning og informasjon.

<sup>(5)</sup> Tsjekkia, Estland, Italia, Latvia, Litauen, Luxembourg, Nederland, Polen, Portugal, Romania, Slovenia, Tyrkia.

<sup>(6)</sup> Med "nasjonale narkotikapolitiske dokumenter" menes ethvert offisielt dokument godkjent av en regjering, som definerer generelle prinsipper og konkrete intervensjoner eller mål på narkotikaområdet, enten det offisielt betegnes som narkotikastrategi, handlingsplan, program eller annet strategidokument.

**Tabell 1: Narkotikapolitisk dokument vedtatt i 2009**

Land	Navn på strategidokumentet	Periode	Dekningsområde	Merknad
<b>Bulgaria</b>	Nasjonal strategi for kampen mot narkotika	2009–13	Illegale rusmidler	Supplert med en handlingsplan (2009–13)
<b>Irland</b>	Nasjonal narkotikastrategi – overgangsdokument	2009–16	Illegale rusmidler	Vil bli erstattet av en strategi for rusmiddelmissbruk som også omfatter alkohol
<b>Spania</b>	Nasjonal narkotikastrategi	2009–16	Illegale rusmidler, alkohol og tobakk	Supplert av en handlingsplan (2009–12)
<b>Kypros</b>	Nasjonal narkotikastrategi	2009–12	Illegale rusmidler	
<b>Ungarn</b>	Nasjonal strategi for håndtering av narkotikaproblemet	2010–18	Illegale rusmidler	Vil bli supplert med handlingsplaner
<b>Slovakia</b>	Nasjonal strategi mot narkotika	2009–18	Illegale rusmidler	Vil bli supplert med handlingsplaner
<b>Kroatia</b>	Handlingsplan for bekjempelse av narkotikamisbruk	2009–12	Illegale rusmidler	Annen handlingsplan til den nasjonale strategien for 2006–12
Kilder: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.				

i antall europeiske land som har en gyldig nasjonal narkotikastrategi eller handlingsplan.

Å oppdatere et narkotikapolitisk dokument er en kompleks prosess som består av en rekke trinn. Det første trinnet er sluttevalueringen av den eksisterende eller nylig utløpte strategien eller handlingsplanen [7]. I utviklingsfasen av den nye politikken blir dessuten aktørene, og noen ganger offentligheten, også konsultert. Ettersom narkotikastrategier og handlingsplaner skal fastsette rollefordelingen for en rekke statlige organer, må utkastene vanligvis passere en rekke forskjellige ministerier. Til slutt må strategidokumentene godkjennes av regjeringen eller nasjonalforsamlingen. Nyere rapporter tilsier at hele denne prosessen kan ta mellom seks måneder og to år. Og nasjonale narkotikapolitiske dokumenter har vanligvis en tidsramme på fire til åtte år. For ikke å bli forsinket kan oppdateringsprosessen dermed måtte begynne omtrent halvveis i programperioden, eller i hvert fall flere måneder før utløpet av det eksisterende dokumentet. Men sluttevalueringen kan ikke gjøres før perioden som strategien eller handlingsplanen dekker er omme, eventuelt til og med enda senere, når det er mulig å vurdere effekten av den med epidemiologiske og andre data.

Den europeiske union og flere europeiske land har nylig stått overfor utfordringen med å skulle foreta sluttevalueringen av et eksisterende strategidokument og utarbeide et nytt omtrent på samme tid. I og med at denne situasjonen nok vil kunne oppstå igjen i årene framover, har det framkommet en del forslag til hvordan dette kan gjøres bedre i framtiden. En mulighet er å legge inn et overgangsår mellom to påfølgende planer eller strategier, med sikte på å evaluere det som er gjort, og se på hvordan politikken kan fornyes.

### Forbindelser mellom narkotika- og alkoholstrategier

Bruken av flere rusmidler — blandingsbruk — er utbredt blant narkotikabrukere i Europa, og nærmest all blandingsbruk omfatter bruk av alkohol (EONN, 2009d). Fagfolk innen forebygging, behandling, skadereduksjon og sosial reintegrasjon vet godt at narkotika- og alkoholproblemer gjerne er overlappende, og har arbeidet for å finne praktiske løsninger som griper fatt i begge problemstillingene samtidig. På strateginivå synes situasjonen ikke å være like klar (Muscat, 2008).

En gjennomgang av narkotika- og alkoholstrategiene i Europa viser en mangslungen situasjon: Noen land har ikke noen nasjonal strategi i det hele tatt, andre har en strategi for illegale rusmidler men ingen for alkohol, separate strategier for narkotika og alkohol, to innbyrdes forbundne strategier eller ett policy-dokument som dekker både illegale rusmidler og alkohol. Det er ikke mulig å se om utviklingen går i retning av den ene eller andre modellen. Selv om mange land nå synes å vedta en alkoholstrategi (Europakommisjonen, 2009b) i tillegg til narkotikastrategien, har andre land utvidet dekningsområdet for sitt narkotikapolitiske dokument. Et eksempel her er Irlands beslutning om å innlemme alkohol i en ny strategi mot rusmiddelmissbruk.

Mangelen på en felles europeisk modell og trend gjenspeiler de mange problemstillingene regjeringene må forholde seg til i utarbeidelsen av sine strategier på rusmiddelfeltet. Grunnene til å ha separate strategier kan være et behov for å gripe særskilt fatt i alkoholrelaterte problemer, som ofte er av et helt annet omfang enn problemene i forbindelse med illegale rusmidler, eller ganske enkelt fordi noen rusmidler er lovlige, andre ulovlige.

[7] Se boksen "Evaluering av nasjonale narkotikastrategier og handlingsplaner".



Motsatt vil omfanget av alkoholbruk blant brukere av illegale rusmidler eller behovet for å ha en folkehelsepolitisk tilnærming som fokuserer på livsstil og atferd og ikke på det enkelte rusmiddel, være et argument for kombinerte strategier. Disse motstridende hensynene har vært bakgrunnen for at enkelte land har utviklet pragmatiske løsninger der separate narkotika- og alkoholstrategier knyttes sammen i en overordnet folkehelsestrategi eller i et felles nasjonalt samordningsorgan for både narkotika og alkohol (f.eks. Portugal). I tiden framover vil det bli viktig å vurdere fordelene ved de ulike modellene for samkjøring av narkotika- og alkoholstrategier i Europa.

### Evaluering av nasjonale narkotikastrategier og handlingsplaner

Det er nå vanlig praksis i europeiske land å foreta en endelig gjennomgang eller sluttevaluering av den nasjonale narkotikastrategien eller handlingsplanen. Vanligvis er målet å vurdere hvor langt gjennomføringen er kommet og hvordan narkotikasituasjonen har endret seg, for derved å ha et utgangspunkt for arbeidet på den neste strategien eller handlingsplanen.

I en del land begynner dette arbeidet med en vurdering av logikken i strategidokumentet, dets relevans og indre sammenheng. Innholdsanalyser, noen ganger med utarbeidelse av et problemhierarki eller en logisk ramme, brukes for å klarlegge strategiens underliggende teori, men også for å identifisere manglende samsvar mellom mål, tiltak og behov.

Gjennomføringen av tiltakene fastsatt i strategidokumentene vurderes ved bruk av forskjellige metoder. I enkelte land sender institusjonene som har ansvar for gjennomføringen rutinemessig inn opplysninger. I andre blir tjenestetilbyderne eller regionale myndigheter bedt om å fylle ut et skjema med opplysninger om gjennomføringsgrad og kanskje også vansker de har støtt på.

Problemet med å vurdere effektene av en narkotikastrategi på narkotikaproblemet, er et problem de fleste evaluerere har. Likevel produseres det oftest en gjennomgang av narkotikasituasjonen, basert på epidemiologiske indikatorer og andre helsedata eller data om lovbrudd, sammen med et forsøk på å knytte elementer i strategien til observerte endringer i narkotikasituasjonen. Dessverre inneholder disse analysene sjelden noen europeisk sammenligning, slik at enkelte land har knyttet en nedgang i bruken av cannabis til innholdet i deres nasjonale narkotikapolitikk, mens dataene egentlig peker på en bredere internasjonal tendens.

Å tolke dataene er et av de sentrale trinnene i enhver evaluering. I en del land ligger ansvaret for datatolkningen alene hos det nasjonale samordningsorganet på rusmiddelfeltet, mens andre land gir eksterne evaluerere, en spesialnemnd eller ekspertgruppe i oppdrag å kartlegge status for dataene, vurdere resultatene og formulere anbefalinger for neste strategi eller handlingsplan.

## Offentlige utgifter og samfunnskostnader

Offentlige utgifter knyttet til alle aspekter ved narkotikasituasjonen i Europa ble anslått til 34 mrd. euro i 2005 (EONN, 2008d). Dette tallet inkluderer "direkte identifiserbare" utgifter som en stats regjering har planlagt å bruke på rusmiddelrelaterte oppgaver, og som er identifisert som sådan i statsbudsjettet. Direkte identifiserbare utgifter gjenfinnes i statsregnskapet. Størsteparten av de narkotikarelaterte offentlige utgiftene er imidlertid ikke direkte identifiserbare, dvs. ikke identifisert som sådan i nasjonalbudsjettet. Ikke direkte identifiserbare utgifter må dermed estimeres ved hjelp av kostnadsmodellering.

Tall for de forskjellige årene finnes bare for direkte identifiserbare utgifter. I 2008 rapporterte 22 EU-medlemsstater å ha brukt 4,2 mrd. euro i direkte identifiserbare utgifter på narkotikaproblemet. For de 16 landene som rapporterte tall både i 2005 og 2008, steg direkte identifiserbare offentlige utgifter fra 2,10 mrd. til 2,25 mrd. euro. Som andel av bruttonasjonalprodukt var det en nedgang i samlede, direkte identifiserbare utgifter i ni land, en økning i seks land og ingen endring i ett land <sup>(8)</sup>.

Offentlige narkotikarelaterte utgifter klassifiseres etter COFOG-systemet, en internasjonal klassifikasjon av offentlige utgifter etter formål. Av samlede direkte identifiserbare utgifter klassifisert av sju rapporterende land (EUR 1,82 mrd.), var mesteparten klassifisert som "Helse" (60 %) og "Offentlig orden og trygghet" (34 %) (dvs. politi, domstoler og fengsler). Denne ubalansen kan forklares med at utgifter til offentlig orden og trygghet ofte synes å inngå i bredere, mer generelle handlingsprogrammer mot kriminalitet (ikke direkte identifiserbare utgifter) (EONN, 2008d).

### Samfunnets kostnader ved narkotikabruk

En beregning av samfunnskostnadene ved narkotikabruk avdekker hvilke beløp samfunnet hadde spart om det ikke lenger forekom bruk av narkotika, og vil også identifisere de ulike kostnadskomponentene og størrelsen på bidraget fra hver samfunnssektor. Denne informasjonen kan være nyttig når det skal bestemmes hvordan ressursene skal prioriteres. Offentlige utgifter er en del av samfunnets kostnader og er direkte kostnader bare fra statens ståsted. Samfunnskostnadene innbefatter også indirekte kostnader (f.eks. tapt produksjon knyttet til sykkelighet og dødelighet) og kostnader forbundet med private aktører (f.eks. private helsetjenester).

Studier av samfunnskostnader er både tidkrevende og kostbare. Derfor har vi lite informasjon om samfunnets

<sup>(8)</sup> Se tabell PPP-10 i Statistiske opplysninger 2010.

kostnader ved narkotikabruk i Europa, men Finland og Storbritannia (Skottland) har nylig beregnet hvor mye narkotikabruk koster samfunnet. I Finland ble de direkte kostnadene ved bruk av illegale rusmidler og misbruk av legemidler i 2007 beregnet til mellom 200 og 300 millioner euro, og de indirekte kostnadene til mellom 500 og 1 100 millioner euro. "Sosial beskyttelse" sto for størstedelen, nærmere en tredel, av alle direkte kostnader, etterfulgt av "Offentlig orden og trygghet", med ca. en firedel. Størstedelen av de indirekte kostnadene skriver seg fra verdien av tap av liv på grunn av for tidlig død.

I Skottland er det ferskeste anslaget over de økonomiske og samfunnsmessige kostnadene ved rusmiddelmisbruk på 5,1 mrd. euro og skriver seg fra 2006. Halvparten av disse kostnadene er "generelle samfunnskostnader" og inkluderer bl.a. kostnader for dem som blir utsatt for kriminalitet begått av problembrukere av narkotika så vel som den følelsesmessige påkjenningen for pårørende til personer som dør på grunn av narkotikabruken. Av de samlede samfunnsmessige og økonomiske kostnadene kunne 96 % tilskrives problematisk bruk av narkotika og 4 % rekreasjonsbruk av narkotika.

## Nasjonal lovgivning

De fleste landene i Europa har i sin nasjonale lovgivning vurdert eller allerede innført en differensiering mellom de ulike rusmidlene. For eksempel har Tsjekkia vedtatt en ny straffelov med lavere strafferamme for besittelse av cannabis, eller dens virkestoff THC, til eget bruk enn for lovbrudd knyttet til andre narkotiske stoffer. Noe tilsvarende ble drøftet i Estland i 2009, men 10 av 13 eksperter som Justisministeriet rådførte seg med, var imot en stoffbasert differensiering av lovbruddene. Dermed ble det ingen lovendring. I Nederland tok regjeringen anbefalingen fra den rådgivende narkotikapolitiske komité til følge og revurderte antallet kategorier narkotiske stoffer.

Lovgiverne i medlemsstatene i Den europeiske union har mange skillemerker og kontrolltiltak til rådighet, avhengig av i hvilken grad det enkelte stoff har kommersielle, industrielle eller legende egenskaper som gjør at markedsføring og salg er lovlig. Et første alternativ er kontroll utenfor narkotikalovgivningen, som kan deles i tre kategorier: fritt salg, regulert salg uten medisinsk tilsyn og regulert salg med medisinsk tilsyn. For den første kategorien brukes forbrukervernlovgivningen for å kontrollere salget av visse varer, f.eks. salget av potensielt psykoaktive stoffer fra såkalte "smart shops", eller nye stoffer som ennå ikke er kontrollert. Den andre kategorien er basert på begrensninger, f.eks. aldersgrenser for kjøp, eventuelt bruk, eller krav om

egne bevilgninger for utsalgsstedene. Dette vil gjelde f.eks. alkohol- og tobakkskontroll, men kan også gjelde salg av cannabis fra kaffebarer i Nederland og salg av visse flyktige stoffer i f.eks. Storbritannia. Den tredje kategorien omfatter lover som regulerer salg av legemidler, inklusive reseptfrie hoste- og forkjølelsesmidler, samt reseptpliktige legemidler. I løpet av de siste årene har Tsjekkia og Storbritannia innført restriksjoner på salg av forkjølelsesmidler som inneholder pseudoefedrin, da disse kan brukes til illegal framstilling av amfetaminer. Legemiddellovgivningen ble også brukt med hell i Østerrike for å begrense salget av "spice"-produkter uten å kriminalisere brukerne (EONN, 2009a).

Narkotikalovgivningen kan også skille mellom ulike stoffer. Mulige alternativer kan presenteres i form av en pyramide av skillemerker (Ballotta et al., 2008). Nederst i pyramiden er skillet basert på klassifiseringen i loven. Strafferammene for narkotikalovbrudd varierer offisielt

## Økonomiske nedgangstider og narkotikaproblemer

Europakommisjonen (2009a) anser at vi nå er inne i en lavkonjunktur som kan sammenlignes med nedgangstidene på 1930-tallet. I 2009 falt bruttonasjonalproduktet i EU-medlemsstatene med 4,0 %, altså mye mer enn i tidligere kriser. Arbeidsmarkedene i EU ble kraftig svekket, og arbeidsledigheten vil stige med en tredel (fra 6,7 % i 2008) til 11 % i 2010. Sysselsettingen har gått vesentlig ned, så mens 9,5 millioner arbeidstilfeller ble skapt i 2006–08, forventes 8,5 millioner arbeidsplasser å ha gått tapt i 2009–10.

Følgene av den økonomiske nedgangen for bruken av narkotika og narkotikarelaterte problemer var tema for ISSDPs konferanse i 2010 (International Society for the Study of Drug Policy). En generell konklusjon er at det kan være mange forskjellige virkningsmekanismer. For eksempel kan flere arbeidsledige tenåringer selge narkotika og dermed bidra til at tilgjengeligheten og bruken av cannabis øker blant sine jevnaldrende. En del unge voksne kan også bruke narkotika for å takle stress og økonomiske problemer, mens redusert inntekt for andre kan bety at de reduserer sine utgifter til narkotika. Eksisterende narkotikarelaterte problemer kan også bli påvirket, enten direkte, f.eks. ved at fattigere narkotikabrukere begynner å prøve mer effektive og mer risikable bruksmåter, eller indirekte, ved at tjenestetilbudet reduseres som følge av budsjettkutt i det offentlige.

Å vurdere de fulle konsekvensene av dagens økonomiske krise vil ta tid, spesielt på grunn av alle mekanismene som er beskrevet over, og også fordi det vil ta år før alle effektene har kommet til syne. Regjeringer som vurderer å kutte i utgiftene på rusfeltet, må imidlertid ta hensyn til kostnadseffektiviteten ved eksisterende tiltak.

etter stoffets klassifisering eller skadepotensial slik dette er definert i lister fastsatt i eller i direkte tilknytning til, loven. For eksempel fastsetter loven i Bulgaria, Kypros, Nederland, Portugal, Romania og Storbritannia at påtalemyndigheten skal eller bør skille mellom forskjellige typer narkotika uansett lovbrudd, mens Spania, Latvia og Malta bare har et skille når tiltalen gjelder handel med narkotika. På det andre nivået i pyramiden kan de narkotiske stoffene også være likt klassifisert, men loven kan fastsette unntak i form av nedsatt straff for mindre kvanta cannabis til eget bruk når det ikke foreligger skjerpene omstendigheter, som i Belgia, Tsjekkia, Irland og Luxembourg. På det tredje nivået blir skillene etablert i henhold til retningslinjer fra riksadvokaten eller rettspraksis. I Danmark har f.eks. Rigsadvokaten gått ut med retningslinjer som tilrår en differensiering i bøtestrafen for besittelse alt etter hvilket narkotisk stoff tiltalen gjelder, og i Tyskland krever Forfatningsdomstolen mildere dommer for besittelse av cannabis til eget bruk, da overdreven straff er forfatningsstridig.

På toppen av pyramiden av skillemerker er påtalemyndighetens og domstolenes skjønn i håndhevingen av loven. Her vil stoffets art være et av de kriteriene som vurderes ved påtaleunntak eller redusert straff. Selv om dataene har vært begrenset, har EONN (2009e) funnet at straffen kunne variere selv om loven behandlet ulike narkotiske stoffer likt. I Tsjekkia, der loven ser alle narkotiske stoffer under ett, var 44 % av dommene for heroinlovbrudd ubetinget fengsel, mot 39 % for pervitin (metamfetamin) og 11 % for cannabis. I Storbritannia er gjennomsnittsstraffen for dem som dømmes til ubetinget fengsel for besittelse: fem måneder for kokain, sju måneder for ecstasy og ti måneder for heroin. Gjennomsnittsstraffen for omsetning av narkotika (dvs. ikke innførsel og utførsel) var 29 måneder for ecstasy og 37 måneder for kokain og heroin. Samtidig er alle disse tre stoffene klassifisert i samme kategori. Dette tyder på at domstolene oppfatter forskjeller i stoffenes skadepotensial eller alvorlighet som ikke gjenspeiles i lovgivningen.

Kvantumsgrenser, f.eks. i forbindelse med besittelse til eget bruk, er et annet element som brukes for avgrensning mellom lovbrudd på alle nivåer i pyramiden. I sin "Emneoversikt" om kvantumsgrenser avdekket EONN store forskjeller i rettsgrunnlaget så vel som i hvilke kvanta som ble lagt til grunn. Kvantumsgrensene kan være hjemlet ved lov eller i regjerings- eller departementsdekret (f.eks. Tsjekkia, Hellas, Italia, Kypros, Litauen, Ungarn, Østerrike) eller i retningslinjer for påtalemyndigheten (Danmark, Nederland, Finland, Norge) eller begge deler (Belgia, Portugal), eventuelt til og med i retningslinjer for

straffeutmåling (Finland). Grensene kan variere fra land til land for samme lovbrudd. For eksempel er det i Litauen ingen nedre kvantumsgrense for straffeforfølgning for besittelse av hasj, mens den i mange tyske delstater er på 6 gram. Det er heller ingen konsekvens i forholdet mellom de narkotiske stoffene, idet vektgrensen for cannabis varierer fra tre ganger (Kypros) til ti ganger (Nederland) vektgrensen for heroin. Vektgrensene for kokain kan være de samme som for heroin (f.eks. Danmark) eller ti ganger høyere (f.eks. Latvia).

Generelt synes avgrensningene mellom narkotiske stoffer i EUs medlemsstater ikke bare å være avhengig av hvordan de er formelt klassifisert i narkotikalovgivningen. De er også avhengige av: typen lov som brukes til å kontrollere narkotiske stoffer, av retningslinjer gitt til påtalemyndigheten og av rettspraksis, av relative kvantumsgrenser som er fastsatt og av domstolenes holdninger når loven håndheves.

## Narkotikarelatert forskning

### Styrking av EUs forskningskapasitet

I de senere årene har styrking av forskningskapasiteten på rusfeltet stått på dagsorden i Europa. I 2008 finansierte Europakommisjonen studien "Comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union" <sup>(\*)</sup>, og i september 2009 organiserte Kommisjonen en konferanse for å drøfte forskjellige måter for å styrke den narkotikarelaterte forskningskapasiteten i Den europeiske union. Studien og drøftingene ga viktige innblikk i hvordan narkotikarelatert forskning skjer i Europa.

Mesteparten av den narkotikarelaterte forskningen i Europa skjer i medlemsstatene, som setter sine forskningsprioriteringer ut fra nasjonale behov. Dette skjer oftest i fravær av en sammenhengende strategi for narkotikaforskningen, og i mangel av egne bevilgninger. I stedet inngår den narkotikarelaterte forskningen i forskningsprogrammer viet helse, samfunnsvitenskap eller annet. Epidemiologi og evaluering av intervensjoner har vært sterkt overrepresentert i denne forskningen, mens forskning på tilbudssiden, på tilbudsreduksjon og på strategievaluering har vært tilsvarende underrepresentert. Generelt finnes det ingen sammenhengende langsiktighet i samordningen mellom politikk, forskning og praksis. Det nasjonale forskningsarbeidet blir supplert av Det europeiske fellesskaps 7. rammeprogram for forskning, teknologisk utvikling og demonstrasjon (2007–13).

Denne erkjennelsen var da også med i Rådets konklusjoner i "Strengthening EU research capacity on

(\*) Dokumenter og presentasjoner fra konferansen og hele studierapporten er tilgjengelig på konferansenettstedet.

illicit drugs”<sup>(10)</sup>, som fastsetter følgende prioriteringer for framtiden: forskning på årsakene til narkotikaproblemene, hva de består i og hvordan de skal møtes samt evalueringsforskning på tilbuds- og etterspørselsreduksjon. Medlemsstatene anmodes også om å styrke forskningskapasiteten og koordineringsmekanismene samt utforske, med hjelp fra Europakommisjonen, mulighetene som det 7. rammeprogrammet for forskning åpner for, så som European Research Area Networks (ERA-NET) og Marie-Curie-stipendiene. Medlemsstatene og forskningssamfunnet oppfordres dessuten til aktivt å bidra til samråd om Europas framtidige forskningspolitikk og framtidige mål for den narkotikarelaterte forskningen i tilknytning til EUs neste narkotikastrategi. Rådet gikk også med på å opprette en årlig utvekslingsordning innen narkotikarelatert forskning for å fremme forskningssamarbeidet over landegrensene. Det erkjente også behovet for å lette tilgangen til forskningsresultatene for beslutningstakere og fagfolk og oppfordret EONN til å framskaffe og formidle informasjon om og funn fra den narkotikarelaterte forskningen via sitt tematiske internettområde viet forskning og portalen for beste praksis.

### Forskningsfunn og språkbarrierer

De fleste fagfelleverderte forskningsfunnene publiseres på engelsk, og for et stort antall europeiske forskere, praktikere og beslutningstakere gjør dette tilgangen til dem vanskeligere. Det samme gjelder artikler publisert i fagfelleverderte tidsskrifter på andre språk. I 2008 identifiserte EONN 27 slike tidsskrifter i Europa publisert på tsjekkisk, dansk, tysk, gresk, spansk, fransk, ungarsk, polsk, portugisisk, svensk og norsk. Mange statlige og ikke-statlige organisasjoner publiserer også forskningsresultater i rapporter som bare finnes på deres nasjonale språk. Mesteparten av denne informasjonen er tilgjengelig bare for et begrenset antall personer.

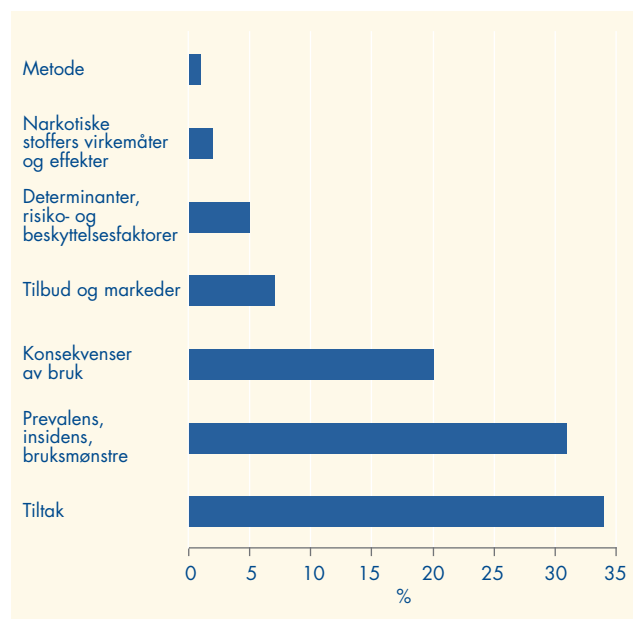
Språkbarrierenes betydning ble belyst i studien “Comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union” og også drøftet på koferansen “Bridging the research gap in the field of illicit drugs research in the EU” som Kommisjonen organiserte. Som et første skritt i arbeidet for å overvinne disse barrierene har EONN utviklet et forskningstematisk nettområde som inneholder en oversikt over nasjonale studier med lenker til publiserte og upubliserte rapporter.

### Forskningsinformasjon fra medlemsstatene

I de nasjonale Reitox-rapportene for 2009 omtaler medlemsstatene over 650 forskningsprosjekter som er igangsatt eller publisert i perioden 2007 til 2009, dvs. omtrent dobbelt så mange som i foregående periode. Dette var tendensen i 26 av de 29 rapporterende landene. Storbritannia hadde det største antallet forskningsprosjekter, over 100, etterfulgt av Tyskland, Nederland og Finland, hver med over 50, og Tsjekkia, Irland og Sverige med over 30.

Som i foregående år gjaldt om lag en tredel av de nyeste studiene tiltak mot narkotikasituasjonen og prevalens, insidens og mønstre for narkotikabruk, mens en femdel studerte konsekvensene av narkotikabruk (figur 1). Sammenlignet med i fjor var det ca. 40 flere studier om tilbudssituasjonen og markedene. Selv om studiene for en stor del var knyttet til et eget datainnsamlingsprosjekt om cannabismarkedene koordinert av EONN i 2009, gir det en indikasjon på økt interesse for tilbudsaspektet.

**Figur 1:** Forskningssemner i nasjonale narkotikarelaterte studier sitert i nasjonale Reitox-rapporter for 2009 (i prosent av alle studier som er sitert)



NB: 29 nasjonale Reitox-rapporter (2009) ble gjennomgått for referanser til narkotikarelaterte studier fra perioden 2007–09. Studiene ble kategorisert etter sammenhengene de ble sitert i.  
Kilde: Nasjonale Reitox-rapporter (2009).

<sup>(10)</sup> Tilgjengelig på Narkotikarelatert forskning på EONNs nettsted.



## Kapittel 2

# Narkotik tiltak i Europa — en oversikt

### Innledning

Dette kapitlet gir en oversikt over narkotik tiltakene i Europa og redegjør nærmere, der det er mulig, for trender, utvikling og kvalitetsspørsmål. Først gjennomgås forebyggende tiltak, deretter følger en gjennomgang av intervensjoner på områdene behandling, skadereduksjon og sosial reintegrasjon. Til sammen utgjør alle disse tiltakene en omfattende strategi for å redusere etterspørselen etter narkotika. Tiltakene kan anses å utfylle hverandre og iverksettes noen ganger i kombinasjon, gjerne av samme instans. Dette er f.eks. stadig oftere tilfellet når det gjelder behandlingstiltak og skadereduserende tiltak.

Tiltak utviklet med sikte på håndheving av narkotikalovgivningen, behandles i en egen del, som også inneholder de seneste dataene om narkotikalovbrudd. Kapitlet avsluttes med en oversikt over tilgjengelige data om behovene til narkotikabrukere i fengsler, og hvilke tiltak som finnes i dette miljøet.

### Forebygging

Narkotikaforebygging kan deles inn i forskjellige nivåer eller strategier og kan rette seg mot alt; fra samfunnet som helhet (miljøforebygging) til å fokusere på risikoutsatte mennesker (indisert forebygging). Ideelt sett skal de ulike strategiene ikke konkurrere – de skal supplere hverandre. De største utfordringene for en forebyggingsstrategi er å avpasse forebyggingens nivå til målgruppenes sårbarhet (Derzon, 2007) samt sikre at intervensjonene er vitenskapelig fundert og har tilstrekkelig dekning.

#### Miljøstrategier

Strategier som baserer seg på miljøforebygging, tar sikte på å påvirke det umiddelbare kulturelle, sosiale, fysiske og økonomiske miljø der menneskene tar sine valg når det gjelder bruk av narkotika. Slike strategier omfatter typisk tiltak som røykeforbud, prising av alkohol og helsefremmende skoler. Det er dokumentert at miljømessige forebyggingstiltak som gjennomføres på samfunnsnivå så vel som innsats for å bedre det

sosiale klimaet i skole og lokalsamfunn, effektivt påvirker normative oppfatninger og følgelig rusmiddelbruk (Fletcher et al., 2008).

Nesten alle land i Europa har nå innført delvis eller totalt røykeforbud, og tobakksreklame ble forbudt med et EU-direktiv fra 2003 (2003/33/EF). Forslag om minstepriser på alkohol og skjerpet kontroll med markedsføringen av alkohol blir også drøftet i flere europeiske land. Ti EU-medlemsstater rapporterte om tiltak for å utvikle et positivt og beskyttet skoleklima, herunder strenge regler for besittelse og bruk av rusmidler. I Nord-Europa har man også utviklet konseptet "positivt, beskyttet miljø" i forhold til lokalsamfunnet, f.eks. gjennom kommunale tiltaksplaner mot alkohol.

#### Generell forebygging

Generell forebygging er forebyggende arbeid som settes inn mot hele befolkningsgrupper, oftest på skole- eller lokalsamfunnsnivå. Det tar sikte på å skape holdninger mot eller utsette debuten av bruk av narkotika og narkotikarelaterte problemer ved å gi unge mennesker de ferdigheter som trengs for å unngå at de begynner å bruke rusmidler. Det er vitenskapelig dokumentert at generelle forebyggingstiltak som er godt utformet og strukturert, kan ha stor effekt. Et ferskt eksempel på dette er et kombinert skole/foreldre-program i Nederland, som reduserte bruken av alkohol (Koning et al., 2009). For andre typer generelle forebyggingstiltak, som kampanjer i massemedia, er det lite som tyder på at de er effektive. En del studier har til og med påvist at de har motsatt effekt. Likevel rapporterer et flertall av landene i Europa at de fortsatt bevilger midler til holdningskampanjer.

Skolebasert generell forebygging rapporteres fra alle land i Europa, selv om innhold og dekningsgrad varierer. Tiltakene omfatter særlig informasjon og opplæring i livsferdigheter. Strukturerte intervensjonsprotokoller ("programmer") forekommer fortsatt relativt sjelden. Man er i stadig større grad blitt klar over at den skolebaserte generelle forebyggingen må bedres. Elleve EU-medlemsstater rapporterer f.eks. at det pågår arbeid for å definere standarder for forebyggende tiltak.



## Selektiv forebygging

Selektiv forebygging retter seg mot bestemte grupper, familier eller lokalsamfunn, der folk på grunn av manglende sosiale bånd og ressurser har større sannsynlighet for å utvikle bruk eller avhengighet av narkotika. Fordi det er vanskelig å gjennomføre eksperimentelle evalueringsmetoder, foreligger det lite dokumentasjon på effekten av selektiv forebygging. Dette er imidlertid ikke tilfellet for intervensjoner for sårbare familier, som flere studier faktisk har vist er effektive (Petrie et al., 2007). Ferske eksempler på dette området er en tilpasning av et program for å styrke familier som ble evaluert i Spania. Det ble funnet å være effektivt når det gjaldt å redusere prediktorene for narkotikabruk, så som forstyrrende atferd på skolen og depressive symptomer. Positive resultater ble også rapportert fra Storbritannia, der det i de første 699 familiene som gjennomførte "Family Intervention Projects" var oppnådd reduksjon i risikoene for barn, rapporterte tilfeller av antisosial atferd, problemer i skolesammenheng, ungdomskriminalitet, vold i familien, psykiske og fysiske helseproblemer så vel som misbruk av rusmiddel.

Generelt rapporterer landene i Europa at tilbudet innen selektiv forebygging er begrenset, og de fleste tiltakene retter seg mot unge lovbytere, sårbare familier og etniske minoritetsgrupper. Dataene tyder på at tilbudet innen selektiv forebygging ikke er blitt bygget ut i de senere år. Det finnes muligens visse unntak fra denne regelen, som intervensjoner mot sårbare familier i enkelte land, og FreD, en systematisk intervensjonsprotokoll for unge lovbytere, som nå er i bruk i over en tredel av alle EUs medlemsstater.

## Indisert forebygging

Indisert forebygging har som mål å identifisere personer som har atferdsmessige eller psykiske problemer og kan være prediktive for utvikling av rusmiddelproblemer senere i livet, samt iverksette spesielle intervensjoner for hver enkelt. Programmer basert på indisert forebygging blir vanligvis evaluert, og evalueringen viser ofte at de er svært effektive (EONN, 2009c). Generelt finnes det få tiltak på dette området. Seks land rapporterer om tiltak for barn med oppmerksomhetssvikt/hyperaktivitet (AD/HD) eller forstyrrende atferd, og ti land rapporterer om tidlig intervensjon og rådgivning til personer som har begynt å bruke narkotika. Det nederlandske "Cannabis show" er nytt. Det tar utgangspunkt i et allerede eksisterende program for forebygging av cannabisbruk (ung-til-ung-metodikk basert på bruk av underholdning) og gjennomføres i en skole for unge med atferdsproblemer og andre psykiatriske problemer.

## Lærdom fra forebyggingsforsøk

Det er gjort lite forskning på effekten av europeiske forebyggings tiltak (<sup>1</sup>). Generell og indisert forebygging i skolen er de områdene som får størst oppmerksomhet. På samme måte foregår det en debatt om overførbareheten av forskningsfunn fra andre deler av verden, oftest fra USA.

EU-DAP-studien, en europeisk multisenterstudie der rundt 7 000 elever i alderen 12–14 år i sju EU-medlemsstater deltok, er et nyttig bidrag til forskningen på forebygging. Studien har vist at intervensjonene gir samme resultater fra land til land i Europa og fra kontinent til kontinent.

En vesentlig risikoreduksjon for bruk av tobakk, alkohol og cannabis etter ett år ble funnet for Unplugged, et forebyggingsprogram basert på 12 økter. Unplugged tar sikte på å korrigere normative oppfatninger om bruk av stoff, samtidig som ungdommene tilegner seg livsferdigheter og kunnskap om de ulike rusmidlene. Etter 18 måneders oppfølging viste intervensjonen vedvarende positiv effekt på antallet episoder med fyll og hyppig cannabisbruk siste 30 dager, mens den kortsiktige effekten på daglig sigarettøyking avtok (Faggiano et al., 2010).

En medieringsanalyse viste at resultatene med hensyn til cannabisbruk for det meste skyldtes korrigering av normative oppfatninger, av positive forventninger til stoffet og av positive holdninger til illegale rusmidler. Styrking av kommunikative ferdigheter og evnen til å ta beslutninger og til å si nei var mindre effektivt.

Europeiske og amerikanske forskere gjennomfører nå parallellanalyser med EU-DAP og andre data for å forstå hvordan barn og ungdommer responderer på forebygging i ulike kontekster. Differensiell forsterkning av faktorer som kjønn, sosial kontekst og psykologiske karakteristika blir særlig undersøkt.

(<sup>1</sup>) Dette har ført til opprettelsen av European Society for Prevention Research.

## Behandling

De viktigste metodene som brukes i behandlingen av narkotikaproblemer i Europa er: psykososiale tiltak, substitusjonsbehandling med opioider og avrusning. De ulike behandlingsmodellenes relative betydning i hvert land er påvirket av en rekke faktorer, herunder hvordan helsesystemet i landet er organisert.

I Europa har vi ingen datasett som tillater en beskrivelse av hele populasjonen av narkotikabrukere som p.t. får narkotikabehandling. På grunnlag av EONNs indikator for etterspørsel etter behandling, som samler inn data om alle som inntas i det spesialiserte behandlingsapparatet, finnes det likevel informasjon om en stor undergruppe av denne populasjonen (<sup>1</sup>). I 2008 registrerte indikatoren

(<sup>1</sup>) Indikatoren for etterspørsel etter behandling mottok data fra spesialiserte behandlingssentre i 29 land, som dekket over 60 % av alle enheter i de fleste land (se tabell TDI-7 i Statistiske opplysninger 2010).

ca. 440 000 personer i behandling, hvorav 40 % for første gang.

En forsiktig beregning på grunnlag av en rekke forskjellige kilder, inklusive indikatoren for etterspørsel etter behandling, går ut på at én million mennesker fikk behandling for bruk av illegale rusmidler i Den europeiske union i 2007. Over halvparten fikk substitusjonsbehandling med opioider. Tyskland, Spania, Frankrike, Italia og Storbritannia hadde nærmere 80 % av narkotikabrukerne som var i kontakt med behandlingsapparatet.

Selv om dette anslaget nok trenger nærmere presisering, tyder det på at behandlingstilbudet i Den europeiske union er relativt høyt. Det viser også hvor mye det har blitt bygget ut siden midten av 1990-tallet, da narkotikapolitikken begynte å prioritere bedre tilgjengelighet og lettere tilgang til narkotikabehandling. I de to siste tiårene har det også vært en solid tilvekst av spesialiserte poliklinikker, oppsøkende tiltak og lavterskeltilbud. Flere land har bygget ut tilbudet om substitusjonsbehandling ved å trekke inn andre instanser, som allmennleger. Dette har ført til at det nå er nesten ti ganger så mange som får substitusjonsbehandling i Europa som i 1993 <sup>(12)</sup>. Endringer i behandlingstilbudet skyldes også at nye klientgrupper har kommet til, f.eks. brukere av cannabis og stimulerende stoffer, som behandlingsapparatet har fått stadig flere av i de siste 15 årene.

Selv om behandlingstilbudet er bygget ut i mange land, er det fortsatt mange faktorer som hindrer tilgang til behandlingsapparatet eller tar motet fra narkotikabrukere som ønsker en eller annen form av behandling. Barrierene kan bestå av strenge inntakskriterier og lovverk, egenbetaling fra pasientene, mangel på kvalifisert personell eller dårlig geografisk dekning. Andre hinder for narkotikabrukere som trenger behandling er: korte åpningstider, krav om daglig fram møte eller mangel på støtte til barnepass (f.eks. under innleggelse i døgninstitusjon) som kommer i konflikt med deres personlige og arbeidsmessige situasjon. Personlige overbevisninger og fordommer, både blant fagfolk og brukere, med hensyn til bestemte behandlingsformers egnethet, effekter og resultater, kan også være til hinder for tilgang til behandling.

Lange ventetider kan være en av konsekvensene av disse barrierene til behandlingsapparatet. Ifølge informasjonen fra nasjonale eksperter i 2008 er et begrenset behandlingstilbud, mangel på ressurser og forsinkelser som skyldes formaliteter, de viktigste årsakene

til ventetidene, som varierer avhengig av behandlingsform (se under).

### Poliklinisk behandling

Ca. 383 000 narkotikabrukere påbegynte behandling i det polikliniske behandlingsapparatet i Europa i 2008. De fleste av dem ble tatt inn i spesialiserte behandlingstiltak, og bare noen få land rapporterte om behandling hos allmennleger eller i lavterskeltilbud. Ved inntak til behandling oppga over halvparten (53 %) opioider, hovedsakelig heroin, som primærrusmiddel, mens cannabis og kokain var primærrusmiddel for henholdsvis 22 % og 18 % <sup>(13)</sup>. Den vanligste veien til behandling er egenhenvvisning (36 %), etterfulgt av henvisninger fra strafferettssystemet (20 %). Resten henvises gjennom sosial- eller helsetjenestene eller uformelle nettverk, inklusive familie og venner <sup>(14)</sup>.

Klientene i det polikliniske behandlingsapparatet er overveiende unge menn. Gjennomsnittsalderen er 31 år, og det er fire ganger flere menn enn kvinner. Førstegangsklienter og kvinnelige klienter er i snitt noe yngre. Lavere gjennomsnittsalder ble også rapportert for cannabis-klienter (25) og personer som bruker andre sentralstimulerende midler enn kokain (29), mens høyere gjennomsnittsalder ble rapportert for klienter som primært bruker kokain (32) og opioider (34). I snitt finnes de yngste narkotikaklientene i Tsjekkia (26) og de eldste i Spania (33) <sup>(15)</sup>. Forholdet mellom menn og kvinner er høyest for cannabis- og kokainklienter (henholdsvis 5:1 og 4,8:1) og lavest blant dem som bruker andre sentralstimulerende midler enn kokain (2,2:1). Ser man bort fra primærrusmiddel, er kjønnsforskjellene størst i Sør-Europa og lavest i Nord-Europa <sup>(16)</sup>.

### EONN Utvalgt aspekt om behandling og pleie for eldre narkotikabrukere

Prognosene tilsier at antallet eldre narkotikabrukere i Europa vil doubles fra 2001 til 2020. Dermed vil vi trenge nye tiltak for behandling og pleie som er tilpasset denne økende befolkningsgruppen. I et Utvalgt aspekt som EONN publiserer i år, granskes utviklingen og årsakene til dette aldringsfenomenet de siste to tiårene. Eldre narkotikabrukeres helse og sosiale karakteristika blir også presentert for en gjennomgang av hvilke behov de nå har. Rapporten avsluttes med en oversikt over pågående tiltak for eldre narkotikabrukere og beste praksis i medlemsstatene.

Dette Utvalgte aspektet finnes på engelsk i trykt utgave og på EONNs nettsted.

<sup>(12)</sup> Se figur HSR-2 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(13)</sup> Se tabell TDI-19 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(14)</sup> Se tabell TDI-16 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(15)</sup> Se tabell TDI-10 og TDI-103 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(16)</sup> Se tabell TDI-21 i Statistiske opplysninger 2010.



De to viktigste polikliniske behandlingsformene i Europa er psykososiale tiltak og substitusjonsbehandling med opioider. Opioidbrukere får ofte en kombinasjon av disse behandlingsformene. De psykososiale tiltakene består i støtte til brukerne i deres innsats for å håndtere og overvinne sine rusproblemer. Tiltakene omfatter rådgivning, motivasjonsforsterkende terapi, kognitiv atferdsterapi, case-management, gruppe- og familierapi og tilbakefallsforebygging. Avhengig av land blir tiltakene iverksatt av offentlige eller private institusjoner. I 2008 anslo eksperter fra ni av de 27 rapporterende landene at det ikke er ventetid for denne typen behandling. I ti andre land anslo de nasjonale ekspertene at ventetiden i snitt ikke var over én måned. I Norge er gjennomsnittlig ventetid anslått til ti uker, mens Danmark har lovfestet behandling innen 14 dager. Eksperter fra sju land kunne ikke legge fram noe tidsanslag.

Substitusjonsbehandling er den vanligste behandlingsformen for opioidbrukere i Europa. Denne behandlingen blir vanligvis gitt poliklinisk, men i enkelte land finnes substitusjonsbehandling også i døgninstitusjoner og i stadig større grad også i fengsler <sup>(17)</sup>. Substitusjonsbehandling med opioider er tilgjengelig i alle EU-medlemsstatene samt i Kroatia og Norge <sup>(18)</sup>. Tyrkia har ennå ikke innført substitusjonsbehandling, selv om loven om behandlingssentre fra 2004 nå tillater det. I de fleste landene foregår mesteparten av substitusjonsbehandlingen i spesialiserte offentlige poliklinikker. Imidlertid spiller allmennlegene — ofte etter avtale om delt behandlingsansvar med spesialiserte sentre — en stadig viktigere rolle i denne typen behandling. Denne behandlingen tilbys på forskjellige nivåer i 13 land.

I 2008 fikk anslagsvis 670 000 opioidbrukere substitusjonsbehandling i Europa <sup>(19)</sup>. Eksperter fra ti av de 26 rapporterende landene anslo at det ikke er ventetid for denne typen behandling. I fire land (Tsjekkia, Danmark, Italia, Portugal) var gjennomsnittlig ventetid anslått til under en måned. I Tsjekkia var det ventetid bare for metadonbehandling ettersom høydosert buprenorfin kan forskrives av allmennlegene, selv om klienten selv må betale det legemiddelet koster. I ytterligere fire land (Ungarn, Romania, Finland, Norge) var anslått ventetid fra en til seks måneder, og i ytterligere tre land (Bulgaria, Hellas, Polen) over ett år. Av disse rapporterer Hellas om en gjennomsnittlig ventetid på 38 måneder, og 5 261 problembrukere av opioider var registrert på ventelistene til substitusjonsprogrammene i 2008. Nasjonale gjennomsnittlige ventetider kan imidlertid

tildekke store regionale variasjoner. I Irland varierer f.eks. gjennomsnittlig ventetid for substitusjonsbehandling fra under 3,5 måneder i Dublin til 18 måneder i den sørøstlige delen (Comptroller and Auditor General, 2009). Eksperter fra fire land kunne ikke legge fram noe anslag over ventetid.

### Behandling i døgninstitusjon

Det finnes data tilgjengelig om ca. 42 000 narkotikabrukere som ble innlagt til narkotikabehandling i døgninstitusjoner i Europa i 2008. Over halvparten av dem rapporterte å ha opioider som primærrusmiddel (57 %), mens de fleste andre klientene primært brukte cannabis (13 %), andre sentralstimulerende midler enn kokain (13 %) eller kokain (7 %). I døgninstitusjonene er klientene hovedsakelig unge menn. Gjennomsnittsalderen er 30 år, og andelen menn i forhold til kvinner er 3,5:1 <sup>(20)</sup>.

Døgnbehandling forutsetter at klienten er innlagt i alt fra uker til flere måneder. I mange tilfeller tar disse programmene sikte på å sette klienten i stand til å holde seg borte fra narkotika, og tillater ikke substitusjonsbehandling. Avrusning, en kortvarig intervensjon som foregår under medisinsk tilsyn og som tar sikte på å redusere de abstinenssymptomene som kronisk narkotikabruk gir, er noen ganger en forutsetning for å kunne begynne på et langsiktig, avholdenhetsbasert behandlingsopplegg i døgninstitusjon. Avrusning skjer oftest under innleggelse på sykehus eller i spesialiserte behandlingssentre eller døgninstitusjoner med medisinsk eller psykiatrisk avdeling.

I døgninstitusjonene innkvarteres klientene på stedet, de får individuelt tilpasset psykososial behandling og deltar i aktiviteter som skal lette tilbakeføringen til samfunnet. Prinsipper fra terapeutiske samfunn brukes ofte i denne forbindelse. Døgnplasser finnes også i psykiatriske sykehus, særlig for klienter med psykiatriske tilleggs lidelser.

Ifølge nasjonale eksperter fra Hellas, Ungarn og Tyrkia får klienter som trenger psykososial behandling i døgninstitusjon, umiddelbart plass. Ekspertene anser at gjennomsnittlig ventetid er under én måned i tolv land og 25 uker i Norge. I Østerrike rapporteres ventetiden å være inntil flere måneder, avhengig av region og behandlingstiltak. Eksperter fra ti land la ikke fram noe anslag over ventetid for denne typen behandling.

For avrusning er det ifølge ekspertene, ingen ventetid i Ungarn, Slovenia, Slovakia, Tyrkia og den flamske delen

<sup>(17)</sup> Se "Hjelp til narkotikabrukere i fengsel", s. 37.

<sup>(18)</sup> Se tabell HSR-1 og HSR-2 Statistiske opplysninger 2009.

<sup>(19)</sup> Se tabell HSR-3 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(20)</sup> Se tabell TDI-7, TDI-10, TDI-19 og TDI-21 i Statistiske opplysninger 2009.

av Belgia. I elleve land anslås gjennomsnittlig ventetid til under to uker. På Kypros, i Tsjekkia og Hellas anslås gjennomsnittlig ventetid til mellom to uker og en måned, mens den i Irland, Østerrike og Norge anslås til mellom en og tre måneder. For fem land la ekspertene ikke fram noe anslag.

### Kvalitetssikring

De fleste landene i Europa har nå iverksatt tiltak for å kvalitetssikre narkotikabehandlingen. Tiltakene omfatter utvikling og gjennomføring av retningslinjer, godkjenning av nasjonale handlingsplaner mot narkotika, som også tar opp kvaliteten på behandlingen, prosesser for kvalitetssertifisering og -akkreditering, undersøkelser av kvalitetsforskjeller mellom behandlingssentre samt studier med sikte på standardverdier for slike sentre.

I den senere tid har seks land innført retningslinjer for behandlingskvalitet, mens Kypros, Tyrkia og Norge nylig har offentliggjort slike retningslinjer. Ti land har vedtatt nye strategidokumenter, noen sammen med en akkrediteringsordning. Polen og Slovakia har også innført akkrediteringskriterier for behandlingssentre. Slovakia har også innført krav om ISO 9001-sertifisering. Fire land, Estland, Latvia, Nederland og Romania, undersøker hvilke forskjeller som finnes i kvaliteten på tjenestene i deres behandlingssystem.

Storbritannia har lang tradisjon for å vurdere helsesystemet og omfattende virkemidler for å overvåke og forbedre behandlingskvaliteten. Dette er nå utvidet med et dokument om klinisk styring i narkotikabehandlingen (NTA, 2009) som fastsetter ansvars- og rapporteringslinjer, kvalitetsforbedring, retningslinjer for risikohåndtering og prosedyrer for å identifisere og korrigere dårlige resultater.

En studie bestilt av EONN identifiserte 60 nasjonale retningslinjer for behandling i 17 av de 22 rapporterende landene i Europa. Behandlingsformene som oftest var omfattet av retningslinjene var: psykososial behandling (29), substitusjonsbehandling med opioider (28) og avrusning (22). Land med mange klienter i substitusjonsbehandling med opioider synes oftere å ha utviklet retningslinjer for de ulike behandlingsformene.

Sytten land rapporterer å ha spesifikke retningslinjer for behandling av opioidbrukere. Fem land har retningslinjer som tilsikter ulike stoffer, mens Ungarn og Tyskland har retningslinjer for behandling av pasienter med forstyrrelser relatert til amfetamin- og cannabisbruk. Ti land har retningslinjer for pasienter som har et langvarig problembruk, og ni har utarbeidet retningslinjer for unge

narkotikabrukere. Åtte land har også retningslinjer for narkotikabrukere med samtidig psykisk lidelse.

Nesten alle retningslinjene retter seg mot behandlingspersonell (58) og tjenesteytere (52), og nærmere halvparten mot helseplanleggere (25). Portugal er det eneste landet som rapporterer om retningslinjer for klienten, mens Danmark rapporterer om retningslinjer for beslutningstakere. Behandlere var involvert i arbeidet på retningslinjene i 17 land, andre fagpersoner i fire land. Dessuten deltok forskere i ni land, beslutningstakere i tre land og klienter i ett. Mer informasjon om nasjonale retningslinjer for behandling finnes på EONN-portalen for beste praksis.

### Skadereduksjon

Forebygging og reduksjon av narkotikarelaterte skader er et folkehelsepolitisk mål i alle medlemsstatene så vel som i EUs narkotikastrategi <sup>(21)</sup>. Gjennomgang av den vitenskapelige dokumentasjonen av skadereduserende intervensjoner samt studier av den kombinerte effekten av slike intervensjoner er nå også tilgjengelig for planlegging av tjenestetilbudet (EONN, 2010a). Blant de viktigste intervensjonene på området er substitusjonsbehandling med opioider og sprøytebytteprogrammer, som fokuserer på overdosedødsfall og spredningen av infeksjonssykdommer. Slike tiltak rapporteres å være tilgjengelig i alle land unntatt Tyrkia. Selv om det er store forskjeller i omfanget av og nivået på tjenestene (se kapittel 6 og 7), er den generelle trenden i Europa at de skadereduserende tiltakene bygges ut og konsolideres.

#### Ny monografi fra EONN om skadereduksjon

“Harm reduction: evidence, impacts and challenges” kom ut i 2010. Gjennom 16 kapitler forfattet av over 50 europeiske og internasjonale eksperter, gir denne monografien en omfattende oversikt over feltet skadereduksjon. Den første delen av monografien tar for seg utviklingen og spredningen av skadereduksjon og behandler begrepet fra forskjellige vinkler – fra internasjonale organisasjoner, forskere og brukerne selv. Del II er viet dagens kunnskapsgrunnlag og konsekvenser og illustrerer hvordan begrepet nå er utvidet til å omfatte et bredt spekter av atferd og skader, inklusive skader relatert til bruk av alkohol, tobakk og rekreasjonsbruk av narkotika. Den siste delen ser på utfordringer og nye tiltak og behovet for å integrere og tilpasse intervensjonene til individuelle behov og samfunnets behov.

Denne publikasjonen finnes på engelsk i trykt utgave og på EONNs nettsted.

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

De fleste landene i Europa har et spekter av helse- og sosiale tjenester som kommer i tillegg, inklusive tjenester som anbefales av WHO, UNODC og UNAIDS (2009), som en del av "pakken" for å forebygge HIV blant sprøytebrukere. Tiltakene som rutinemessig tilbys, er avhengige av nasjonal kontekst, men innbefatter: individuell risikovurdering og rådgivning, målrettet informasjon og opplæring i sikrere bruk, utdeling av annet injeksjonsutstyr enn kanyler og sprøyter, arbeid for å fremme bruken av kondom blant sprøytebrukere, testing for smittsomme sykdommer og rådgivning i den forbindelse, antiretroviral behandling og vaksiner mot virushepatitt. Mange av disse tjenestene tilbys i lavterskeltilbud. Det finnes imidlertid få skadereduserende tiltak som tar sikte på å forebygge narkotikainduserte dødsfall <sup>(22)</sup>, selv om behovet for slike tiltak i stadig større grad er blitt klart. Blant nye initiativer her kan nevnes ordninger for tidlig varsling eller alarm om stoffer som er forbundet med forhøyet risiko <sup>(23)</sup>. For eksempel ble alle lavterskeltiltak i Tsjekkia varslet i 2009 om en mulig forekomst av fentanyl på det lokale narkotikamarkedet.

Etter de framskrittene som er gjort når det gjelder behandlingen av hepatitt C, har de fleste landene nå økt innsatsen for å forebygge, påvise og behandle hepatitt blant narkotikabrukere, også de som får substitusjonsbehandling. Ferske eksempler på dette er den nye nasjonale planen mot hepatitt i Frankrike, en pilotstudie i forbindelse med utarbeidelsen av anbefalinger til HCV-forebygging i Tyskland, og veiledere for behandling av hepatitt i Tsjekkia, Nederland og Storbritannia. Studier og screening gjennomført i fengsler rapporteres også av flere land, bl.a. Belgia, Frankrike, Luxembourg og Ungarn.

De skadereduserende tiltakene fokuserer nå ut over HIV/AIDS-epidemien og har et bredere perspektiv: å ivareta problembrukernes helsemessige og sosiale behov, da særlig problembrukere som er sosialt ekskludert. Da skadereduksjon ble en del av narkotikatiltakene, medførte dette en økt innsats for å samle inn data om narkotikaproblemet. Nasjonale oversikter over tiltak og studier av tiltakenes kvalitet (Tsjekkia, Tyskland, Irland, Finland) og klientundersøkelser (Estland, Litauen, Luxembourg, Ungarn) gir bedre innsikt i tjenestetilbudet og i brukernes behov. Det bidrar også til økt satsing på kvalitetsvurderinger og utveksling av beste praksis samt til å heve kvaliteten på forebyggingsmateriell og -teknikker og å utvikle nye intervensjoner.

## Sosial eksklusjon og reintegrasjon

Sosial reintegrasjon er anerkjent som en vesentlig komponent i enhver omfattende narkotikastrategi. Det kan implementeres på ethvert stadium i en brukers liv og i forskjellige miljøer og innebærer kapasitetsbygging, styrking av sosiale ferdigheter, tiltak for å tilrettelegge for arbeid så vel som sikre bolig eller forbedre boligsituasjonen. I praksis kan reintegrasjonsprogrammer tilby yrkesveiledning, utplassering i arbeidslivet og bostøtte. Fengselsbaserte tiltak, som har betydning for tilbakefall og gjentakelsesfare, kan sette de innsatte i kontakt med boligkontoret og det sosiale støtteapparatet som forberedelse på løslatelsen. Generelt vil resultatet av tiltak som tar sikte på sosial reintegrasjon være avhengig av et effektivt samarbeid mellom helseinstitusjoner og institusjoner innen sosialomsorgen.

Selv om det ikke finnes noen direkte årsakssammenheng mellom de mer problematiske formene for narkotikabruk og sosial eksklusjon, opptrer de ofte sammen. Data viser at 9 % av klientene som ble inntatt til poliklinisk narkotikabehandling i 2008 var hjemløse, og ca. 13 % av dem som ble innlagt for behandling. Ca. 40 % av alle klienter som ble inntatt til behandling, enten det var som dagpasienter eller døgnpasienter, hadde ikke fullført videregående skole, og 47 % av klientene som ble inntatt i det polikliniske behandlingsapparatet og 71 % av døgnpasientene rapporterte å være arbeidsledige eller ikke yrkesaktive <sup>(24)</sup>. Dette blir nok ikke bedre under de rådende økonomiske forhold, der økende arbeidsledighet gjør konkurransen på arbeidsmarkedet enda hardere <sup>(25)</sup>.

Alle rapporterende land nevner at de har bolig-, utdannings- og arbeidsprogrammer og -tilbud. Disse retter seg enten spesifikt mot narkotikabrukere eller er beregnet på behovene til sosialt ekskluderte grupper generelt. Irland og Sverige drøfter nå "bolig først"-modellen for hjemløse personer med psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer. Denne modellen brukes ofte i et integrert opplegg med behandling og sosiale tjenester i nærmiljøet, og i forbindelse med case-management. Tilgangen til bolig er da ikke betinget av at vedkommende er edru og rusfri, et krav som oftest stilles som betingelse for denne gruppen. "Bolig først"-modellen har gitt positive resultater for hjemløse mennesker for en lang rekke variabler relatert til sosiale og helsemessige forhold, inklusive rusmiddelbruk (Pleace, 2008).

Å bedre narkotikabrukeres mulighet til ansettelse og tilgang til betalt arbeid er en viktig del av deres sosiale

<sup>(22)</sup> Se tabell HSR-8 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(23)</sup> Se boksen "Utbrudd av militærbrann blant heroinbrukere i Storbritannia og Tyskland" i kapittel 7.

<sup>(24)</sup> Se tabell TDI-12, TDI-13 og TDI-15 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(25)</sup> Se boksen "Nedgangstider og narkotikaproblemer" i kapittel 1.

reintegrasjon. Land som Tyskland, Italia, Østerrike, Portugal og Storbritannia har i økende grad satset på rehabilitering gjennom arbeid, iverksatt nye initiativer og økt bevilgningene til dette.

## Rettshåndheving og narkotikalovbrudd

Rettshåndhevingen, en viktig komponent i narkotikapolitikken både nasjonalt og i EU, omfatter et bredt spekter av intervensjoner som hovedsakelig gjennomføres av politi og politilignende etater (f.eks. tollvesenet). Data om rettshåndhevingsorganenes innsats er ofte svakere utviklet og vanskeligere tilgjengelig enn data på andre områder av narkotikapolitikken. Et unntak her er data om narkotikalovbrudd, som denne delen av rapporten er viet. Her gjennomgås også rettshåndhevings tiltak som har kommet på plass i den senere tid for å bekjempe kommersiell cannabisproduksjon, og internasjonalt samarbeid for å bekjempe ulovlig handel med narkotika.

### Rettshåndheving

I 2010 opprettet Europol en "analysearbeids-fil" for data om cannabis (<sup>26</sup>). Prosjektet inneholder en komponent som gjelder cannabisdyrking. Denne skal bidra til økt utveksling av etterretningsinformasjon i Den europeiske union om den organiserte kriminalitetens rolle i cannabisproduksjonen. Bakgrunnen var rapporter fra rettshåndhevingsorganer i minst sju land om at kriminelle organisasjoner var involvert i kommersiell dyrking av cannabis, en virksomhet som tydeligvis kan være svært lukrativ (<sup>27</sup>).

Det er vanskelig å anslå omfanget av den ulovlige dyrkingen av cannabis i Europa, da det foreligger få opplysninger om antall produsenter og plantasjenes størrelse. Kvalitative studier og beslagdata (se kapittel 3) tyder på at den innenlandske produksjonen kan ha økt betraktelig siden 1990-tallet, særlig i Vest-Europa. Kvalitative studier viser at produsentenes motivasjon varierer. Noen har et par planter som de dyrker til eget forbruk, mens andre har tusenvis av planter og driver kommersielt.

Det foreligger rapporter om at kommersiell dyrking av cannabis, særlig store innendørs plantasjer, er et stort problem i forhold til kriminalitet og offentlig sikkerhet i Belgia, Tyskland, Nederland og Storbritannia. Kriminelle organisasjoner i Storbritannia rapporteres å utnytte ungdommer, ulovlig innvandret fra Asia. Etablering av

kommersielle, innendørs plantasjer innebærer dessuten ofte en ombygging av lokalene som kan forringe eiendommens verdi. Det enorme strømforbruket til den kunstige belysningen som trengs for å dyrke cannabis innendørs, er en annen sikkerhetsrisiko. Usikre metoder for å kople seg forbi strømmålerne — for å unngå å betale eller vekke mistanke — eller underdimensjonerte elektriske anlegg rapporteres å ha skapt mer enn én brann i innendørs plantasjer.

Det samme lovverket som brukes i forbindelse med narkotika og organisert kriminalitet, kan brukes mot cannabisdyrking, men en del europeiske land har i den senere tid utviklet egne strategier på dette området. Belgia har prioritert bekjempelse av illegal cannabisproduksjon i sin nasjonale sikkerhetsplan for perioden 2008–12, mens Nederland og Storbritannia har utviklet mangefasetterte strategier for å styrke arbeidet for å påvise og ødelegge kommersielle plantasjer. Disse strategiene omfatter bl.a. tiltak for å bevisstgjøre befolkningen og enkelte nøkkelsektorer (f.eks. elektrisitetsverk og jernvarehandlere) for å få dem til å rapportere cannabisplantasjer til politiet. I tillegg er det etablert partnerskap mellom rettshåndhevingsorganer og elektrisitetsverk, boligmyndigheter, forsikringsselskaper og andre sektorer som ønsker å bekjempe kommersielle plantasjer. Det er også tatt skritt for å gjøre politiet mer effektivt. F.eks. etablerte Nederland i juli 2008 en egen arbeidsgruppe mot organisert dyrking av cannabis som koordinerer innsatsen mellom politi, lokale myndigheter, domstoler og skattekontorer. Politistyrkene kan nå utstyres med deteksjonsteknologi som brukes i det militære, bl.a. termiske IR-kameraer, og gjennomfører store operasjoner for å ødelegge plantasjer og arrestere mistenkte, som "Operation Mazurka" i Nord-Irland, som førte til at 101 personer ble pågrepet i 2008.

Tiltak mot cannabisproduksjon er også rapportert fra andre land. For eksempel ble det gjennomført en stor operasjon mot "cannabisfabrikker" i Irland i 2008, mens Det føderale kriminalpolitikontor (Bundeskriminalamt) i Tyskland opprettet en spesialenhet for cannabislovbrudd i hele landet.

### Brudd på narkotikalovgivningen

Anmeldelser for brudd på narkotikalovgivningen, for det meste fra politiet, er de eneste dataene om narkotikarelatert kriminalitet som er rutinemessig tilgjengelig i Europa (<sup>28</sup>). Disse dataene viser vanligvis til lovbrudd som gjelder bruk av narkotika (bruk

(<sup>26</sup>) En analysearbeids-fil er kort fortalt en sikret database med informasjon lagt inn under strengeste fortrolighet av deltakerlandene, som gjør at nasjonale rettshåndhevingsorganer kan få hjelp hos Europol.

(<sup>27</sup>) Se boksen "Inntekter og fortjeneste fra illegal cannabisproduksjon" i kapittel 3.

(<sup>28</sup>) For en drøfting av forholdet mellom narkotika og kriminalitet og en definisjon av "narkotikarelatert kriminalitet", se EONN (2007a).

### Utvikling av plattformer for tverrinstitusjonelt samarbeid i Europa

Begrepet tverrinstitusjonelt samarbeid, der rettshåndhevingsorganer og militære myndigheter fra forskjellige land utveksler etterretningsopplysninger og koordinerer beslag av narkotika før stoffet når fram til brukemarkedene, har sin opprinnelse i Amerika. Joint Interagency Task Force-South (JIATF-S), som ble etablert i Panama i 1994 og nå er basert i Key West (Florida), er en modell for denne formen for samarbeid. JIATF-S er en militært ledet plattform som samordner innsatsen mot narkotika fra luften og på havet sør for USA. Dette utføres av det amerikanske forsvaret, etterretningsstjenestene og rettshåndhevingsorganer samt av samarbeidende land som Spania, Frankrike, Nederland og Storbritannia.

I Europa er det nylig opprettet to slike plattformer, begge ledet av rettshåndhevende myndigheter, for å samordne innsatsen mot narkotikasmugling. Maritime Analysis and Operations Centre-Narcotics (MAOC-N) ble opprettet i 2007, innenfor rammen av Den europeiske union, ved en traktat mellom Irland, Spania, Frankrike, Italia, Nederland, Portugal og Storbritannia. MAOC-N er basert i Lisboa og samordner innsatsen mot skipslastene med narkotika som transporteres over Atlanteren. JIATF-S var tilknyttet MAOC-N allerede i utgangspunktet og er nå observatør i dette prosjektet sammen med Europakommisjonen, Europol, Tyskland, Hellas, Canada, Marokko, UNODC og, for kort tid siden, Kapp Verde. Den andre plattformen for tverrinstitusjonelt samarbeid, Centre de Coordination de la Lutte Anti-Drogue en Méditerranée (CeCLAD-M), ble opprettet i 2008. CeCLAD-M er en enhet i det franske politiet, som består av representanter for franske rettshåndhevende myndigheter og marinen samt representanter for Hellas, Spania, Italia, Kypros, Portugal, Storbritannia, Marokko og Senegal. Senteret ligger i Toulon og kan foreslå at mistenkelige skip og luftfartøy i Middelhavet oppbringes.

Tilsvarende samarbeidsstrukturer kan i framtiden bli en realitet i det østlige Middelhavet og i svartehavsområdet. Europakommisjonen har nylig støttet en studie som undersøkte mulighetene for å opprette en europeisk plattform for utveksling av etterretningsopplysninger og kapasitetsbygging i Vest-Afrika.

eller besittelse for bruk) eller forsyning av narkotika (produksjon, handel og omsetning), selv om en del land også rapporterer andre typer lovbrudd (f.eks. knyttet til utgangsstoffer for narkotika).

Data om narkotikalovbrudd er en direkte indikator på rettshåndhevingsorganenes innsats siden de viser til såkalt offerløs kriminalitet, som oftest ikke blir anmeldt av eventuelle ofre. De blir gjerne betraktet som indirekte indikatorer på narkotikabruk og narkotikahandel selv om

de bare gjelder virksomhet som rettshåndhevingsorganene har kjennskap til. Dessuten vil de gjerne også gjenspeile nasjonale forskjeller i lovgivning, prioriteringer og ressurser. Videre kan de nasjonale informasjonssystemene være forskjellige, særlig når det gjelder registrerings- og rapporteringspraksis. Når det derfor er vanskelig å utarbeide gode sammenlikninger landene imellom, vil det være bedre å sammenligne trender enn absolutte tall.

En EU-indeks basert på data innsendt av 21 medlemsstater, som representerer 85 % av Den europeiske unions befolkning i aldersgruppen 15–64, viser at antallet rapporterte narkotikalovbrudd gikk opp med anslagsvis 35 % fra 2003 til 2008. Dataene avdekker oppadgående trender i 15 land og stabile eller generelt nedadgående trender i ni land i perioden <sup>(29)</sup>.

### Lovbrudd relatert til bruk og forsyning

Sammenlignet med tidligere år har det ikke vært noen større forandringer i forholdet mellom narkotikalovbrudd relatert til bruk og lovbrudd relatert til forsyning.

I de fleste (23) landene i Europa var flesteparten av narkotikalovbruddene i 2008 fortsatt knyttet til bruk eller besittelse for eget bruk, med høyest tall i Estland, Spania, Frankrike, Østerrike, Slovenia og Sverige (81–92 %). I Tsjekkia er det imidlertid lovbruddene relatert til forsyning som dominerer (87 %) <sup>(30)</sup>.

Fra 2003 til 2008 steg antallet narkotikalovbrudd relatert til bruk i 19 rapporterende land, bortsett fra i Bulgaria, Tyskland, Hellas, Østerrike og Slovenia, som rapporterte en nedgang i perioden. I Den europeiske union økte antallet narkotikalovbrudd relatert til bruk med anslagsvis 37 % i perioden 2003 til 2008 (figur 2).

Antallet lovbrudd relatert til forsyning av narkotika har også økt i perioden 2003–08, men langt fra like mye, idet gjennomsnittlig økning for Den europeiske union sett under ett, var på 10 %. I løpet av denne perioden rapporterte 17 land om en økning i forsyningsrelaterte lovbrudd, og åtte om en generell nedgang <sup>(31)</sup>.

### Trender for det enkelte stoff

Cannabis er fortsatt det illegale rusmiddelet som oftest nevnes i anmeldte narkotikalovbrudd i Europa <sup>(32)</sup>. I de fleste landene i Europa sto cannabisrelaterte lovbrudd for mellom 50 % og 75 % av alle anmeldte narkotikalovbrudd i 2008. Bare i tre land ble det begått flere lovbrudd som gjaldt andre narkotiske stoffer, nemlig Tsjekkia og Latvia, med metamfetamin (57 % resp. 33 %), og Litauen, med heroin (26 %).

<sup>(29)</sup> Se figur DLO-1 og tabell DLO-1 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(30)</sup> Se tabell DLO-2 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(31)</sup> Se figur DLO-1 og tabell DLO-5 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(32)</sup> Se tabell DLO-3 i Statistiske opplysninger 2010.



I perioden 2003–08 gikk antallet narkotikalovbrudd som involverte cannabis opp i 15 av de rapporterende landene, noe som ga en samlet økning på 29 % for EU sett under ett (figur 2). Nedadgående trender rapporteres fra Bulgaria, Tsjekkia, Tyskland, Italia, Østerrike og Slovenia <sup>(33)</sup>.

Antallet kokainrelaterte lovbrudd gikk opp i perioden 2003–08 i 17 rapporterende land, mens Bulgaria, Tyskland, Italia og Østerrike rapporterte om en nedgang. Den europeiske union sett under ett hadde i samme periode en økning i antallet kokainrelaterte lovbrudd på ca. 45 %, med en viss utflating det siste året <sup>(34)</sup>.

At trenden for heroinrelaterte lovbrudd snudde fra nedadgående til oppadgående, som ble antydnet i fjorårets rapport, kan nå bekreftes: For EU sett under ett, gikk disse lovbruddene opp med 39 % i perioden 2003–08. Antallet heroinrelaterte lovbrudd gikk opp i 16 rapporterende land og ned i Bulgaria, Tyskland, Italia og Østerrike i perioden 2003–08 <sup>(35)</sup>.

Antallet amfetaminrelaterte lovbrudd rapportert i Den europeiske union viser fortsatt oppgang, med en økning på anslagsvis 24 % fra 2003 til 2008. Lovbruddene relatert til ecstasy gikk derimot ned med anslagsvis 35 % i samme periode (figur 2).

## Helse- og sosialtiltak i fengsler

På en hvilken som helst dag vil det være over 600 000 mennesker i fengsel i Den europeiske union <sup>(36)</sup>,

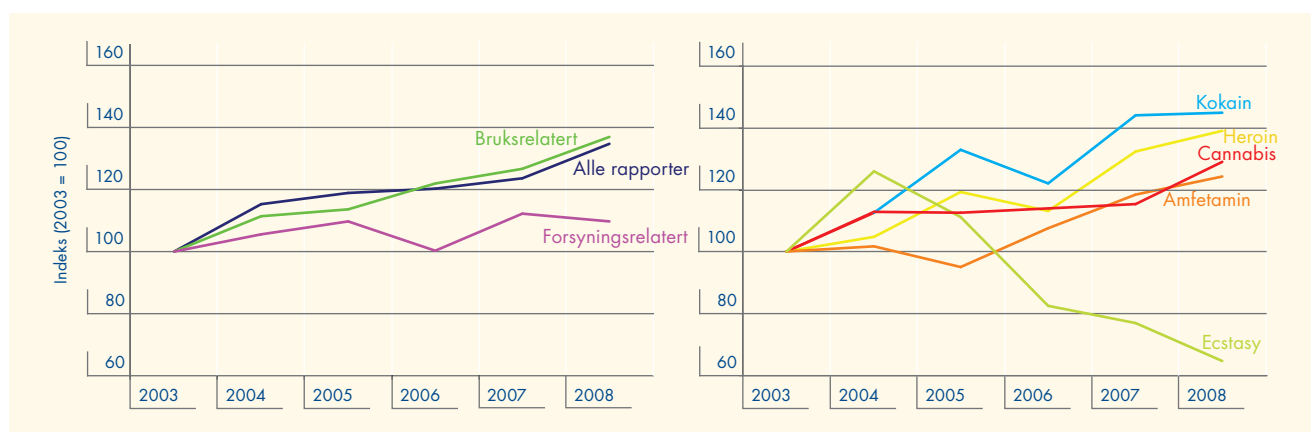
eller i snitt 120 innsatte pr. 100 000 innbyggere <sup>(37)</sup>. Nasjonale tall varierer fra 66 til 285 innsatte pr. 100 000 innbyggere, der de fleste medlemsstatene i Sentral- og Øst-Europa rapporterer tall over gjennomsnittet. Likevel er de nasjonale tallene, og snittet for EU, betraktelig lavere enn i Russland (609) og USA (753) <sup>(38)</sup>.

Personer som er domfelt for narkotikalovbrudd, utgjør mellom 10 % og 30 % av fengselsbefolkningen i de fleste EU-landene. En ukjent andel andre er domfelt for vinningsforbrytelser for å finansiere narkotikaavhengighet eller for annen narkotikarelatert kriminalitet.

## Narkotikabruk i fengselsbefolkningen

Ennå er det et stykke fram til at alle definisjoner, forskningsspørsmål og metoder som brukes i studier av narkotikabruk i fengslene, er standardisert (Generaldirektoratet for helse- og forbrukersaker, 2008; Vandam, 2009), men eksisterende studier viser at narkotikabruk fortsatt er mer utbredt i fengselsbefolkningen enn i befolkningen for øvrig. Data fra en rekke studier gjennomført siden 2003, viser at det er store forskjeller i prevalensen av narkotikabruk blant innsatte. For eksempel ble regelmessig narkotikabruk i måneden forut for innsettelsen rapportert av bare 3 % av respondentene i noen land, mot hele 77 % i andre land. Studier viser også at de aller mest skadelige formene for narkotikabruk også kan være mer utbredt blant innsatte, idet mellom 6 % og 38 % av de undersøkte rapporterte å ha injisert narkotika <sup>(39)</sup>.

**Figur 2:** Trender i rapporter i EUs medlemsstater om narkotikarelaterte lovbrudd etter type lovbrudd og etter type narkotisk stoff



NB: Trendene er basert på tilgjengelig informasjon om nasjonale tall for rapporter om narkotikarelaterte lovbrudd (straffbare og ikke-straffbare forhold) som er innrapportert av alle rettshåndhevsorganer i EUs medlemsstater. Alle seriene er indekset (2003=100) og vektet etter befolkningsstørrelse i hvert land for å beregne en generell europeisk trend. For ytterligere informasjon, se figur DLO-1 og DLO-3 i Statistiske opplysninger 2010.

Kilde: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

<sup>(33)</sup> Se tabell DLO-6 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(34)</sup> Se figur DLO-3 og tabell DLO-8 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(35)</sup> Se tabell DLO-7 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(36)</sup> Data om europeiske fengsler er tilgjengelig fra Europarådet.

<sup>(37)</sup> Begrepet "innsatt" omfatter både varetektsfanger og soningsfanger.

<sup>(38)</sup> Kilde: World prison brief for tall fra USA og Russland.

<sup>(39)</sup> Se tabell DUP-2 og DUP-105 i Statistiske opplysninger 2010.

Ved innsettelse vil de fleste brukerne redusere forbruket av narkotika eller stoppe helt, hovedsakelig på grunn av problemer med å skaffe seg stoffene. Men at narkotika finner veien inn i de fleste fengsler til tross for alle tiltakene som iverksettes for å redusere tilførselen, er et faktum verken fengselseksperter eller politikere i Europa nekter for. I studier gjennomført etter 2003 varierer anslagene over narkotikabruk i fengslene fra 1 % til 56 % av de innsatte. Regelmessig narkotikabruk den siste måneden av soningstiden rapporteres av 12 % av de innsatte i følge en nasjonal studie gjennomført i Portugal i 2007 <sup>(40)</sup>. En studie blant 246 innsatte i Luxembourg fant at 31 % hadde injisert narkotika i løpet av fengselsoppholdet, og studier i tre andre land rapporterte injeksjonsnivåer på 10 % eller mer <sup>(41)</sup>. Injisierende narkotikabrukere i fengsel synes å dele brukerutstyr oftere enn brukere som ikke er i fengsel. Dette reiser spørsmål om potensialet for spredning av smittsomme sykdommer blant de innsatte.

### Fengselshelse i Europa

Innsatte har krav på samme helsetilbud som folk som lever ute i samfunnet, og fengslenes helsetjeneste bør være i stand til å gi tilsvarende behandling for problemer forbundet med narkotikabruk som det som tilbys utenfor murene (CPT, 2006; WHO, 2007). Dette generelle likeverdsprinsippet er anerkjent i Den europeiske union gjennom rådsrekommendasjon av 18. juni 2003 om forebygging og reduksjon av helseskade forbundet med narkotikaavhengighet <sup>(42)</sup>. EUs nye handlingsplan mot narkotika (2009–12) forutsetter at prinsippet gjennomføres.

Samarbeidet mellom kriminalomsorgen og helse- og sosialtjenestene i Europa blir stadig bedre. Eksempler på dette er: overføringen av ansvaret for de innsattes helse fra justismyndigheten til helsemyndigheten i Frankrike, Italia, Sverige, Norge samt England og Wales (planlegges i Skottland), integreringen av lokalsamfunnsbaserte helsetjenester i tverrfaglige fengselsteam i Luxembourg, Portugal, Slovenia og Sverige så vel som økningen i tilbudene fra lokalsamfunnsbaserte narkotikatiltak til innsatte, som nå finnes i de fleste land.

Nasjonale narkotikastrategier og handlingsplaner inneholder ofte mål for helse og omsorg for fengselsbefolkningen, som et likeverdig helse- og omsorgstilbud for de innsatte, bedre kvalitet på helse- og omsorgstilbudet og kontinuitet i behandlingen. En del land har utarbeidet særskilte strategier for fengselsystemet. Spania og Luxembourg har hatt egne retningslinjer for

fengselshelse i over ti år, og effekten er godt dokumentert. Belgia har nå også oppnevnt narkotikapolitiske koordinatorene i fengslene og opprettet en sentral enhet der fengselsansatte og narkotikaeksperter samarbeider for å få innsatte ved løslatelse inn i behandlingsapparatet. I 2008 nedsatte fengselsvesenet i Ungarn en egen komité for narkotikaspørsmål. I Tsjekkia ligger fengselsvesenets narkotikapolitiske handlingsplan 2007–09 til grunn for innføringen av nye tjenester, og handlingsplanen omfatter også en overvåkings- og evalueringskomponent. Narkotikastrategien for 2008–11 for det britiske National Offender Management Service (NOMS, 2009) fastsetter at det skal iverksettes tidlige tiltak for unge mennesker, og at lovbrutere med narkotikaproblemer skal ha et tilbud som vil redusere skadene forbundet med narkotika og alkohol.

### Hjelp til narkotikabrukere i fengsel

Innsatte i europeiske fengsler har mange tilbud knyttet til narkotikabruk og narkotikaproblemer, bl.a. informasjon om narkotika og helse, behandling for smittsomme sykdommer og narkotikaavhengighet, skadereduserende tiltak og forberedelse for løslatelse <sup>(43)</sup>.

Internasjonale organisasjoner har i de senere år utarbeidet informasjon og veiledninger om håndtering av smittsomme sykdommer i fengslene. UNODC har i samarbeid med WHO og UNAIDS publisert en serie med informasjonsmateriell for fengselsmyndigheter og andre beslutningstakere som forklarer hvordan nasjonale tiltak mot HIV/AIDS i fengselsmiljøer bør utformes for å være effektive (UNODC, WHO og UNAIDS, 2006). Et annet dokument inneholder retningslinjer for hvordan rådgivning og testing for smittsomme sykdommer best kan formidles, og om hvordan kommunikasjonen av resultatene til de innsatte kan bli bedre (UNODC, UNAIDS og WHO, 2010).

Bare noen få land har utarbeidet klare regler for kriminalomsorgens helse- og omsorgsansvar og standarder for dette, bl.a. Tsjekkia, Spania, Luxembourg og Storbritannia. En del andre land har også tatt skritt i denne retningen. Flere land rapporterer nå at de foretar en vurdering av tilgjengeligheten av og kvaliteten på helse- og omsorgstilbudet til narkotikabrukere som sitter fengslet. I Irland ble det f.eks. gjennomført en studie som identifiserte et behov for å avpasse apotek-tjenesten i fengslene med veksten i antallet innsatte som fikk substitusjonsbehandling (Irish Prison Service, 2009), mens Frankrikes nye tilsynsorgan for

<sup>(40)</sup> Se tabell DUP-3 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(41)</sup> Se tabell DUP-4 i Statistiske opplysninger 2010.

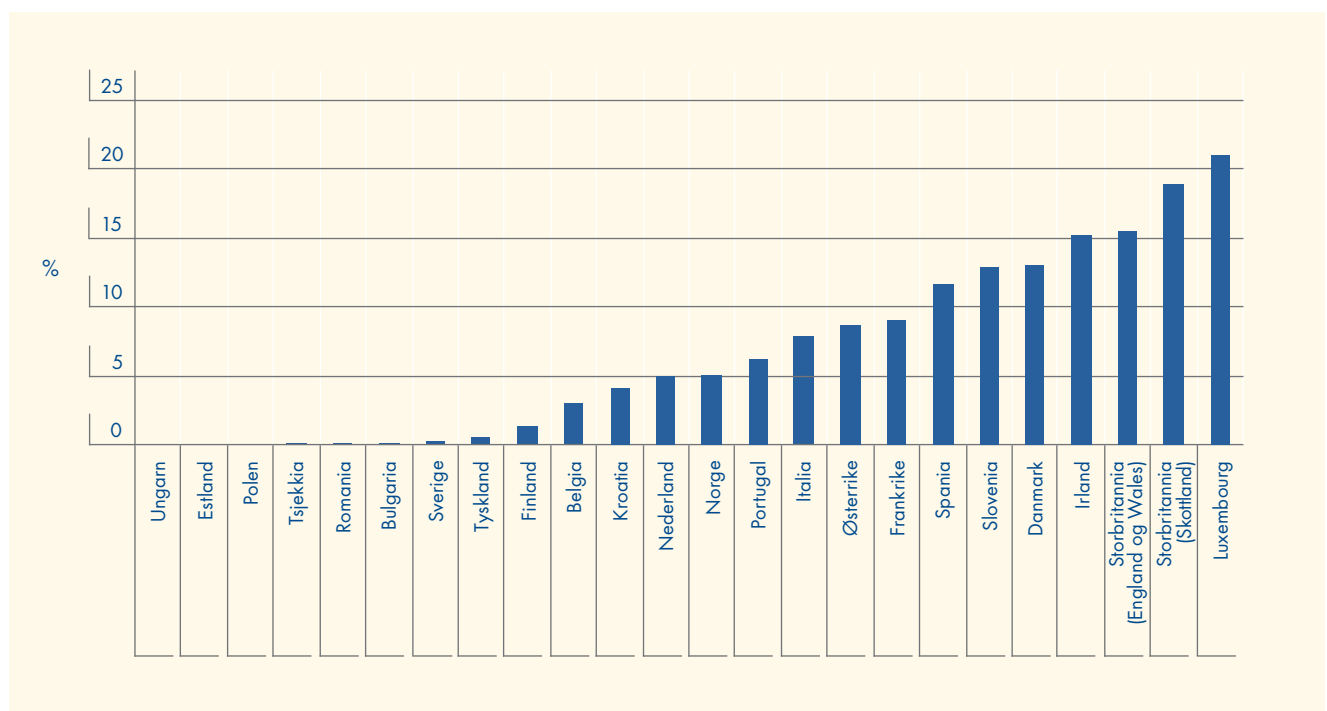
<sup>(42)</sup> EUT L 165 av 3.7.2003, s. 31.

<sup>(43)</sup> Se tabell HSR-7 i Statistiske opplysninger 2010.

fengsler og andre lukkede institusjoner påviste mangler i fengslenes helsetjeneste og avdekket smitterisiko. Nederland har innført et nytt direktiv om pleie og omsorg for innsatte brukere. Dette legger særlig vekt på narkotikarelaterte smittsomme sykdommer <sup>(44)</sup>. Gjennom investering i opplæring har kvaliteten på tjenestene som tilbys i fengslene, blitt bedre i flere land. I Belgia har alle fengselsansatte fått opplæring i retningslinjene for bruk av alkohol og narkotika i fengslene, fengselsleger i Kroatia har fått opplæring i substitusjonsbehandling, og i et UNODC-ledet prosjekt fikk latviske fengselsleger, sosialarbeidere og psykologer opplæring i HIV-forebygging og narkotikaopplysning, med sikte på videreformidling til de innsatte. I Finland skal nye programmer for behandling i fengsel akkrediteres av Brottpåføljdsmyndigheten.

Som følge av at substitusjonsbehandling er blitt stadig vanligere ute i samfunnet, rapporterer mange land om en økning i antallet personer som får substitusjonsbehandling ved innsettelse. Fordi det skjer så mange overdosedødsfall etter løslatelse (EONN, 2009a), og for å redusere risikoen for forbrytelser som begås for å finansiere bruk av illegale rusmidler, er kontinuitet i substitusjonsbehandlingen spesielt viktig. I fengslene i Bulgaria, Estland og Romania ble det i 2008 mulig å fortsette substitusjonsbehandling med opioider. Dette behandlingstilbudet finnes imidlertid ikke i fengslene i Hellas, Kypros, Litauen, Latvia, Slovakia og Tyrkia. Seks medlemsstater anslår at over 10 % av alle innsatte får substitusjonsbehandling med opioider; for åtte andre land er tilsvarende tall mellom 3 % og 10 % (figur 3). I de fleste land er avrusning fortsatt "standard" behandling for opioidbrukere som innsettes.

**Figur 3:** Andel av fengselsbefolkningen som får substitusjonsbehandling med opioider



NB: Data er presentert for alle land der substitusjonsbehandling tilbys i fengsler, bortsett fra Malta. Dataene er for 2008, bortsett fra for Østerrike og Skottland (2007), Belgia og Nederland (2009). For merknader og kilder, se tabell HSR-9 i Statistiske opplysninger 2010.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

<sup>(44)</sup> Se portalen for beste praksis.





## Kapittel 3

### Cannabis

#### Innledning

Cannabis er det illegale rusmiddelet som er lettest tilgjengelig i Europa, idet det både importeres og produseres lokalt. I de fleste landene gikk bruken av cannabis opp på 1990-tallet og i de første årene etter 2000, men det er fortsatt store forskjeller landene imellom. I løpet av de senere år har man fått bedre kunnskap om konsekvensene for folkehelsen av langvarig og utbredt bruk av dette stoffet, og stadig flere søker behandling for cannabisrelaterte problemer. Europa er kanskje nå på vei inn i en ny fase, ettersom data både fra generelle befolkningsundersøkelser og fra skoleundersøkelser tyder på at bruken av cannabis har stabilisert seg eller til og med gått ned. Bruksnivået er imidlertid fortsatt høyt i historisk sammenheng, og hva som utgjør et effektivt tiltak mot cannabisbruk, er fortsatt et sentralt spørsmål i den europeiske narkotikadebatten.

#### Tilbud og tilgjengelighet

##### Produksjon og handel

Cannabis kan dyrkes i mange forskjellige miljøer og vokser vilt i mange deler av verden. Det anslås at cannabis dyrkes i 172 land og territorier i verden (UNODC, 2009). Dette innebærer at det er vanskelig å legge fram nøyaktige anslag over den globale produksjonen av cannabis. UNODC (2009) anslår den globale produksjonen av marihuana til mellom 13 300 og 66 100 tonn i 2008.

I Europa er dyrking av cannabis utbredt og synes å øke. I 2008 rapporterte alle de 29 rapporterende landene om innenlandsk produksjon av cannabis, men fenomenets omfang synes å variere betydelig. En vesentlig del av den cannabisen som brukes i Europa, er nok sannsynligvis dyrket i Europa.

**Tabell 2: Produksjon, beslag, pris og styrke på marihuana og hasj**

	Hasj	Marihuana
<b>Globalt produksjonsestimat (tonn)</b>	2 200–9 900	13 300–66 100
<b>Globale beslag (tonn)</b>	1 637	6 563
<b>Beslaglagte kvanta (tonn) EU og Norge (inkl. Kroatia og Tyrkia)</b>	892 (900)	60 (92)
<b>Antall beslag EU og Norge (inkl. Kroatia og Tyrkia)</b>	367 400 (368 700)	273 800 (288 600)
<b>Gjennomsnittlig detaljpris (EUR pr. gram) Spredning (interkvartil avstand) <sup>(1)</sup></b>	3–10 (6–9)	3–16 (5–9)
<b>Gjennomsnittlig styrke (THC-innhold %) Spredning (interkvartil avstand) <sup>(1)</sup></b>	3–16 (6–10)	1–10 (5–8)

<sup>(1)</sup> Verdier i midterste halvdel av rapporterte gjennomsnittspriser.

NB: Alle data for 2008.

Kilder: UNODC (2009, 2010b) for globale data, nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet for europeiske data.

Marihuanaen i Europa er også importert, for det meste fra Afrika (f.eks. Nigeria, Kapp Verde, Sør-Afrika) og i noen mindre grad fra Amerika, særlig Karibia, Midtøsten (Libanon) og Asia (Thailand). En fersk rapport nevner også Albania, Den tidligere jugoslaviske republikken Makedonia, Moldova, Montenegro og Serbia som kilder (INCB, 2010b).

Den globale produksjonen av hasj i 2008 er anslått til mellom 2 200 og 9 900 tonn (UNODC, 2009), og Afghanistan og Marokko er de største produsentene. Ifølge en nyere undersøkelse er Afghanistan, med en antatt årlig produksjon på mellom 1 500 og 3 500 tonn, nå verdens største hasjprodusent (UNODC, 2010a). Det siste anslaget som finnes for Marokko, tyder på at i 2005 om lag 1 000 tonn hasj ble produsert her (UNODC og Marokkos regjering, 2007). Selv om en del av hasjen som produseres i Afghanistan selges i Europa, er det sannsynlig at Marokko fortsatt er Europas største hasjleverandør. Hasj fra Marokko smugles typisk inn i Europa via den iberiske halvøy og Nederland.

### Beslag

I 2008 ble anslagsvis 6 563 tonn marihuana og 1 637 tonn hasj beslaglagt i verden (tabell 2), en økning på ca. 17 % fra foregående år (UNODC, 2010b). De fleste beslagene av marihuana ble gjort i Nord-Amerika (48 %), mens hasj hovedsakelig ble beslaglagt i Vest- og Sentral-Europa (57 %).

I 2008 ble det gjort anslagsvis 289 000 beslag av marihuana i Europa, tilsvarende 92 tonn <sup>(45)</sup>. Antallet beslag økte med mer enn 2,5 ganger fra 2003 til 2008. Mengden marihuana som er beslaglagt, har ligget relativt stabilt i overkant av 90 tonn, bortsett fra i 2004–05, da

beslagene var nede i 65 tonn <sup>(46)</sup>. Storbritannia har stått for grovt regnet halvparten av det totale antallet beslag, med 20 tonn eller mer hvert år i perioden 2005–07. Tyrkia (31 tonn) og Tyskland (9 tonn) rapporterte rekordbeslag i 2008.

I Europa er det gjort både flere og større beslag av hasj enn av marihuana <sup>(47)</sup>. I 2008 ble det gjort om lag 369 000 beslag av hasj, til sammen 900 tonn, eller nesten ti ganger mer enn beslaglagte kvanta av marihuana. I perioden 2003–08 steg antallet hasjbeslag jevnt, og med unntak for en innledende nedgang har beslaglagte kvanta også økt siden 2006. Om lag halvparten av alle hasjbeslag og tre firedeler av beslaglagte kvanta i 2008 ble rapportert av Spania, og rekordstore beslag av hasj ble gjort i Frankrike (71 tonn), Portugal (61 tonn) og Italia (34 tonn).

Beslagene av cannabisplanter har gått jevnt og trutt opp siden 2003 og kom i 2008 opp i ca. 19 000 tilfeller. Landene rapporterer beslaglagte kvanta enten som antall planter eller etter vekt. Antallet beslaglagte planter gikk opp fra 1,7 millioner i 2003 til 2,6 millioner i 2007, før det falt til 1,2 millioner i 2008 <sup>(48)</sup>. Vekten av beslaglagte planter økte 4,5 ganger i perioden, til 43 tonn i 2008, hvorav Spania rapporterte 24 tonn og Bulgaria 15 tonn.

### Styrke og pris

Styrken på cannabisproduktene avhenger av innholdet av delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), som er det viktigste virkestoffet. Styrken på cannabisen varierer mellom og innenfor det enkelte land og mellom ulike cannabisprodukter. Informasjon om styrke er for det meste basert på kriminaltekniske analyser av stikkprøver av cannabis som er beslaglagt. Siden det er uklart i hvilken grad de analyserte prøvene er representative for situasjonen generelt på markedet, bør opplysninger om styrke tolkes med varsomhet.

I 2008 varierte rapportert nasjonalt gjennomsnittlig THC-innhold i hasj fra 3 % til 16 %. Gjennomsnittlig styrke på marihuana (sinsemilla ikke inkludert der det har vært mulig, siden dette er den sterkeste marihuanaen) varierte mellom 1 % og 10 %. Bare noen få land rapporterte gjennomsnittlig styrke på sinsemilla, og da var den konsekvent høyere enn importert marihuana – fra 12 % i Norge til drøye 16 % i Nederland og Storbritannia. I perioden 2003–08 varierte den gjennomsnittlige styrken på hasj i de elleve landene som

### Insights-serien: Cannabisproduksjon og -markeder i Europa

I 2011 vil EONN komme med et nytt nummer i Insights-serien, om cannabisproduksjon og -markeder. Denne rapporten vil fokusere på forsyningen av cannabisprodukter i landene i Europa og gå gjennom alle typene produkter som er tilgjengelig, hvor de kommer fra, hvor store markedsandeler de har, samt andre forhold ved distribusjonen av cannabis og markedsstrukturer. Cannabisdyrking innenfor Europas grenser, som har kommet mer til syne i de senere årene, vies særlig oppmerksomhet.

<sup>(45)</sup> Dataene om europeiske narkotikabeslag i dette kapittelet finnes i tabell SZR-1 til SZR-6 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(46)</sup> Denne analysen er foreløpig, da det ennå ikke foreligger data fra Storbritannia for 2008.

<sup>(47)</sup> Størrelsen på den enkelte forsendelse, transportavstand og antallet internasjonale grenser som skal krysses, gjør at det gjerne er større sjanse for beslag av hasj enn av lokalprodusert marihuana.

<sup>(48)</sup> Denne analysen omfatter ikke Tyrkias beslag av 31 millioner cannabisplanter i 2003 og 20 millioner i 2004, siden dataene om beslaglagte kvanta ikke er tilgjengelig for senere år.

har lagt fram tilstrekkelige opplysninger, mens styrken på marihuana gikk opp i seks land og ned i fire. Informasjon over flere år om styrken på lokalprodusert marihuana er tilgjengelig bare for Nederland, hvor det ble observert en reduksjon i gjennomsnittsstyrken på nederwiet, fra en topp på 20 % i 2004 til 16 % i 2007 og 2008 <sup>(49)</sup>.

I 2008 varierte gjennomsnittlig detaljpris på hasj fra 3 til 10 euro grammet i de 17 landene som la fram informasjon om dette, og i tolv av dem lå prisene mellom 6 og 9 euro. Gjennomsnittlig detaljpris på marihuana varierte fra 3 til 16 euro grammet i de 16 landene som la fram informasjon, og ti av dem var prisen mellom 5 og 9 euro. For hasj gikk gjennomsnittsprisen ned eller holdt seg stabil i alle land som hadde data for perioden 2003–08, bortsett fra i Belgia og Østerrike, der den gikk opp. Tilgjengelige data for samme periode tyder på stabile eller stigende priser for marihuana i Europa; bare Ungarn og Tyrkia rapporterer om fallende trender.

### Inntekter og fortjeneste fra illegal cannabisproduksjon

Ifølge politiets estimater ble det i 2008 beslaglagt cannabisplanter for en gateverdi på 70 millioner euro i Belgia og 76 millioner euro i Storbritannia (NPIA, 2009), og i Tyskland ble verdien av grossistleddets fortjeneste anslått til mellom 36 millioner og 61 millioner euro. Verdien av den illegale kommersielle produksjonen av cannabis er imidlertid vanskelig å anslå ettersom tallene bare viser til beslaglagte cannabisplanter. For å anslå fortjenesten må man også ta hensyn til flere andre variabler.

Inntektene fra den ulovlige kommersielle produksjonen av cannabis avhenger av flere faktorer, bl.a. plantasjens størrelse, antall planter, gjennomsnittlig avkastning pr. plante og antallet avlinger i året. Høy plantetetthet og hyppige avlinger vil oftest redusere avkastningen fra hver plante. Inntektene vil også avhenge av hvorvidt avlingen selges på detalj- eller grossistmarkedet siden prisene vanligvis er høyere på detaljmarkedet.

For illegal kommersiell produksjon av cannabis på innendørs plantasjer kommer utgifter til lokaler, frø eller planter, jord eller mineralull, plantenæring, lys og pumper, redskaper og ventilasjon i tillegg til arbeidskraft. Når tilkoplingen til strømmettet ikke skjer på ulovlig vis, utgjør strøm også en betydelig andel av produksjonskostnadene.

For å beregne inntektene og fortjenesten av illegale cannabisplantasjer har nederlandske rettshåndhevsorganer utarbeidet tekniske standarder som oppdateres regelmessig. Nye metoder blir utviklet også i Belgia og Storbritannia.

## Prevalens og bruksmønstre

### Cannabisbruk i befolkningen generelt

Et forsiktig anslag tilsier at om lag 75,5 millioner europeere har brukt cannabis minst én gang i livet (livstidsprevalens), det vil si mer enn én av fem av alle mellom 15 og 64 år (se tabell 3 for et datasammendrag). Det er store forskjeller mellom landene, for nasjonale prevalenstall varierer fra 1,5 % til 38,6 %. For de fleste landene ligger prevalenstallene i området 10–30 %.

Det anslås at om lag 23 millioner europeere har brukt cannabis det siste året, i gjennomsnitt ca. 6,8 % av alle i alderen 15–64 år. Estimer for prevalens siste måned vil omfatte personer som bruker stoffet mer jevnlig, men ikke nødvendigvis daglig eller intensivt. Det anslås at ca. 12,5 millioner europeere har brukt cannabis siste måned, i gjennomsnitt om lag 3,7 % av alle i alderen 15–64 år.

### Cannabisbruk blant unge voksne

Cannabisbruk er vanligst blant unge mennesker (15–34 år), og høyest prevalens for bruk siste år rapporteres vanligvis for aldersgruppen 15–24 år. Dette er tilfelle i nærmest alle europeiske land bortsett fra Portugal <sup>(50)</sup>.

Befolkningsundersøkelser tilsier at gjennomsnittlig 31,6 % av alle unge voksne i Europa (15–34 år) har prøvd cannabis, mens 12,6 % har brukt stoffet det siste året og 6,9 % den siste måneden. Enda flere europeere i aldersgruppen 15–24 år anslås å ha brukt cannabis i løpet av siste år (16 %) eller siste måned (8,4 %). Det er store variasjoner i de nasjonale prevalenstallene for cannabisbruk i alle prevalensmålinger. For eksempel er estimatene for siste års prevalens av bruk blant unge voksne i landene i øvre del av skalaen mer enn 30 ganger høyere enn i land med lavere prevalens.

Cannabisbruk er generelt vanligere blant menn enn blant kvinner, og forholdet mellom menn og kvinner blant unge voksne som rapporterer bruk av cannabis siste år, varierer fra 6,4:1 i Portugal til 1,4:1 i Bulgaria <sup>(51)</sup>.

Cannabisbruk er særlig utbredt i visse grupper av unge, f.eks. unge som går mye på nattklubb, pub og musikkarrangementer (Hoare, 2009). Måltrettede undersøkelser som nylig er gjennomført på technoarrangementer i Tsjekia, Østerrike og Storbritannia, rapporterte at over 80 % av respondentene en eller annen gang hadde brukt cannabis, en andel som er mye høyere enn europeisk gjennomsnitt for unge voksne (Measham og Moore, 2009).

<sup>(49)</sup> Se tabell PPP-1 og PPP-5 i Statistiske opplysninger 2010 for data om styrke og pris.

<sup>(50)</sup> Se figur GPS-1 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(51)</sup> Se tabell GPS-4 (del iii) og (del iv) i Statistiske opplysninger 2010.

**Tabell 3: Prevalens av cannabisbruk i befolkningen generelt – datasammendrag**

Aldersgruppe	Tidsramme for bruk		
	Livstid	Siste år	Siste måned
<b>15–64 år</b>			
Anslag over antall brukere i Europa	75,5 millioner	23 millioner	12,5 millioner
Europeisk gjennomsnitt	22,5 %	6,8 %	3,7 %
Spredning	1,5–38,6 %	0,4–15,2 %	0,1–8,5 %
Lavprevalensland	Romania (1,5 %) Malta (3,5 %) Kypros (6,6 %) Bulgaria (7,3 %)	Romania (0,4 %) Malta (0,8 %) Hellas (1,7 %) Sverige (1,9 %)	Romania (0,1 %) Malta, Sverige (0,5 %) Hellas, Polen (0,9 %) Litauen, Ungarn (1,2 %)
Høyprevalensland	Danmark (38,6 %) Tsjekkia (34,2 %) Italia (32,0 %) Storbritannia (31,1 %)	Tsjekkia (15,2 %) Italia (14,3 %) Spania (10,1 %) Frankrike (8,6 %)	Tsjekkia (8,5 %) Spania (7,1 %) Italia (6,9 %) Frankrike (4,8 %)
<b>15–34 år</b>			
Anslag over antall brukere i Europa	42 millioner	17 millioner	9,5 millioner
Europeisk gjennomsnitt	31,6 %	12,6 %	6,9 %
Spredning	2,9–53,3 %	0,9–28,2 %	0,3–16,7 %
Lavprevalensland	Romania (2,9 %) Malta (4,8 %) Kypros (9,9 %) Hellas (10,8 %)	Romania (0,9 %) Malta (1,9 %) Hellas (3,2 %) Kypros (3,4 %)	Romania (0,3 %) Sverige (1,0 %) Hellas (1,5 %) Polen (1,9 %)
Høyprevalensland	Tsjekkia (53,3 %) Danmark (48,0 %) Frankrike (43,6 %) Storbritannia (40,5 %)	Tsjekkia (28,2 %) Italia (20,3 %) Spania (18,8 %) Frankrike (16,7 %)	Tsjekkia (16,7 %) Spania (13,4 %) Italia (9,9 %) Frankrike (9,8 %)
<b>15–24 år</b>			
Anslag over antall brukere i Europa	19,5 millioner	10 millioner	5,5 millioner
Europeisk gjennomsnitt	30,9 %	16,0 %	8,4 %
Spredning	3,7–58,6 %	1,5–37,3 %	0,5–22,4 %
Lavprevalensland	Romania (3,7 %) Malta (4,9 %) Kypros (6,9 %) Hellas (9,0 %)	Romania (1,5 %) Hellas, Kypros (3,6 %) Sverige (4,9 %) Portugal (6,6 %)	Romania (0,5 %) Hellas, Sverige (1,2 %) Kypros (2,0 %) Polen (2,5 %)
Høyprevalensland	Tsjekkia (58,6 %) Frankrike (42,0 %) Danmark (41,1 %) Storbritannia (39,0 %)	Tsjekkia (37,3 %) Spania (24,1 %) Italia (22,3 %) Frankrike (21,7 %)	Tsjekkia (22,4 %) Spania (16,9 %) Italia (12,7 %) Frankrike (11,0 %)

Europeiske prevalensestimater er basert på vektete gjennomsnitt fra de nyeste nasjonale undersøkelsene gjennomført fra 2001 til 2008/09 (hovedsakelig 2004–2008) og gjelder følgelig ikke noe enkelt år. Gjennomsnittsprevalensen for Europa er beregnet på grunnlag av et gjennomsnitt vektet for antall innbyggere i den aktuelle aldersgruppen i hvert land. I land hvor slik informasjon ikke var tilgjengelig, ble gjennomsnittlig EU-prevalens lagt til grunn. Populasjoner brukt som grunnlag: 15–64 (334 millioner), 15–34 (133 millioner) og 15–24 (63 millioner). Dataene som presenteres her, finnes i "Generelle befolkningsundersøkelser" i Statistiske opplysninger 2010.

### Cannabisbruk blant skoleelever

ESPAD-undersøkelsen, som gjennomføres hvert fjerde år, gir sammenlignbare data om alkohol- og rusmiddelbruk blant 15–16-årige skoleelever i Europa (Hibell et al., 2009). I 2007 ble denne undersøkelsen gjennomført

i 25 EU-medlemsstater samt Norge og Kroatia. I 2008 ble det også gjennomført nasjonale skoleundersøkelser i Spania, Italia, Sverige og Storbritannia, i tillegg til at Belgia (den flamske delen) gjennomførte en regional skoleundersøkelse.

Dataene fra ESPAD-undersøkelsen i 2007 og nasjonale skoleundersøkelser i 2008 viser høyest livstidsprevalens av cannabisbruk blant 15–16-årige skoleelever i Tsjekkia (45 %), mens Estland, Frankrike, Nederland, Slovakia og Storbritannia rapporterer prevalensnivåer fra 26 % til 32 %. En livstidsprevalens av cannabisbruk mellom 13 % og 25 % rapporteres av 15 land. De laveste nivåene (under 10 %) rapporteres i Hellas, Kypros, Romania, Finland, Sverige og Norge. Kjønnsforskjellene i cannabisbruken er mindre markert blant skoleelever enn blant unge voksne. Når det gjelder cannabisbruk blant skoleelever, er tallene omtrent like for gutter og jenter i Spania og Storbritannia, mens forholdet er 2:1 eller høyere på Kypros, i Hellas, Polen og Romania <sup>(52)</sup>.

### Internasjonale sammenligninger

Europeiske tall kan sammenlignes med tall fra andre deler av verden. I Canada (2008) er f.eks. livstidsprevalensen av cannabisbruk blant unge voksne 53,8 % og tallet for siste års bruk er 24,1 %. I USA har SAMHSA (2008) estimert livstidsprevalensen av cannabisbruk til 49 % (16–34 år, rekalkulert av EONN) og prevalensen for siste års bruk til 21,5 %, mens tilsvarende tall for Australia (2007) er 47 % og 16 % for aldersgruppen 14–39 år. Alle disse tallene er høyere enn tilsvarende europeiske gjennomsnitt, som er på henholdsvis 31,6 % og 12,6 %.

Blant skoleelever er det bare Tsjekkia, Spania, Frankrike og Slovakia som rapporterer livstidsprevalenser som kan sammenlignes med nivåene rapportert fra USA og Australia <sup>(53)</sup>.

### Trender for cannabisbruk

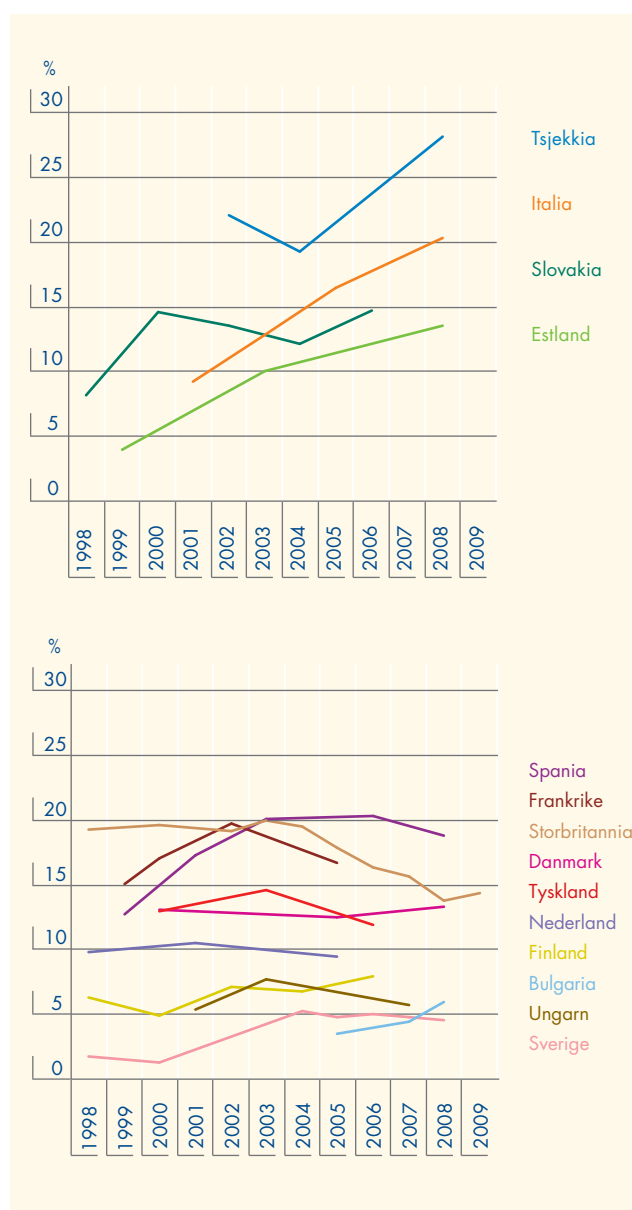
For de 15 landene som har vært i stand til å legge fram tilstrekkelige opplysninger for perioden 1998–2008, avtegner det seg tre hovedtendenser når det gjelder cannabisbruk blant unge voksne (figur 4). Fem land (Bulgaria, Hellas, Ungarn, Finland, Sverige) rapporterte lave (under 9 %) og relativt stabile prevalensnivåer for siste års bruk av cannabis blant unge voksne. Seks land (Danmark, Tyskland, Spania, Frankrike, Nederland, Storbritannia) rapporterte høyere prevalenstall, men nivåene hadde vært stabile eller fallende i de senere år. Fire andre land (Tsjekkia, Estland, Italia, Slovakia) rapporterte også om høyere nivåer av cannabisbruk blant unge voksne, men der hadde trendene vært stigende de siste årene.

Ser vi på de seneste trendene for cannabisbruk blant unge voksne i de tolv landene som hadde gjentatte undersøkelser i perioden 2003–08, rapporterer de

fleste om en stabil situasjon (Danmark, Tyskland, Spania, Ungarn, Sverige, Finland, Storbritannia). Fem land rapporterer om en økning i cannabisbruken i denne perioden, med minst to prosentpoeng i Bulgaria, Estland og Slovakia, og ca. åtte prosentpoeng i Tsjekkia og Italia.

Tidstrendene for cannabisbruk blant skoleelever i Europa mellom 1995 og 2007 viser tilsvarende mønstre (EONN, 2009a). Sju land, de fleste i Nord- og Sør-Europa (Hellas, Kypros, Malta, Romania, Finland, Sverige, Norge), rapporterer om en generelt stabil, lav

**Figur 4:** Trender for siste års prevalens av cannabisbruk blant unge voksne (15–34 år)



NB: Se figur GPS-4 i Statistiske opplysninger 2010 for ytterligere opplysninger.  
Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2009), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler.

<sup>(52)</sup> Se tabell EYE-20 (del ii) og (del iii) i Statistiske opplysninger 2010.

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

livstidsprevalens av cannabisbruk i hele denne perioden. De fleste vesteuropeiske land og Kroatia og Slovenia, som hadde høy eller kraftig stigende livstidsprevalens av cannabisbruk fram til 2003, opplevde nedgang eller stabilisering i 2007. Av disse elleve landene rapporterer ni om en nedgang og to om en stabil situasjon. Situasjonen er annerledes i de fleste sentral- og østeuropeiske landene, idet den stigende trenden observert mellom 1995 og 2003 synes å flate ut. I denne regionen rapporterer seks land om en stabil situasjon, mens to rapporterer om en økning mellom 2003 og 2007.

Tre land som gjennomførte skoleundersøkelser i 2008 (den flamske delen av Belgia, Sverige og Storbritannia), rapporterer at livstidsprevalensen av cannabisbruk er den samme som i 2007 eller lavere, mens Spania rapporterer om en nedgang på over tre prosentpoeng. Data fra skoleundersøkelser i USA og Australia viser også en nedadgående trend, som først ble observert i Australia i 1999 <sup>(54)</sup>.

### Bruksmønstre for cannabis

Tilgjengelige data viser at det finnes en rekke ulike bruksmønstre for cannabis – fra eksperimentell bruk til avhengighet. Mange bruker stoffet bare en gang eller to, andre bruker det innimellom eller i en begrenset periode av livet. Blant personene i aldersgruppen 15–64 som noen gang har prøvd cannabis, har bare 30 % brukt stoffet i løpet av det siste året <sup>(55)</sup>. Blant dem som har brukt cannabis det siste året, har gjennomsnittlig halvparten brukt det den siste måneden.

Data fra et utvalg på 13 europeiske land, som representerer 77 % den voksne befolkningen i Den europeiske union og Norge, viser at av de anslagsvis 12,5 millioner europeere som har brukt cannabis i løpet av siste måned, har ca. 40 % brukt stoffet 1–3 dager siste måned, ca. en tredel 4–19 dager og en firedel 20 dager eller mer. På grunnlag av disse dataene anslås det at over 1 % av alle europeiske voksne, om lag 4 millioner, bruker cannabis daglig eller nesten daglig. De fleste av disse cannabisbrukerne, ca. 3 millioner, er i alderen 15–34 år, noe som tilsvarer 2–2,5 % av alle europeere i denne aldersgruppen <sup>(56)</sup>. Daglig eller nesten daglig bruk av cannabis kan være kanskje fire ganger mer utbredt blant menn enn blant kvinner.

Ti europeiske land som deltok i ESPAD-undersøkelsen blant 15–16-årige skoleelever, rapporterer om relativt

### Risikofaktorer for cannabisdebut og -avhengighet

Forskere har prøvd å finne ut hvorfor noen av dem som bruker cannabis blir avhengige, og andre ikke. Noe av det de har funnet, er at faktorene som er knyttet til cannabisdebut, ofte skiller seg fra dem som fører til problematisk bruk og cannabisavhengighet. En del eksterne faktorer (jevnaldrendes bruk av narkotika og tilgjengeligheten av cannabis) så vel som individuelle faktorer (f.eks. en positiv holdning til framtidig bruk av narkotika) er forbundet spesifikt med cannabisdebut (Von Sydow et al., 2002). Enkelte andre faktorer er i varierende grad forbundet både med cannabisdebut og cannabisavhengighet. Dette gjelder bl.a. genetiske faktorer (Agrawal og Lynskey, 2006), individuelle faktorer som kjønn (mann), psykiske lidelser og annen rusmiddelbruk (alkohol, tobakk og annet). Familiære faktorer som et dårlig forhold til mor og det å vokse opp uten begge foreldre er også forbundet med cannabisdebut, mens skilte eller separerte foreldre og tap av mor eller far før 15 års alder er forbundet med cannabisavhengighet (Coffey et al., 2003; Swift et al., 2008; Von Sydow, 2002).

Faktorer som spesifikt er forbundet med utvikling av cannabisavhengighet, inkluderer et intensivt eller risikofylt bruksmønster, vedvarende bruk og tidlig debut. Personer som har opplevd positive effekter (f.eks. lykke, latter) av tidlig cannabisbruk (i 14–16-årsalderen), hadde økt risiko for cannabisavhengighet senere i livet. Ulike psykologiske og psykiatriske faktorer (som dårlig selvbylde, dårlig selvkontroll og dårlige mestringsferdigheter) så vel som sosioøkonomiske faktorer (f.eks. lav sosioøkonomisk status og dårlig økonomi) var også forbundet med utviklingen av avhengighet (Coffey et al., 2003; Fergusson et al., 2003; Swift et al., 2008; Von Sydow, 2002).

høye andeler (5–12 %) av gutter som har brukt cannabis ved 40 eller flere anledninger. Dette var mer enn dobbelt så høyt som for jentene. De fleste av disse landene rapporterte også at mellom 5 % og 9 % av respondentene hadde brukt cannabis første gang i 13 års alder eller yngre. Denne gruppen gir grunn til bekymring, fordi tidlig debut har vært assosiert med utvikling av intensive og problematiske former for rusmiddelbruk senere i livet.

Det finnes stadig mer belegg for at avhengighet er en mulig konsekvens av regelmessig cannabisbruk, selv blant yngre brukere <sup>(57)</sup>. Imidlertid kan graden av cannabisavhengighet og konsekvensene av denne avhengigheten synes mindre alvorlige enn det som oftest forbindes med en del andre psykoaktive stoffer (f.eks. heroin eller kokain). Utviklingen av avhengighet av cannabis kan også være mer gradvis

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

<sup>(55)</sup> Se figur GPS-2 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(56)</sup> De europeiske gjennomsnittene er estimater basert på et vektet gjennomsnitt (for befolkningen) for de landene som har lagt fram informasjon, som så er lagt til grunn for land som manglet informasjon. Tallene er 1,2 % for alle voksne (15–64 år) og 2,3 % for unge voksne (15–34 år). Se tabell GPS-10 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(57)</sup> Se boksen "Risikofaktorer for cannabisdebut og -avhengighet".



enn det som er tilfellet med en del andre narkotiske stoffer (Wagner og Anthony, 2002). Det har vært rapportert at halvparten av avhengige cannabisbrukere som har sluttet å ta dette rusmidlet, har gjort dette uten behandling (Cunningham, 2000). Likevel kan en del cannabisbrukere — særlig tunge brukere — oppleve problemer selv om de ikke nødvendigvis oppfyller de kliniske kriteriene for avhengighet <sup>(58)</sup>.

Cannabisbruk har vært korrelert med: å være medlem av en sårbar eller sosialt vanskeligstilt gruppe, ha droppet ut av skolen, skulking, ha vært på barneverninstitusjon, ungdomskriminalitet og med å vokse opp i ressurssvake boområder (EONN, 2008c). Cannabisbruk kan også assosieres med bruken av andre rusmidler. For eksempel hadde unge voksne (i alderen 15–34 år) som rapporterte hyppig eller tung bruk av alkohol siste år, mellom to og seks ganger så høy sannsynlighet for å rapportere bruk av cannabis som befolkningen generelt. Og selv om de fleste cannabisbrukere ikke bruker andre illegale rusmidler, har de større sannsynlighet for å gjøre det enn befolkningen generelt. Ungdommer som bruker cannabis, rapporterer også to til tre ganger høyere prevalens av tobakksbruk enn 15–16-åringene generelt.

En del cannabisbrukere begynner med mer risikofylte bruksmønstre, som å bruke cannabis med veldig høy THC-innhold eller i store mengder, eller røyke cannabis i vannpipe ("bong") i stedet for en "joint". Disse brukerne rapporterer generelt mer helseproblemer, og også avhengighet (Chabrol et al., 2003; Swift et al., 1998).

## Behandling

### Etterspørsel etter behandling

Tjuesju land oppga at cannabis var oppgitt som primærrusmiddel i om lag 21 % av alle behandlingssøknader (ca. 85 000 klienter) i 2008. Cannabis er altså det nest hyppigst rapporterte narkotiske stoffet etter heroin. Klienter med cannabis som primærrusmiddel står for under 5 % av alle nye klienter i Bulgaria, Estland, Litauen, Luxembourg og Slovenia, men over 30 % i Danmark, Tyskland, Frankrike, Ungarn og Nederland. De fleste cannabis klientene får poliklinisk behandling <sup>(59)</sup>.

Disse forskjellene kan forklares med prevalensen av bruk av cannabis og andre rusmidler, behandlingsbehov, behandlingstilbud, organiseringen av behandlingen eller

henvisningspraksis. I det ene av de to landene som har den største andelen cannabis klienter, er virksomheten ved rådgivningssentrene spesielt innrettet mot unge narkotikabrukere (Frankrike), og i det andre gis personer som har begått cannabislovbrudd, tilbud om behandling som et alternativ til straff. Strafferettssystemet spiller en viktig rolle i henvisningssystemet i begge disse landene, men i det store og hele rapporterer medlemsstatene at de fleste cannabisbrukere som påbegynner behandling i Europa, gjør dette på eget initiativ. En del brukere kan også påbegynne behandling fordi de har en underliggende problematikk, f.eks. psykiske problemer, og ikke får hensiktsmessig behandling andre steder (Zachrisson et al., 2006).

Mange cannabis klienter rapporterer om bruk av alkohol eller andre rusmidler. Basert på data innsamlet i 14 land, tar 65 % av dem et annet rusmiddel, oftest alkohol eller kokain, og en del rapporterer bruk av både alkohol og kokain (EONN, 2009d). Cannabis rapporteres som sekundærrusmiddel av 24 % av alle narkotikaklienter i det polikliniske behandlingsapparatet <sup>(60)</sup>.

### Trender innen nye søknader om behandling

De 18 landene som det finnes data tilgjengelig for, hadde en økning i antallet klienter som ble inntatt til førstegangsbehandling og som hadde cannabis som primærrusmiddel, fra rundt 23 000 i 2003 til 35 000 i 2007, deretter var det en beskjeden nedgang til 33 000 i 2008. Tretten land har rapportert om en nedgang i antallet nye cannabis klienter, en tendens som begynte i 2005 og 2006 <sup>(61)</sup>. Dette kan gjenspeile den senere tids fallende trender innen cannabisbruk, men det kan også være forbundet med manglende kapasitet i behandlingsapparatet eller bruk av andre tjenester (f.eks. primærhelsetjenesten, psykisk helsevern).

### Klientprofiler

Cannabisbrukere som påbegynner behandling i det polikliniske behandlingsapparatet i Europa, er hovedsakelig unge menn. Kjønnfordelingen er 5 menn pr. kvinne, og gjennomsnittsalderen er 25 år. Blant narkotikabrukere som får poliklinisk behandling for første gang, rapporteres cannabis som primærrusmiddel av 69 % av klientene i alderen 15–19 år og av 83 % av klientene under 15 år <sup>(62)</sup>.

Generelt er 22 % av brukerne som har cannabis som primærrusmiddel og som behandles poliklinisk, sporadiske brukere (eller har ikke brukt stoffet den siste

<sup>(58)</sup> Se boksen "Negative helseeffekter av cannabisbruk".

<sup>(59)</sup> Se figur TDI-2 (del ii) og tabell TDI-5 (del ii) og TDI-24 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(60)</sup> Se tabell TDI-22 (del i) i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(61)</sup> Se figur TDI-1 og tabell TDI-3 (del iv) i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(62)</sup> Se tabell TDI-10 (del iii) og (del iv) og TDI-21 (del ii) i Statistiske opplysninger 2010.



måneden før behandling), og de er sannsynligvis ofte henvist til behandling av strafferettssystemet; 11 % bruker cannabis ukentlig eller sjeldnere, ca. 17 % bruker det 2–6 ganger i uken, og 50 % er daglige brukere, den mest problematiske gruppen. Det er store forskjeller landene imellom. I Ungarn, Romania og Kroatia er over halvparten av cannabis klientene sporadiske brukere, mens over 50 % er daglige brukere i Belgia, Bulgaria, Danmark, Irland, Spania, Frankrike, Malta og Nederland <sup>(63)</sup>.

### Behandlingstilbud

Cannabisbehandling i Europa omfatter et bredt spekter av tiltak, fra internettbasert behandling og rådgivning til strukturerte psykososiale tiltak og behandling i døgninstitusjon. Det hender også ofte at det er overlapping mellom selektiv forebygging, skadereduksjon og behandlingstiltak (se kapittel 2).

### Negative helseeffekter av cannabisbruk

I den senere tid er det kommet ut flere rapporter som har gjennomgått negative helseeffekter forbundet med bruk av cannabis (EONN, 2008a; Hall og Degenhardt, 2009). Av disse kan nevnes angst, panikkreaksjoner og psykotiske symptomer, som ofte rapporteres ved førstegangs bruk. Disse effektene står for et stort antall av alle narkotikarelaterte akuttmedisinske tilfeller i de få landene som overvåker dem. Cannabisbruk synes også å være forbundet med en dobling eller tredobling av risikoen for trafikkuulykker (EONN, 2008b).

Cannabisbruk kan også ha kroniske effekter som kan være direkte knyttet til bruksmønster (hyppighet og mengde), bl.a. cannabisavhengighet, men også kronisk bronkitt og andre luftveissykdommer. Cannabisbruk under graviditet kan føre til nedsatt fødselsvekt, men synes ikke å være forbundet med fødselsskader. Forbindelsen mellom cannabisbruk og depresjon og selvmord er fortsatt usikker.

Det er også usikkert om cannabis har innvirkning på kognitive ferdigheter og en eventuell reversering av effektene. Regelmessig bruk av cannabis i ungdommen kan ha negativ effekt på den psykiske helsen hos unge voksne, og det er dokumentert at økt brukshyppighet er forbundet med økt risiko for psykotiske symptomer og forstyrrelser (Hall og Degenhardt, 2009; Moore et al., 2007).

Selv om den individuelle risikoen forbundet med cannabisbruk synes å være lavere enn for heroin eller kokain, forårsaker cannabisbruk helseproblemer, og fordi bruken av cannabis er så utbredt, kan cannabis ha en signifikant innvirkning på folkehelsen. Man bør vie cannabisbruk blant ungdommer og personer med psykiske helseproblemer særlig oppmerksomhet. Hyppig bruk av cannabis, bruk over lengre perioder, ved bilkjøring eller andre potensielt farlige aktiviteter er andre områder som gir grunn til bekymring.

Frankrike har et nettverk av rådgivningssentre for ungdom, også kjent som cannabis klinikker, som gir brukerne et tilbud som kan variere i lengde og metode alt etter hvor alvorlig situasjonen er. I en studie gjennomført i 226 av de 274 rådgivningssentrene i 2007, ble 47 % av de polikliniske pasientene diagnostisert som sporadiske brukere som ikke viste noen symptomer på avhengighet eller misbruk, og om lag 30 % av disse fikk ingen videre rådgivning (Obradovic, 2009). Derimot fikk nærmere 80 % av de 53 % som ved inntak ble diagnostisert med avhengighet eller misbruk, tilbud om videre rådgivning, og de fleste andre ble henvist til behandlingssentre. Halvparten av klientene som møtte opp til neste rådgivningstime, rapporterte å ha redusert bruken av cannabis. Dette var oftere tilfellet for dem som selv hadde tatt initiativet eller som var blitt henvist av helsepersonell, mens de som var blitt henvist gjennom strafferettssystemet lettere falt ut etter et par timer.

Som et alternativ til strafferettslig forfølgning henviser strafferettssystemet i Ungarn kvalifiserte narkotikalovbrytere til "forebyggende rådgivning" og i de alvorligste tilfellene til spesialiserte behandlingstiltak. Brukere som henvises gjennom strafferettssystemet — ca. 85 % av alle cannabis klientene — må følge narkotikabehandlingen eller møte til psykososial rådgivning minst en gang hver fjortende dag i seks måneder for å bli utskrevet. Ellers risikerer de straffesak.

Tyskland, Nederland og Storbritannia tilbyr internettbasert cannabisbehandling for å gjøre tilgangen til behandling lettere for brukere som har motforestillinger mot å søke hjelp i det spesialiserte behandlingsapparatet. Internettbaserte behandlingstiltak består enten av selvhjelpsprogrammer uten kontakt med rådgivere, eller strukturerte programmer med fast oppsatte møter med rådgiver (se EONN, 2009b). Nederland er nå i ferd med å utvikle en kvalitetsordning og retningslinjer for slike tiltak.

Nederland rapporterer også om at et nytt opplegg, bestående av motivasjonsforsterkende familierapi for cannabis brukere med begynnende schizofreni, nå er evaluert. Dette tiltaket tar sikte på å redusere bruken av cannabis, øke gjennomføringsgraden for den medisinske behandlingen og forbedre foreldre/barn-relasjonene i denne gruppen. De første resultatene, etter tre måneder, viser en signifikant reduksjon i bruken av cannabis sammenlignet med tradisjonell psykoedukativ behandling, mens utfallene for de andre variablene ikke skiller seg ut.

### Nyere studier av behandling av cannabisbrukere

Relativt få studier har vurdert effekten av målrettede intervensjoner for cannabis brukere (Levin og

<sup>(63)</sup> Se tabell TDI-18 (del ii) og TDI-111 (del viii) i Statistiske opplysninger 2010.

Kleber, 2008), til tross for økningen i antallet behandlingssøknader. Det har vært forsket både på farmakologiske og psykososiale behandlingsmetoder, men resultatene er ikke entydige.

En randomisert kontrollert studie som nylig ble publisert, vurderte effekten av motiverende intervju kontra informasjon og rådgivning, og fant ingen signifikante forskjeller i bruken av cannabis (McCambridge et al., 2008). Studien fant også at behandlereffekten kan ha betydning for hvor mange som klarer å slutte med cannabis, noe som gjør at overførbarheten av behandlingene blir begrenset. Europeiske studier på feltet vurderer nå effekten av multidimensjonal familieterapi (INCANT), motivasjonsforsterkende terapi, kognitiv atferdsterapi og psykososial mestring (CANDIS) samt internettbasert behandling.

To studier har nylig blitt publisert om farmakoterapi for cannabisavhengighet, men ingen av dem rapporterte signifikante resultater. I Nederland sammenlignet et randomisert kontrollert forsøk effektene av en serotonin-opptakshemmer (olanzapin) og en dopaminantagonist (risperidon) hos pasienter med en tilleggslidelse med psykotiske trekk (van Nimwegen et al., 2008). I USA er det gjennomført en forstudie som sammenlignet effektene av et antidepressivt middel (nefazodone), en dopaminopptakshemmer (en depotformulering av bupropion) så vel som et placebo på forbruk og abstinenssymptomer hos cannabisbrukere (Carpenter et al., 2009).

### Fra forskning til praksis i narkotikabehandlingen

Narkotikabehandlingen har ofte vært treg til å innføre vitenskapelig utprøvde metoder i klinisk praksis. Det begrensede tilbudet av substitusjonsbehandling med opioider i flere europeiske land og den lave utbredelsen av læringsbasert rusbehandling for kokainavhengighet er eksempler på avstanden mellom forskning og praksis. Blant grunnene som gis for å forklare dette, er individuell lojalitet til bestemte behandlingsmodeller, mangel på opplæring eller finansiering, lite effektiv kunnskapsspredning og manglende vilje og støtte til ny praksis i organisasjonene (Miller et al., 2006).

For å overvinne disse hindrene ble det nylig arrangert en konferanse i Tyskland som tok sikte på å undersøke overføringen av kunnskap fra eksperimentelle behandlingsforsøk med dokumentert effekt til klinisk praksis (Kipke et al., 2009). Prosjektene som ble gjennomgått, var bl.a. "CANDIS", "Quit the shit" og "FreD". Alle disse er tidligere beskrevet i publikasjoner fra EONN. Konferansen fant at overføring til klinisk praksis var lettest der behandlingprogrammene var kjennetegnet av kompatibilitet med eksisterende behandlingstilbud, klare og godt strukturerte protokoller, seminarer for spesialister og plattformer for erfaringsutveksling. De viktigste barrierene som ble identifisert var: problemer som gikk på å lede samarbeidet med f.eks. eksterne partnere (som politiet) og mangel på finansiering etter forsøksperioden.

Overføringsaspektene bør integreres allerede i planleggingen av behandlingsforsøkene. For å få bredere gjennomslag for intervensjoner med sterke empiriske bevis eller empiriske bevis gjennom lang tid, kreves engasjement fra alle aktører på feltet.



## Kapittel 4

# Amfetaminer, ecstasy og hallusinogene stoffer

### Innledning

Amfetaminer (et fellesnavn som omfatter både amfetamin og metamfetamin) og ecstasy er blant de mest brukte illegale stoffene i Europa. I absolutte tall kan kokainbruk være mer utbredt, men da denne geografisk sett er relativt konsentrert, vil det i mange land være ecstasy eller amfetaminer som er de mest brukte illegale rusmidlene, nest etter cannabis. I en del land er amfetaminbruk dessuten en viktig del av narkotikaproblemet og utgjør behandlingsårsaken for en stor del av dem som trenger behandling.

Amfetamin og metamfetamin er stoffer som stimulerer sentralnervesystemet. Av disse to stoffene er amfetamin det som er lettest tilgjengelig i Europa. Omfattende metamfetaminbruk syntes inntil nylig å være begrenset til Tsjekkia og Slovakia, men en del land i Nord-Europa har nå rapportert mer metamfetamin på amfetaminmarkedene der.

Ecstasy er et syntetisk stoff som er kjemisk beslektet med amfetamin, men med til dels andre virkninger. Det mest kjente stoffet i ecstasygruppen er 3,4-metylendioksymetamfetamin (MDMA), men andre analoger er også funnet i ecstasytabletter (MDA, MDEA). Ecstasybruk, som var praktisk talt ukjent i Europa fram til slutten av 1980-tallet, økte dramatisk i 1990-årene. Stoffets popularitet har historisk blitt koplet til techno-kulturen, og utbredt bruk av syntetiske stoffer forbindes med visse subkulturelle grupper eller sosiale miljøer og i stadig større grad med tung, episodisk bruk av alkohol.

Det mest kjente syntetiske hallusinogene stoffet i Europa er lysergsyredietylamid (LSD), hvis bruk har vært beskjeden og forholdsvis stabil i lang tid. I de senere årene synes det imidlertid å ha vært økende interesse blant unge for naturlig forekommende hallusinogener som f.eks. hallusinogene sopper.

**Tabell 4: Produksjon, beslag, priser og styrke på amfetamin, metamfetamin, ecstasy og LSD**

	Amfetamin	Metamfetamin	Ecstasy	LSD
<b>Globalt produksjonsestimat (tonn) <sup>(1)</sup></b>	197–624 <sup>(2)</sup>		57–136	m. d.
<b>Globale beslag (tonn)</b>	23,0	17,9	2,3	0,1
<b>Beslaglagte kvanta EU og Norge (inkl. Kroatia og Tyrkia)</b>	8,3 tonn (8,4 tonn)	300 kilo (300 kilo)	Tabletter 12,7 millioner (13,7 millioner)	Enheter 141 100 (141 800)
<b>Antall beslag EU og Norge (inkl. Kroatia og Tyrkia)</b>	37 000 (37 500)	4 700 (4 700)	18 500 (19 100)	950 (960)
<b>Gjennomsnittlig detalipris (EUR) Spredning (interkvartil avstand) <sup>(3)</sup></b>	Gram 6–36 (9–19)	Gram 12–126	Tablett 2–19 (4–9)	Dose 4–30 (7–12)
<b>Spredning for gjennomsnittlig renhet eller MDMA-innhold</b>	3–34 %	22–80 %	17–95 mg	m. d.

<sup>(1)</sup> Produksjonstall er basert på forbruksestimater og beslagdata.

<sup>(2)</sup> Bare aggregerte estimater for global amfetamin- og metamfetaminproduksjon er tilgjengelig.

<sup>(3)</sup> Verdier i midterste halvdel av rapporterte gjennomsnittspriser.

NB: Alle data gjelder 2008; m. d. = mangler data.

Kilde: UNODC (2010b) for globale data, nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet for europeiske data.

## Tilbud og tilgjengelighet

### Utgangsstoffer for syntetiske stoffer

Rettshåndhevsorganene retter i økende grad innsatsen mot de kontrollerte kjemikalier som brukes i den illegale produksjonen av narkotika, og på dette området er internasjonalt samarbeid av særlig betydning. "Project Prism" er et internasjonalt tiltak som skal forebygge handel med utgangsstoffer som brukes i den illegale produksjonen av syntetiske stoffer. Prosjektet er basert på et system med forhåndsmeldinger om lovlig eksport og rapportering av beslaglagte forsendelser og beslag gjort ved mistenkelige transaksjoner. Informasjon om aktiviteter på området rapporteres til Det internasjonale kontrollråd for narkotika (International Narcotics Control Board) (INCB, 2010a).

INCB rapporterer i 2008 om færre globale beslag av to sentrale kjemikalier som brukes i produksjonen av metamfetamin, nemlig efedrin, med 12,6 tonn (22,7 tonn i 2007 og 10,3 tonn i 2006), og pseudoefedrin, med 5,1 tonn (25 tonn i 2007 og 0,7 tonn i 2006). EUs medlemsstater (særlig Nederland og Storbritannia) beslagla 0,3 tonn efedrin, om lag halvparten av beslagene året før, og over 0,5 tonn pseudoefedrin, for det meste i Frankrike.

Samtidig var det en kraftig økning i de globale beslagene av 1-fenyl-2-propanon (P2P, BMK), som kan brukes til å produsere både amfetamin og metamfetamin, fra 834 liter i 2007 til 5 620 liter i 2008. Det ble gjort beslag av 2 757 liter P2P i Den europeiske union, mot 773 liter i 2007.

I 2008 ble det ikke rapportert noen beslag av 3,4-metylendioksyfenyl-2-propanon (3,4-MDP2P, PMK), som brukes for å framstille MDMA. Til sammenligning utgjorde globale beslag 2 297 og 8 816 liter i henholdsvis 2007 og 2006. Globale beslag av safrol, som kan erstatte 3,4-MDP2P i syntetiseringen av MDMA, falt til 1 904 liter fra en topp på 45 986 liter i 2007. Mesteparten av safrolbeslagene i 2008 ble gjort i Den europeiske union.

### Amfetamin

Mesteparten av amfetaminet i verden framstilles fortsatt i Europa, som hadde over 80 % av alle amfetaminlaboratorier rapportert i 2008 (UNODC, 2010b). De globale beslagene av amfetamin lå forholdsvis stabilt rundt 23 tonn i 2008 (se tabell 4). Av dette ble mer enn en tredel tatt i Vest- og Sentral-Europa,

noe som gjenspeiler Europas rolle som både storprodusent og storforbruker av amfetamin (UNODC, 2010b).

Det meste av amfetaminet som beslaglegges i Europa, produseres i Nederland, Polen og Belgia (i synkende rekkefølge), og i noen mindre grad i Estland, Litauen og Storbritannia. I 2007 ble 29 anlegg involvert i produksjon, tablettering eller lagring av amfetamin oppdaget i Den europeiske union og rapportert til Europol.

I 2008 ble det gjort anslagsvis 37 500 beslag i Europa, tilsvarende 8,3 tonn amfetaminpulver <sup>(64)</sup>. Antallet amfetaminbeslag har de siste fem årene svingt rundt en stabil trend, men sammenlignet med 2003 på et høyere nivå, og beslaglagte kvanta har også gått opp i perioden 2003–08 <sup>(65)</sup>.

Renheten på amfetaminet som ble beslaglagt i Europa i 2008, varierte mye og var så sprikende at man må være forsiktig med å uttale seg om gjennomsnittsverdier. Likevel varierte gjennomsnittlig renhet på prøvene fra under 10 % i Danmark, Østerrike, Portugal, Slovenia, Storbritannia, Kroatia og Tyrkia, til over 25 % i Latvia, Nederland, Polen og Norge. De fem siste årene har renheten på amfetamin vært stabil eller synkende i de fleste av de 20 landene som har lagt fram tilstrekkelige data for å muliggjøre analyse av trender <sup>(66)</sup>.

I 2008 varierte gjennomsnittlig detaljpris på amfetamin mellom 9 og 20 euro pr. gram i over halvparten av de 17 rapporterende landene. Prisen på amfetamin var stabil eller falt i alle de 13 landene som har lagt fram data for perioden 2003–08, bortsett fra Spania, der prisen falt til et historisk bunnivå i 2008 etter økning i de foregående årene <sup>(67)</sup>.

### Amfetaminproduksjon i Europa

I 2009 lanserte EONN og Europol en serie felles publikasjoner om forsyningssituasjonen når det gjelder illegale rusmidler i Europa. De første rapportene i serien omhandler metamfetamin og kokain, og den tredje, som kom ut i 2010, gir en omfattende oversikt over tema relatert til produksjon og handel med amfetamin i Europa, og gjennomgår tiltakene som er iverksatt på området, både i Europa og internasjonalt. Rapporter om forsyningssituasjonen for andre narkotiske stoffer i Europa, også ecstasy og heroin, står på planen for serien i årene framover.

Rapporten finnes på engelsk i trykt utgave og på EONNs nettsted.

<sup>(64)</sup> Denne analysen er foreløpig, da det ennå ikke foreligger data fra Storbritannia for 2008.

<sup>(65)</sup> Dataene om europeiske narkotikabeslag i dette kapittelet finnes i tabell SZR-11 to SZR-18 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(66)</sup> Dataene om renhetsgrad på narkotika i Europa i dette kapittelet finnes i tabell PPP-8 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(67)</sup> Dataene om priser på narkotika i Europa i dette kapittelet finnes i tabell PPP-4 i Statistiske opplysninger 2010.

## Metamfetamin

I 2008 var økningen i antallet metamfetaminlaboratorier som ble rapportert i verden, på 29 %. Den kraftigste økningen ble registrert i Nord-Amerika, men også Øst- og Sørøst-Asia hadde en økning i antallet illegale laboratorier som ble rapportert. Økt virksomhet i tilknytning til produksjonen av metamfetamin ble rapportert i Latin-Amerika og Oseania. I 2008 ble det beslaglagt 17,9 tonn metamfetamin, noe som skriver seg inn i trenden siden 2004. Mesteparten av stoffet ble beslaglagt i Øst- og Sørøst-Asia (særlig Kina), etterfulgt av Nord-Amerika (UNODC, 2010b).

Illegal produksjon av metamfetamin i Europa foregår for det meste i Tsjekkia, der 458 produksjonsanlegg ble avdekket i 2008 (figur 5). Dette er det største antallet "kjøkkenlaboratorier" for framstilling av metamfetamin som noen gang er rapportert i dette landet. Beslagene av utgangsstoffer gikk også opp i 2008. Også Litauen, Polen og Slovakia rapporterer om produksjon av metamfetamin.

I 2008 ble det rapportert nærmere 4 700 metamfetaminbeslag i Europa, til sammen ca. 300 kg. Mellom 2003 og 2008 gikk antallet metamfetaminbeslag jevnt og trutt opp. I samme periode økte beslaglagte kvanta til et rekordnivå i 2007 for deretter å falle noe i 2008, mest på grunn av reduserte beslag i Norge, som er det landet i Europa som har gjort de største beslagene av dette stoffet.

## Ecstasy

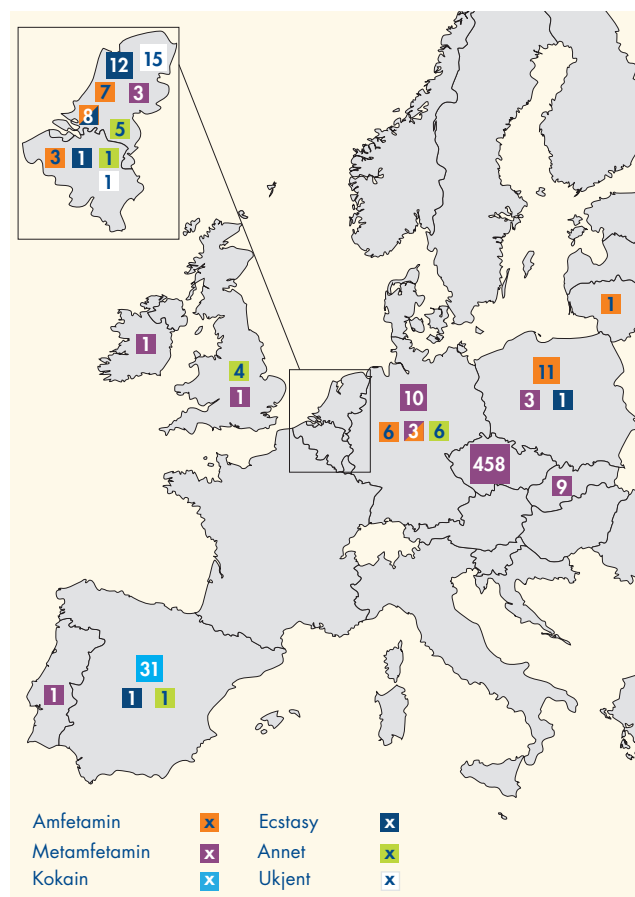
Den globale produksjonen av ecstasy i 2008 er anslått til mellom 57 og 136 tonn (UNODC, 2010b). Den geografiske spredningen av produksjonen synes å fortsette, og produksjonen foregår nå nærmere forbrukermarkedene i Øst- og Sørøst-Asia, Nord-Amerika og Oseania. Likevel produseres fremdeles mesteparten av all ecstasy i Vest- og Sentral-Europa, særlig Nederland og Belgia.

På verdensbasis ble det beslaglagt lite ecstasy i 2008 (2,3 tonn) (UNODC, 2010b). I Vest- og Sentral-Europa falt beslaglagte kvanta fra 1,5 tonn i 2007 til 0,3 tonn i 2008.

Over 19 100 beslag ble rapportert i Europa i 2008, eller anslagsvis 13,7 millioner ecstasytabletter. Dette er imidlertid bare en foreløpig beregning ettersom data for 2008 ikke er tilgjengelige for Nederland og Storbritannia, som til sammen beslagla 18,4 millioner tabletter i 2007.

Etter en utflating fra 2003 til 2006 har antallet ecstasybeslag rapportert i Europa gått noe ned. Samtidig

**Figur 5:** Illegale anlegg for produksjon av narkotiske stoffer i Den europeiske union rapportert til Europol



NB: Basert på data rapportert til Europol fra 11 EU-medlemsstater: Det narkotiske stoffets type er angitt med farge, med antall anlegg rapportert i vedkommende land. Anlegg hvor både amfetamin og metamfetamin eller amfetamin og ecstasy er funnet, har tofargede symboler. Anlegg som håndterer andre syntetiske stoffer eller kombinasjoner er merket "annet". Anlegg der stoffene er ukjent, er også angitt. Det skilles her ikke mellom produksjons-, tableterings- og lageranlegg. Alle rapporterte kokainanlegg var involvert i omvandling eller "ettetreksrasjon" av stoffet.

Kilde: Involvement  
Europol

har det været en generell nedgang i beslaglagte kvanta i perioden 2003–2008 <sup>(68)</sup>.

De fleste ecstasytabletter som ble analysert i Europa i 2008, inneholdt MDMA eller et annet ecstasylignende stoff (MDEA, MDA) som det eneste psykoaktive stoffet, og 19 land rapporterte at dette var tilfellet for over 60 % av alle tabletter som ble analysert. Sju land rapporterer nå om en lavere andel tabletter med innhold av MDMA eller MDMA-analoger (Spania, Kypros, Latvia, Luxembourg, Slovenia, Storbritannia, Kroatia). En del rapporterer at mCPP, et stoff som ikke er kontrollert i henhold til internasjonale narkotikakonvensjoner, er funnet i en betydelig del av de ecstasytablettene som ble analysert (se kapittel 8).

Typisk MDMA-innhold i ecstasytabletter testet i 2008 var mellom 5 og 72 mg i de elleve landene som la fram data

<sup>(68)</sup> Denne analysen er foreløpig, da det ennå ikke foreligger data fra Nederland og Storbritannia for 2008.



om dette. I tillegg ble høydoserte ecstasytabletter som inneholdt over 130 mg MDMA, rapportert av en del land (Belgia, Bulgaria, Tyskland, Estland, Latvia, Nederland, Slovakia, Norge). Det er ingen klar trend når det gjelder MDMA-innhold i ecstasytabletter.

Ecstasy er nå betraktelig billigere enn på 1990-tallet, da det først ble lett tilgjengelig. Selv om det finnes rapporter om tabletter som selges for under 2 euro, rapporterer de fleste landene om en gjennomsnittlig detaljpris i størrelsesordenen 4–10 euro pr. tablett. Tilgjengelige data for 2003–08 tilsier at europeiske detaljpriser for ecstasy, korrigert for inflasjon, har fortsatt å falle.

### Hallusinogene stoffer

Bruken av og handelen med LSD i Europa betraktes fortsatt som marginal. Antallet LSD-beslag gikk opp i perioden 2003 til 2008, mens beslaglagte kvanta har svingt på et mye lavere nivå i perioden, med en topp i 2005 etter rekordbeslag i Storbritannia <sup>(69)</sup>. Detaljprisen på LSD (korrigert for inflasjon) har vært stabil eller noe lavere i åtte land siden 2003, samtidig som Belgia og Sverige kunne rapportere om en økning. I 2008 varierte gjennomsnittlig detaljpris mellom 5 og 12 euro pr. enhet i flesteparten av de 13 rapporterende landene.

### Prevalens og bruksmønstre

Relativt høye nivåer av amfetamin- eller ecstasybruk i befolkningen generelt rapporteres av en del EU-medlemsstater (Tsjekkia, Estland, Storbritannia). I et par land utgjør brukere av amfetamin eller metamfetamin, som ofte setter stoffet ved hjelp av sprøyte, en vesentlig del av det totale antallet problembrukere av narkotika og personer som søker hjelp for narkotikaproblemer. Ser man bort fra disse populasjonene av kroniske brukere, finnes det en mer generell forbindelse mellom bruk av syntetiske stoffer, særlig ecstasy, og nattklubber og techno-arrangementer. Dette fører til at det rapporteres signifikant høyere bruksnivåer blant unge mennesker, og svært høye nivåer i en del miljøer eller i spesifikke undergrupper. Når det gjelder bruken totalt sett av hallusinogene stoffer som lysergsyredietylamid (LSD) og hallusinogene sopper, er denne generell lav og har stort sett vært stabil i de senere årene.

### Amfetaminer

Prevalensestimater tyder på at ca. 12 millioner europeere har prøvd amfetaminer, og at om lag 2 millioner har brukt

amfetaminer det siste året (se tabell 5 for et sammendrag av dataene).

Blant unge voksne (15–34 år) varierer livstidsprevalensen av amfetaminbruk betydelig fra land til land i Europa, fra 0,1 % til 15,4 %, med et vektet europeisk gjennomsnitt på 5,2 %. Siste års bruk av amfetamin i denne aldersgruppen varierer fra 0,1 % til 3,2 %, og de fleste landene rapporterer om prevalensnivåer i området 0,5–2,0 %. Det er anslått at om lag 1,5 millioner (1,2 %) av alle unge europeere har brukt amfetaminer i løpet av det siste året.

Blant 15–16-årige skoleelever varierer livstidsprevalensen for bruk av amfetaminer fra 1 % til 8 % i de 26 EU-medlemsstatene, Norge og Kroatia, ifølge undersøkelsen fra 2007, mens prevalensnivåer på over 5 % ble rapportert bare for Bulgaria, Latvia (begge 6 %) og Østerrike (8 %). De fem landene som gjennomførte skoleundersøkelser i 2008 (den flamske delen av Belgia, Spania, Italia, Sverige, Storbritannia) rapporterte om en livstidsprevalens av amfetaminbruk på 3 % eller mindre <sup>(70)</sup>.

### Problematisert bruk av amfetaminer

EONNs indikator for problematisk bruk av narkotika (PDU) kan brukes på amfetamin og definerer da injeksjonsbruk eller langvarig/regelmessig bruk av stoffet. Finland har lagt fram det nyeste nasjonale estimatet over problembrukere av amfetamin, på mellom 12 000 og 22 000 i 2005, noe som gir Finland omtrent fire ganger så mange problembrukere av amfetamin som av opioider.

Andelen narkotikabrukere som rapporterte at de hadde søkt behandling for bruk av amfetamin som primærrusmiddel, er relativt liten (under 5 %) i de fleste landene i Europa (18 av 27 rapporterende land), men de representerer likevel en betydelig andel av rapporterte behandlingsinntak i Sverige (32 %), Finland (20 %) og Latvia (15 %). Fem andre land (Belgia, Danmark, Tyskland, Ungarn, Nederland) rapporterer at mellom 6 % og 10 % av alle som inntas til behandling, oppgir amfetamin som primærrusmiddel. Andre steder er denne andelen under 5 %. Amfetamin rapporteres også som sekundærrusmiddel av andre klienter <sup>(71)</sup>.

Ved inntak til behandling er amfetaminbrukerne i gjennomsnitt ca. 30 år; klientene i døgningstusjoner er yngre (28 år). Forholdet mellom menn og kvinner blant amfetaminklientene (2:1) er lavere enn for noe annet illegalt rusmiddel. Tsjekkia, Estland, Latvia, Litauen, Sverige og Finland rapporterer alle om relativt høye nivåer av injeksjonsbruk blant klienter som har amfetamin som primærrusmiddel (fra 57 % til 82 %) <sup>(72)</sup>.

<sup>(69)</sup> Denne analysen er foreløpig, da det ennå ikke foreligger data fra Storbritannia for 2008.

<sup>(70)</sup> Se tabell EYE-11 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(71)</sup> Se tabell TDI-5 (del ii) og TDI-22 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(72)</sup> Se tabell TDI-5 (del iv) og TDI-37 i Statistiske opplysninger 2010.

**Tabell 5: Prevalens av amfetaminbruk i befolkningen generelt – datasammendrag**

Aldersgruppe	Tidsramme for bruk	
	Livstid	Siste år
<b>15–64 år</b>		
Anslag over antall brukere i Europa	12 millioner	2 millioner
Europeisk gjennomsnitt	3,7 %	0,6 %
Spredning	0,0–12,3 %	0,0–1,7 %
Lavprevalensland	Romania (0,0 %) Hellas (0,1 %) Malta (0,4 %) Kypros (0,8 %)	Romania, Malta, Hellas (0,0 %) Frankrike (0,1 %) Portugal (0,2 %)
Høyprevalensland	Storbritannia (12,3 %) Danmark (6,3 %) Sverige (5,0 %) Tsjekkia (4,3 %)	Tsjekkia (1,7 %) Storbritannia, Danmark (1,2 %) Norge, Estland (1,1 %)
<b>15–34 år</b>		
Anslag over antall brukere i Europa	7 millioner	1,5 millioner
Europeisk gjennomsnitt	5,2 %	1,2 %
Spredning	0,1–15,4 %	0,1–3,2 %
Lavprevalensland	Romania (0,1 %) Hellas (0,2 %) Malta (0,7 %) Kypros (0,8 %)	Romania, Hellas (0,1 %) Frankrike (0,2 %) Kypros (0,3 %) Portugal (0,4 %)
Lavprevalensland	Storbritannia (15,4 %) Danmark (10,5 %) Tsjekkia (7,8 %) Latvia (6,1 %)	Tsjekkia (3,2 %) Danmark (3,1 %) Estland (2,5 %) Storbritannia (2,3 %)
Europeiske prevalensestimater er basert på vektete gjennomsnitt fra de nyeste nasjonale undersøkelser gjennomført fra 2001 til 2008/09 (hovedsakelig 2004–08) og gjelder følgelig ikke noe enkelt år. Gjennomsnittsprevalensen for Europa er beregnet på grunnlag av et gjennomsnitt vektet for antall innbyggere i den aktuelle aldersgruppen i hvert land. I land hvor slik informasjon ikke var tilgjengelig, ble gjennomsnittlig EU-prevalens lagt til grunn. Populasjoner brukt som grunnlag: 15–64 (334 millioner) og 15–34 (133 millioner). Dataene som presenteres her, finnes i "Generelle befolkningsundersøkelser" i Statistiske opplysninger 2010.		

Trendene for antall amfetaminbrukere som har vært inntatt til behandling mellom 2003 og 2008, har vært ganske stabile i de fleste landene <sup>(73)</sup>.

### Problematisk bruk av metamfetamin

I motsetning til andre deler av verden der bruken av metamfetamin har økt de senere år, synes bruken i Europa å være av begrenset omfang. Historisk sett har bruken i Europa av dette stoffet vært konsentrert til Tsjekkia og Slovakia. I 2008 var antallet problembbrukere av metamfetamin i Tsjekkia anslått til rundt 20 700–21 800 (2,8–2,9 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64 år), et anslag som er omtrent dobbelt så høyt som anslaget over antall problembbrukere av opioider. For Slovakia var det anslåtte antallet problembbrukere av metamfetamin 5 800–15 700 i 2007 (1,5–4,0 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64 år), eller om lag 20 % under anslaget over problembbrukere av

### Utvalgte aspekt: Problematisk bruk av amfetamin og metamfetamin, relaterte konsekvenser og tiltak

Amfetaminer, da særlig metamfetamin, er rapportert å ha forårsaket store problemer i flere deler av verden. I Europa er det bare noen få land som rapporterer om betydelig skade som følge av bruk av disse stoffene og om et ganske stort antall problembbrukere av amfetaminer og metamfetamin. Et nytt utvalgt aspekt fra EONN ser nærmere på hva som har skjedd og hva som skjer i disse landene. Rapporten behandler epidemiologien for amfetamin- og metamfetaminbruk, hovedsakelig kronisk eller intensiv, og dens helsemessige og sosiale korrelater. Den beskriver også hvilke helsemessige, sosiale og rettslige tiltak som har blitt utviklet for problemer forbundet med disse stoffene.

Dette utvalgte aspektet finnes på engelsk i trykt utgave og på EONNs nettsted.

<sup>(73)</sup> Se Utvalgt aspekt 2010 om problematisk bruk av amfetamin og metamfetamin for en full analyse.



opioider. I den senere tid har metamfetamin dukket opp på narkotikamarkedet også i andre land, spesielt i Nord-Europa (Norge, Sverige, Latvia og i noen mindre grad Finland), der det synes delvis å erstatte amfetamin, ettersom brukerne i praksis ikke oppfatter noen forskjell mellom disse stoffene. Problembrukere av metamfetamin i Europa vil typisk injisere eller sniffe stoffet. Røyking rapporteres sjelden, også dette i motsetning til hva som er tilfelle ellers i verden.

Metamfetamin rapporteres som primærrusmiddel av en stor andel av klientene som påbegynner behandling i Tsjekkia (59 %) og Slovakia (29 %). Injisering rapporteres som vanligste bruksmåte av 80 % av metamfetaminklientene i Tsjekkia og 36 % i Slovakia <sup>(74)</sup>. Bruk av andre rusmidler rapporteres også ofte, da særlig heroin, cannabis og alkohol. Begge land rapporterer at bruk av metamfetamin som sekundærrusmiddel er vanlig, særlig blant dem som får substitusjonsbehandling.

Metamfetaminbrukere som inntas i behandlingsapparatet i Tsjekkia og Slovakia, er relativt unge, gjennomsnittlig 25–26 år. Tsjekkia rapporterer at et økende antall kvinner med metamfetamin som primærrusmiddel inntas til behandling, særlig i de yngre aldersgruppene. I perioden 2003–2008 har begge disse landene hatt en økning i antallet klienter som inntas til behandling for første gang for problemer relatert til metamfetaminbruk <sup>(75)</sup>.

### Ecstasy

Bruken av ecstasy er konsentrert til yngre voksne, og i alle land, bortsett fra Sverige og Finland, rapporterer menn mye høyere bruksnivåer enn kvinner. Av de om lag 2,5 millioner (0,8 %) europeiske voksne som brukte ecstasy i løpet av siste år, er praktisk talt alle i aldersgruppen 15–34 år (se tabell 6 for et datasammendrag). Enda høyere nivåer av ecstasybruk er funnet i aldersgruppen 15–24, der livstidsprevalensen varierer fra under 1 % i Hellas og Romania til 20,8 % i Tsjekkia, etterfulgt av Slovakia og Storbritannia (begge 9,9 %) og Latvia (9,4 %), mens de fleste landene rapporterer estimater i området 2,1–6,8 % <sup>(76)</sup>. Ecstasybruk siste år i denne aldersgruppen er anslått til mellom 1,0 % og 3,7 % i de fleste landene, men det er stor forskjell mellom det laveste nasjonale anslaget på 0,3 % og det høyeste på 11,3 %.

Blant 15–16-årige skoleelever varierer livstidsprevalensen av ecstasybruk fra 1 % til 5 % i de fleste EU-landene

som gjennomførte undersøkelsen i 2007. Bare fire land rapporterte høyere prevalens: Bulgaria, Estland, Slovakia (alle 6 %) og Latvia (7 %). De fem landene som gjennomførte skoleundersøkelser i 2008 (den flamske delen av Belgia, Spania, Italia, Sverige, Storbritannia) rapporterte om en livstidsprevalens av ecstasybruk på 4 % eller mindre <sup>(77)</sup>.

Få brukere søker behandling for problemer forbundet med ecstasy. I 2008 ble i 21 av de 27 rapporterende landene, ecstasy oppgitt som primærrusmiddel av under 1 % av klientene ved inntak til behandling. I de øvrige landene varierte andelen mellom 1 % og 3 %. Med en gjennomsnittsalder på 24 år er ecstasyklientene blant de yngste som påbegynner behandling. Det er 2–3 menn for hver kvinne som inntas til behandling. Ecstasyklienter rapporterer ofte om samtidig inntak av andre rusmidler, som alkohol, kokain og i noen mindre grad cannabis og amfetaminer <sup>(78)</sup>.

### LSD og hallusinogene sopper

Blant unge voksne (15–34 år) varierer estimatene for livstidsprevalens av LSD-bruk fra null til 6,1 %, bortsett fra i Tsjekkia, der en narkotikaundersøkelse gjennomført i 2008 rapporterte høyere prevalens (10,3 %). Det rapporteres mye lavere prevalenstall for bruk siste år <sup>(79)</sup>.

I de få landene som har lagt fram sammenlignbare data, er bruk av hallusinogene sopper oftest mer utbredt enn bruk av LSD. Estimater for livstidsprevalens av bruk av hallusinogene sopper blant unge voksne varierer fra 0,3 % til 14,1 % og for siste års prevalens fra 0,2 % til 5,9 %.

Blant 15–16-årige skoleelever er prevalensestimaterne for bruk av hallusinogene sopper høyere enn for LSD og andre hallusinogener i ti av de 26 landene som har sendt inn data om disse stoffene. De fleste landene rapporterer estimater for livstidsprevalens av bruk av hallusinogene sopper mellom 1 % og 4 %. De høyeste tallene kommer fra Slovakia (5 %) og Tsjekkia (7 %) <sup>(80)</sup>.

### Trender for bruk av amfetaminer og ecstasy

Som anført i tidligere årsrapporter bekrefter også de siste dataene at trendene for amfetamin- og ecstasybruk i Europa har stabilisert seg. Etter en generell økning på 1990-tallet tyder befolkningsundersøkelser nå på en generell stabilisering når det gjelder disse stoffenes

<sup>(74)</sup> Se tabell TDI-5 (del ii) og (del iv) i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(75)</sup> Se tabell TDI-3 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(76)</sup> Se tabell GPS-7 (del iv) i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(77)</sup> Se tabell EYE-11 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(78)</sup> Se tabell TDI-5 og TDI-37 (del i), (del ii) og (del iii) i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(79)</sup> Se tabell GPS-1 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(80)</sup> Data fra ESPAD for alle land bortsett fra Spania. Se figur EYE-2 (del v) i Statistiske opplysninger 2010.

**Tabell 6: Prevalens av ecstasybruk i befolkningen generelt – datasammendrag**

Aldersgruppe	Tidsramme for bruk	
	Livstid	Siste år
<b>15–64 år</b>		
Anslag over antall brukere i Europa	11 millioner	2,5 millioner
Europeisk gjennomsnitt	3,3 %	0,8 %
Spredning	0,3–9,6 %	0,1–3,7 %
Lavprevalensland	Romania (0,3 %) Hellas (0,4 %) Malta (0,7 %) Polen (1,2 %)	Romania, Sverige (0,1 %) Malta, Hellas (0,2 %) Polen (0,3 %)
Høyprevalensland	Tsjekkia (9,6 %) Storbritannia (8,6 %) Irland (5,4 %) Latvia (4,7 %)	Tsjekkia (3,7 %) Storbritannia (1,8 %) Slovakia (1,6 %) Latvia (1,5 %)
<b>15–34 år</b>		
Anslag over antall brukere i Europa	8 millioner	2,5 millioner
Europeisk gjennomsnitt	5,8 %	1,7 %
Spredning	0,6–18,4 %	0,2–7,7 %
Lavprevalensland	Romania, Hellas (0,6 %) Malta (1,4 %) Polen (2,1 %) Kypros (2,4 %)	Romania, Sverige (0,2 %) Hellas (0,4 %) Polen (0,7 %)
Høyprevalensland	Tsjekkia (18,4 %) Storbritannia (13,8 %) Irland (9,0 %) Latvia (8,5 %)	Tsjekkia (7,7 %) Storbritannia (3,9 %) Slovakia, Latvia, Nederland (2,7 %)

Europeiske prevalensestimater er basert på vektete gjennomsnitt fra de nyeste nasjonale undersøkelsene gjennomført fra 2001 til 2008/09 (hovedsakelig 2004–2008) og gjelder følgelig ikke noe enkelt år. Gjennomsnittsprevalensen for Europa er beregnet på grunnlag av et gjennomsnitt vektet for antall innbyggere i den aktuelle aldersgruppen i hvert land. I land hvor slik informasjon ikke var tilgjengelig, ble gjennomsnittlig EU-prevalens lagt til grunn. Populasjoner brukt som grunnlag: 15–64 (334 millioner) og 15–34 (133 millioner). Dataene som presenteres her, finnes i "Generelle befolkningsundersøkelser" i Statistiske opplysninger 2010.

popularitet, selv om et par land nylig har hatt en økning. Nasjonale trender i generelle befolkningsundersøkelser avdekker imidlertid ikke alltid lokale trender for bruk av sentralstimulerende midler eller trender i forskjellige undergrupper av befolkningen. Målrettede undersøkelser i utelivsmiljøer synes å tilsi at bruk av sentralstimulerende midler sammen med alkohol er utbredt, og en del studier tyder på at bruksmønstrene for narkotika blant klubbgjengere skiller seg stadig mer fra det som sees i befolkningen generelt (Measham og Moore, 2009). Observasjoner som nylig er gjort i Tyskland, tyder imidlertid på en nedgang i bruken av narkotika i klubbmiljøene i dette landet.

Bruk av amfetaminer siste år blant unge voksne (15–34) i Storbritannia har gått ned fra 6,2 % i 1998 til 2,3 % i 2008–09. Danmark hadde en økning fra 0,5 % i 1994 til 3,1 % i 2000, men siden har utviklingen stabilisert seg <sup>(81)</sup>. I de andre landene som rapporterer gjentatte undersøkelser over tilsvarende tidsrom (Tyskland,

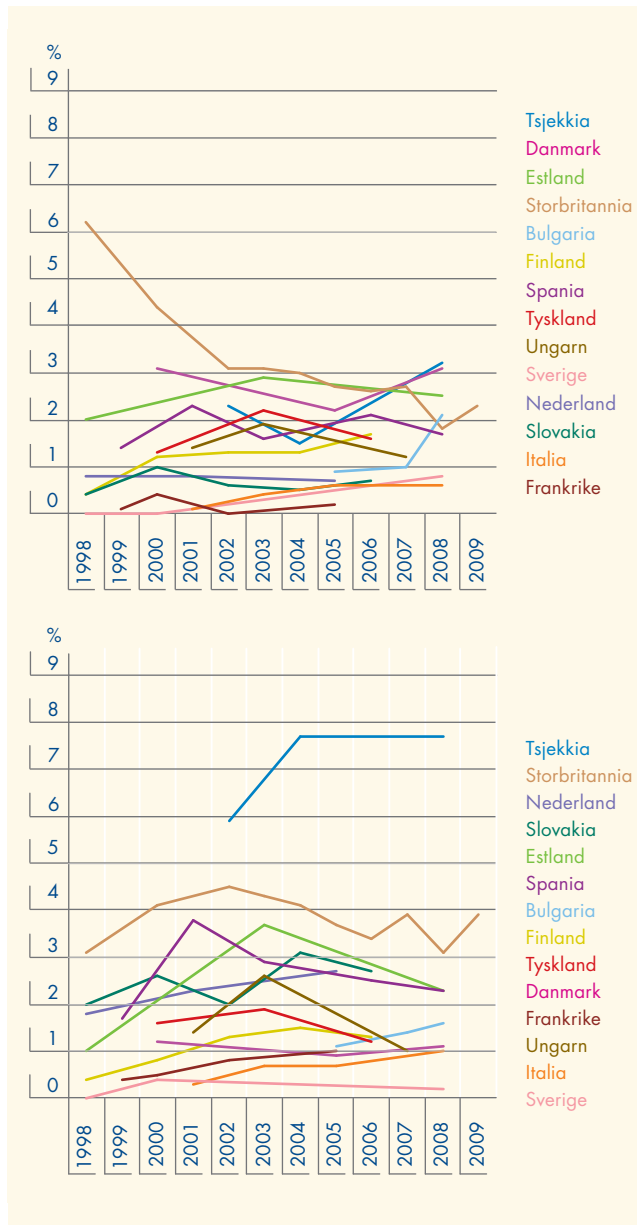
Hellas, Spania, Frankrike, Nederland, Slovakia, Finland), er trendene overveiende stabile (figur 6).

I perioden 2003–08 er det, av de elleve landene som har tilstrekkelige data om siste års prevalens av amfetaminbruk i aldersgruppen 15–34 år, bare to som rapporterer om en endring på mer enn ett prosentpoeng (Bulgaria, fra 0,9 % i 2005 til 2,1 % i 2008, og Tsjekkia, fra 1,5 % i 2004 til 3,2 % i 2008).

I de landene som rapporterer nivåer av ecstasybruk over gjennomsnittet, nådde bruken av dette stoffet i aldersgruppen 15–34 år typisk en topp på mellom 3 % og 5 % i begynnelsen av 2000-tallet (Estland, Spania, Slovakia, Storbritannia; se figur 6). Et unntak her er Tsjekkia, der det er anslått at 7,7 % av alle i aldersgruppen 15–34 år har brukt ecstasy siste år, og at trenden her har vært stigende i perioden 2003–08. I denne perioden har de fleste andre landene rapportert om stabile trender, med unntak av Estland og Ungarn, som

<sup>(81)</sup> I Danmark viser informasjonen i 1994 til "harde stoffer", som da hovedsakelig gjaldt amfetaminer.

**Figur 6:** Trender for siste års prevalens av bruk av amfetaminer (øverst) og ecstasy (nederst) blant unge voksne (15–34 år)



**NB:** Bare data for land som har gjort minst tre spørreundersøkelser i perioden 1998 til 2009 er presentert. Se figur GPS-8 og GPS-21 i Statistiske opplysninger 2010 for ytterligere opplysninger.

**Kilde:** Nasjonale Reitox-rapporter, hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler.

fikk en økning i siste års prevalens av ecstasy blant unge voksne tidlig på 2000-tallet før prevalensen falt igjen.

I åtte land (Danmark, Frankrike, Spania, Irland, Italia, Østerrike, Portugal, Storbritannia) viser de seneste undersøkelsene at siste års bruk av kokain er høyere enn siste års bruk av amfetamin og ecstasy blant unge voksne.

Skoleundersøkelser gjennomført i 2007 (ESPAD) og 2008 indikerer samlet sett liten forandring i graden av

eksperimentering med amfetaminer og ecstasy blant skoleelever i 15–16-årsalderen. Hvis vi ser bort fra endringer på under to prosentpoeng mellom 2003 og 2007, gikk livstidsprevalensen for bruk av amfetaminer opp i ni land. Etter samme målestokk økte bruken av ecstasy i syv land. Bare Estland og Italia hadde en nedgang i livstidsprevalens av amfetaminbruk, mens Tsjekkia, Portugal og Kroatia rapporterte om redusert bruk av ecstasy. De øvrige landene rapporterer stabile trender.

### Amfetaminer og ecstasy i rekreasjonsmiljøer: bruk og tiltak

Data om prevalensen av bruk av sentralstimulerende midler framkommet gjennom studier i utelivsmiljøer i 2008, ble lagt fram av ni land. Estimaten for livstidsprevalens viser store variasjoner fra land til land og fra miljø til miljø, og varierer fra 10 % til 85 % for ecstasy og fra 5 % til 69 % for amfetaminer. Tre av studiene estimerte dessuten livstidsprevalens for hallusinogene sopper, som var fra 34 % til 54 %. I seks land (Tyskland, Frankrike, Ungarn, Nederland, Romania, Storbritannia) er det funnet forskjeller i prevalens og bruksmønstre rapportert av kunder i klubber som spiller elektronisk musikk i ulike sjangere, og bruk av ecstasy synes konsekvent tettere forbundet med enkelte musikkjangere enn andre. Bruk av ecstasy var også vanligere enn bruk av amfetaminer i de miljøene som ble undersøkt i tre rapporterende land (Tsjekkia, Nederland, Storbritannia). For eksempel rapporterte 9 % av klubbgjengerne i Amsterdam at de hadde tatt ecstasy den kvelden undersøkelsen ble gjennomført, og 42 % av klubbgjengerne i Manchester rapporterte at de hadde tatt eller planla å ta ecstasy den kvelden undersøkelsen ble gjennomført. Tilsvarende tall for amfetaminer var 3,6 % (Amsterdam) og 8 % (Manchester).

Bare 13 europeiske land har rapportert om intervensjoner i utelivsmiljøene i den senere tid. Tiltakene besto for det meste i opplysningsvirksomhet og utdeling av skadereduserende materiell, men få informasjonsstrategier tok for seg de normative oppfatningene i ungdomskulturen. Miljøtiltak, som trygge klubbmiljøer, trygg transport, rutiner for salg og vakthold, avslapnings/chillout-områder, alkoholtesting og krisetiltak rapporteres alene eller i kombinasjon av sju land (Belgia, Danmark, Tyskland, Spania, Luxembourg, Nederland, Storbritannia). Samarbeid mellom aktørene i utelivsbransjen — kommuner, politi og restaurant- eller klubeiere — rapporteres nå også fra Spania og Italia.

Det er økende erkjennelse av skadene forbundet med alkoholbruk i utelivsmiljøene. Både Danmark, Luxembourg, Sverige og Storbritannia og noen områder av Spania

rapporterer om miljøstrategier som fokuserer på alkohol. Av tiltakene som er gjennomført i disse landene, kan nevnes ansvarlig alkoholservering, opplæring av ansatte, høyere avgifter på rusbrus, 16-årsgrense for kjøp av alkoholholdige drikkevarer og nulltoleranse for unge bilførere.

Ettersom det i utelivsmiljøene er en sterk forbindelse mellom bruk av alkohol og andre rusmidler, vil regulering av alkoholbruken også kunne redusere bruken av stimulerende midler. En undersøkelse fra British Crime Survey rapporterte nylig at folk som går mye ut, har større sannsynlighet for å bruke flere rusmidler <sup>(82)</sup>. EONN har foretatt en analyse av data fra generelle befolkningsundersøkelser i ni europeiske land som viser at personer som har en hyppig eller tung bruk av alkohol, har mye høyere prevalens av amfetamin- eller ecstasybruk enn gjennomsnittet (EONN, 2009d). En analyse av dataene fra ESPAD-undersøkelsen for 22 land viser at 85,5 % av de 15–16-åringene som hadde brukt ecstasy siste måned, også hadde drukket fem eller flere alkoholenheter ved en og samme anledning (EONN, 2009d). Og som Nederland rapporterer, kan brukerne ta stimulerende midler som kokain og amfetaminer for å bli edrue etter overstadig drikking.

## Behandling

Amfetaminbrukere får vanligvis behandling i det polikliniske behandlingsapparatet. I land som historisk sett har et signifikant amfetaminproblem, kan behandlingsapparatet ha spesialisert seg på behandling av denne typen narkotikaproblem. Behandling av de mest problematiske brukerne av amfetamin kan foregå i døgninstitusjoner, psykiatriske klinikker eller sykehus. Dette gjelder spesielt der amfetaminavhengighet kompliseres av samtidig forekommende psykiatriske lidelser. I Europa gis legemidler (antidepressiva, sedativa eller antipsykotika) for behandling av tidlige abstinenssymptomer ved begynnelsen av avrusningen, som oftest skjer ved spesialiserte psykiatriske døgninstitusjoner. I Tsjekkia vil metamfetaminbrukere som kommer til avrusning, ofte være i en tilstand av akutt toksisk psykose som typisk ledsages av aggressivitet både mot egen person og mot omgivelsene. Disse pasientene må ofte legges i remmer, kommunikasjonen med dem er vanskelig, og de avviser vanligvis enhver form for pleie. Brukere med psykotiske lidelser behandles med atypiske antipsykotiske legemidler på psykiatriske sykehus. Tsjekkia rapporterer også at det på grunn av klientenes unge alder og den høye hyppigheten av familierelaterte problemer er vanlig å bruke familierapi på metamfetaminbrukere.

Mangelen på substitusjonslegemidler for behandling av amfetaminavhengighet nevnes av flere land som et problem som gjør det vanskelig å holde amfetaminbrukere i behandling. Selv om deksamfetamin brukes som substitusjonslegemiddel i behandlingen av svært problematiske brukere av amfetamin i England og Wales, anbefaler de nasjonale retningslinjene for klinisk behandling av narkotikaavhengighet at dette legemiddelet ikke brukes for dette formålet, da dokumentasjon på effekt mangler (NTA, 2007).

## Behandlingseffekt

Kronisk bruk av metamfetamin kan føre til kognitiv svikt, noe som kan redusere brukerens evne til å ha nytte av psykologisk og kognitiv terapi og atferdsterapi (Rose og Grant, 2008). Dette kan være noe av forklaringen på den store forskningsinnsatsen for å utvikle farmakologiske intervensjoner. I en del tilfeller tar man sikte på å utvikle legemidler som skal sette pasientene i stand til å ha utbytte av en psykologisk behandling.

En rekke kliniske forsøk på legemidler for bruk i behandlingen av amfetaminavhengighet er nylig blitt publisert, og andre vil snart bli det. Av ni publiserte

## Evidensbaserte intervensjoner

Bruk av narkotika og alkohol i rekreasjonssammenheng kan skape en lang rekke helsemessige og sosiale problemer som: vold, ufrivillig og usikker sex, trafikkulykker, drikking blant mindreårige og forstyrrende oppførsel. En fersk gjennomgang av effekten av intervensjoner i slike miljøer fant at de intervensjonene som var mest utbredt, ikke var basert på evidens (Calafat et al., 2009). Disse omfattet opplysningsvirksomhet for å: redusere skade, fremme moderasjon, ansvarlig alkoholservering, opplæring av dærvokter og egne programmer som gjelder bilkjøring. I noen tilfeller kan mangelen på effekt knyttes til svak gjennomføring.

Det ble funnet bevis at en kombinasjon av opplæring av klient og personell, obligatorisk samarbeid mellom myndigheter og utelivsbransjen, samt opprettholdelse av lov og orden (bevillingssystem, alderskontroll) var den beste strategien for å redusere skader, mønstre med problematiske drikkevaner og unge menneskers tilgang til alkohol. Dessverre ble resultatene i forhold til bruk av illegale rusmidler bare sjelden vurdert.

Andre tiltak på samfunnsnivå som effektivt bidrar til å redusere rusmiddelbruken i utelivsmiljøene, er bl.a. avgifter på alkohol, begrensninger med hensyn til salgs- og skjenketider, begrensninger av antall utvalg og skjenkesteder, promillekontroller, lavere promillegrenser, minstealder for kjøp av alkohol og midlertidig inndragelse av førerkort.

<sup>(82)</sup> Definert som det å ha tatt to eller flere illegale rusmidler i løpet av samme tidsperiode, f.eks siste år.

studier ble seks gjennomført i USA, to i Sverige og en i Australia. Stoffene som ble undersøkt omfattet: dopamin-reopptakshemmerne metylfenidat og bupropion, som framskynder avrusning hos metamfetaminavhengige pasienter, det antipsykotiske stoffet aripiprazol, det angstdempende stoffet ondansetron, det psykotrope legemiddelet amineptin, antihistaminet mirtazapin, det nevroprotektive stoffet modafinil, og opioidreseptorantagonisten naltrekson. Av alle stoffene og legemidlene som ble undersøkt, var det bare naltrekson som viste en signifikant behandlingsfordel i form av redusert bruk (dokumentert enten ved urinprøver

eller egenrapportering) og vedvarende rusfrihet. Studier i USA undersøker også om citicolin, som kan bedre mental funksjonsevne hos metamfetaminavhengige, vil øke effekten av andre legemiddelbaserte behandlinger.

Endelig viste en kontrollert studie at poliklinisk behandling under domstolskontroll ga bedre resultater enn behandling uten kontroll. I en klinisk studie ga læringsbasert rusbehandling bedre resultater enn konvensjonell behandling alene. En mulig vaksine med monoklonale antistoffer for forebygging av overdose og tilbakefall er også nylig beskrevet i en avhandling.



## Kapittel 5

### Kokain og crack

#### Innledning

Bruken av kokain og beslagene av dette stoffet har økt i løpet av det siste tiåret, og kokain er nå det mest brukte illegale rusmiddelet i Europa etter cannabis. Det er store variasjoner i bruksnivå fra land til land, og kokainbruk forekommer hyppigst i landene i Vest- og Sør-Europa. Kokainbrukerne er også svært forskjellige, både når det gjelder bruksmønstre og sosiodemografisk. Noen bruker kokain bare sporadisk, noen er sosialt velintegrerte, regelmessige brukere og andre er mer marginaliserte, ofte avhengige brukere, hvorav noen er aktive eller tidligere opioidbrukere. Dette sammensatte bildet gjør det vanskelig å vurdere prevalensen av kokainbruk, helsemessige og sosiale konsekvenser av kokainbruk og nødvendige tiltak.

#### Tilbud og tilgjengelighet

##### Produksjon og handel

Dyrkingen av kokabusken, kilden til kokain, er fortsatt konsentrert til et par-tre land i Andesregionen.

For året 2009 anslo UNODC (2010b) at et samlet dyrkingsareal på 158 000 hektar kokabusker kunne innebære en potensiell produksjon på mellom 842 og 1 111 tonn ren kokain, mot anslagsvis 865 tonn i 2008 (UNODC, 2010b). Dyrkingsarealet i 2009 er anslått til 158 000 hektar, ned fra 167 600 hektar i 2008. Denne nedgangen på 5 % skyldes mest av alt at reduksjonen i dyrkingsarealet for koka i Colombia var større enn utvidelsene i Peru og Bolivia.

Omdanningen av kokabladene til kokainhydroklorid skjer hovedsakelig i Colombia, Peru og Bolivia, men forekommer også i andre land. Colombias betydning i produksjonen av kokain understøttes av informasjon om laboratorier som er blitt oppdaget og om beslag av kaliumpermanganat, en kjemisk reagens som brukes i framstillingen av kokainhydroklorid. I 2008 ble 3 200 kokainlaboratorier oppdaget (INCB, 2010b) og til sammen 42 tonn kaliumpermanganat beslaglagt i Colombia (90 % av globale beslag) (INCB, 2010a).

Tilgjengelig informasjon tilsier at kokain fortsatt finner veien til Europa via andre ruter i luften eller sjøveien.

**Tabell 7: Produksjon, beslag, priser og renhet på kokain og crack**

	Kokain	Crack <sup>(1)</sup>
Globalt produksjonsestimat (tonn)	842–1 111	m. d.
Globale beslag (tonn)	711 <sup>(2)</sup>	m. d.
Beslaglagte kvanta (tonn) EU og Norge (inkl. Kroatia og Tyrkia)	67 (67)	0,06 (0,06)
Antall beslag EU og Norge (inkl. Kroatia og Tyrkia)	95 700 (96 300)	10 100 (10 100)
Gjennomsnittlig detalipris (EUR pr. gram) Spredning (interkvartil avstand) <sup>(3)</sup>	37–107 (50–70)	45–82
Spredning gj.sn. renhet (%)	13–62	20–89

<sup>(1)</sup> På grunn av det lille antallet land som har lagt fram informasjon om dette, bør dataene tolkes med varsomhet.

<sup>(2)</sup> Ifølge UNODC tilsvarer dette 412 tonn ren kokain.

<sup>(3)</sup> Verdier i midterste halvdel av rapporterte gjennomsnittspriser.

NB: Alle data gjelder 2008, bortsett fra globalt produksjonsestimat (2009); m. d. = mangler data.

Kilde: UNODC (2010b) for globale data, nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet for europeiske data.



Kokainforsendelsene passerer gjennom land som Argentina, Brasil, Ecuador, Venezuela og Mexico på sin vei til Europa. På veien blir de også ofte omlastet i karibiske land. I de senere år er det også påvist alternative ruter gjennom Vest-Afrika (EONN og Europol, 2010). Selv om det ble rapportert en "kraftig nedgang" i beslagene av kokain gjennom Vest-Afrika i 2008 (UNODC, 2009), er det sannsynlig at store mengder av stoffet fortsatt sendes gjennom denne delen av verden (EONN og Europol, 2010).

Kokainen smugles inn i Europa via Den iberiske halvøy, særlig Spania, samt Belgia og Nederland, særlig Nederland. Frankrike, Italia og Storbritannia nevnes hyppig som viktige transitt- eller destinasjonsland i Europa. Nye rapporter synes også å tyde på at handelen med kokain kan være i ferd med å flytte østover (EONN og Europol, 2010; INCB, 2010b). Samlede tall for 10 sentral- og østeuropeiske land viser en økning i antallet kokainbeslag, fra 469 beslag i 2003 til 1 212 i 2008, men fortsatt representerer dette bare om lag 1 % av alle beslag i Europa.

## Beslag

Etter marihuana og hasj er kokain det narkotiske stoffet som representerer de største omsetningsvolumene i verden. I 2008 lå de globale beslagene av kokain fortsatt stabilt rundt 711 tonn (tabell 7) (UNODC, 2010b). Sør-Amerika gjorde også nå de største beslagene og sto for 60 % av beslaglagte kvanta på verdensbasis (CND, 2009), etterfulgt av Nord-Amerika med 28 % og Vest- og Sentral-Europa med 11 % (UNODC, 2009).

I Europa har det vært en økning i antall kokainbeslag hvert år de 20 siste årene, og økningen har vært særlig stor siden 2004. I 2008 ble det gjort 96 000 kokainbeslag, men den totale mengden som ble beslaglagt, falt til 67 tonn, mot 121 tonn i 2006 og 76 tonn i 2007. Det at det var en nedgang i beslaglagte kvanta av kokain, skyldes stort sett reduserte beslag i Spania og Portugal siden 2006 <sup>(83)</sup>. Dette kan forklares med at smuglerruter eller -praksis er lagt om, eventuelt at rettshåndhevsorganene har lagt om sine prioriteringer. I 2008 var Spania fortsatt det landet som gjorde de største beslagene av kokain og det største antallet kokainbeslag — om lag halvparten av alle — i Europa. Denne analysen er bare foreløpig ettersom det ennå ikke finnes data for 2008 tilgjengelig for Nederland, som rapporterte de nest største beslagene av kokain i 2007.

## Laboratorier for "etterekstraksjon" av kokain i Europa

De hemmelige kokainlaboratoriene som smuglere har etablert i Europa, har en annen funksjon enn laboratoriene i Sør-Amerika, der kokainbase eller kokainhydroklorid utvinnes fra kokablade eller fra kokapasta. De fleste laboratoriene som er oppdaget i Europa, synes å ekstrahere kokain fra materialene det ble inkorporert i før eksport.

Kokainhydroklorid og ikke fullt så ofte kokainbase, er funnet i mange forskjellige "bærere": fra bivoks, gjødsel og klær til urter og væsker. Blandingen kan være en mer eller mindre kompleks prosess, fra å gjennomvæte klær i en blanding av kokain og vann, til å bake stoffet inn i plast. Når dette siste er gjort, må den kjemiske prosessen reverseres for å få kokainet ut igjen. Etter denne ekstraksjonen kan kokainet spes med forskjellige tilsetningsstoffer og presses til plater som preges med logoer som betegner kokain med svært høy renhet i produsentlandene.

Europol mottok rapporter om at et trettitalls laboratorier for "etterekstraksjon", av forskjellig størrelse, var avslørt i 2008, alle i Spania. I Nederland ble et middels stort laboratorium beslaglagt i Roosendaal, i provinsen Brabant, der kokain ble fjernet fra kakaopulver og kakaomasse. Et år tidligere hadde nederlandske myndigheter avslørt to laboratorier i samme provins som drev "etterekstraksjon". Åtte tonn plast (polypropylen) som inneholdt kokain, ble beslaglagt. Dokumentasjon funnet i laboratoriene viste at over 50 tonn av denne plasten var importert fra Colombia samme år.

## Renhet og pris

Kokainprøvene som ble testet i 2008, hadde en gjennomsnittlig renhet på mellom 25 % og 55 % i de fleste rapporterende landene, selv om lavere renhet ble rapportert fra Danmark (bare detalj, 23 %) og fra enkelte deler av Storbritannia (Skottland, 13 %), og høyere renhet fra Belgia (59 %), Frankrike (60 %) og Romania (62 %) <sup>(84)</sup>. Tjueto land la fram et tilstrekkelig tallmateriale til at det var mulig å analysere trender for renhet i perioden 2003–08; i 17 av landene falt renheten, i tre var renheten stabil (Tyskland, Hellas, Frankrike), mens Portugal hadde økt renhet.

I 2008 varierte gjennomsnittlig detaljpris på kokain mellom 50 og 70 euro pr. gram i over halvparten av de 18 rapporterende landene. Lavere priser ble rapportert i Polen og Portugal og høyere i Tsjekkia, Italia, Latvia og Sverige. Med ett unntak rapporterte alle land som hadde lagt fram tilstrekkelige data til at sammenligninger kunne gjøres, om en nedgang i detaljprisen på kokain i perioden 2003–2008. Bare Polen hadde en økning i prisene i løpet av denne perioden, til tross for reduserte priser i 2008.

<sup>(83)</sup> Se tabell SZR-9 og SZR-10 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(84)</sup> For data om renhet og pris, se tabell PPP-3 og PPP-7 i Statistiske opplysninger 2010.



## Prevalens og bruksmønstre

### Kokainbruk i befolkningen generelt

For Europa sett under ett, er kokain det mest brukte illegale rusmiddelet etter cannabis, selv om bruksnivå varierer mye landene imellom. Det er anslått at rundt 14 millioner europeere har brukt kokain minst én gang i livet, altså i snitt 4,1 % av alle voksne i alderen 15–64 år (se tabell 8 for et datasammendrag). Nasjonale tall varierer fra 0,1 % til 9,4 %, og 12 av 24 land, inklusive de fleste landene i Sentral- og Øst-Europa, rapporterer lave nivåer av livstidsprevalens (0,5–2 %).

Det er anslått at ca. 4 millioner europeere har brukt kokain det siste året (1,3 % i gjennomsnitt), selv om det også her er variasjoner mellom landene. Nyere nasjonale spørreundersøkelser rapporterer om prevalensestimater for bruk siste år på mellom null og 3,1 %. Prevalensestimaterne for kokainbruk siste måned i Europa representerer ca. 0,5 % av den voksne befolkningen, eller 2 millioner personer.

Et lite antall land rapporterer om nivåer over europeisk gjennomsnitt (Danmark, Spania, Irland, Italia, Storbritannia). I alle disse landene bortsett fra ett er kokain det mest utbredte illegale sentralstimulerende middelet. Unntaket er Danmark, som rapporterer omtrent samme prevalens for kokainbruk som for amfetaminbruk.

### Kokainbruk blant unge voksne

I Europa er det anslått at 8 millioner unge voksne (15–34 år), eller gjennomsnittlig 5,9 %, har brukt kokain minst én gang. Nasjonale tall varierer fra 0,1 % til 14,9 %. Det europeiske gjennomsnittet for siste års bruk av kokain i denne aldersgruppen er anslått til 2,3 % (ca. 3 millioner) og for bruk siste måned til 0,9 % (1,5 millioner).

Bruken er spesielt høy blant unge menn (15–34 år), og siste års prevalens av kokainbruk i denne gruppen er mellom 4 % og 8,4 % i Danmark, Spania, Irland, Italia og Storbritannia <sup>(85)</sup>. I tolv av de rapporterende landene er forholdet menn til kvinner for siste års prevalens av kokainbruk blant unge voksne minst 2:1 <sup>(86)</sup>.

**Tabell 8: Prevalens av kokainbruk i befolkningen generelt – datasammendrag**

Aldersgruppe	Tidsramme for bruk		
	Livstid	Siste år	Siste måned
<b>15–64 år</b>			
Anslag over antall brukere i Europa	14 millioner	4 millioner	2 millioner
Europeisk gjennomsnitt	4,1 %	1,3 %	0,5 %
Spredning	0,1–9,4 %	0,0–3,1 %	0,0–1,5 %
Lavprevalensland	Romania (0,1 %) Malta (0,4 %) Litauen (0,5 %) Hellas (0,7 %)	Romania (0,0 %) Hellas (0,1 %) Ungarn, Polen, Litauen (0,2 %) Malta (0,3 %)	Romania, Hellas (0,0 %) Malta, Sverige, Polen, Litauen, Estland, Finland (0,1 %)
Høyprevalensland	Storbritannia (9,4 %) Spania (8,3 %) Italia (7,0 %) Irland (5,3 %)	Spania (3,1 %) Storbritannia (3,0 %) Italia (2,1 %) Irland (1,7 %)	Storbritannia (1,5 %) Spania (1,1 %) Italia (0,7 %) Østerrike (0,6 %)
<b>15–34 år</b>			
Anslag over antall brukere i Europa	8 millioner	3 millioner	1,5 millioner
Europeisk gjennomsnitt	5,9 %	2,3 %	0,9 %
Spredning	0,1–14,9 %	0,1–6,2 %	0,0–2,9 %
Lavprevalensland	Romania (0,1 %) Litauen (0,7 %) Malta (0,9 %) Hellas (1,0 %)	Romania (0,1 %) Hellas (0,2 %) Polen, Litauen (0,3 %) Ungarn (0,4 %)	Romania (0,0 %) Hellas, Polen, Litauen (0,1 %) Ungarn, Estland (0,2 %)
Høyprevalensland	Storbritannia (14,9 %) Spania (11,8 %) Danmark (9,5 %) Irland (8,2 %)	Storbritannia (6,2 %) Spania (5,5 %) Danmark (3,4 %) Irland (3,1 %)	Storbritannia (2,9 %) Spania (1,9 %) Italia (1,1 %) Irland (1,0 %)

Europeiske prevalensestimater er basert på vektete gjennomsnitt fra de nyeste nasjonale undersøkelsene gjennomført fra 2001 til 2008/09 (hovedsakelig 2004–2008) og gjelder følgelig ikke noe enkelt år. Gjennomsnittsprevalensen for Europa er beregnet på grunnlag av et gjennomsnitt vektet for antall innbyggere i den aktuelle aldersgruppen i hvert land. I land hvor slik informasjon ikke var tilgjengelig, ble gjennomsnittlig EU-prevalens lagt til grunn. Populasjoner brukt som grunnlag: 15–64 (334 millioner) og 15–34 (133 millioner). Dataene som presenteres her, finnes i "Generelle befolkningsundersøkelser" i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(85)</sup> Se figur GPS-13 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(86)</sup> Se tabell GPS-5 (del iii) og (del iv) i Statistiske opplysninger 2010.

Både tverrsnittundersøkelser og målrettede undersøkelser har vist at kokainbruk er forbundet med en bestemt livsstil og bestemte miljøer. For eksempel framgår det av en analyse av data fra British Crime Survey 2008/09 at 14,2 % av 16–24-åringer som hadde vært på nattklubb fire eller flere ganger i løpet av siste måned, rapporterte om bruk av kokain i løpet av siste år, mot 4,0 % av unge som ikke hadde vært på nattklubb (Hoare, 2009). Målrettede spørreundersøkelser som ble gjennomført i ulike techno-miljøer i Tsjekkia, Nederland, Østerrike og Storbritannia, rapporterte svært høy livstidsprevalens av kokainbruk – fra 17,6 % til hele 86 %. Kokainbruk blir også direkte forbundet med disse miljøene, for i en spørreundersøkelse gjennomført blant klubbgjengere i Amsterdam i 2008, svarte 4,6 % av de 646 respondentene at de hadde brukt kokain i løpet av den kvelden undersøkelsen ble gjennomført, og i en undersøkelse i Storbritannia der 323 klubbgjengere ble

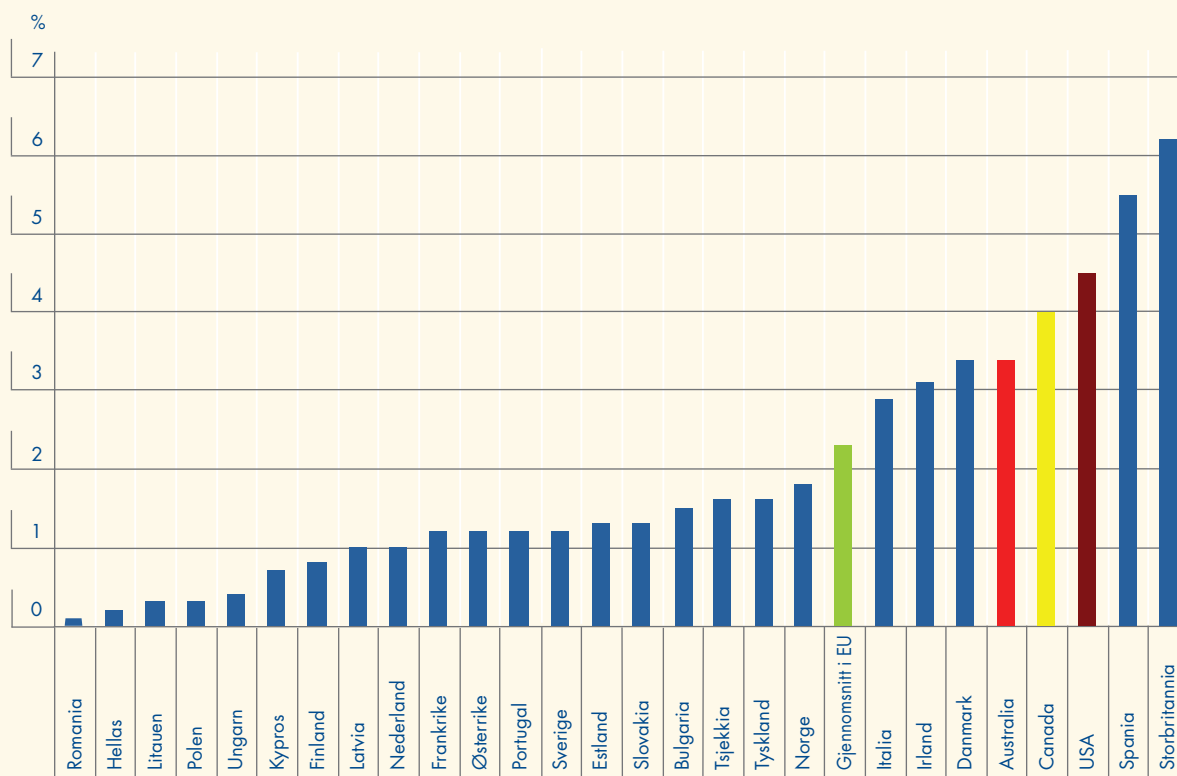
intervjuet på utestedet, rapporterte 22 % at de hadde tatt eller planla å ta kokain den kvelden.

Data fra generelle befolkningsundersøkelser viser også at prevalensen av tung episodisk drikking <sup>(87)</sup> er mye høyere blant kokainbrukere enn i befolkningen generelt (EONN, 2009d). Nederland rapporterer også at brukerne kan ta kokain for å bli edrue etter overstadig drikking.

### Kokainbruk blant skoleelever

Prevalensestimaterne for bruk av kokain blant skoleelever er mye lavere enn for cannabis. Livstidsprevalensen av kokainbruk blant 15–16-årige skoleelever i ESPAD-undersøkelsen fra 2007 ligger mellom 1 % og 2 % i halvparten av de 28 rapporterende landene. Flestparten av de andre landene rapporterer om prevalensnivåer mellom 3 % og 4 %, mens Frankrike og Storbritannia rapporterer henholdsvis 5 % og 6 %.

**Figur 7:** Siste års prevalens av kokainbruk blant unge voksne (15–34 år) i Europa, Australia, Canada og USA



**NB:** Dataene er fra den siste tilgjengelige undersøkelsen for hvert land. Gjennomsnittlig europeisk prevalens er beregnet som gjennomsnittet av nasjonale prevalenstall vektet med antall innbyggere i alderen 15–34 år i hvert land (2006, hentet fra Eurostat). Data fra USA og Australia er rekalkulert på grunnlag av opprinnelige undersøkelsesdata til aldersgruppene 16–34 og 14–39 år. Se figur GPS-20 i Statistiske opplysninger 2010 for ytterligere detaljer.

**Kilde:** Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

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

Canada: Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey.

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

<sup>(87)</sup> Definert som inntak av seks glass av en alkoholholdig drikk ved samme anledning minst en gang i uken de siste 12 månedene.

Der det finnes data for eldre skoleelever (17–18-åringer), er livstidsprevalensen av kokainbruk generelt høyere, i Spania 8 % <sup>(88)</sup>.

### Internasjonale sammenligninger

Generelt sett er prevalensen av kokainbruk siste år lavere blant unge voksne i Den europeiske union (2,3 %) enn blant unge voksne i Australia (3,4 % for aldersgruppen 14–39 år), Canada (4,0 %) og USA (4,5 % for aldersgruppen 16–34 år). Danmark rapporterer imidlertid samme tall som Australia, mens Spania og Storbritannia rapporterer høyere tall enn Canada og USA (figur 7).

### Trender for kokainbruk

Trendene for kokainbruk i Europa har fulgt forskjellige mønstre. I de to landene med høyest prevalens av kokainbruk (Spania og Storbritannia), økte bruken dramatisk på slutten av 1990-tallet før trenden stabiliserte seg, selv om den fortsatt er oppadgående. I tre andre land (Danmark, Irland, Italia) har økningen i prevalens vært mindre uttalt, og den kom senere. Bruksnivåene i disse landene er likevel høye sammenlignet med andre land i Europa. I de andre landene som har gjentatte undersøkelser fra perioden 1998–2008/09, synes siste års prevalens blant unge voksne (15–34 år) å være mer stabil, og nivåene i perioden har holdt seg under 2 % (figur 8).

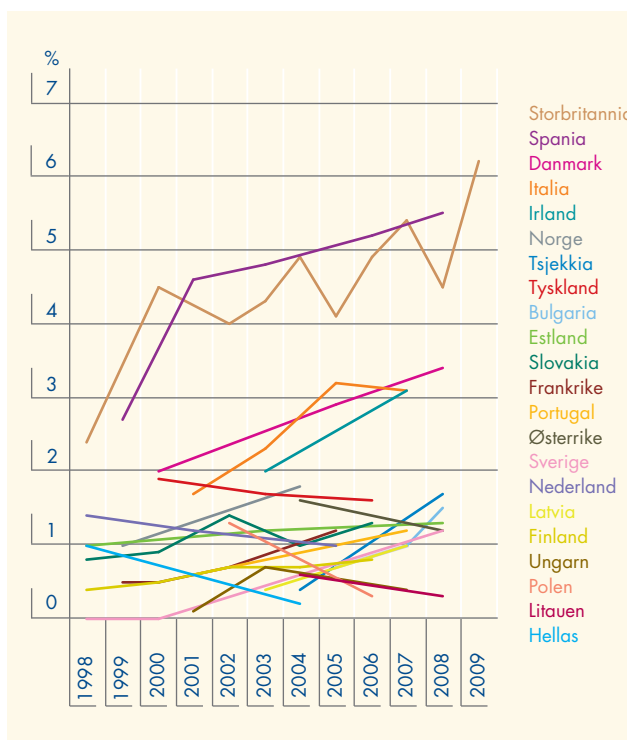
Ser vi på de seneste trendene i de 15 landene som har gjentatte undersøkelser fra perioden 2003–08, er siste års prevalens blant unge voksne (15–34 år) minst fordoblet, selv om den fortsatt lå under 2 % i tre land (Bulgaria, Tsjekkia, Latvia). Den økte med ca. 50 % i to land (Irland, Storbritannia) og var stabil eller gikk ned i åtte land (Tyskland, Estland, Litauen, Ungarn, Østerrike, Polen, Slovakia, Finland).

I ESPAD-undersøkelsen som ble gjennomført i 2007, hadde livstidsprevalensen av kokainbruk blant 15–16-årige skoleelever økt med minst to prosentpoeng siden 2003 i Frankrike, Kypros, Malta, Slovenia og Slovakia. Den spanske skoleundersøkelsen rapporterte om en nedgang på to prosentpoeng fra 2004 til 2007. Av de fem landene som gjennomførte skoleundersøkelser i 2008, var det ingen som rapporterte om endringer på mer enn 1 %.

### Bruksmønstre for kokain

I en del europeiske land er det et stort antall personer som har eksperimentert med kokain bare en eller to ganger (Van der Poel et al., 2009). Personene som har en mer regelmessig eller intensiv bruk av kokain, kan grovt regnet deles i to store grupper. Den første gruppen består av

**Figur 8:** Trender for siste års prevalens av kokainbruk blant unge voksne (15–34 år)



NB: Se figur GPS-14 (del i) i Statistiske opplysninger 2010 for ytterligere opplysninger.

Kilde: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

”sosialt integrerte” brukere som bruker kokain i helgene, på fest eller andre spesielle anledninger, noen ganger i store mengder (”overstadig”) eller hyppig. Mange sosialt integrerte kokainbrukere rapporterer at de kontrollerer bruken ved å ha satt seg regler for f.eks. hvor mye, hvor ofte eller i hvilke sammenhenger de vil ta kokain (Decorte, 2000). En del av dem kan ha helseproblemer relatert til kokainbruken eller vil utvikle tvangsmønstre som krever behandling. Studier tilsier imidlertid at en vesentlig del av dem som har kokainrelaterte problemer, kan overvinne disse uten formell behandling (Cunningham, 2000).

Den andre gruppen består av mer ”marginaliserte” eller ”sosialt ekskluderte” brukere, inkludert tidligere eller aktive opioidbrukere som kan bruke crack eller injisere kokain. Denne gruppen omfatter også personer som bruker kokain eller crack intensivt og som tilhører sosialt vanskeligstilte grupper som sexarbeidere eller innvandrere (Prinzleve et al., 2004).

### Helsekonsekvenser av kokainbruk

Helsekonsekvensene av kokainbruk blir sannsynligvis undervurdert. Dette skyldes delvis at patologiene som typisk er forbundet med langvarig bruk av kokain, ofte

<sup>(88)</sup> Se tabell EYE-3 til EYE-10 i Statistiske opplysninger 2010.

er uspesifikke eller kroniske, og delvis at det er vanskelig å fastslå en årsakssammenheng mellom sykdommen og kokainbruken <sup>(89)</sup>. Regelmessig bruk, herunder ved sniffing, kan være forbundet med hjerte- og karlidelser så vel som nevrologiske og psykiatriske problemer, risiko for ulykker og for å bli smittet gjennom ubeskyttet sex (Brugal et al., 2009). En studie gjennomført i USA viste også at om lag 5 % av dem som bruker kokain, kan bli avhengige i løpet av det første året, men ikke mer enn ca. 20 % av brukerne utviklet avhengighet på lang sikt (Wagner og Anthony, 2002).

Studier i land med høye nivåer av bruk indikerer at en betydelig andel av hjerteproblemene hos unge mennesker kan være relatert til kokainbruk (Qureshi et al., 2001). I disse landene synes kokainbruk også å være involvert i en vesentlig andel av narkotikarelaterte akuttmedisinske tilfeller – f.eks. 32 % i Nederland og størsteparten i Spania og USA. En studie som nylig ble gjennomført i Spania blant 720 18–20-årige regelmessige kokainbrukere som ikke var regelmessige heroinbrukere, fant at 27 % hadde opplevd akutt kokainforgiftning det siste året. Av disse hadde 35 % hatt symptomer på psykose (hallusinasjoner eller delirium) og over 50 % brystmerter (Santos et al., under trykking).

Kokaininjisering og crackbruk er forbundet med størst helserisiko, herunder hjerte- og karsykdom samt psykiske lidelser. Disse forsterkes av sosial marginalisering og andre spesifikke problemer, som risikoen forbundet med sprøytebruk, herunder overføring av smittsomme sykdommer og overdose (EONN, 2007c).

Vi har indikasjoner på at kokainbruk representerer en betydelig, og sannsynligvis økende, helsebyrde i Europa, en byrde som ennå ikke til fulle er identifisert og erkjent. I den senere tid har det også vært en viss bekymring for at det kan være en forbindelse mellom kokainbruk og voldskriminalitet i utelivsbransjen (Measham og Moore, 2009).

## Problematisk kokainbruk og etterspørsel etter behandling

Regelmessige brukere av kokain, personer som bruker kokain i lengre perioder og personer som injiserer kokain, defineres av EONN som problembbrukere av kokain. Anslag over størrelsen på denne gruppen gir en indikasjon på hvor mange mennesker som potensielt trenger behandling. Sosialt integrerte problembbrukere av kokain er imidlertid underrepresentert i disse estimatene selv om også de kan trenge behandling. Bare Italia har et nasjonalt anslag over antallet problembbrukere

### Levamisol som utblandingsstoff for kokain

Utblandingsstoffer eller "cutting agents" er stoffer som tilsettes narkotiske stoffer, særlig stoffer i pulverform, for å øke salgsverdien og den økonomiske fortjenesten. Det er ikke det samme som urenheter, som er uønskede rester etter synteseprosessen og som forekommer i små mengder (King, 2009).

Fordi kokain er så dyrt, kan det bli utblandet i flere omganger med ett eller flere stoffer. Det kan være snakk om inaktive fortynningsmidler (som sukker eller stivelse) som øker stoffets volum. Farmakologisk virksomme stoffer kan også brukes for å forsterke eller etterligne det narkotiske stoffets effekter eller forbedre utseendet. Denne kategorien omfatter analgetika (som paracetamol), lokalbedøvende midler (som lidokain), antihistaminer (som hydroksyzin), diltiazem og atropin (Meijers, 2007).

Bruk av levamisol (l-tetramisol) for å kutte kokain har vært rapportert i USA og Europa siden 2004. Levamisol er et veterinærmedisinsk parasittmiddel som tidligere ble brukt hos mennesker som et immunstimulerende middel. Brukt i høye doser over lengre tid kan levamisol ha skadelige effekter, med agranulocytose <sup>(1)</sup> som den mest foruroligende.

Levamisol identifiseres ikke ofte i kokainbeslag og blir sjelden kvantifisert. Tilgjengelig informasjon tyder imidlertid på en økning både i andelen kokainprøver som er kuttet med levamisol, og konsentrasjonen av levamisol i stoffet. Dette var bakgrunnen for at EUs system for tidlig varslings (se kapittel 8) utstedte en advarsel og begynte å samle inn data også på dette området. USA advarte om at over 70 % av alle kokainbeslag som ble analysert i 2009, inneholdt levamisol <sup>(2)</sup>, og innen årets utgang hadde USA 20 bekreftede eller sannsynlige tilfeller av agranulocytose (hvorav to dødsfall). Det synes imidlertid likevel som om det forekommer svært få tilfeller av agranulocytose sett i forhold til antallet kokainbrukere.

<sup>(1)</sup> Agranulocytose er en blodsykdom som kan føre til at infeksjoner raskt kan bli livstruende.

<sup>(2)</sup> SAMHSA pressemelding.

av kokain, mens Storbritannia (England) har regionale anslag og anslag over crackbrukere. I Italia ble antallet problembbrukere av kokain anslått til rundt 172 000 (mellom 4,2 og 4,6 pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64 år) i 2008 <sup>(90)</sup>. Data om trender for problematisk bruk av kokain og andre datakilder peker på en gradvis økning i kokainbruken i Italia.

Bruk av crack er svært sjelden hos sosialt integrerte kokainbrukere. Den forekommer hovedsakelig i marginaliserte, vanskeligstilte grupper som sexarbeidere, problembbrukere av opioider og noen ganger enkelte etniske minoriteter (f.eks. Frankrike, Nederland, Storbritannia). Crackbruk observeres

<sup>(89)</sup> Se boksen "Dødsfall forårsaket av kokain" i kapittel 7.

<sup>(90)</sup> Se tabell PDU-102 (del i) i Statistiske opplysninger 2010.

mest i en del europeiske byer (Prinzleve et al., 2004; Connolly et al., 2008). Storbritannia rapporterer flest behandlingssøknader som gjelder crackbruk, og også flest beslag av crack. I tillegg betraktes crackbruk som en vesentlig komponent i Londons narkotikaproblem. Anslag over problematisk crackbruk i England fra 2006/07 varierer fra 1,4 til 17,0 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64 år, med et nasjonalt gjennomsnitt på 5,2–5,6 tilfeller pr. 1 000 innbyggere <sup>(91)</sup>. Det anslås at over to tredeler av problembrukerne av crack også er problembrukere av opioider.

I de landene som har de høyeste prevalenstillene, bruker opioidebrukere som får substitusjonsbehandling, kokainpulver eller crack (hovedsakelig Spania, Italia, Nederland, Storbritannia). Det er også en korrelasjon mellom kokain- og alkoholbruk hos pasienter i substitusjonsbehandling.

### Etterspørsel etter behandling

I 2008 oppga om lag 17 % av alle klienter i behandlingsapparatet at kokain, hovedsakelig i pulverform, var den viktigste grunnen til å påbegynne behandling for narkotikabruk, noe som tilsvarer ca. 70 000 rapporterte tilfeller i 27 land i Europa. Av dem som påbegynner behandling for første gang, er andelen som oppgir kokain som primærrusmiddel, høyere (24 %).

Det er store forskjeller landene imellom når det gjelder hvor stor andel de primære kokainklientene utgjør og hvor mange de er. De høyeste andelenes rapporteres av Spania (46 %), Nederland (33 %) og Italia (28 %). I Belgia, Irland, Kypros, Luxembourg og Storbritannia utgjør kokainklientene mellom 11 % og 15 % av alle narkotikaklienter. I Europa for øvrig representerer kokainklientene under 10 % av alle narkotikaklienter i behandlingsapparatet, i åtte land under 1 % <sup>(92)</sup>.

Antallet klienter som påbegynner narkotikabehandling for kokain som primærrusmiddel, har gått opp i Europa i flere år, men trenden er sterkt influert av enkelte land (Spania, Italia, Nederland, Storbritannia). For 17 rapporterende land økte antallet kokainklienter som ble inntatt til behandling fra 37 000 i 2003 til 52 000 i 2008, og deres andel økte fra 17 % til 19 % av alle klienter. Av klientene som påbegynte narkotikabehandling for første gang, økte antallet kokainklienter fra 18 000 til 28 000 og andelen fra 22 % til 27 % (18 land). Av de

landene som har flest kokainklienter, har Spania, Italia og Nederland siden 2005 kunnet rapportere om en stabil eller fallende trend når det gjelder antallet og andelen nye klienter som oppgir kokain som primærrusmiddel, mens Storbritannia rapporterer en økning <sup>(93)</sup>.

### Klientprofil

Nesten alle kokainklienter behandles poliklinisk, men en del kan også bli behandlet i privatklinikker, som nesten ikke er representert i dagens overvåkingssystem.

Polikliniske kokainklienter er en av de gruppene som har flest menn i forhold til kvinner (5:1) og en av de høyeste gjennomsnittsaldrer (ca. 32 år) av alle klienter i narkotikabehandling. Dette gjelder særlig i en del land som har mange klienter med kokain som primærrusmiddel, og spesielt Italia, der kjønnsfordelingen er 6:1 og gjennomsnittsalderen 34 år. Klienter som har kokain som primærrusmiddel, rapporterer å ha debutert med primærrusmiddelet i høyere alder (22,3 år, 87 % før fylte 30) enn dem som har et annet primærrusmiddel, og gjennomsnittlig går det ni år fra første gangs bruk av kokain til første behandling.

De fleste kokainklientene sniffer (63 %) eller røyker (31 %) rusmiddelet; bare 3 % rapporterer om injisering <sup>(94)</sup>. Nesten halvparten av dem har brukt stoffet en til seks ganger i uken i måneden før behandlingen begynte, 26 % har brukt det daglig, og 25 % har ikke brukt det i løpet av denne perioden <sup>(95)</sup>. En analyse av behandlingsdata fra 14 land i 2006 avslørte at ca. 63 % av kokainklientene er blandingsbrukere. Av disse bruker 42 % også alkohol, 28 % cannabis og 16 % heroin. Kokain rapporteres også som sekundærrusmiddel av 32 % av polikliniske klienter, særlig klienter som har heroin som primærrusmiddel (EONN, 2009d).

Om lag 10 000 klienter rapporteres å ha påbegynt poliklinisk behandling for bruk av crack som primærrusmiddel i 2008, dvs. 16 % av alle kokainklienter og 3 % av alle narkotikaklienter i det polikliniske behandlingsapparatet. Flest crackklienter (ca. 7 500) rapporteres av Storbritannia, hvor de står for 42 % av alle kokainklienter og 5,6 % av alle narkotikaklienter. Også i Nederland utgjør crackklientene en betydelig andel av alle som ble inntatt i behandlingsapparatet i 2008 <sup>(96)</sup>.

Generelt er det identifisert to hovedgrupper av kokainklienter: sosialt integrerte personer som bruker

<sup>(91)</sup> Se tabell PDU-103 (del ii) i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(92)</sup> Se figur TDI-2 og tabell TDI-5 (del i) og (del ii) og TDI-24 i Statistiske opplysninger 2010. Data for Spania viser til 2007.

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

<sup>(94)</sup> Se tabell TDI-17 (del iv) i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(95)</sup> Se tabell TDI-18 (del ii) i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(96)</sup> Siden 2008 har Nederland betraktet alle kokainklienter som rapporterer "røyking" som bruksmåte, som crackbrukere. Dette har ført til en markant økning i tallene som er rapportert i forhold til tidligere år. Også i andre land kan crackklienter være utilstrekkelig identifisert.



pulverkokain, og en mer marginalisert klientgruppe som bruker kokain, ofte crack, i kombinasjon med opioider. Den første gruppen rapporterer typisk at de sniffer stoffet og noen ganger bruker det sammen med andre rusmidler som alkohol eller cannabis, men ikke med opioider. En del av medlemmene av denne gruppen henvises til behandling av strafferettssystemet. Den andre gruppen rapporterer ofte at de injiserer narkotika, bruker både kokain og opioider, røyker noen ganger crack, har svak helse og lever i en sosialt prekær situasjon. I denne gruppen, som også består av tidligere heroinbrukere som søker behandling på nytt for kokainbruk, kan identifisering av primærrusmiddel være vanskelig (NTA, 2010) <sup>(97)</sup>.

## Behandling og skadereduksjon

### Behandlingstilbud

I Europa gis behandling for avhengighet av kokain og crack oftest i spesialiserte polikliniske behandlingssentre. Ettersom det ennå ikke finnes noen effektiv farmakologisk behandling for kokainklientene, får de psykososial behandling i form av rådgivning og kognitiv atferdsterapi. En del land har retningslinjer for behandling av kokainproblemer (f.eks. Tyskland, Storbritannia). Retningslinjene i Storbritannia anbefaler – avhengig av klientenes behov – tre til tjue behandlingstimer med sikte på å løse ambivalensen i forhold til endring, øke gjenkjennelsen av hva som utløser suget og bedre mestringen av denne situasjonen, redusere kokainrelatert skade og forebygge tilbakefall (NTA, 2006).

I Europa behandles symptomene på kokainavhengighet, særlig angst, oftest med legemidler. En kvalitativ studie som undersøkte behandlingspraksis ved kokainavhengighet i Frankrike, fant at selv om dokumentasjon på effekt var begrenset, ble bestemte legemidler, som metylfenidat, modafinil eller topiramet, forskrevet for å redusere suget eller som substitusjonsbehandling (Escots og Suderie, 2009).

I Europa er det offentlige behandlingsapparatet for narkotikaavhengighet oftest innrettet på opioidbrukernes behov, og sosialt integrerte kokainbrukere kan ha motforestillinger mot å søke behandling der på grunn av frykt for stigmatisering. Danmark, Irland, Italia og Østerrike har derfor utviklet egne programmer for denne gruppen. Et fellestrekk er at behandlingen kan gis utenfor ordinære åpningstider for å være mer diskret og ta hensyn til klientenes forpliktelser overfor arbeidsgiver.

To studier som nylig er gjennomført, undersøkte effekten av psykososial behandling hos brukere av pulverkokain (NTA, 2010) og crack (Marsden et al., 2009) i engelske behandlingssentre. Studiene sammenlignet endringene i bruken av stoffet før og etter seks måneders behandling (eventuelt ved tidligere utskrivelse). I den første studien hadde 61 % av brukerne av pulverkokain (1 864 av 3 075) sluttet å bruke stoffet, og ytterligere 11 % hadde redusert forbruket betraktelig. I den andre studien var 52 % av crackbrukerne (3 941 av 7 636) rusfrie etter seks måneders behandling. Mindre oppmuntrende var det at substitusjonsbehandling med opioider ble funnet å være mindre effektiv hos klienter som bruker både heroin og crack, enn hos klienter som bruker bare heroin. Dette funnet bekrefter at samtidig bruk av kokain eller crack har negativ innvirkning på utfallet av substitusjonsbehandling og understreker behovet for å utvikle nye strategier for å behandle kombinert heroin- og kokain- eller crack- og kokainavhengighet.

### Nye studier med sikte på behandling av kokainavhengighet

Over 50 forskjellige legemidler er evaluert med henblikk på behandling av kokainavhengighet. Så langt har ingen virkelig overbevist, og verken EMEA (Det europeiske legemiddelkontor) eller American Food and Drug Administration har godkjent noe legemiddel for behandling av kokainavhengighet (Kleber et al., 2007). Imidlertid er det nå registrert over 100 pågående randomiserte kontrollerte forsøk med nye stoffer, noen ganger sammen med psykologiske intervensjoner.

Bruken av disulfiram, et stoff som påvirker forbrenningen av alkohol, var forbundet med redusert forbruk av kokain

### Kokainvaksine

En kokainvaksine ble første gang prøvd ut på dyr i begynnelsen av 1990-årene. Vaksinen virker slik at den får kroppen til produsere antistoffer som binder seg til kokainmolekylene i blodstrømmen, slik at naturlig forekommende enzymer omdanner dem til inaktive molekyler.

Den første randomiserte kontrollerte studien av vaksinen ble gjennomført i USA og omfattet 115 personer som fikk substitusjonsbehandling med opioider. Studien fant at forsøkspersoner som fikk vaksinen og fikk et tilstrekkelig høyt nivå av antistoffer, holdt seg rusfrie. Imidlertid kom bare fire av ti (38 %) vaksinerte opioidbrukere opp i et antistoffnivå som blokkerte effekten av kokain i to måneder (Martell et al., 2009). Tilsvarende resultater ble observert i en senere studie av ti mannlige kokainbrukere som røykte stoffet, var avhengige og ikke søkte behandling.

<sup>(97)</sup> Se tabell TDI-10, TDI-11 (del iii), TDI-21 og TDI-103 (del ii) i Statistiske opplysninger 2010.

hos pasienter som også led av alkoholisme. Denne effekten ble tilskrevet svekkelsen av alkoholrelatert disinhivering og svekket dømmekraft. Nyere studier har også funnet at disulfiram virker direkte inn på forbrenningen av kokain. Men fordi dokumentasjonen er av begrenset kvalitet, ble det antydnet at klinikere bør foreta en avveining mellom mulige fordeler og potensielle skadevirkninger av disulfiram (Pani et al., 2010).

Bruken av en rekke krampedempende midler ble vurdert i 15 studier som omfattet 1 066 pasienter (Minozzi et al., 2009). Legemidlene hadde ikke signifikant bedre effekt enn placebo når det gjaldt å holde pasientene i behandling, å redusere antallet og typene bivirkninger eller å redusere kokainforbruket. Antipsykotiske midler ble vurdert i sju studier av til sammen 293 pasienter (Amato et al., 2009). Studiene var generelt for små til å bekrefte mulige effekter, men de resultatene som er tilgjengelig, støtter ikke bruk av disse midlene i behandlingen av kokainavhengighet.

Hos pasienter som fikk substitusjonsbehandling med opioider, ble det funnet at bruk av bupropion, dekstroamfetamin og modafinil er forbundet med høyere vedvarende avholdenhet fra kokain enn det som oppnås med placebo (Castells et al., 2010).

Når det gjelder ikke-farmakologiske intervensjoner, ga en del psykososiale intervensjoner positive resultater i form av redusert frafallsprosent, redusert kokainbruk og bedret deltakelse, særlig der intervensjonene var kombinert med belønnings- og læringsbasert rusbehandling (Knapp et al., 2007). Flere pågående studier foretar en videre undersøkelse av effektene av insentivbaserte intervensjoner, noen ganger i kombinasjon med atferdsterapi og farmakologiske intervensjoner. Og til slutt, behandling med øreakupunktur ga ikke signifikante resultater (Gates et al., 2006).

## Skadereduksjon

Skadereduksjonstiltak for problembbrukere av crack og kokain er et nytt arbeidsfelt i mange av medlemsstatene. En grunn til at det er så få tiltak på området, særlig for crackbrukere, kan være mangel på kunnskap blant sentrale fagfolk om dette rusmiddelet og om målgruppen og deres behov. En fersk gjennomgang av skadereduserende tiltak for brukere av sentralstimulerende midler konkluderte med at det var gjort mer for å identifisere kokainrelaterte skader enn for å utvikle intervensjoner for å redusere dem (Grund et al., 2010).

Medlemsstatene tilbyr vanligvis injiserende kokainbrukere de samme tiltakene som til opioidbrukere, f.eks. anbefalinger om sikker bruk, opplæring i sikker sprøytebruk og sprøytebytteprogrammer. Imidlertid kan injisering av kokain være forbundet med økt risiko for deling av injeksjonsutstyr og med hyppig injisering, som kan føre til venekollaps og til at sprøyten settes i deler av kroppen som medfører høyere risiko (f.eks. bein, hender, føtter eller lysken). Derfor bør anbefalinger om sikker bruk tilpasses nettopp disse risikoene, og retningslinjer som krever innlevering av en brukt sprøyte for å få utlevert en ny, bør unngås. På grunn av den potensielt høye injeksjonshyppigheten bør det ikke settes begrensninger på utlevering av sterilt utstyr til sprøytebrukere (van Beek et al., 2001). Rene crackpiper deles også ut i lavterskeltilbud i en del land (Spania, Frankrike).

Skadereduserende tiltak rettet mot personer i rekreasjonsmiljøer som bruker pulverkokain, fokuserer hovedsakelig på bevisstgjøring. Programmene omfatter rådgivning og informasjon om risikoen forbundet med alkohol- og narkotikabruk generelt og gjerne også materiell om risikoen forbundet med kokainbruk. Bortsett fra bevisstgjøring er skadereduserende tiltak for denne målgruppen, som utgjør det store flertall av kokainbrukere i Europa, nærmest ikke-eksisterende.





## Kapittel 6

# Opioidebruk og injeksjonsbruk

### Innledning

Heroinbruk, særlig injeksjonsbruk, har siden 1970-tallet vært tett forbundet med folkehelseproblemer og sosiale problemer i Europa. I dag er dette rusmiddelet fortsatt årsaken til størsteparten av all sykdom og død forbundet med narkotikabruk i Den europeiske union. I slutten av 1990-tallet og begynnelsen av 2000-tallet ble det observert en nedgang i bruken av heroin og tilhørende problemer, men nye data tyder på at denne trenden i en del land kan ha snudd. Dessuten tyder rapporter om bruk av syntetiske opioider som fentanyl samt injisering av sentralstimulerende midler som kokain og amfetamin, på en utvikling der problematisk bruk av narkotika i Europa antar stadig nye former.

### Tilbud og tilgjengelighet

Historisk har det på det illegale markedet i Europa vært to former for importert heroin: den lett tilgjengelige brune heroinen (heroin i baseform), som hovedsakelig kommer fra Afghanistan, og hvit heroin (i saltform), som typisk kommer fra Sørøst-Asia, selv om denne formen er mye mindre vanlig. I tillegg produseres en del opioider i Europa, hovedsakelig hjemmeproduserte valmueprodukter (f.eks. valmuehalm, konsentrater av knuste stengler eller frøkapsler) i noen av landene i Øst-Europa (f.eks. Latvia, Litauen).

### Produksjon og omsetning

Heroinen som brukes i Europa, kommer oftest fra Afghanistan, som står for det meste av den globale, illegale opiumsproduksjonen. De andre produsentlandene er Myanmar, som hovedsakelig forsyner markeder i Øst- og Sørøst-Asia, samt Pakistan og Laos, fulgt av Mexico og Colombia, som betraktes som de største leverandørene av heroin til USA (UNODC, 2009). Den globale produksjonen av opium antas å ha gått ned siden toppen i 2007, først og fremst som følge av redusert afghansk produksjon, fra 8 200 tonn til 6 900 tonn i 2009. Det nyeste anslaget over den potensielle globale produksjonen av heroin er 657 tonn, og altså

lavere enn anslaget for 2007 og 2008 på 750 tonn (UNODC, 2010b).

Heroin føres inn i Europa langs to hovedruter: Den historisk viktige Balkan-ruten, der heroin produsert i Afghanistan transporteres gjennom Pakistan, Iran og Tyrkia og deretter gjennom andre transitt- eller destinasjonsland (Albania, Ungarn, Bulgaria, Tsjekkia, tidligere jugoslaviske republikker, Romania, Slovakia, Østerrike, Italia). Heroin føres også inn i Europa over "Silkeveien" via Sentral-Asia og Russland og deretter gjennom Hviterussland, Polen og Ukraina via Litauen til bl.a. Skandinavia (INCB, 2010b). I Den europeiske union spiller Nederland og i noen mindre grad Belgia en viktig rolle som sekundære distribusjonspunkter.

**Tabell 9: Produksjon, beslag, priser og renhet på heroin**

Produksjon og beslag	Heroin
<b>Globalt produksjonsestimat (tonn)</b>	657
<b>Globale beslag (tonn)</b>	
Heroin	75
Morfin	17
<b>Beslaglagte kvanta (tonn)</b>	
EU og Norge (inkl. Kroatia og Tyrkia)	8 (24)
<b>Antall beslag EU og Norge (inkl. Kroatia og Tyrkia)</b>	54 400 (56 600)
<b>Priser og renhet i Europa <sup>(1)</sup></b>	<b>Brun heroin</b>
<b>Gjennomsnittlig detaljpris (EUR pr. gram)</b>	
Spredning (interkvartil avstand) <sup>(2)</sup>	25–133 (33–80)
<b>Gjennomsnittlig renhet (%)</b>	
Spredning	7–43

<sup>(1)</sup> Detaljpris og renhet på hvit heroin rapporteres bare av noen få land og presenteres derfor ikke i tabellen. Disse dataene kan finnes i tabell PPP-2 og PPP-6 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(2)</sup> Verdier i midterste halvdel av rapportert gjennomsnittspris eller -renhet. NB: Dataene gjelder 2008, bortsett fra for globalt produksjonsestimat (2009).

Kilde: UNODC (2010b) for globale data, nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet for europeiske data.

## Beslag

Det var en kraftig oppgang i globale rapporterte opiumsbeslag mellom 2007 og 2008, fra 510 til 657 tonn (tabell 9). Iran sto for over 80 % av beslagene, Afghanistan for ca. 7 %. Globale rapporterte beslag av heroin kom opp i 75 tonn i 2008, mens globale beslag av morfin falt til 17 tonn (UNODC, 2010b).

I de anslagsvis 56 600 beslagene som ble gjort i Europa i 2008, ble det tatt 23,6 tonn heroin. Storbritannia rapporterte fortsatt om det største antallet beslag, mens Tyrkia nok en gang rapporterte om største beslaglagte kvanta – 15,5 tonn i 2008 <sup>(98)</sup>. Data for årene 2003–08 fra 26 rapporterende land tyder på at antallet beslag har økt siden 2003. Trenden for størrelsen på heroinbeslagene i Tyrkia avviker fra trenden i Den europeiske union (figur 9). Mens Tyrkia rapporterte en tredobling i mengdene heroin som ble beslaglagt mellom 2003 og 2008, var det en liten nedgang i beslaglagte kvanta i Den europeiske union i samme periode, hovedsakelig på grunn av nedgang i Italia og Storbritannia, de to landene som beslagla de største mengdene i Den europeiske union <sup>(99)</sup>.

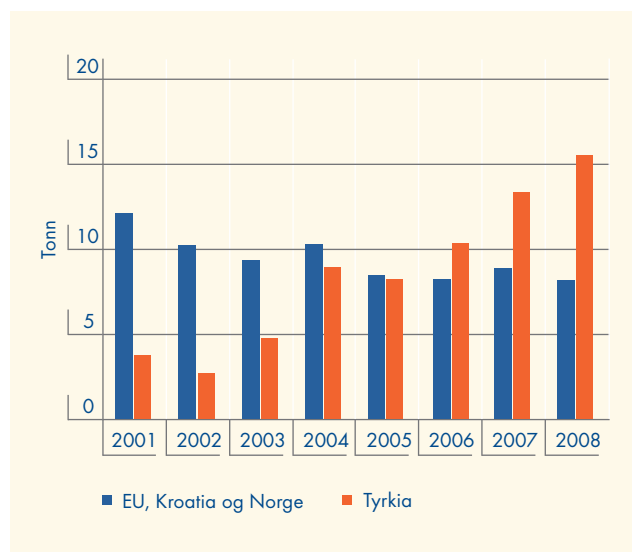
De globale beslagene av eddiksyre (som brukes i produksjonen av heroin) økte fra 57 300 liter i 2007 til 199 300 liter i 2008. De største beslagene ble rapportert av Slovenia (86 100 liter) og Ungarn (63 600 liter). INCB har oppfordret Europakommisjonen og medlemsstatene i EU om å forebygge ulovlig spredning av eddiksyre fra det indre marked (INCB, 2010a).

## Renhet og pris

Brun heroin som ble testet i 2008, hadde en gjennomsnittlig renhet på mellom 15 % og 30 % i de fleste rapporterende landene, selv om lavere renhet ble rapportert fra Frankrike (11 %), Østerrike (bare detalj, 11 %) og Tyrkia (bare detalj, 7 %) og høyere renhet ble rapportert fra Bulgaria (31 %), Portugal (32 %), Romania (43 %) og Norge (31 %). I perioden 2003–08 økte renheten på brun heroin i åtte land, mens den i fire andre land var stabil eller lavere. Hvit heroin hadde generelt høyere renhet (30–50 %) i de få europeiske landene som la fram data <sup>(100)</sup>.

Detaljprisen på brun heroin var fortsatt høyere i de nordiske landene enn i resten av Europa. Sverige rapporterer om en gjennomsnittspris på 133 euro pr. gram og Danmark 107 euro. I åtte andre rapporterende land varierte detaljprisen på brun heroin fra 25 til 80 euro pr. gram. I perioden 2003–08 har detaljprisen på brun heroin økt i fem av de ni europeiske landene som har lagt fram tidstrender, og falt i fire. I de få landene som har

**Figur 9:** Anslag over beslaglagte kvanta av heroin i Den europeiske union, Kroatia og Norge, samt Tyrkia



Merknader: Totale beslaglagte kvanta av heroin er basert på data fra alle land som rapporterer til EONN (27 EU-medlemsstater, Kroatia, Tyrkia og Norge). Manglende data er ekstrapolert fra data for foregående og etterfølgende år.

Kilde: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

lagt fram opplysninger om detaljprisen på hvit heroin, var prisen fra 24 til 213 euro pr. gram i 2008.

## Prevalensestimater for problematisk bruk av opioider

Dataene i denne delen er hentet fra EONNs indikator for problematisk bruk av narkotika (PDU), som hovedsakelig dekker injeksjonsbruk og bruk av opioider, selv om en del land har bruk av amfetamin og kokain som en vesentlig komponent. Gitt den relativt lave prevalensen og at denne typen rusmiddelbruk omtrent pr. definisjon foregår i det skjulte, er det nødvendig å foreta statistiske ekstrapoleringer for å utarbeide prevalenstall på grunnlag av tilgjengelige datakilder (hovedsakelig fra behandlingsapparatet og lovbrudd). De fleste landene er i stand til å legge fram konkrete estimater over "problembrukere av opioider", men det er viktig å merke seg at det her ofte er snakk om blandingsbrukere, og at prevalenstallene ofte vil være mye høyere i urbane områder og i sosialt ekskluderte grupper.

Estimater av utbredelsen av problematisk opioidbruk i europeiske land i perioden 2003–08 varierer grovt regnet fra 1 til 8 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64 år (figur 10). Generelle anslag over utbredelsen av problematisk bruk av narkotika varierer fra 2 til 10 tilfeller

<sup>(98)</sup> Se tabell SZR-7 og SZR-8 i Statistiske opplysninger 2010. Merk at der data for 2008 mangler, brukes tilsvarende data for 2007 som grunnlag for totalanslag for Europa.

<sup>(99)</sup> Denne analysen er foreløpig, da det ennå ikke foreligger data fra Storbritannia for 2008.

<sup>(100)</sup> Se tabell PPP-2 og PPP-6 i Statistiske opplysninger 2010 for data om renhet og pris.

pr. 1 000. De landene som rapporterer de høyeste godt dokumenterte estimatene for problembruk av opioider, er Irland, Malta, Italia og Luxembourg, mens de laveste kommer fra Tsjekkia, Kypros, Latvia, Polen og Finland (både Tsjekkia og Finland har store anslag over problembrukere av amfetaminer). Bare Tyrkia rapporterer tall på under ett tilfelle pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64 år.

Gjennomsnittlig prevalens av problematisk opioidbruk i Den europeiske union og Norge er anslått til mellom 3,6 og 4,4 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64. Dette betyr at det finnes om lag 1,35 millioner (1,2–1,5 millioner) problembrukere av opioider i Den europeiske union og Norge i 2008 <sup>(101)</sup>. Dette anslaget inkluderer brukere i substitusjonsbehandling, samtidig som innsatte, særlig slike som soner lengre dommer, kan være underrepresentert.

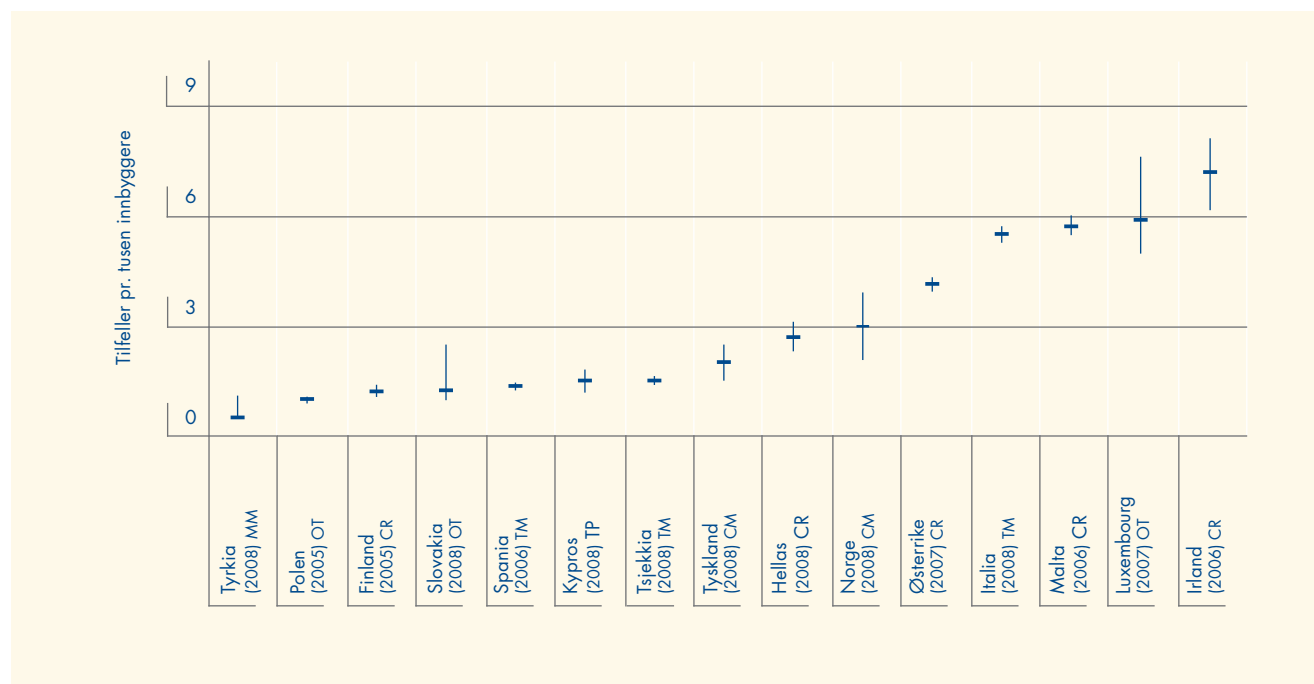
### Opioidbrukere i behandling

Opioider er fortsatt det narkotiske stoffet som oppgis som primærrusmiddel av de fleste (53 %) som ble inntatt i det

spesialiserte behandlingsapparatet i Europa i 2008, og heroin ble oppgitt av 48 % av alle klienter <sup>(102)</sup>. Imidlertid er det i Europa betydelige forskjeller i forholdet mellom stoffbrukere som begynner en behandling for problemer relatert til disse stoffene. Opioidklienter står for over 90 % av alle som inntas til behandling i Bulgaria, Estland og Slovenia, mellom 50 % og 90 % i 15 land, og mellom 10 % og 49 % i ytterligere ni land <sup>(103)</sup>. I tillegg til de om lag 200 000 klientene som i 2008 oppga å ha opioider som primærrusmiddel, oppga ytterligere 47 000 som bruker andre stoffer, å ha opioider som sekundærrusmiddel <sup>(104)</sup>.

Mange opioidbrukere er innskrevet i programmer som sikrer langtidsomsorg, særlig substitusjonsbehandling. Dette innebærer at klienter som har opioider som primærrusmiddel, utgjør en høyere andel av alle narkotikabrukere i behandling. En fersk analyse av data lagt fram av ni land, fant at brukere som har opioider som primærrusmiddel, utgjorde 61 % av alle rapporterte klienter i behandling, mens de utgjorde bare 38 % av nye klienter i behandlingsapparatet <sup>(105)</sup>.

**Figur 10:** Årlige prevalensestimater av problematisk bruk av opioider (i aldersgruppen 15–64)



NB: En horisontal strek viser til et punktestimat, og en vertikal strek viser til et toleranseområde, som kan være et 95 % konfidensintervall eller et intervall basert på en sensitivitetsanalyse. Målgruppen kan variere noe avhengig av beregningsmetode og datakilder. Sammenligninger bør derfor gjøres med varsomhet. Ikke-standard aldersspredning ble brukt i studiene fra Finland (15–54), Malta (12–64) og Polen (alle aldre). Alle tre størrelser er justert til befolkningen i aldersgruppen 15–64 år. For Tyskland representerer intervallet høyeste og laveste verdi av alle eksisterende estimater, og punktestimatet et enkelt gjennomsnitt av midtverdiene. Beregningsmetodene er forkortet slik: CR = Capture-Recapture, TM = Treatment Multiplier, MM = Mortality Multiplier, CM = Combined Methods, TP = Truncated Poisson, OT = Other Methods. Se figur PDU-1 (del ii) og tabell PDU-102 i Statistiske opplysninger 2010 for ytterligere opplysninger.

Kilde: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

<sup>(101)</sup> Dette anslaget er nedjustert fra 1,4 til 1,35 millioner på grunnlag av nye data. På grunn av store konfidensintervaller og det at anslaget er basert på data fra forskjellige år, er det ikke mulig å konkludere at prevalensen av problematisk bruk av opioider er redusert i Europa.

<sup>(102)</sup> Se figur TDI-2 (del ii) og tabell TDI-5 og TDI-113 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(103)</sup> Se tabell TDI-5 (del ii) i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(104)</sup> Se tabell TDI-22 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(105)</sup> Se tabell TDI-38 i Statistiske opplysninger 2010.

## Trender for problematisk bruk av opioider

Det begrensede antallet repeterte estimer av insidensen og prevalensen av problematisk bruk av opioider, i tillegg til den statistiske usikkerheten som fester ved enkeltestimater, bidrar til at det er vanskelig å overvåke tidstrender. Data fra åtte land med repeterte prevalensestimater i perioden 2003–08 tilsier imidlertid at situasjonen er relativt stabil. En tilsynelatende økning observert i Østerrike fram til 2005 understøttes ikke av det nyeste estimatet, som er under 2003-nivå. Irland rapporterte en økning fra 2001 til 2006 som var mindre markert i Dublin (21 %) enn utenfor hovedstaden (164 %) <sup>(106)</sup>.

Selv om det ikke alltid finnes gode oppdaterte estimer av insidensen og prevalensen av problematisk bruk av opioider, kan det likevel være mulig å analysere trender over tid ved å bruke andre, først og fremst indirekte, indikatorer, f.eks. data for etterspørsel etter behandling. Basert på et utvalg av 19 land var det i perioden 2003–08 en økning i det totale antallet brukere med heroin som primærrusmiddel som ble tatt inn i behandlingsapparatet for første gang <sup>(107)</sup>. Reduseres tidsrammen til 2007–08, hadde elleve land en økning i antall brukere med opioider som primærrusmiddel som ble inntatt i behandlingsapparatet. Ser vi på dem som fikk behandling for første gang, flatet den generelle oppadgående trenden ut i 2008, selv om seks land fortsatt rapporterte om en økning <sup>(108)</sup>.

Data om narkotikainduserte dødsfall i 2008, som for det meste er forbundet med opioidbruk, gir ingen indikasjoner på at vi igjen vil se en nedadgående trend, som vi hadde fram til 2003 (se kapittel 7). Mer enn halvparten av de rapporterende landene registrerte et økende antall narkotikainduserte dødsfall mellom 2007 og 2008 <sup>(109)</sup>. Antallet heroinbeslag i Europa har også økt siden 2003, selv om kvantaene som er beslaglagt i Den europeiske union har gått ned. At trenden for heroinrelaterte lovbrudd snudde fra nedadgående til oppadgående som rapportert i fjorårets rapport, blir nå bekreftet, og de fleste landene i Europa som har lagt fram tilstrekkelige opplysninger, rapporterer om en økning i perioden 2003–08.

Bruk av heroin og opioidbaserte medikamenter i nye grupper, også hos sosialt velintegrerte personer og deltakere på technofester, ble rapportert av det franske "TREND"-systemet, som baserer seg både på kvalitative og kvantitative data. Andre kvalitative studier (Eisenbach-Stangl et al., 2009) har også rapportert om en liten andel

heroinbrukere i utvalgene av sosialt integrerte personer. Det kan dreie seg om personer som eksperimenterer og personer som er i stand til å kontrollere bruken av stoffet (Shewan og Dalgarno, 2005; Warburton et al., 2005).

Tilgjengelige data tilsier at den nedadgående trenden i opioidindikatorer som ble observert fram til 2003, har flatet ut. Dette er kanskje tydeligst siden 2003, i beslag og narkotikainduserte dødsfall, og siden 2004 i nye behandlingssøknader relatert til heroinbruk. Disse endringene har skjedd parallelt med økt opiumsproduksjon i Afghanistan fram til 2007, noe som vekker bekymring for at disse forholdene kan være koblet til hverandre gjennom økt tilgjengelighet av heroin på det europeiske markedet.

## Injeksjonsbruk

Sprøytebrukere er blant dem som har høyest risiko for å oppleve helseproblemer som følge av narkotikabruk,

### Problematisk bruk av opioider og injeksjonsbruk i Den europeiske unions naboland

Av Den europeiske unions naboland er det Russland som har den største gruppen opioidbrukere. Rapporterte estimer varierer mellom 1,5 og 6,0 millioner brukere (UNODC, 2005). En studie nylig gjennomført basert på en multiplikator basert på behandling (treatment multiplier method) — en av metodene EONN anbefaler — ga et estimat på 1,68 millioner problembrukere av opioider, eller 16 pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64 år (UNODC, 2009). Russlands Federal Drug Control Service anslår at 10 000 heroinbrukere dør av overdose hvert år (INCB, 2010b). Den nest største gruppen av opioidbrukere i Den europeiske unions naboland finnes sannsynligvis i Ukraina, som har anslagsvis mellom 323 000 og 423 000 opioidbrukere. Dette representerer 10–13 pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64 (UNODC, 2009). Albania, Hviterussland og Moldova rapporterte også om økt opioidbruk til UNODC i 2008.

I 2007 ble det anslått at det kunne være så mange som 1 825 000 aktive sprøytebrukere av narkotika (17,8 pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64 år) i Russland og 375 000 (11,6 pr. 1 000) i Ukraina, og i begge land kan nærmere 40 % av dem være HIV-positive (Mathers et al., 2008). Antall nyrapporterte tilfeller av HIV-infeksjon blant sprøytebrukere er også mye høyere i Russland (79 pr. million i 2006) og Ukraina (153 pr. million i 2006) enn i andre land og deler av verden som Australia, Canada, Den europeiske union og USA (Wiessing et al., 2009).

<sup>(106)</sup> Se tabell PDU-6 (del ii) og PDU-102 i Statistiske opplysninger 2010 for nærmere informasjon om studiene, inklusive konfidensintervaller.

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

<sup>(108)</sup> Noe av variasjonene over tid kan skyldes endringer i datadekning eller i behandlingstilgjengelighet, og generelle trender kan være sterkt påvirket av Italia og Storbritannia, som er de landene som har flest nye heroinklienter.

Se tabell TDI-3 og TDI-5 i Statistiske opplysninger 2009 og 2010.

<sup>(109)</sup> Se tabell DRD-2 (del i) i Statistiske opplysninger 2010.

som f.eks. blodbårne infeksjoner (HIV/AIDS og hepatitt) eller overdoser. Selv om injeksjonsbruk i de fleste europeiske land gjerne forbindes med opioidbruk, er denne praksisen i et par land forbundet med bruk av amfetaminer. Bare 14 land var i stand til å legge fram nye anslag over prevalensen av injeksjonsbruk <sup>(110)</sup>, til tross for den betydning dette har for folkehelsen. Å heve nivået på informasjonen som er tilgjengelig om denne spesielle gruppen, er fortsatt en viktig utfordring for å utvikle systemer for helseovervåking i Europa.

Tilgjengelige anslag tyder på at det er store forskjeller mellom landene i utbredelsen av injeksjonsbruk. Estimaten varierer fra under 1 til 5 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64 år for de fleste land, med et eksepsjonelt høyt nivå i Estland, som har 15 tilfeller pr. 1 000. Om vi utelukker Estland som et avvik, blir vektet gjennomsnitt ca. 2,6 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64 <sup>(111)</sup>, noe som ekstrapolert til hele befolkningen i Den europeiske union, skulle bli mellom trekvart og en million aktive sprøytebrukere. Antallet tidligere sprøytebrukere av narkotika er sannsynligvis høyere (Sweeting et al., 2008), men for de fleste EU-land er dette tallet ikke kjent.

Opioidbrukere som påbegynner behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet, rapporterer ofte at injisering er den vanligste bruksmåten. Dette gjelder over halvparten av opioidklientene i 16 land, mellom 25 % og 50 % i seks land og under 25 % i fem land. De laveste andelen sprøytebrukere blant nye opioidklienter rapporteres av Nederland (5 %) og Spania (19 %), og de høyeste av Litauen (99 %), Romania (95 %), Estland (91 %) og Slovakia (86 %) <sup>(112)</sup>.

På grunn av manglende data og brede konfidensintervaller for estimatene er det vanskelig å trekke konklusjoner om tidstrender for injeksjonsbruk. Tilgjengelige data tyder imidlertid på at situasjonen er stabil i Tsjekkia, Hellas, Kypros og Norge <sup>(113)</sup>. En statistisk signifikant nedgang ble observert i Storbritannia i årene 2004 til 2006. Blant heroinbrukere som påbegynner behandling, har det i de senere årene vært en generell nedgang i andelen sprøytebrukere. Tretten land har rapportert om en statistisk signifikant nedgang mellom 2002 og 2007. Bare tre land (Bulgaria, Litauen, Slovakia) rapporterte om en økning i samme periode <sup>(114)</sup>. Andelen sprøytebrukere er generelt også lavere blant opioidbrukere som påbegynner behandling for første gang (38 %) enn blant

alle opioidbrukere som påbegynner behandling (42 %). Dette er tilfellet i 20 av de 23 rapporterende landene. En mer detaljert analyse av prevalens og trender for injeksjonsbruk finnes annetsteds i rapporten (EONN, 2010c).

## Behandling av problematisk bruk av opioider

Data innsamlet av EONNs indikator for etterspørsel etter behandling kan brukes for å beskrive kjennetegnene for en stor undergruppe brukere som påbegynner behandling, og mer spesifikt de som ble inntatt i det spesialiserte behandlingsapparatet i løpet av året.

### Ikke-injiserende bruk av opioider

Etter at injeksjonsbruk av opioider stabiliserte seg eller gikk ned i flere europeiske land, har man viet andre bruksmåter større oppmerksomhet, f.eks. inhalering av stoffet som oppvarmet damp ("chasing", røyking) eller som pulver (snorting, sniffing) eller svelging. Bare noen få land har rapportert anslag over gruppen av opioidbrukere som ikke injiserer, og bare Norge har lagt fram ferske tall. I 2008 ble det anslått at røyking var eneste bruksmåte for 1 450 heroinbrukere, eller om lag 15 % av alle heroinbrukere i Norge. Data om brukere som inntas i det spesialiserte behandlingsapparatet, bekrefter at det blant opioidbrukerne i en del land også finnes store grupper som røyker eller sniffer stoffet. For eksempel ble røyking oppgitt som vanligste bruksmåte for mellom halvparten og tre firedeler av brukere som hadde opioider som primær rusmiddel og ble inntatt til poliklinisk behandling i Belgia, Irland, Spania, Nederland og Storbritannia. Sniffing ble rapportert som vanligste bruksmåte av ca. en tredel av opioidklientene i Østerrike og av om lag halvparten i Hellas og Frankrike <sup>(1)</sup>.

Valg av bruksmåte avhenger av flere faktorer, som effekt, sosialt press, helsebekymringer (Bravo et al., 2003) og typen opioid som brukes. For eksempel er røyking og "chasing" vanligst for den lett tilgjengelige brune heroinen (heroin i baseform), som gjerne kommer fra Afghanistan. Hvit heroin (saltform), som typisk kommer fra Sørøst-Asia, kan i pulverform lett sniffes. Det kan også løses opp i kaldt vann uten tilsetninger og injiseres, men røyking eller chasing kan gi liten effekt. Substitusjonslegemidler kommer oftest i væskeform i stedet for tabletter eller kan være tilsatt stoffer som svekker eller endrer effekten av stoffet når det injiseres.

(1) Se tabell TDI-17 (del ii) i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(110)</sup> Se figur PDU-2 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(111)</sup> Vektet gjennomsnitt er 0,26 %, med et toleranseområde (vektet gjennomsnitt av nedre og øvre grenseverdier for det enkelte land) på 0,23 % til 0,30 %, noe som gir et estimat på 886 606 (788 778–1 040 852) for 2008. Dette estimatet må brukes med forsiktighet da det er basert på data fra bare 12 av 27 EU-medlemsstater og Norge.

<sup>(112)</sup> Se tabell TDI-5 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(113)</sup> Se tabell PDU-6 (del iii) i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(114)</sup> Se tabell PDU-104 i Statistiske opplysninger 2010.



Klienter som påbegynner poliklinisk behandling mot bruk av opioider som primærrusmiddel, er gjennomsnittlig 34 år, og kvinnelige klienter og førstegangsklienter var i snitt yngre <sup>(115)</sup>. Nesten alle land rapporterer om en økning siden 2003 i gjennomsnittsalderen for opioidklienter. I snitt er forholdet menn til kvinner blant polikliniske opioidklienter 3,5:1, men kvinnene utgjør en større andel i landene i Nord-Europa (f.eks. Sverige, Finland) og en lavere andel i landene i sør (f.eks. Hellas, Spania, Italia) <sup>(116)</sup>.

Opioidbrukere som påbegynner behandling, rapporterer høyere arbeidsledighet, lavere utdanningsnivå og høyere forekomst av psykiatriske lidelser enn klienter som bruker andre primærrusmidler <sup>(117)</sup>. Nesten alle opioidbrukere som påbegynner behandling, rapporterer at de debuterte før fylte 30 og om lag halvparten før fylte 20. Gjennomsnittlig gikk det ca. ti år fra de første gang brukte opioider og til de første gang kom i kontakt med behandlingsapparatet <sup>(118)</sup>.

### Behandlingstilbud og dekning

Opioidbrukere behandles oftest i polikliniske behandlingssentre, som kan være spesialistsentre, allmennleger eller lavterskeltilbud (se kapittel 2). I noen få land spiller døgninstitusjoner også en stor rolle i behandlingsapparatet, spesielt i Bulgaria, Hellas, Latvia, Polen, Romania, Finland og Sverige <sup>(119)</sup>. Det finnes mange behandlingstilbud i Europa for opioidavhengighet, og det blir stadig flere, men når det gjelder tilgjengelighet og dekning, er det geografiske variasjoner. Medikamentfri behandling og substitusjonsbehandling for opioidbruk er tilgjengelig i alle medlemsstatene i EU samt i Kroatia og Norge. I Tyrkia vurderes for tiden substitusjonsbehandling som en mulighet.

Medikamentfri behandling er en terapeutisk metode som generelt forutsetter at vedkommende avstår fra all bruk av medikamenter, også substitusjonsmedikamenter. Pasientene deltar i daglige aktiviteter og får intensiv psykologisk støtte. Mens medikamentfri behandling kan gis både poliklinisk og i døgninstitusjon, rapporterer medlemsstatene oftest om programmer som forutsetter innleggelse og er basert på prinsippene for terapeutiske samfunn eller Minnesota-modellen. Frankrike og Tsjekkia evaluerer nå behandlingsresultatene for de terapeutiske samfunnene, og konklusjonene forventes å foreligge i 2010. Den franske handlingsplanen forutsetter at

denne behandlingsformen skal bygges ut. Terapeutiske samfunn er den vanligste behandlingsformen i Polen. Av økonomiske årsaker og fordi pasientprofilen har endret seg, rapporteres det imidlertid at behandlingsprogrammenes varighet gradvis er blitt kortere. Og til slutt, Kroatia og Portugal har nylig utarbeidet retningslinjer for terapeutiske samfunn.

Substitusjonsbehandling, vanligvis integrert med psykososial omsorg, tilbys typisk på spesialiserte polikliniske behandlingssentre. Tretten land rapporterer at substitusjonsbehandling også tilbys av allmennleger, vanligvis etter avtale om delt behandlingsansvar med spesialiserte behandlingssentre. Allmennleger kan oppnå bedre resultater enn spesialiserte sentre når det gjelder gjennomføringsgrad, rusfrihet og samtidig bruk av andre rusmidler. Dette kom fram i en 12-måneders naturalistisk studie av 2 694 klienter i substitusjonsbehandling i Tyskland (Wittchen et al., 2008). Andre studier har vist at gjennomføringen av substitusjonsbehandling i primærhelsetjenesten ikke bare er gjennomførbart, men også kan være kostnadseffektivt (Gossop et al., 2003; Hutchinson et al., 2000).

Det totale antallet opioidbrukere som får substitusjonsbehandling i Den europeiske union, Kroatia og Norge, øker fremdeles, med anslagsvis 670 000 klienter i 2008, opp fra 650 000 i 2007 <sup>(120)</sup> og om lag en halv million i 2003. Det var en viss økning i klienttallene i flere sentral- og østeuropeiske land, men landene som sluttet seg til Den europeiske union etter 2004, har bare ca. 2 % av alle klienter i substitusjonsbehandling med opioider i Den europeiske union <sup>(121)</sup>.

Sammenligner vi antallet klienter i substitusjonsbehandling i Den europeiske union med det anslåtte antallet problembrukere av opioider, kommer vi fram til en behandlingsdekning på ca. 50 %. Imidlertid er det store variasjoner i dekingen mellom landene. Sju av de 14 landene som har lagt fram estimater over antallet problembrukere av opioider, har en dekningsgrad på under 40 %, og fire av disse landene rapporterer om en dekningsgrad på under 10 % (se figur 11). Likevel kan man grovt regnet si at to av tre problembrukere av opioider i Den europeiske union lever i land hvor substitusjonsbehandling er godt utbygget <sup>(122)</sup>.

De fleste klienter i substitusjonsbehandling i Europa får metadon (70–75 %), men det er stadig færre land der

<sup>(115)</sup> Se tabell TDI-10, TDI-32 og TDI-103 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(116)</sup> Se tabell TDI-5 og TDI-21 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(117)</sup> Se også kapittel 2.

<sup>(118)</sup> Se tabell TDI-11, TDI-33, TDI-107 og TDI-109 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(119)</sup> Se tabell TDI-24 i Statistiske opplysninger 2010.

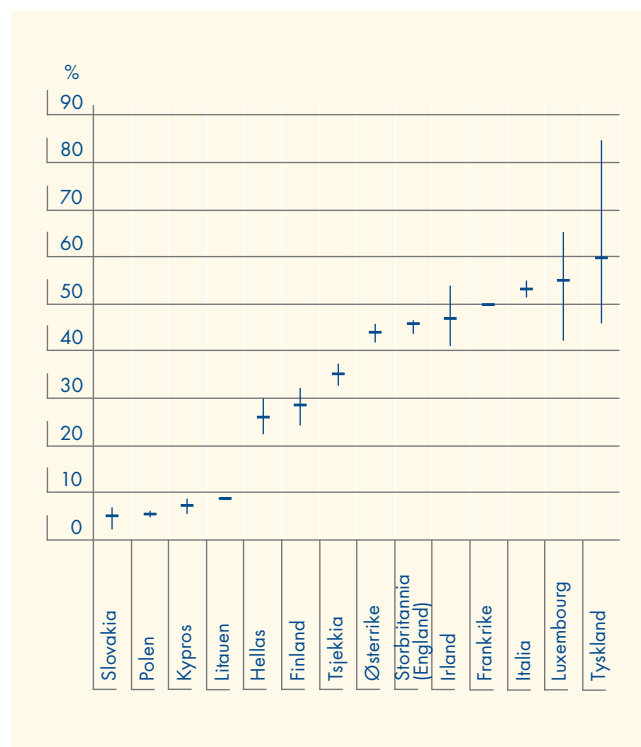
<sup>(120)</sup> Se tabell HSR-3 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(121)</sup> Se figur HSR-2 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(122)</sup> På grunn av manglende nøyaktighet i datasettene bør disse estimatene tolkes med varsomhet.



**Figur 11:** Anslag over andelen av problembrukere av opioider som er i substitusjonsbehandling



NB: Se figur HSR-1 i Statistiske opplysninger 2010 for ytterligere detaljer.

Kilde: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

dette er det eneste medikamentet som er tilgjengelig. Høydosert buprenorfin finnes nå i alle EU-medlemsstater unntatt fire (Bulgaria, Spania, Ungarn, Polen) og brukes i 20–25 % av all substitusjonsbehandling som tilbys i Europa; og over 50 % i Tsjekkia, Frankrike, Kypros, Latvia, Sverige og Kroatia. I Frankrike, der buprenorfin alltid har vært dominerende, forskrives metadon nå til en stadig større del av dem som får substitusjonsbehandling. Kombinasjonen buprenorfin–nalokson, som ble godkjent av Det europeiske legemiddelkontor i 2006, er nå innført i 14 land. Av andre medikamenter – som bare representerer en liten prosentandel av all substitusjonsbehandling – kan nevnes morfin i depotform (Bulgaria, Østerrike, Slovenia), kodein (Tyskland, Kypros, Østerrike) og diacetylmorfin (heroin). Forskrivning av heroin er nå et etablert behandlingsalternativ i Danmark, Tyskland og Nederland; det finnes også i Spania og Storbritannia. Belgia og Luxembourg forbereder nå pilotprosjekter.

### Tilgang til behandling

Substitusjonsbehandling med opioider forutsetter at forskrivnings- og utleveringspraksis er regulert. Lovverket kan tillate at alle allmennleger (Belgia, Tsjekkia, Danmark, Tyskland, Frankrike, Italia, Kypros, Nederland, Portugal,

Storbritannia, Kroatia) eller leger som har spesialisert seg eller har en særskilt godkjenning (Tyskland, Irland, Luxembourg, Østerrike, Slovenia, Norge) kan forskrive ett eller flere substitusjonsmedikamenter. I andre land (Bulgaria, Estland, Hellas, Spania, Litauen, Ungarn, Polen, Romania, Slovakia, Finland, Sverige) er det bare spesialiserte behandlingssentre som kan gi substitusjonsbehandling.

I de fleste europeiske land kan substitusjonsmedikamenter utleveres av allmennpraktiserende leger, apotek eller utekontakter. Dette er imidlertid ikke tilfelle i Bulgaria, Estland, Hellas, Litauen, Polen og Slovakia, der bare spesialiserte behandlingssentre kan utlevere medikamenter. Høydosert buprenorfin kan utleveres av alle allmennleger i Tsjekkia og alle apoteker i Latvia. I Romania, Ungarn og Finland er det bare apotekene som har rett til å utlevere kombinasjonen buprenorfin–nalokson. Det rapporteres at ettersom denne behandlingen er dyr og først nylig ble tillatt i Ungarn og Romania, er det ikke mange klienter i disse to landene som får den.

Det er nylig samlet inn informasjon om kostnadene ved substitusjonsbehandling med opioider for klientene. Av de 26 rapporterende landene opplyste 17 at medikamentet (i de fleste tilfeller metadon) er gratis med mindre man søker behandling hos private kilder. I Belgia og Luxembourg må klientene bare betale en egenandel når medikamentet er forskrevet av allmennlege. I Tsjekkia, Latvia, Portugal, Ungarn og Finland er metadonbehandling gratis, mens klienten må betale hele eller deler av behandlingen med buprenorfin eller kombinasjonen buprenorfin–nalokson. I Latvia vil f.eks. en daglig dose på 8 mg buprenorfin koste klienten ca. 250 euro i måneden. Metadon er vanligvis billigere enn andre substitusjonsmedikamenter med tilsvarende effekt, f.eks. buprenorfin (WHO, 2009), noe som delvis forklarer hvorfor mange nasjonale trygdeordninger gir full refusjon for metadon og ikke for andre substitusjonsmedikamenter. Frankrike har siden 2006 tilbudt generiske versjoner av høydosert buprenorfin, som er billigere, og disse forskrives til om lag 30 000 klienter (30 % av alle buprenorfinklienter).

Av informasjonen om kostnader, tilbud om substitusjonsbehandling og utlevering av substitusjonsmedikamenter ser vi at det er regionale forskjeller i Europa. Landene i Nord- og Øst-Europa har ofte valgt en mer fokusert høyterskelmodell, mens mange land i Vest-Europa har valgt en multisenter lavterskelmodell. Disse forskjellene kan gjenspeile ulike behandlingsmodeller der enkelte land har rusfrihet som mål og prioriterer psykososiale metoder, mens andre prioriterer skadereduksjon samt å stabilisere klientene og holde dem i behandlingsapparatet.

### **EONN-serien Insights med nummer om heroinassistert behandling**

Ca. 1 500 kroniske problembrukere av opioider i fem EU-medlemsstater får nå heroinassistert behandling. De fleste av disse landene, i tillegg til Sveits og Canada, har gjennomført eksperimentelle forsøk for å vurdere resultatene for denne typen behandling. Med støtte fra en gruppe internasjonale forskere og klinikere vil EONN i 2011 publisere en studie av denne typen behandling, med en gjennomgang av det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget som har kommet til i løpet av de senere årene. Dette nummeret i Insights-serien vil også ta for seg utvikling, praktisk opplegg og klinisk praksis for heroinassistert behandling og beskrive en del av utfordringene som gjennomføring av denne behandlingen representerer. Et sett minstestandarder for kvalitet vil også bli skissert.

### **Behandlingseffekt og -kvalitet**

Substitusjonsbehandling med opioider, i kombinasjon med psykososiale tiltak, er funnet å være den mest effektive behandlingen for opioidbrukere. Sammenlignet med avrusning eller ingen behandling, gir behandling med

metadon eller høydosert buprenorfin signifikant bedre behandlingsresultater med hensyn til narkotikabruk, kriminell aktivitet, risikoatferd og HIV-smitte, overdoser og total dødelighet; i tillegg til høyere gjennomføringsgrad (WHO, 2009).

Opioidavvenning gir generelt dårlige resultater på lang sikt (Mattick et al., 2009), men det kan hjelpe pasienter som har tatt et informert valg om å gjennomgå denne typen behandling. Avrusning skjer poliklinisk eller i døgninstitusjon ved reduksjon av dosene av metadon eller buprenorfin (som er de foretrukne medikamentene) eventuelt alfa-2-agonister. Metoder for rask avvenning som bruker opioidantagonister i kombinasjon med dyp sedasjon blir av sikkerhetshensyn ikke anbefalt (Gowing et al., 2010). Etter opioidavvenning bør pasienter som er motivert for å avholde seg fra å bruke opioider, anbefales å vurdere naltrekson for å forebygge tilbakefall.

Kombinasjonen av buprenorfin og nalokson (som markedsføres som Suboxone) ble utviklet for å forebygge injisering av buprenorfin. Likevel er det ennå ikke klart om den effektivt forebygger intravenøs bruk av buprenorfin (Bruce et al., 2009, Simojoki et al., 2008).



## Kapittel 7

# Narkotikarelaterte infeksjonssykdommer og dødsfall

### Innledning

Bruk av narkotika kan ha mange negative konsekvenser; som ulykker, psykiske lidelser, lungesykdommer, hjerte- og karsykdom, arbeidsledighet og hjemløshet. De skadelige konsekvensene sees spesielt hos problembrukere av narkotika, hvis generelle helsetilstand og sosioøkonomiske situasjon kan være langt dårligere enn hos befolkningen generelt.

Opioid- og injeksjonsbruk av narkotika er to former for narkotikabruk som er nært forbundet med slike skader, særlig overdoser og overføring av smittsomme sykdommer. Antallet dødelige overdoser rapportert i Den europeiske union de to siste tiårene gir rundt ett overdosedødsfall i timen. Forskning viser også at et stort antall narkotikabrukere har dødd i samme periode av andre årsaker; som AIDS eller selvmord.

Å redusere dødelighet og sykkelighet forbundet med narkotikabruk står sentralt i europeisk narkotikapolitikk. Hovedinnsatsen på dette området skjer gjennom tiltak for de gruppene som er mest utsatt, og retter seg mot atferd som er direkte forbundet med narkotikarelaterte skader.

### Narkotikarelaterte infeksjonssykdommer

Infeksjonssykdommer som HIV så vel som hepatitt B og C er blant de alvorligste helsekonsekvensene av narkotikabruk. Selv i land som har lav forekomst av HIV blant sprøytebrukere, vil andre infeksjonssykdommer, som hepatitt A, B, C og D, seksuelt overførte sykdommer, tuberkulose, stivkrampe, botulisme, miltbrann og human T-lymfotropt virus, kunne forekomme uforholdsmessig ofte hos narkotikabrukere. EONN overvåker systematisk HIV og hepatitt B og C hos sprøytebrukere (<sup>123</sup>).

### HIV og AIDS

Ved utgangen av 2008 er antallet nye HIV-diagnoser rapportert blant sprøytebrukere i de fleste landene i Den

europeiske union fortsatt lavt, og situasjonen i EU sett under ett synes relativt positiv i et globalt perspektiv (ECDC og WHO-Europa, 2009; Wiessing et al., 2009). Dette kan i det minste delvis ha sammenheng med lettere tilgang til prevensjonsmidler, behandling og skadereduserende tiltak, herunder substitusjonsbehandling og sprøytebytteprogrammer (Wiessing et al., 2009). Andre faktorer, som redusert sprøytebruk som enkelte land har rapportert, kan også spille en viktig rolle. I enkelte deler av Europa tyder imidlertid en del data på at HIV-smitte forbundet med sprøytebruk forekom i relativt stort omfang også i 2008, noe som understreker hvor viktig det er at lokale forebyggingstiltak er effektive og har god dekning.

### Trender for HIV-infeksjon

Data for 2008 om nyrapporterte tilfeller av HIV forbundet med sprøytebruk, tyder på at smittetallene generelt fortsatt er på vei nedover i Den europeiske union, etter en topp i 2001–02 som skyldtes utbrudd i Estland, Latvia og Litauen (<sup>124</sup>). I 2008 var det gjennomsnittlig 2,6 nydiagnostiserte tilfeller av HIV-smitte blant sprøytebrukere pr. million innbyggere i de 23 av EUs medlemsstater som har lagt fram nasjonale tall; ned fra 3,7 pr. million i 2007 (<sup>125</sup>). For de fire landene som rapporterte høyest forekomst av nydiagnostisert smitte (Estland, Latvia, Litauen, Portugal), fortsatte den nedadgående trenden, med en klar nedgang i Estland og Latvia (figur 12). Estland hadde en nedgang fra 86 tilfeller pr. million i 2007 til 27 i 2008, og Latvia fra 62 tilfeller pr. million i 2007 til 44 pr. million i 2008.

Generelt sett er det ikke observert noen markante økninger i nye HIV-tilfeller blant sprøytebrukere i perioden 2003–2008, og rapporterte tall er fortsatt lave. Bulgaria fikk imidlertid en økning i antall tilfeller blant sprøytebrukere fra 0,0 nye tilfeller pr. million innbyggere i 2003 til 6,8 pr. million i 2008, mens Sverige hadde en

(<sup>123</sup>) Nærmere opplysninger om metoder og definisjoner er gitt i Statistiske opplysninger 2010.

(<sup>124</sup>) Rapporteringsprosedyrene for HIV-smitte er endret i de senere år, og dataene registreres nå etter diagnoseår, ikke etter rapporteringsår (ECDC og WHO-Europa, 2009). For en del land vil dette gi lavere tall som vil kunne gi et riktigere bilde av sann insidens (f.eks. Portugal). I noen tilfeller vil imidlertid forsinkelser i rapporteringen også ha medført at insidensen er underestimert. Se tabell INF-104 i Statistiske opplysninger 2010.

(<sup>125</sup>) Nasjonale data er ikke tilgjengelig for Danmark, Spania, Italia og Østerrike.

topp på 6,7 tilfeller i 2007, noe som tyder på et fortsatt potensial for utbrudd av HIV blant sprøytebrukere.

Trenddata fra prevalensovervåking av HIV i utvalg av sprøytebrukere er viktige tilleggsopplysninger til tall for innrapporterte HIV-tilfeller. Tjuefire land har lagt fram prevalensdata for perioden 2003–08 <sup>(126)</sup>. Seksten land hadde uendret HIV-prevalens i perioden. I sju land (Bulgaria, Spania, Frankrike, Italia, Polen, Portugal, Norge) viste HIV-prevalensen nedgang. I seks av disse landene var beregningen basert på nasjonale utvalg, og i Frankrike var trenden basert på data fra fem byer. Regionale økninger ble rapportert i tre land: i Bulgaria (Sofia), i Italia i to av 21 regioner og i Litauen (Vilnius). Disse tre landene har imidlertid en nedadgående trend når det gjelder nydiagnostiserte tilfeller av HIV blant sprøytebrukere.

Sammenligner vi trendene for nyrapporterte smittetilfeller forbundet med sprøytebruk, med trendene for HIV-prevalens blant sprøytebrukere, synes insidensen på nasjonalt nivå av HIV-smitte blant sprøytebrukere å gå ned i de fleste land.

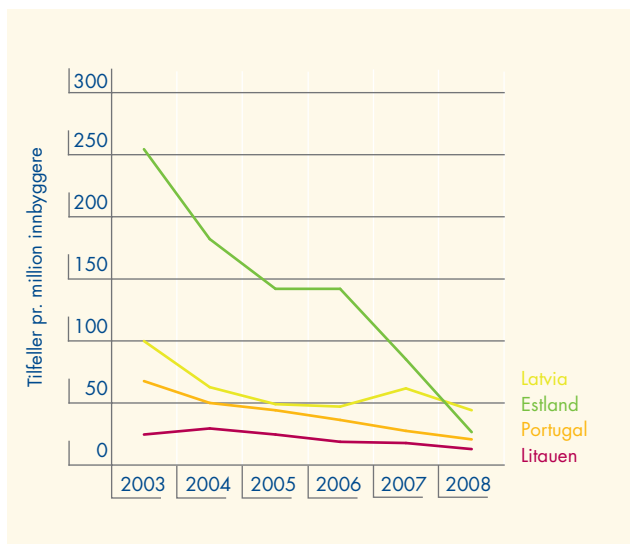
Selv om trendene peker kraftig ned, var det i 2008 fortsatt mange nydiagnostiserte HIV-tilfeller i forbindelse med sprøytebruk; i Latvia (44 tilfeller pr. million innbyggere), Estland (27), Portugal (20,7) og Litauen (12,5), noe som tyder på at smitten fortsatt overføres mellom sprøytebrukere i disse landene.

Antakelsen om fortsatt HIV-smitte underbygges også av rapporter om prevalens tall over 5 % blant unge sprøytebrukere (utvalg på 50 eller flere sprøytebrukere under 25 år) i flere land: Estland (to regioner, 2005), Frankrike (fem byer, 2006), Latvia (én by, 2007), Litauen (én by, 2006) og Polen (én by, 2005) <sup>(127)</sup>. Selv om en del av utvalgsstørrelsene er små og resultatene derfor er beheftet med en del usikkerhet, viser data mellom 2003 og 2008 statistisk signifikante økninger i HIV-prevalens blant unge sprøytebrukere i Belgia (den flamske delen) og Bulgaria, men nedgang i Sverige og Spania. Data om HIV-prevalens hos nye sprøytebrukere (som har injisert i under to år) underbygger også sannsynligheten for en nedgang i denne gruppen i Sverige <sup>(128)</sup>.

### Forekomst av AIDS og tilgang til HAART

Informasjon om forekomsten av AIDS kan være viktig for å få fram opplysninger om nye tilfeller av symptomatisk sykdom, men det er likevel ingen god indikator på HIV-smitte. Høye insidensrater for AIDS kan tyde på

**Figur 12:** Trender for nyrapporterte tilfeller av HIV-infeksjon hos sprøytebrukere i fire EU-medlemsstater som rapporterer høye infeksjonstall



NB: Data rapportert ut oktober 2009.  
Kilde: ECDC og WHO-Europa.

at mange sprøytebrukere som har fått HIV, ikke tilbys høyaktiv antiretroviral behandling tidlig nok etter smitten til å få best mulig effekt av behandlingen. En fersk gjennomgang bekrefter at det fortsatt kan være slik i en del EU-land (Mathers et al., 2010).

Estland er det landet som har høyest forekomst av AIDS forbundet med sprøytebruk, med anslagsvis 30,6 nye tilfeller pr. million innbyggere i 2008, ned fra 33,5 tilfeller pr. million i 2007. Relativt høye insidensnivåer av AIDS rapporteres også for Latvia, Litauen, Portugal og Spania, med henholdsvis 25,5, 10,7, 10,2 og 8,9 nye tilfeller pr. million. Av disse fire landene er trenden fallende i Spania og Portugal, men ikke i Latvia og Litauen <sup>(129)</sup>.

### Hepatitt B og C

Mens det er funnet høye prevalensnivåer av HIV bare i enkelte EU-medlemsstater, er virushepatitt og spesielt smitte forårsaket av hepatitt C-viruset (HCV), utbredt blant sprøytebrukere i hele Europa. Nivåene av HCV-antistoffer i nasjonale utvalg av sprøytebrukere i 2007–08 varierer fra rundt 12 % til 85 %. I åtte av de tolv landene ligger nivået over 40 % <sup>(130)</sup>. Tre land (Tsjekkia, Ungarn, Slovenia) rapporterer en prevalens på under 25 % i nasjonale utvalg av sprøytebrukere, men smittenivåer av denne størrelsesordenen utgjør fortsatt et vesentlig folkehelseproblem.

<sup>(126)</sup> Se tabell INF-108 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(127)</sup> Se tabell INF-109 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(128)</sup> Se tabell INF-110 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(129)</sup> Se figur INF-1 og tabell INF-104 (del ii) i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(130)</sup> Se tabell INF-111 i Statistiske opplysninger 2010.

## Utbrudd av miltbrann blant heroinbrukere i Storbritannia og Tyskland

Miltbrann er en akutt infeksjonssykdom som skyldes bakterien *Bacillus anthracis*. Sykdommen forekommer oftest hos dyr, både ville dyr og husdyr, og er endemisk i mange land der økonomien overveiende baserer seg på landbruksproduksjon, men den er veldig sjelden i Europa.

I desember 2009 sendte Storbritannia ut varsel om et utbrudd av miltbrann blant sprøytebrukere i Skottland. Pr. 31. mai 2010 hadde Skottland 42 bekreftede tilfeller, hvorav 13 med dødelig utfall, og ytterligere tre tilfeller (to døde) i England og to (én død) i Tyskland. Miltbrannbakterien i Tyskland og England var av samme stamme som bakterien i Skottland, noe som skulle tyde på en felles smittekilde. Ettersom alle rapporterte tilfeller var blant heroinbrukere, er det sannsynlig at kilden var et infisert parti med heroin. Fram til utgangen av mai 2010 var det imidlertid ikke funnet noe bevis på miltbrannspor i analyserte prøver av heroin.

Europeisk senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC) og EONN har gjennomført felles risikovurderinger i forbindelse med dette utbruddet. Regelmessige rapporter med oppdateringer ble også sendt ut, og førte til at det så kom inn rapporter om klynger av dødsfall blant narkotikabrukere i andre land. Disse viste seg likevel ikke å være forbundet med miltbrann.

Det kan være store variasjoner i nivåene av HCV-prevalens innenfor det enkelte land. Dette kan gjenspeile både regionale forskjeller og særtrekk ved utvalgspopulasjonen. For eksempel varierer regionale anslag i Italia fra ca. 31 % til 87 % (figur 13).

Nyere studier (2007–08) viser store forskjeller i prevalensnivå hos sprøytebrukere under 25 år og slike som har injisert i under to år, noe som tyder på forskjellige nivåer av HCV-insidens i disse populasjonene i Europa <sup>(131)</sup>. Likevel viser disse studiene også at mange blir smittet av viruset tidlig i sin karriere som sprøytebrukere. Dette innebærer at tidsvinduet for å iverksette effektive tiltak for å forebygge HCV er smalt.

Det er også store forskjeller i prevalensen av antistoffer mot hepatitt B-viruset (HBV). Dette kan delvis skyldes forskjeller i vaksinasjonsdekning, men andre faktorer kan også spille en rolle. Det mest komplette datasettet som er tilgjengelig for HBV, gjelder antistoffet mot hepatitt B kjerneantigen (anti-HBc), som indikerer tidligere smitte. I 2007–08 rapporterte fire av de ni landene som har lagt fram data om dette viruset blant sprøytebrukere, prevalensnivåer av anti-HBc på over 40 % <sup>(132)</sup>.

HCV-prevalensen har gått ned i ni land og opp i tre. Samtidig viser datasettene i fire andre land tendenser som går i begge retninger, men forsiktighet bør utvises pga. begrensede utvalgsstørrelser i en del tilfeller <sup>(133)</sup>. Studier av unge sprøytebrukere (under 25 år) synes å vise en overveiende stabil prevalens og enkelte fallende trender, selv om en økning er rapportert i en region i Hellas (Attika). Dette bekreftes av dataene for nye sprøytebrukere (som har injisert i under to år) i Hellas, både i Attika og på nasjonalt nivå. Data for nye sprøytebrukere viser også en økning i Slovenia, selv om utvalgsstørrelsene er små, og nedgang i Portugal (nasjonalt) og Sverige (Stockholm).

Trendene over tid for meldte tilfeller av hepatitt B og C viser ulike bilder, men disse er vanskelige å tolke ettersom datakvaliteten er dårlig. Ved å se på andelen sprøytebrukere av alle meldte tilfeller hvor risikofaktorene er kjent, kan man imidlertid få en viss innsikt i sykdommenes epidemiologi (Wiessing et al., 2008). For hepatitt B har andelen sprøytebrukere gått ned i perioden 2003–2008 i åtte av 17 land. Når det gjelder hepatitt C, har andelen sprøytebrukere blant meldte tilfeller gått ned i seks land i denne perioden, men har samtidig gått opp i tre andre (Tsjekkia, Malta, Storbritannia) <sup>(134)</sup>.

## Smittevern

Forebygging av smittsomme sykdommer blant narkotikabrukere er et viktig folkehelsemål for Den europeiske union og en komponent i narkotikapolitikken i de fleste medlemsstatene. Tiltakene for å forhindre spredning av smittsomme sykdommer blant narkotikabrukere varierer fra narkotikabehandling, særlig substitusjonsbehandling med opioider, utdeling av sterilt injeksjonsutstyr og annet brukerstyr, og lokalsamfunnsbaserte tiltak som omfatter informasjon, opplæring, testing og atferdstiltak, ofte via oppsøkende tiltak eller lavterskeltilbud <sup>(135)</sup>. Disse tiltakene, sammen med antiretroviral behandling og diagnostisering og behandling av tuberkulose, anbefales av FN-organisasjonene som kjernen i tiltak for HIV-forebygging, behandling og pleie av sprøytebrukere (WHO, UNODC og UNAIDS, 2009).

Tilgjengeligheten av narkotikabehandling og skadereduserende tiltak er blitt betydelig bedre i Europa siden midten av 1990-tallet. Både substitusjonsbehandling med opioider og sprøytebytteprogrammer finnes nå i alle land bortsett fra Tyrkia. Selv om tilbudet ennå er begrenset i flere land, anslås det at en av to problembrukere av opioider i Europa kan få substitusjonsbehandling med

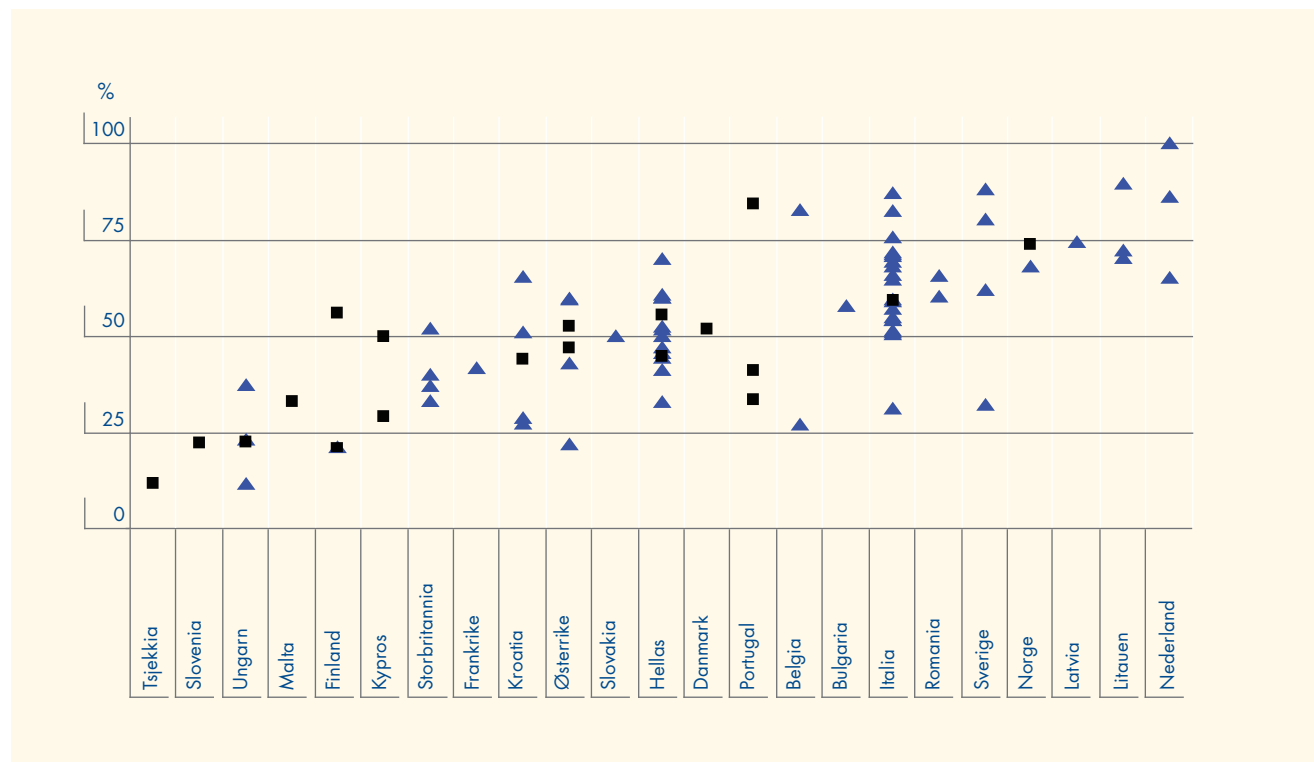
<sup>(131)</sup> Se figur INF-6 (del ii) og (del iii) i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(132)</sup> Se tabell INF-115 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(133)</sup> Se tabell INF-111 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(134)</sup> Se tabell INF-105 og INF-106 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(135)</sup> For ytterligere informasjon om nasjonale prioriteringer og tilbuds nivå, se tabell HSR-6 i Statistiske opplysninger 2009.

**Figur 13:** Prevalens av HCV antistoffer hos sprøytebrukere av narkotika

NB: Data for årene 2007 og 2008. Svarte kvadrater er nasjonale utvalg, blå trekanter er subnasjonale utvalg (med lokal eller regional dekning). Forskjellene landene imellom må fortolkes med varsomhet da miljøer og/eller studiemetoder kan variere. Strategiene for nasjonal utvalgstreking varierer også. Landene presenteres etter stigende prevalens basert på gjennomsnittet av nasjonale data eller, dersom dette ikke er tilgjengelig, på subnasjonale data. For ytterligere detaljer, se figur INF-6 i Statistiske opplysninger 2010.

Kilde: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

opioider (se kapittel 6). En fersk gjennomgang (Kimber et al., 2010) konkluderer med at det nå finnes tilstrekkelig dokumentasjon på at denne typen behandling reduserer overføringen av HIV-smitte og egenrapportert risikoatferd hos sprøytebrukere, men bevis på at hepatitt C-smitte reduseres, er mer begrenset. En kohortstudie i Amsterdam fant imidlertid at for både sprøytebytteprogrammer og substitusjonsbehandling med opioider var "full deltakelse" forbundet med mye lavere insidens av både HIV og HCV blant sprøytebrukere (Van den Berg et al., 2007), mens en nylig gjort kohortstudie i Storbritannia, knyttet substitusjonsbehandling med opioider til en statistisk signifikant reduksjon i HCV-insidens (Craine et al., 2009).

### Intervensjoner

Tilgang til sterilt injeksjonsutstyr er det tiltaket som oftest blir prioritert. Data for 2007–08 om utdelte sprøyter gjennom sprøytebytteprogrammer finnes, bortsett fra fire, for alle land (<sup>136</sup>). Disse dataene viser at det deles ut rundt 40 millioner sprøyter årlig gjennom disse programmene. I de landene som har lagt fram slike data blir det et gjennomsnitt på 80 sprøyter pr. sprøytebruker.

Gjennomsnittlig antall sprøyter utdelt årlig pr. sprøytebruker kan beregnes for 13 europeiske land (figur 14). I sju av disse landene deles det ut gjennomsnittlig under 100 sprøyter pr. sprøytebruker gjennom spesialiserte programmer, i fem land mellom 140 og 175, mens Norge deler ut over 320 sprøyter pr. bruker (<sup>137</sup>). Når det gjelder forebygging av HIV, anser FN-organisasjonene at et årsgjennomsnitt på 100 sprøyter pr. injiserende narkotikabruker er lavt, og 200 høyt (WHO, UNODC og UNAIDS, 2009).

En fersk studie av kostnadseffektiviteten i sprøytebytteprogrammene i Australia, der det årlig deles ut 30 millioner sprøyter, anslø at de har forhindre over 32 000 tilfeller av HIV-smitte og nærmere 100 000 tilfeller av hepatitt C siden de begynte i 2000 (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2009).

Nye data for 2008 fra 14 land viser en økning i antallet sprøyter utdelt til brukere i Belgia (den flamske delen), Tsjekkia, Estland, Ungarn, Storbritannia (Nord-Irland) og Kroatia, noe som dermed bekrefter tidligere trender. Økninger ble også rapportert i Portugal og Litauen, som

<sup>(136)</sup> Se tabell HSR-6 i Statistiske opplysninger 2009 og tabell HSR-5 i Statistiske opplysninger 2010. Data om antall sprøyter utdelt i 2007/08 var ikke tilgjengelig for Danmark, Tyskland, Italia og Storbritannia.

<sup>(137)</sup> Disse tallene inkluderer ikke salg fra apotek, som i flere land kan være en viktig kilde til sterile sprøyter for sprøytebrukere.



tidligere har hatt en nedgang. Nedgang i forhold til 2007 ble rapportert fra Hellas, Romania og Slovakia i tillegg til Luxembourg og Polen, der en nedadgående trend ble observert allerede foregående år. Programmet på Kypros omfattet ikke narkotikabrukere.

Sprøyteprogrammene i Europa tilbyr stadig oftere også annet injeksjonsrelatert utstyr (f.eks. blandekar) for å forebygge deling av utstyr. Det tilbys også utstyr som kan brukes for ikke-injiserende måter å ta narkotika på, f.eks. piper eller aluminiumsfolie, for å få brukerne til å slutte å injisere. Et annet eksempel på dette rapporteres fra Tsjekkia, der lavterskeltilbud nå har begynt å gi personer som injiserer metamfetamin harde gelatinkapsler som kan fylles med stoffet og svelges.

Flere europeiske land rapporterer om nye metoder innen diagnostisering, forebygging og behandling av kronisk hepatitt, bl.a. egne programmer eller handlingsplaner (f.eks. Danmark, Frankrike, Storbritannia – England, Skottland og Nord-Irland). Eksisterende tiltak omfatter: utdeling av spesielt informasjonsmateriell, opplæring i sikrere sprøytebruk for nye og unge sprøytebrukere som gis av oppsøkende team (f.eks. Romania) eller av

likemenn (f.eks. i fengsler i Spania og Luxembourg) samt lett tilgjengelig, gratis rådgivning og testing. Storbritannia rapporterer også om bruk av læringsbasert rusbehandling for å få flere til å teste seg. Andre tiltak som rapporteres, tar sikte på å holde injeksjonsbruken på et lavt nivå gjennom å øke gjennomføringsgraden av narkotikabehandling, integrere tiltak relatert til virushepatitt i miljøer for narkotikabrukere eller revidere veiledningen for HCV-behandling for å øke tilgangen til behandling (f.eks. Tsjekkia). Flere land har også lansert initiativer for å øke kunnskapen om kronisk virushepatitt, som f.eks. blant: helse- og omsorgsarbeidere, sosialarbeidere (Østerrike) og publikum (f.eks. Tyskland, Irland, Nederland).

## Narkotikarelaterte dødsfall og dødelighet

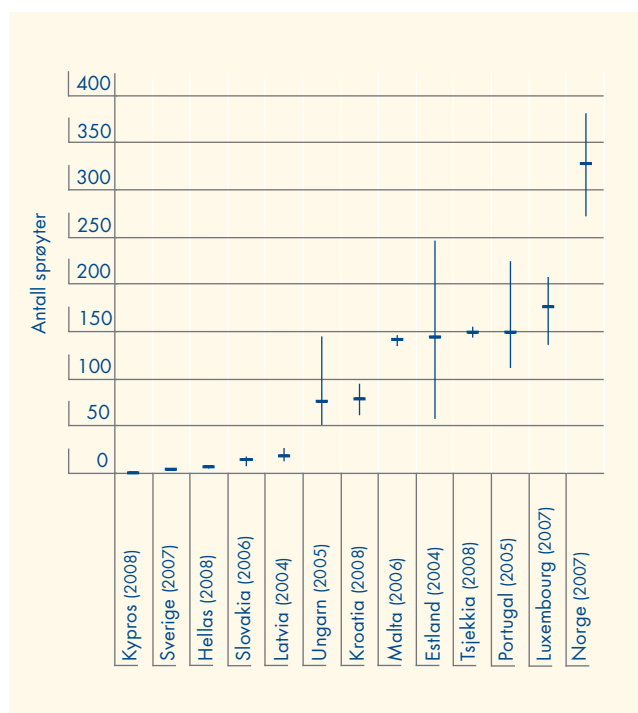
I Europa er narkotikabruk en av de viktigste årsakene til helseproblemer og dødelighet blant unge mennesker og kan være ansvarlig for en stor del av alle dødsfall blant voksne. Studier har funnet at mellom 10 % og 23 % av alle dødsfall i aldersgruppen 15–49 kan tilskrives opioidbruk (Bargagli et al., 2006; Bloor et al., 2008).

Dødelighet relatert til narkotikabruk omfatter dødsfall som direkte eller indirekte skyldes bruken av narkotika. Dette inkluderer dødsfall som skyldes overdoser (narkotikainduserte dødsfall), HIV/AIDS, trafikkulykker – særlig i kombinasjon med alkohol – vold, selvmord og kroniske helseproblemer forårsaket av gjentatt bruk av narkotika (f.eks. hjerte- og karlidelser hos kokainbrukere) <sup>(138)</sup>.

### Narkotikainduserte dødsfall

I perioden 1995–2007 ble det i EUs medlemsstater, Kroatia, Tyrkia og Norge hvert år rapportert mellom 6 400 og 8 500 narkotikainduserte dødsfall. I 2007 sto Storbritannia og Tyskland for nesten halvparten av alle narkotikainduserte dødsfall. Det er store variasjoner i dødelighet som følge av overdoser landene imellom, fra 2 til i underkant av 85 dødsfall pr. million innbyggere i alderen 15–64 år (gjennomsnittlig 21 dødsfall pr. million). En dødelighet på over 20 pr. million innbyggere er funnet i 14 av 28 land i Europa, og tall på over 40 pr. million i seks land. Narkotikaoverdoser sto for 4 % av alle dødsfall i Europa i aldersgruppen 15–39 år <sup>(139)</sup>. Områder med høy forekomst av problematisk bruk av narkotika kan være uforholdsmessig hardt berørt. I 2008 hadde f.eks. Skottland 112,5 narkotikainduserte dødsfall pr. million innbyggere, et tall som er mye høyere enn for Storbritannia sett under ett (38,7 pr. million).

**Figur 14:** Sprøyter utdelt gjennom spesialiserte programmer, pr. sprøytebruker



**NB:** Basert på anslag over injeksjonsbruk fra angitte år og nyeste tilgjengelige data om antall sprøyter som er utlevert gjennom spesialiserte sprøytebytteprogrammer (2006–08). For fulle merknader og kilder, se figur HSR-3 i Statistiske opplysninger 2010.

**Kilde:** Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

<sup>(138)</sup> Se "Narkotikarelatert dødelighet: et sammensatt konsept" i årsrapporten for 2008.

<sup>(139)</sup> Se figur DRD-7 (del i) og tabell DRD-5 (del ii) og DRD-107 (del i) i Statistiske opplysninger 2010.

Antallet narkotikainduserte dødsfall som er rapportert, kan være påvirket av faktorer som prevalens av narkotikabruk, bruksmønstre (injisering, blandingsbruk), narkotikabrukernes alder og tilleggslidelser, samt tilgjengeligheten av behandling og akuttmedisinske tjenester, i tillegg til kvaliteten på datainnsamling og rapportering. Europeiske data er blitt mer pålitelige i de senere år, noe som har gjort det mulig å bedre beskrive trender, og de fleste landene har nå vedtatt en kasusdefinisjon i tråd med EONNs <sup>(140)</sup>. Likevel bør sammenligninger landene imellom gjøres med forsiktighet, da det er nasjonale forskjeller med hensyn til kvaliteten på valideringen av tilfeller så vel som rapporteringspraksis.

## Opioidrelaterte dødsfall

### Heroin

Opioider, hovedsakelig heroin og metabolitter av heroin, er til stede i de fleste narkotikainduserte dødsfall som meldes i Europa. I de 20 landene som la fram data i 2008, var opioider skyld i over tre firedeler av alle tilfeller (77–100 %), og elleve land rapporterte om en andel på over 85 % <sup>(141)</sup>. De stoffene som hyppigst forekommer sammen med heroin, er alkohol, benzodiazepiner, andre opioider og i en del land, kokain. Dette tyder på at en vesentlig andel av alle narkotikainduserte dødsfall kan være forbundet med blandingsbruk.

Menn står for de fleste overdosedødsfallene i Europa (81 %). I de fleste landene er de fleste ofrene i gjennomsnitt midt i trettiårene, og ofte er gjennomsnittsalderen stigende. Dette kan indikere en mulig stabilisering eller nedgang i antallet unge som bruker heroin, og en aldrende kohort av problembrukere av opioider. Generelt forekommer 13 % av overdosedødsfallene som rapporteres i Europa blant personer under 25 år, men i Østerrike, Romania og Malta (lave tall) rapporteres andeler på 40 % eller mer. Dette kan tyde på at populasjonen av heroinbrukere eller sprøytebrukere i disse landene er yngre <sup>(142)</sup>.

Både dødelige og ikke-dødelige overdoser av heroin er forbundet med en rekke faktorer, bl.a. injisering og samtidig bruk av andre rusmidler, særlig alkohol, benzodiazepiner og enkelte antidepressiva. Andre faktorer kan være: overstadig bruk av narkotika, tilleggslidelser, hjemløshet, dårlig psykisk helse (f.eks. depresjon), det å ikke få behandling, tidligere overdoser eller det å være alene når overdosen inntreffer (Rome et al., 2008). En rekke longitudinelle studier har identifisert

tiden umiddelbart etter løslatelse fra fengsel eller utskrivning fra narkotikabehandling som særlig kritisk, med høy risiko for overdose (WHO, 2010).

### Andre opioider

Substitusjonsbehandling med opioider gir en betydelig reduksjon i risikoen for dødelige overdoser. Dette framkommer av en norsk studie av 3 800 personer som ble fulgt opp i inntil sju år. Studien viste redusert dødelighet for personer i behandling sammenlignet med dem som ikke var i behandling. Risikoen ble signifikant redusert både for overdosedødsfall (relativ risiko 0,2) og total dødelighet (relativ risiko 0,5) (Clausen et al., 2008).

### Ikke-dødelige opioidoverdoser

Studier rapporterer at de fleste opioidbrukere (typisk 50–60 %) har overlevd en overdose, og at mellom 8 % og 12 % har hatt en overdose de siste seks månedene. En del av brukerne hadde hatt mer enn én overdose. For hvert narkotikaindusert dødsfall er antallet ikke-dødelige overdoser anslått til mellom 20 og 25. Det er vanskelig å beregne med noen særlig nøyaktighet hvor mange ikke-dødelige overdoser vi har i Europa hvert år, da overvåkingen her er veldig begrenset og definisjonene kan variere fra land til land. Likevel tyder tilgjengelige opplysninger på at det kan være mellom 120 000 og 175 000 ikke-dødelige overdoser årlig i Europa.

Å overleve en overdose gir en kraftig økning i risikoen for senere å dø av overdose (Stoové et al., 2009). Dessuten kan ikke-dødelige overdoser forårsake mange sykdommer, bl.a. svekket lungefunksjon, lungebetennelse og muskelsvekkelse. Overdoser kan også føre til neurologiske skader, og antallet overdoser en person overlever, er en signifikant prediktor for dårligere kognitive funksjoner. Total sykkelighet er sannsynligvis høyere blant eldre, mer erfarne, avhengige brukere (Warner-Smith et al., 2001).

For å forhindre at en opioidoverdose skal få dødelig utgang, er det viktig at andre personer som er til stede, raskt skjønner hva som er i ferd med å skje, og tilkaller akuttmedisinsk hjelp. Kontakten med det akuttmedisinske personellet og behandlingen for akutt forgiftning er anledninger der vedkommende kan få informasjon om hvordan overdoser kan forebygges, og også få henvisning til rådgivning og behandling.

Overvåking av ikke-dødelige overdoser gir mulighet for å kryssvalidere informasjon om narkotikarelaterte dødsfall. I Tsjekkia gikk f.eks. antallet innleggelser for ikke-dødelige opioidoverdoser ned fra 2001 til 2008, noe som gjenspeiler nedgangen i antallet opioiddødsfall. Samtidig var det en økning i antallet ikke-dødelige overdoser og dødsfall relatert til bruk av metamfetamin.

<sup>(140)</sup> For nærmere informasjon om metoder, se Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(141)</sup> Ettersom de fleste narkotikainduserte dødsfall som rapporteres til EONN er opioidoverdoser (hovedsakelig heroin), brukes generelle karakteristika for meldte narkotikainduserte dødsfall for å beskrive og analysere dødsfall relatert til bruk av heroin.  
Se figur DRD-1 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(142)</sup> Se figur DRD-2 og DRD-3 og tabell DRD-1 (del i) i Statistiske opplysninger 2010.

Dødsfall der medikamenter som brukes i substitusjonsbehandling med opioider påvises, rapporteres også hvert år. Dette gjenspeiler det store antallet narkotikabrukere som får denne typen behandling, men innebærer ikke at disse medikamentene var dødsårsaken. Overdosedødsfall blant klienter i substitusjonsbehandling kan skyldes kombinasjoner av narkotiske stoffer, fordi en del klienter i behandling fortsetter å bruke opioider kjøpt på gaten, har et høyt alkoholforbruk og bruker reseptpliktige psykoaktive stoffer. De fleste dødsfall som skyldes substitusjonspreparater (ofte i kombinasjon med andre stoffer), finner imidlertid sted hos mennesker som ikke får substitusjonsbehandling (Heinemann et al., 2000).

Dødsfall som skyldes forgiftning av buprenorfin forekommer sjelden, til tross for at dette medikamentet brukes stadig mer i substitusjonsbehandling i Europa (se kapittel 6). I Finland er imidlertid buprenorfin fortsatt det opioidet som oftest påvises ved obduksjon, vanligvis i kombinasjon med andre stoffer som alkohol, amfetamin, cannabis eller legemidler, eller injisert.

I Estland var de fleste narkotikainduserte dødsfallene som ble rapportert i 2007 og 2008 forbundet med bruk av 3-metylfentanyl. I Finland ble opioider som oksykodon, tramadol og fentanyl rapportert, men rollen disse legemidlene spilte i dødsfallene, var ikke spesifisert.

### Dødsfall relatert til andre rusmidler

Dødsfall forårsaket av akutt kokainforgiftning synes å forekomme relativt sjelden <sup>(143)</sup>. Men ettersom kokainoverdoser er vanskeligere å definere og identifisere enn overdoser av opioider, kan de være underrapportert.

I 2008 ble det rapportert om lag 1 000 kokainrelaterte dødsfall i 15 land. Tegn tyder på at det påvises kokain i stadig flere narkotikainduserte dødsfall som rapporteres i Europa, men på grunn av manglende sammenlignbarhet i tilgjengelige data er det ikke mulig å beskrive noen europeisk trend. De to landene som har den høyeste prevalensen av kokainbruk i befolkningen generelt, har hatt en klar økning i antallet kokainrelaterte dødsfall i de senere årene. Mellom 2002 og 2007 har Spania hatt en klar økning i antall dødsfall hvor kokain er påvist i fravær av opioider. Storbritannia hadde en dobling i antall dødsattester hvor kokain nevnes, fra (161) i 2003 til (325) i 2008.

Dødsfall hvor ecstasy er til stede, rapporteres sjelden, og i mange av disse tilfellene har dette stoffet ikke blitt identifisert som direkte dødsårsak <sup>(144)</sup>. EONNs utvalgte

aspekt 2010 om problematisk bruk av amfetamin og metamfetamin gjennomgår dataene om dødsfall relatert til disse to stoffene.

### Trender for narkotikainduserte dødsfall

Antallet narkotikainduserte dødsfall gikk kraftig opp i Europa i løpet av 1980-årene og begynnelsen av 1990-årene, parallelt med økningen i bruken av heroin og injeksjonsbruk, og har siden holdt seg på høye nivåer <sup>(145)</sup>.

I perioden 2000–03 rapporterte de fleste EU-medlemsstatene om en nedgang (23 %), etterfulgt av en økning (11 %) i antall dødsfall mellom 2003 og 2007. Foreløpige data som er tilgjengelige for 2008, tilsier at tallene vil være minst like høye som året før, da 11 av 18 land som har sammenlignbare data, har rapportert om en økning. Storbritannia og Tyskland, som står for flesteparten av tilfellene rapportert i Europa, har hatt økning hvert år siden henholdsvis 2003 og 2006.

### Dødsfall som skyldes kokain

Kokaindødsfall er et mye mer sammensatt fenomen enn opioidoverdoser, som har et relativt klart klinisk bilde. Det kliniske bildet og ofrenes sosiale profil gjør at politi og rettsmedisinere ikke får vite om alle dødsfall som skyldes bruk av kokain.

Kokainbruk kan være dødelig av forskjellige grunner. Rent farmakologiske kokainoverdoser forekommer, men dødelige overdoser er generelt bare forbundet med svelging av store mengder av stoffet. De fleste dødsfallene forbundet med kokainbruk skyldes kardiovaskulære eller cerebrovaskulære hendelser (Sporer, 1999). Disse er ikke doseavhengige og kan også inntreffe hos personer som bruker kokain sporadisk eller i lave doser, da særlig hos personer som har eksisterende kardiovaskulære eller cerebrovaskulære problemer. De fleste dødsfallene der bruk av kokain påvises, finner imidlertid sted blant problembrukere som har sykdommer som skyldes kronisk bruk av narkotika (koronar aterosklerose, ventrikkelhypertrofi eller andre problemer) (Darke et al., 2006). Disse kan være forverret av alkoholbruk (Kolodgie et al., 1999) og tobakksrøyking. I en ukjent andel av kokainrelaterte dødsfall blir forbindelse til bruk av dette stoffet ikke påvist, på grunn av mangel på klinisk spesifisitet og fordi dødsfallet kan inntreffe dager eller uker etter det akutte problemet. Patologier som skyldes regelmessig bruk av kokain kan også ligge til grunn for senere myokardinfarkt som utløses av andre faktorer, på samme måte som bruk av tobakk.

Å vurdere den reelle byrden av kokainrelaterte helseproblemer og tap av liv byr på spesielle utfordringer og krever andre metoder enn dem som brukes ved dødsfall som skyldes opioidoverdoser.

<sup>(143)</sup> Se boksen "Dødsfall forårsaket av kokain".

<sup>(144)</sup> For data om dødsfall relatert til andre narkotiske stoffer enn heroin, se tabell DRD-108 i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(145)</sup> Se figur DRD-8 og DRD-11 i Statistiske opplysninger 2010.

Andre land (f.eks. Frankrike, Finland, Norge) rapporterer også økninger.

Årsakene til de vedvarende høye tallene for narkotikainduserte dødsfall som rapporteres, lar seg vanskelig forklare, særlig i betraktning av tegnene på nedgang i injeksjonsbruk og på økning i antallet opioidbrukere som er i kontakt med behandlingsapparat så vel som skadereduksjonstiltak. Mulige forklaringer som krever nærmere undersøkelser, kan være: økte nivåer av blandingsbruk (EONN, 2009d) eller høyrisikoatferd, økninger i antallet opioidbrukere som har fått tilbakefall etter løslatelse fra fengsel eller utskriving fra behandling så vel som en aldrende kohort av narkotikabrukere, muligens med en mer sårbar populasjon av kroniske narkotikabrukere. For eksempel rapporterer flere land (f.eks. Tyskland, Spania, Storbritannia) om en økende andel av tilfeller over 35 år, som gjenspeiler den stigende trenden når det gjelder gjennomsnittsalderen ved narkotikainduserte dødsfall (figur 15).

### Total dødelighet forbundet med narkotikabruk

Total dødelighet relatert til narkotikabruk omfatter i tillegg til narkotikainduserte dødsfall også dødsfall som indirekte skyldes bruk av narkotika, f.eks. gjennom overføring av infeksjonssykdommer, hjerte- og karsykdom samt ulykker. Antallet dødsfall som er indirekte relatert til narkotikabruk, er vanskelig å tallfeste, men det kan ha stor betydning for folkehelsen. Selv om de fleste narkotikarelaterte dødsfall finner sted blant problembrukere av narkotika, skjer en del (f.eks. trafikkuulykker) blant sporadiske brukere.

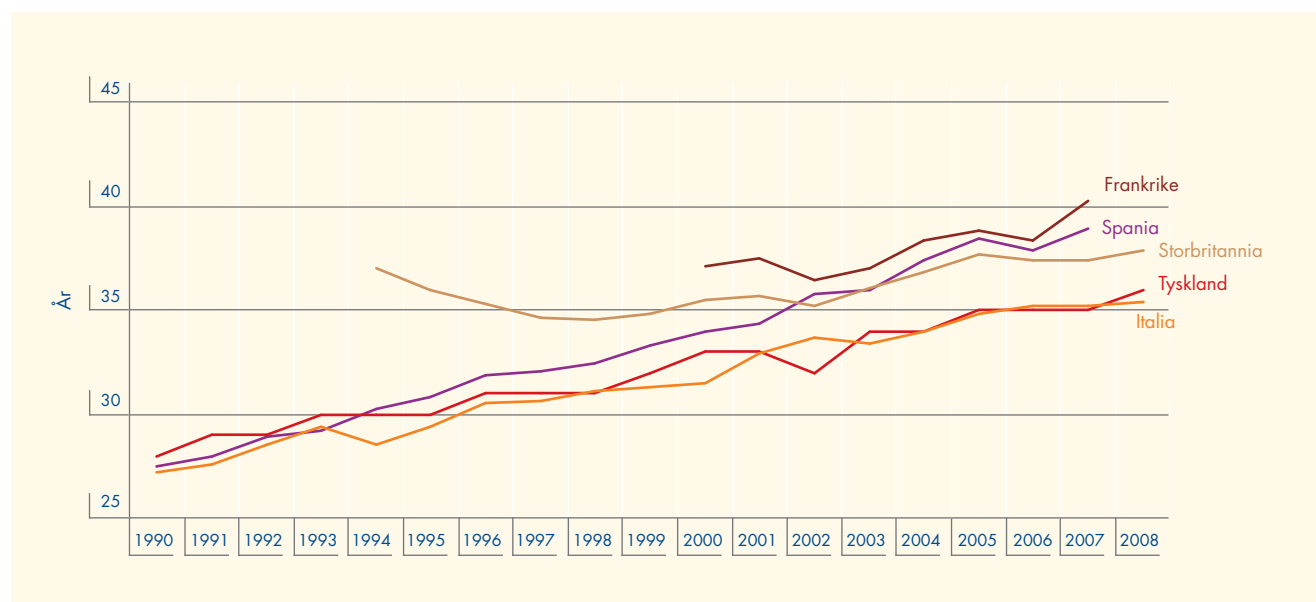
Anslag over total narkotikarelatert dødelighet kan utledes på forskjellige måter, f.eks. ved å kombinere informasjon fra kohortstudier av dødelighet med prevalensestimater for narkotikabruk. En annen tilnærming er å bruke eksisterende generelle dødelighetsstatistikker og gjøre et anslag over andelen som er relatert til narkotikabruk.

### Kohortstudier av dødelighet

Kohortstudier av dødelighet følger de samme gruppene problembrukere av narkotika over tid og prøver, ved å knytte informasjonen opp mot dødelighetsregistrene, å identifisere årsakene til alle dødsfall som forekommer i gruppen. På grunnlag av slike studier kan man beregne total og årsaksspesifikk dødelighet for kohorten og utarbeide et estimat over overdødelighet i gruppen i forhold til befolkningen generelt <sup>[146]</sup>.

Avhengig av rekrutteringsmiljø (f.eks. behandlingssentre) og inklusjonskriterier (f.eks. sprøytebrukere) viser de fleste kohortstudier en årlig dødelighet hos problembrukere av narkotika på 1–2 %. Dette er grovt regnet 10 til 20 ganger høyere enn dødeligheten i samme aldersgruppe i befolkningen generelt. De ulike dødsårsakenes relative betydning varierer mellom landene og over tid. Imidlertid er den vanligste dødsårsaken narkotikaoverdose, som representerer inntil 50–60 % av alle dødsfall hos sprøytebrukere i land med lav HIV/AIDS-prevalens. I tillegg til HIV/AIDS og andre sykdommer inkluderer hyppig rapporterte dødsårsaker selvmord og alkoholmisbruk, som illustrert i en undersøkelse som nylig ble gjennomført i Stockholm. Den fant at 17 % av

**Figur 15:** Trender for gjennomsnittsalder ved narkotikainduserte dødsfall i en del europeiske land



NB: For ytterligere detaljer, se figur DRD-3 i Statistiske opplysninger 2010. Dataene fra Storbritannia er basert på definisjonen i narkotikastrategien.  
Kilde: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

[146] For informasjon om kohortstudier av dødelighet, se Nøkkellindikatorer på EONNs nettsted.

dødsfallene i en kohort hovedsakelig av opioidbrukere skyldtes selvmord og 15 % ulykker. Alkohol var involvert i 30 % av dødsfallene (Stenbacka et al., 2010).

### Dødsfall indirekte relatert til bruk av narkotika

Ved å kombinere eksisterende opplysninger fra Eurostat og HIV/AIDS-overvåkingsdata har EONN beregnet at anslagsvis 2 100 mennesker døde av HIV/AIDS som kunne tilskrives narkotikabruk i Den europeiske union i 2007 <sup>(147)</sup>. Spania, Frankrike, Italia og Portugal hadde 90 % av disse dødsfallene. Etter innføringen av høyaktiv antiretroviral behandling i 1996 gikk HIV/AIDS-dødeligheten markant ned i de fleste EU-medlemsstatene, men siden 2003 har den vært på vei opp i Estland og Latvia. Den høyeste HIV/AIDS-dødeligheten blant narkotikabrukere rapporteres for Portugal, etterfulgt av Estland, Spania, Latvia og Italia. De fleste andre landene har lave tall <sup>(148)</sup>.

Andre sykdommer som også forårsaker en del dødsfall blant narkotikabrukere, er kroniske sykdommer som leversykdommer, hovedsakelig på grunn av hepatitt C-smitte (HCV), som ofte forverres av tung alkoholbruk og koinfeksjon av HIV. Dødsfall som skyldes andre infeksjonssykdommer forekommer sjeldnere. Av ikke-smittsomme sykdommer er kreft og hjerte- og karsykdommer de hyppigste dødsårsakene <sup>(149)</sup>.

Andre dødsårsaker hos narkotikabrukere har blitt viet langt mindre oppmerksomhet, til tross for at mye tyder på at de har vesentlig betydning for dødeligheten. Ifølge en ny WHO-studie (Degenhardt et al., 2009) kan selvmord og skader stå for om lag en tredel av alle dødsfall i Europa som tilskrives problematisk bruk av narkotika, noe som betyr flere tusen dødsfall årlig. Særlig når det gjelder selvmord, fant en litteraturgjennomgang (Darke og Ross, 2002) at heroinbrukere hadde 14 ganger høyere risiko for å dø ved selvmord enn befolkningen generelt.

Det finnes fortsatt lite informasjon om antallet dødsfall relatert til kjøring under påvirkning av narkotiske stoffer. En del studier antyder at ulykkesrisikoen er høyere ved bruk av illegale rusmidler, og at kombinert bruk av narkotika og alkohol svekker kjøreevnen ytterligere (EONN, 2008b).

### Reduksjon av narkotikarelaterte dødsfall

Femten europeiske land rapporterer at deres nasjonale narkotikastrategi inneholder en egen del viet reduksjon av narkotikarelaterte dødsfall, at slike retningslinjer er vedtatt på regionalt plan, eller at de har en egen

handlingsplan for å forebygge narkotikarelaterte dødsfall. Østerrike rapporterer at de er i ferd med å utarbeide et strategidokument.

### Intervensjoner

For narkotikabrukere gir behandling en kraftig reduksjon i dødelighet (Davoli et al., 2007) selv om risikoen forbundet med endret toleranse øker i begynnelsen og slutten av behandlingen. Studier viser en svært forhøyet risiko for narkotikainduert død ved sprekke etter behandling eller i ukene etter løslatelse fra fengsel. Dette var bakgrunnen for at WHO-Europa utstedte anbefalinger om forebygging av overdoser i fengsler og bedre kontinuitet i ettervernet etter løslatelse (WHO, 2010).

Danmark og Norge har nylig prioritert buprenorfin i sine retningslinjer for substitusjonsbehandling på grunn av dette legemiddelets sikkerhetsprofil. Spania har nå også godkjent bruk av kombinasjonen buprenorfin–nalokson for pasienter i substitusjonsprogrammer som gjennomføres av det nasjonale helsesystemet, nettopp med sikte på å redusere antallet narkotikainduserte dødsfall.

Sammen med bedret tilgang til behandling er også andre intervensjoner for å redusere risikoen for overdose hos narkotikabrukere undersøkt. Disse intervensjonene ser på personlige og situasjonsbetingede faktorer og faktorer som er relatert til narkotikabruken. En fersk gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget (Rome et al., 2008) anbefalte at allmennleger burde bevisstgjøres på farene ved såkalt legeshopping etter resepter, særlig på antidepressiva. Tiltak for å kontrollere forskrivning av flere legemidler til klienter i substitusjonsbehandling, og dermed redusere antallet nødsituasjoner som følge av bruk av benzodiazepiner, er iverksatt i Luxembourg.

Utlevering av informasjonsmateriell rapporteres som et vanlig tiltak for å redusere narkotikainduserte dødsfall i Europa <sup>(150)</sup>. Mange land rapporterer å ha iverksatt tiltak for å forebygge overdoser, gjenkjenne overdoser og vite hva som skal gjøres i tilfelle overdose, overfor narkotikabrukerne selv og deres familier og venner i tillegg til alle som arbeider med narkotikabrukere. Gjennomføringen av slike tiltak er imidlertid ofte sporadisk og begrenset.

Etter en epidemi av fentanyloverdoser krever estiske eksperter nå overdoseforebyggende programmer innført i landet. Belgia, Tsjekkia, Estland og Nederland rapporterer at de har fått på plass et system for tidlig varsling via lavterskeltilbud, hospitser og behandlingstiltak

<sup>(147)</sup> Se tabell DRD-5 (del iii) i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(148)</sup> Se figur DRD-7 (del ii) i Statistiske opplysninger 2010.

<sup>(149)</sup> Når det gjelder kokain spesielt, se "Helsekonsekvenser av kokainbruk" i kapittel 5.

<sup>(150)</sup> Se tabell HSR-8 i Statistiske opplysninger 2009.

som samler inn og formidler informasjon om nye stoffer eller farlige kombinasjoner. Nederland prøvde i 2009 ut et overvåkingssystem for narkotikarelaterte akutte helsehendelser som nå bygges ut.

Opplæring i førstehjelp ved overdoser kombinert med utlevering for hjemmebruk av en dose nalokson, som motvirker effektene av opioider, er en tilnærming som kan redde mange liv. Dette tiltaket retter seg mot narkotikabrukere og deres familier, altså personer som kan være til stede under en overdose, og tar sikte på å sette dem i stand til å iverksette effektive tiltak mens de venter på at akuttmedisinsk personell skal komme til stedet. Studier viser at de som fikk slik opplæring, hadde bedre kunnskap om symptomene på overdose og økt tillit til bruk av nalokson. I 2009 ble det satt i gang et prosjekt i England der en pakke med en ferdigfylt sprøyte med nalokson ble delt ut til 950 familiemedlemmer av

narkotikabrukere. Som et ledd i en pågående studie i England, Skottland og Wales utstyres opioidbrukere som løslates fra fengsel med pakker med engangssprøyter med nalokson. I Italia kan ferdigfylte sprøyter fås i rusmiddeltjenesten. Ferdigfylte sprøyter inngår i et forsøk i Portugal og er nå innført i Bulgaria. I et brukerstyrt prosjekt i København har man nå begynt å dele ut nalokson som nesespray.

Sprøyterom med tilsyn fra medisinsk personell gjør det mulig å raskt gripe inn ved de første tegnene på overdose. Operasjonelle data fra slike tiltak viser at overdoser som finner sted i sprøyterom avverges, og at det ikke har vært noen overdoser med dødelig utgang. Det å få hjelp umiddelbart reduserer også konsekvensene av ikke-dødelige overdoser, inklusive irreversible skader på hjernen og andre vitale organer på grunn av hypoksi (Hedrich et al., 2010).





## Kapittel 8

### Nye narkotiske stoffer og trender

#### Innledning

Nye psykoaktive stoffer og nye bruksmønstre kan — selv om de vanligvis først opptrer i begrensede grupper av befolkningen eller på begrensede steder — ha store implikasjoner for folkehelsen og for narkotikapolitikken. Å gi beslutningstakere, fagfolk og offentligheten objektiv informasjon i rett tid om nye trusler er en utfordring både praktisk og med hensyn til hvilke metoder som skal benyttes. Narkotikaproblemets dynamiske natur og raske skiftninger gjør at dette blir stadig viktigere. Den europeiske unions system for tidlig varsling fungerer som en ordning for rask reaksjon når nye psykoaktive stoffer dukker opp i narkotikamiljøet.

I de senere år har et stort antall nye, uregulerte syntetiske stoffer dukket opp. Disse stoffene markedsføres på internett som "legal highs", og hensikten er å omgå narkotikakontrollen. For dagens metoder for overvåking og kontroll av nye psykoaktive stoffer er de en utfordring. Som vi skal se i dette kapitlet, har vi i løpet av de siste to årene fått nye, røykbare urteprodukter tilsatt syntetiske cannabinoider, og forskjellige syntetiske katinoner har også blitt populære.

#### Tiltak mot nye stoffer

I 2009 ble 24 nye syntetiske psykoaktive stoffer formelt meldt gjennom det europeiske systemet for tidlig varsling. Dette er det største antallet som er meldt i noe enkelt år, og økningen skyldes hovedsakelig identifiseringen av ni nye syntetiske cannabinoider i løpet året. I 2009 ble det også rapportert om nye stoffer som tilhører de samme kjemiske gruppene som nye psykoaktive stoffer oftest tilhører: fem fenetylaminer, to tryptaminer og fire syntetiske katinoner. Det ble ikke rapportert noen nye piperaziner eller psykoaktive planter.

Siden systemet for tidlig varsling ble opprettet i 1997, har mer enn 110 stoffer blitt meldt til EONN og Europol. I løpet av de siste fem årene har nye stoffgrupper kommet til, herunder ulike piperaziner, syntetiske katinoner og syntetiske cannabinoider. Det er imidlertid ikke identifisert noen piperaziner de to siste rapporteringsårene. Bare

#### Overvåking av nye psykoaktive stoffer i Europa

Rådsbeslutningen om nye psykoaktive stoffer <sup>(1)</sup> oppretter en ordning for rask utveksling av informasjon om nye psykoaktive stoffer som kan utgjøre en folkehelse- og samfunnstrussel (EONN, 2007b). EONN og Europol har i tett samarbeid med sine nettverk av nasjonale partnere fått en sentral rolle i gjennomføringen av systemet for tidlig varsling. Så snart et nytt psykoaktivt stoff er påvist på det europeiske markedet, skal medlemsstatene sikre at informasjon om framstilling, omsetning og bruk av stoffet formidles til EONN og Europol via de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettet og Europols nasjonale enheter. Rådsbeslutningen oppretter også en ramme for vurdering av risikoene forbundet med nye stoffer (se EONN, 2010b). Informasjon om stoffer med en etablert, anerkjent medisinsk verdi kan også utveksles gjennom systemet for tidlig varsling, men i henhold til rådsbeslutningen skal disse ikke være gjenstand for risikovurdering.

<sup>(1)</sup> Rådsbeslutning 2005/387/JIS av 10. mai 2005 om informasjonsutveksling, risikovurdering og kontroll av nye psykoaktive stoffer (EUT L 127 av 20.5.2005, s. 32).

seks var planter eller hadde vegetabilsk opprinnelse, og sannsynligvis vil de fleste nye stoffene framover være syntetiske psykoaktive stoffer.

Tre stoffer med medisinske egenskaper ble rapportert i 2009, bl.a. pregabalin, et reseptpliktig legemiddel som markedsføres som Lyrica og brukes til behandling av nevropatisk smerte, epilepsi og generalisert angstlidelse. En gjennomgang av data for legemiddelovervåking viser at det i Finland, Sverige og Norge har vært bekymringer knyttet til misbruk av dette stoffet. Informasjon fra systemet for tidlig varsling tyder på at pregabalin også kan ha vært involvert i dødsfall blant brukere i Finland, Sverige og Storbritannia, der det ble påvist i retts toksikologiske analyser. Ifølge rapporter fra brukere har pregabalin effekter som ligner effekten av alkohol, GHB (gammahydroksybutyrat), ecstasy og benzodiazepiner. Det ble også rapportert å lindre abstinenssymptomene i forbindelse med avvenning fra heroin (opioider).

Systemet for tidlig varsling overvåker også uregulerte psykoaktive produkter — såkalte "legal highs" — som

selges på internett og i "smartshops" og "headshops" ved hjelp av aggressive og sofistikerte strategier for markedsføring og i noen tilfeller bevisst feilmerking av de stoffene preparatet inneholdt. Markedet for "legal highs" særmerker seg ved at leverandørene er veldig raske til å tilby nye alternativer for å omgå narkotikakontrollen.

## Mefedron

De siste par årene har det gjennom systemet for tidlig varsling kommet stadig flere rapporter om syntetiske katinoner. Femten av disse stoffene blir nå overvåket, inklusive mefedron, metylon og MDPV <sup>(151)</sup>. Disse "designer"-forbindelsene er derivater av katinon, som er et av de psykoaktive stoffene i planten khat (*Catha edulis*) og strukturelt beslektet med amfetamin <sup>(152)</sup>.

Mefedron er et derivat av metkatinon, et stoff som i FN-konvensjonen av 1971 om psykotrope stoffer er klassifisert som narkotisk. Det ble første gang påvist i Europa i 2007 og synes å ha blitt populært blant unge narkotikabrukere, noe som har ført til særskilt etterspørsel etter dette stoffet. Dette synes spesielt å være tilfelle i Storbritannia, hvor mefedron også er blitt omtalt i mediene. Rapporter fra andre medlemsstater tilsier at stoffet også brukes andre steder i Europa.

Beslag av betydelige mengder mefedron ble rapportert i 2009 i Tyskland, Nederland, Sverige og Storbritannia. I Sverige har resultatene fra toksikologiske undersøkelser bekreftet at mefedron var involvert i ett dødsfall, og i Storbritannia etterforskes nå en rekke dødsfall med mistanke om mefedron. Danmark, Estland, Irland, Tyskland, Romania, Sverige, Storbritannia, Kroatia og Norge har nylig innført kontrolltiltak for mefedron.

Mefedron er lett å få tak i på internett, der det kan bli solgt som et lovlig alternativ til kokain eller ecstasy. Stoffet markedsføres som "forskningskjemikalie", "badesalt", "til botanisk forskning" eller "plantenæring", ofte med merknaden "uegnet til konsum" for å omgå eventuelle kontrollordninger. Ofte vil oversikten over innholdsstoffer ikke gi noen indikasjoner på at produktet inneholder psykoaktive stoffer. Et søk på engelsk i mars 2010 etter internettbutikker som selger mefedron, viste at minst 77 nettsteder solgte stoffet. De fleste av disse nettstedene solgte bare mefedron og var basert i Storbritannia. Etter at mefedron og andre syntetiske katinoner ble klassifisert som kontrollerte stoffer i Storbritannia i april 2010, har de fleste mefedron-nettstedene forsvunnet.

## EONN og Europol med felles mefedronrapport

I januar i år ferdigstilte EONN og Europol en vurdering av tilgjengelig informasjon om mefedron på grunnlag av kriteriene fastsatt i retningslinjene for drift av systemet for tidlig varsling (EONN, 2007b). Kriteriene omfatter beslaglagte kvanta, bevis på at organisert kriminalitet er involvert, bevis på internasjonal handel, det psykoaktive stoffets toksikologiske og farmakologiske egenskaper, bevis på potensialet for videre (rask) spredning og bevis på tilfeller av alvorlig forgiftning eller dødsfall forbundet med stoffet.

EONN og Europol avtalte at informasjonen som er tilgjengelig om mefedron oppfyller kriteriene for å kunne produsere en felles rapport. Den felles rapporten fra EONN og Europol ble presentert for Rådet for Den europeiske union, Europakommisjonen og EMEA, Det europeiske legemiddelkontor, og det ble bestemt at de skulle lansere en formell prosedyre for risikovurdering av stoffet.

Data om bruken av 29 stoffer, inklusive en rekke "legal highs", ble i slutten av 2009 samlet inn i en nettbasert spørreundersøkelse i samarbeid med det britiske dance-magasinet Mixmag <sup>(153)</sup>. Mefedron ble rapportert som det fjerde mest brukte narkotiske stoffet (etter cannabis, ecstasy og kokain) og det mest brukte "legal high" av de 2 295 respondentene. Om lag en tredel (33,6 %) rapporterte å ha brukt det i løpet av siste måned, 37,3 % siste år og 41,7 % noen gang. Tilsvarende tall for metylon var 7,5 %, 10,0 % og 10,8 %. At det var så liten forskjell mellom prevalens for siste måned og livstidsprevalens, tyder på et nytt fenomen i rask utvikling. På grunn av de metodologiske begrensningene ved nettbaserte spørreundersøkelser, kan disse funnene imidlertid ikke betraktes som representative for gruppen klubbgjengere som sådan, men slike undersøkelser kan likevel gi rask tilgang til bestemte grupper av befolkningen (Verster et al., 2010).

## Overvåking av internettbutikker som selger narkotika

Systemet for tidlig varsling har siden 2006 årlig overvåket markedsføringen av nye psykoaktive stoffer på internett. Endringer i metodene som er brukt, har gitt bedre kvalitet og dekning for undersøkelsene, men data fra forskjellige år er ikke direkte sammenlignbare.

I 2010 ble 170 internettbutikker som selger narkotika identifisert. Tretti av dem solgte både "legal highs" og hallusinogene sopper og hadde typisk et stort produktutvalg i begge grupper: 34 tilbød bare hallusinogene sopper, og 106 solgte "legal highs", men ikke hallusinogene sopper <sup>(154)</sup>.

<sup>(151)</sup> Mefedron (4-metylmetkatinon), metylon (3,4-metylendioksymetkatinon), metedron (4-metoksymetkatinon) og MDPV (3,4-metylendioksyprovaleron).

<sup>(152)</sup> Narkotikaprofiler om khat og syntetiske katinonderivater finnes på EONNs nettsted.

<sup>(153)</sup> Personlig kommunikasjon fra Adam Winstock, King's College London.

<sup>(154)</sup> Se boksen "Øyeblikksbilde av situasjonen med hensyn til salg av narkotika på internett: metoder".

### Øyeblikksbilde av situasjonen med hensyn til salg av narkotika på internett: metoder

Undersøkelsen ble gjennomført i perioden 25. januar til 5. februar 2010 og gjaldt butikker som selger narkotika på internett (både detalj og en gros), og som er tilgjengelig for alle internettbrukere i Europa som er interessert i å kjøpe "legal highs" (inklusive "spice"), GHB/GBL og hallusinogene sopper. Internettbutikker som ikke kunne sende til minst én EU-medlemsstat, ble utelatt.

Søkestrengene ble først testet på engelsk for å identifisere de som ville gi flest relevante treff. Søk ble deretter utført på 15 andre språk som er morsmålet til 84 % av Den europeiske unions befolkning (<sup>155</sup>). Tre forskjellige søkemotorer ble brukt: Metacrawler, Google pluss en "nasjonal" søkemotor avhengig av land og språk.

Prøvetakingen besto i gransking av de første 100 lenkene og fortsatte til 20 påfølgende lenker viste seg irrelevante. For hvert nettsted som ble identifisert, ble følgende opplysninger samlet inn: produkter for salg, produktbeskrivelser, priser, tilgjengelighet på lager, leveringsland, ingredienser, helseadvarsler og brukerkommentarer.

(<sup>155</sup>) Tsjekkisk, dansk, nederlandsk, engelsk, fransk, tysk, gresk, ungarsk, italiensk, maltesisk, polsk, portugisisk, slovakisk, spansk og svensk.

Antallet leverandører av hallusinogene sopper synes å ha økt siden 2006, da 39 butikker ble funnet å selge disse produktene (EONN, 2006). I 2010 ble 64 internettbutikker som selger hallusinogene sopper identifisert. De fleste av dem selger dyrkesett, sporer og rød fluesopp (*Amanita muscaria*) snarere enn sopper som inneholder psilocybin.

I nettundersøkelsen som ble gjennomført i 2009, som bare fokuserte på "legal highs", var de fleste internettbutikkene basert i Storbritannia, etterfulgt av Tyskland og Nederland. Øyeblikksbildet fra 2010 favnet bredere og viste et annet mønster: 38 av butikkene var basert i Nederland, 20 i Storbritannia og 20 i Tyskland. Polen, Frankrike og Ungarn hadde fem internettbutikker eller mer, Tsjekkia, Spania, Portugal, Slovakia, Italia og Sverige hadde færre. Trettiåtte internettbutikker hadde base i USA, og for 15 andre butikker var det ikke mulig å finne ut hvor de var basert. I motsetning til internettbutikkene i Storbritannia er mange av butikkene i Nederland knyttet til spesialbutikker. Totalt sett brukte 73 % av internettbutikkene engelsk, og 42 % tilbød ingen andre språk.

### Fenomenet "spice"

"Spice" selges på internett og i spesialbutikker som røykeblanding. I 2008 oppdaget rettskjemikere at det ikke

er det harmløse urteproduktet det gir seg ut for å være. De virkelige psykoaktive bestanddelene i "spice" ble identifisert som syntetiske tilsetningsstoffer, som cannabinoidreseptor-agonisten (<sup>155</sup>) JWH-018, som etterligner virkningene av tetrahydrocannabinol (THC) i cannabis.

Det såkalte "spice"-fenomenet fortsatte å tiltrekke seg betydelig oppmerksomhet i 2009. Gjennom året er det blitt stadig flere navn og innpakninger på "spice"-lignende produkter. De psykoaktive stoffene som tilsettes disse produktene, har også blitt endret i takt med innføringen av nye kontrolltiltak (EONN, 2009f). Ni nye syntetiske cannabinoider ble innrapportert gjennom systemet for tidlig varslings i 2009 (<sup>156</sup>).

Utvalget og antallet syntetiske cannabinoider, eller andre stoffer, som kan tilsettes urteproduktene, gjør identifisering, overvåking og risikovurdering til en utfordring. Vi vet nesten ingenting om disse forbindelsenes farmakologiske og toksikologiske egenskaper og sikkerhetsprofiler hos mennesker. Det kan også være store variasjoner i typen og mengden syntetiske cannabinoider som er tilsatt, og en del av forbindelsene kan ha stor effekt i svært små doser. Derfor kan utilsiktede overdoser med risiko for alvorlige psykiatriske eller andre komplikasjoner ikke utelukkes.

Ingen av de syntetiske cannabinoidene er kontrollerte stoffer i henhold til FN-konvensjonene, og det finnes ingen informasjon om at noen av dem er tillatt som legemidler i Den europeiske union. På det tidspunkt dette skrives, har flere medlemsstater forbudt eller kontrollert "spice", "spice"-lignende produkter og beslektede forbindelser (<sup>157</sup>). Urteingrediensene som "spice"-produktene foregir å inneholde, står ikke på noen internasjonal liste over kontrollerte stoffer, men en del medlemsstater (Latvia, Polen, Romania) har satt en eller flere av dem på sine lister over kontrollerte stoffer. I Sveits er "spice" kontrollert i næringsmiddelovervågingen.

I den nettbaserte spørreundersøkelsen i 2010 viste et kraftig fall i antallet internettbutikker som solgte "spice" sammenlignet med foregående år. Selv om dekningen i undersøkelsen i 2010 var større, identifiserte den bare 21 butikker som solgte "spice"-lignende produkter, mot 55 i 2009. To av disse var basert i Storbritannia, mot 23 året før. I det siste øyeblikksbildet påsto 15 butikker å ha "spice", og åtte av dem opplyste om hvor de var: tre var i USA mens Spania, Polen, Portugal, Romania og Storbritannia hadde én butikk hver. De øvrige seks internettbutikkene som tilbød "spice"-lignende produkter, rapporterte at de var gått tom – muligens brukte de betegnelsen "spice" for å tiltrekke seg kunder.

(<sup>155</sup>) En agonist er et kjemisk stoff som binder seg til en bestemt reseptor i en celle og utløser en prosess i cellen. En agonist etterligner ofte virkningen til endogene eller naturlig forekommende stoffer.

(<sup>156</sup>) Se narkotikaprofilen "Syntetiske cannabinoider og 'spice'" på EONNs nettsted.

(<sup>157</sup>) Danmark, Tyskland, Estland, Irland, Frankrike, Latvia, Litauen, Luxembourg, Østerrike, Polen, Romania, Sverige, Storbritannia.

I motsetning til hva som er tilfellet for illegale rusmidler, ble det ikke rapportert noen større beslag av "spice"-lignende produkter, og det finnes heller ingen rapporter om kriminalitet knyttet til dette produktet. Dette, i kombinasjon med den begrensede kunnskapen vi har om kjemien og effektene av de nye forbindelsene, skaper en "gråson" omkring overvåkingen av slike produkter.

### Prevalens av bruk av "legal highs"

Begrepet "legal highs" omfatter et stort spekter av produkter, fra urteblandinger til syntetiske stoffer eller "designerdop" og "partypiller", som brukes på forskjellige måter (røykes, sniffes eller svelges). Disse produktene kan i tillegg bli markedsført som luftfriskere, urterøkelse eller badesalt, selv om de er beregnet på noe annet. Dette mangfoldet gjør det vanskelig å samle inn og tolke prevalensdata om "legal highs".

Bare noen få nyere spørreundersøkelser rapporterer prevalensdata om bruken av "legal highs". En polsk studie fra 2008 av 18-årige skoleelever fant at 3,5 % hadde brukt "legal highs" minst én gang, dvs. omtrent som for hallusinogene sopper (3,6 %). Bruk av "legal highs" i løpet av siste 12 måneder ble rapportert av 2,6 % av studentene <sup>(158)</sup>.

En spørreundersøkelse gjennomført blant 1 463 skoleelever i alderen 15 til 18 år på allmennfaglig og yrkesfaglig utdanning i Frankfurt, fant at ca. 6 % av respondentene rapporterte å ha brukt "spice" minst én gang, og 3 % hadde brukt stoffet i løpet av siste 30 dager. Disse tallene kan ha blitt påvirket av oppmerksomheten "spice" fikk i media på den tiden undersøkelsen ble gjennomført, i og med at bare 1 % av respondentene rapporterte at de hadde tatt "spice" mer enn fem ganger. Nesten to tredeler av alle som rapporterte å ha brukt "spice", rapporterte også om bruk av cannabis siste måned.

Mixmags siste nettbaserte spørreundersøkelse, som henvendte seg til klubbgjengere i Storbritannia, fant at 56,6 % av respondentene rapporterte å ha brukt "legal highs", herunder urteproduktene "Spice" og "Magic", BZP og andre partypiller. Prevalens av bruk siste måned var på henholdsvis 2,0 %, 4,6 % og 5,3 %. Respondentene rapporterte å ha fått stoffet fra venner (95 %) eller å ha kjøpt det på nettet (92 %), i butikker (78 %), i boder på festivaler (67 %) eller hos dealere (51 %).

## Oppfølging av andre stoffer

### Piperazin-gruppen: BZP og mCPP

Det har blitt stadig vanskeligere å registrere og tolke dataene for beslag av piperaziner. Dette skyldes at det finnes så mange forskjellige blandinger i pulvere og tabletter <sup>(159)</sup>, men også at piperaziner blir kombinert med andre stoffer som amfetamin og MDMA. Dessuten har rettsmedisinske laboratorier ikke alltid ressursene som trengs for å identifisere alle komponenter i blandingene, og særlig ikke stoffer som ikke er kontrollert.

BZP synes å ha blitt vanskeligere tilgjengelig etter at Rådet for Den europeiske union i 2008 vedtok å underlegge stoffet kontrolltiltak i hele Den europeiske union <sup>(160)</sup>. En del medlemsstater fortsetter imidlertid å rapportere om en del store beslag av BZP.

I 2009 syntes imidlertid mCPP fortsatt å være det lettest tilgjengelige "nye syntetiske stoffet" <sup>(161)</sup> på Europas ecstasymarked, enten alene eller i kombinasjon med MDMA. Informasjon fra systemet for tidlig varslings så vel som rapporter fra brukere i Nederland og beslag i Danmark og Storbritannia tyder på at andelen ecstasypiller som inneholder mCPP (eller piperaziner generelt), gikk kraftig opp i første halvår 2009 og faktisk kan være større enn andelen som inneholder MDMA. Det nederlandske systemet for narkotikainformasjon (DIMS) rapporterte også at antallet prøver som brukerne hadde sendt inn for analyse, var doblet i forhold til tidligere år, sannsynligvis på grunn av økt bekymring for de negative effektene av piperaziner. Andelen ecstasypiller som inneholdt disse stoffene, kan ha gått ned i annet halvår 2009, selv om denne utviklingen i Storbritannia delvis kan ha blitt oppveid av det økte tilbudet av katinonderivater.

Denne utviklingen gjenspeiler den stadig økende kompleksiteten av ecstasymarkedet, som kan forklares med svingninger i tilgjengeligheten av PMK, som er utgangsstoffet for MDMA.

### GHB/GBL og ketamin

GHB (gammahydroksybutyrat) har vært under internasjonal kontroll siden 2001, mens ketamin, som er et legemiddel, kan være regulert i narkotikalovgivningen eller legemiddellovgivningen i medlemsstatene. Bruken av

<sup>(158)</sup> Spørreundersøkelse gjennomført i 2008 av CBOS blant et utvalg av 1 400 ungdommer i videregående skole; 15 % av deltakerne rapporterte å ha brukt narkotika i løpet av de siste 12 månedene.

<sup>(159)</sup> For eksempel: BZP (1-benzylpiperazin), CPP (klorfenylpiperazin), TFMPP (1-(3-trifluormetylfenyl)-piperazin) og DBZP (1,4-dibenzylpiperazin). CPP har tre posisjonsisomerer, som ofte er vanskelige å skille. Av disse er mCPP (1-(3-klorfenyl)piperazin) den mest sentrale.

<sup>(160)</sup> Rådsbeslutning 2008/206/JIS av 3. mars 2008 om definisjon av 1-benzylpiperazin (BZP) som et nytt psykoaktivt stoff som skal være gjenstand for kontrolltiltak og strafferettslige bestemmelser (EUT L 63 av 7.3.2008).

<sup>(161)</sup> Selv om mCPP ikke er et stoff som kontrolleres internasjonalt, har en rekke land i Europa i de senere år innført kontrolltiltak (Belgia, Kypros, Danmark, Tyskland, Hellas, Ungarn, Latvia, Litauen, Malta, Romania, Slovakia, Kroatia, Tyrkia, Norge).

gammabutyrolakton (GBL), som raskt omdannes til GHB når det svelges, har også vekket bekymring i Europa i den senere tid. GBL betraktes på EU-plan som et "ikke-regulert utgangsstoff for narkotika" og er omfattet av det frivillige systemet for overvåking av slike stoffer. En del land (Italia, Latvia, Østerrike, Sverige, Storbritannia, Norge) har regulert stoffet i narkotikalovgivningen.

Generelt er prevalensen av bruk av GHB og ketamin i befolkningen lav, men den kan være mye høyere i enkelte grupper, miljøer eller geografiske områder. Mixmags nettbaserte spørreundersøkelse blant klubbgjengere i Storbritannia fant en prevalens av bruk siste måned på 1,7 % for GHB og 1,6 % for GBL, mot 32,4 % for ketamin. En spørreundersøkelse blant klubbgjengere i Amsterdam i 2003 og 2008 (646 respondenter) rapporterte en liten økning i prevalens av

bruk av GHB siste måned fra 4,2 % til 4,7 %. I Tsjekkia fant en spørreundersøkelse gjennomført i 2008 blant 363 klubbgjengere en prevalens av bruk siste måned på 0,3 % for GHB og 0,6 % for ketamin. En undersøkelse blant 173 klubbgjengere som hadde søkt medisinsk hjelp på sykestuen i en klubb i London, fant at så mange som to tredeler søkte hjelp på grunn av bruk av GHB/GBL (Wood et al., 2009). En spørreundersøkelse som gjennomføres med jevne mellomrom blant 15–16-åringer i Frankfurt, fant at mens 1 % av dem var blitt tilbudt GHB i 2002, var dette tallet oppe i 5 % i 2008.

EONNs øyeblikksbilde av situasjonen på internett i 2010 fant ingen internettbutikker registrert i EU som tilbød GHB, mens GBL ble funnet i fire. Ingen av dem syntes imidlertid å reklamere for GBL som rusmiddel eller lot det skinne gjennom at det hadde psykoaktive egenskaper.





## Referanser <sup>(162)</sup>

- Agrawal, A. og Lynskey, M.T. (2006), "The genetic epidemiology of cannabis use, abuse and dependence", *Addiction* 101, s. 801–12.
- Amato, L., Minozzi, S., Pani, P.P. og Davoli, M. (2007), "Antipsychotic medications for cocaine dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- Ballotta, D., Bergeron, H. og Hughes, B. (2008), "Cannabis control in Europe" i: *A cannabis reader: global issues and local experiences*, EONN Monograph 8, Volume 1, Den europeiske unions publikasjonskontor, Luxembourg, s. 97–117.
- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C.A., Schifano, P. et al. (2006), "Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries", *European Journal of Public Health* 16, s. 198–202.
- Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A.H. og McKeganey, N. (2008), "Contribution of problem drug users' deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study". *BMJ* 337:a478.
- Bravo, M.J., Barrio, G., de la Fuente, L., Royuela, L., Domingo, L. og Silva, T. (2003) "Reasons for selecting an initial route of heroin administration and for subsequent transitions during a severe HIV epidemic", *Addiction* 98, s. 749–60.
- Bruce, R.D., Govindasamy, S., Sylla, L., Kamarulzaman, A. og Altice, F.L. (2009), "Lack of reduction in buprenorphine injection after introduction of co-formulated buprenorphine/naloxone to the Malaysian market", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 35, s. 68–72.
- Brugal, M.T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M.J. et al. (2009), "Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain", *European Addiction Research* 15, s. 171–8.
- Calafat, A., Juan, M. og Duch, M.A. (2009), "Preventive interventions in nightlife: a review", *Adicciones* 21, s. 387–414.
- Carpenter, K.M., McDowell, D., Brooks, D.J., Cheng, W.Y. og Levin, F.R. (2009), "A preliminary trial: double-blind comparison of nefazodone, bupropion-SR, and placebo in the treatment of cannabis dependence", *American Journal of Addiction* 18, s. 53–64.
- Castells, X., Casas, M., Pérez-Mañá, C., Roncero, C., Vidal, X. og Capellà, D. (2010), "Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Chabrol, H., Roura, C. og Armitage, J. (2003), "Bongs, a method of using cannabis linked to dependence", *Canadian Journal of Psychiatry* 48, s. 709.
- Clausen, T., Anchersen, K. og Waal, H. (2008), "Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study", *Drug and Alcohol Dependence* 94, s. 151–7.
- CND (Narkotikakommisjonen) (2009), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Narkotikakommisjonen, De forente nasjoner, Wien.
- Coffey, C., Carlin, J.B., Lynskey, M., Li, N. og Patton, G. (2003), "Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study", *British Journal of Psychiatry* 182, s. 330–6.
- Comptroller and Auditor General (2009), *Drug addiction treatment and rehabilitation*, Comptroller and Auditor General Special Report (tilgjengelig på internett).
- 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 (tilgjengelig på internett).
- Costa Storti, C. og De Grauwe, P. (2010), "Modelling disorganized crime: the cannabis market", *Bulletin of Narcotic Drugs* (under utgivelse).
- CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) (2006), *The CPT standards — 'Substantive' sections of the CPTs General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (tilgjengelig på internett).
- Craine, N., Hickman, M., Parry, J.V. et al. (2009), "Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate substitution treatment, equipment sharing, and community size", *Epidemiology and Infection* 137, s. 1255–65.
- Cunningham, J.A. (2000), "Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?", *Drug and Alcohol Dependence* 59, s. 211–13.

<sup>[162]</sup> Hyperlenker til nettbaserte kilder finnes i PDF-versjonen av årsrapporten, som er tilgjengelig på EONNs nettsted (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>).



- Darke, S. og Ross, J. (2002), "Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods", *Addiction* 97, s. 1383–94.
- Darke, S., Kaye, S. og Dufflou, J. (2006), "Comparative cardiac pathology among deaths due to cocaine toxicity, opioid toxicity and non-drug-related causes", *Addiction* 101, s. 1771–7.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A. et al. (2007), "Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdETTE study, a national multi-site prospective cohort study", *Addiction* 102, s. 1954–9.
- Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine: cocaine use in European and American cities*, University Press, Belgia.
- Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M. og Linskey, M. (2009), "Illicit drug use", i: *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*. Volume 1, Majid Ezzati et al. (red.), Verdens helseorganisasjon, Genève (tilgjengelig på internett).
- Derzon, J. H. (2007), "Using correlational evidence to select youth for prevention programming", *Journal of Primary Prevention* 28, s. 421–47.
- ECDC og WHO's regionkontor for Europa (2009), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008*, Europeisk senter for forebygging av og kontroll med sykdommer, Stockholm.
- Eisenbach-Stangl, I., Moskalewicz, J. og Thom, B. (redaktører) (2009), *Two worlds of drug consumption in late modern societies*, Ashgate, Farnham (Storbritannia).
- EONN (2006), *Hallucinogenic mushrooms*, EMCDDA Thematic paper, Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (tilgjengelig på internett).
- EONN (2007a), *Drugs and crime: a complex relationship*, Fokus på narkotika, Den europeiske unions publikasjonsskontor, Luxembourg.
- EONN (2007b), *Early-warning system on new psychoactive substances: operating guidelines*, Den europeiske unions publikasjonsskontor, Luxembourg.
- EONN (2007c), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, EMCDDA Selected issue, Den europeiske unions publikasjonsskontor, Luxembourg.
- EONN (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, EMCDDA Monograph, Den europeiske unions publikasjonsskontor, Luxembourg.
- EONN (2008b), *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, EMCDDA Insights, Den europeiske unions publikasjonsskontor, Luxembourg.
- EONN (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people*, EMCDDA Selected issue, Den europeiske unions publikasjonsskontor, Luxembourg.
- EONN (2008d), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, EMCDDA Selected issue, Den europeiske unions publikasjonsskontor, Luxembourg.
- EONN (2009a), *Årsrapport 2009, narkotikasituasjonen i Europa*, Den europeiske unions publikasjonsskontor, Luxembourg.
- EONN (2009b), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, EMCDDA Insights, Den europeiske unions publikasjonsskontor, Luxembourg.
- EONN (2009c), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, EMCDDA Thematic paper, Den europeiske unions publikasjonsskontor, Luxembourg (tilgjengelig på internett).
- EONN (2009d), *Polydrug use: patterns and responses*, EMCDDA Selected issue, Den europeiske unions publikasjonsskontor, Luxembourg.
- EONN (2009e), *Drug offences, sentences and other outcomes*, EMCDDA Selected issue, Den europeiske unions publikasjonsskontor, Luxembourg.
- EONN (2009f), *Understanding the 'Spice' phenomenon*, EMCDDA Thematic paper, Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (tilgjengelig på internett).
- EONN (2010a), *Harm reduction: evidence and impacts*, EMCDDA Monograph, Rhodes, T. og Hedrich, D. (redaktører), Den europeiske unions publikasjonsskontor, Luxembourg.
- EONN (2010b), *Risk assessment of new psychoactive substances: operating guidelines*, Den europeiske unions publikasjonsskontor, Luxembourg.
- EONN (2010c), *Trends in injecting drug use in Europe*, EMCDDA Selected issue, Den europeiske unions publikasjonsskontor, Luxembourg.
- EONN og Europol (2010), *Cocaine: a European Union perspective in the global context*, EMCDDA-Europol joint publications, Den europeiske unions publikasjonsskontor, Luxembourg.
- Escots, S. og Suderie, G. (2009), *Usages problématiques de cocaïne, quelles interventions pour quelles demandes?*, Tendances 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.
- Europakommisjonen (2009a), *Economic Crisis in Europe: causes, consequences and responses*, European Economy 7/2009, Den europeiske unions publikasjonsskontor, Luxembourg.
- Europakommisjonen (2009b), *First progress report on the implementation of the EU alcohol strategy* (tilgjengelig på internett).
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L. et al. (2010), "The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial", *Drug and Alcohol Dependence* 108, s. 56–64.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Lynskey, M.T. og Madden, P.A.F. (2003), "Early reactions to cannabis predict later dependence", *Archives of General Psychiatry* 60, s. 1033–39.

- Fletcher, A., Bonell, C. og Hargreaves, J. (2008), "School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies", *Journal of Adolescent Health* 42, s. 209–20.
- Gates, S., Smith, L.A. og Foxcroft, D. (2006), "Auricular acupuncture for cocaine dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Generaldirektoratet for helse- og forbrukersaker (2008), *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, Generaldirektoratet for helse- og forbrukersaker, Brussel (tilgjengelig på internett).
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N. og Marsden, J. (2003), "Methadone treatment for opiate dependent patients in general practice and specialist clinic settings: outcomes at 2-year follow-up", *Journal of Substance Abuse Treatment* 24, s. 313–21.
- Gowing, L., Ali, R. og White, J.M. (2010), "Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Grund, J.P., Coffin, P., Jauffret-Roustide, M. et al. (2010), "The fast and the furious: cocaine, amphetamines and harm reduction", i *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA Monograph, Rhodes, T. og Hedrich, D. (redaktører), Den europeiske unions publikasjonsskontor, Luxembourg, s. 191–232.
- Hall, W. og Degenhardt, L. (2009), "Adverse health effects of non-medical cannabis use", *Lancet* 374, s. 1383–91.
- Hedrich, D., Kerr, T. og Dubois-Arber, F. (2010), "Drug consumption facilities in Europe and beyond", i *Harm reduction: evidence and impacts*, EMCDDA Monograph, Rhodes, T. og Hedrich, D. (redaktører), Den europeiske unions publikasjonsskontor, Luxembourg, s. 305–31.
- Heinemann, A., Iwersen-Bergmann, S., Stein, S., Schmoldt, A. og Puschel, K. (2000), "Methadone-related fatalities in Hamburg 1990–1999: implications for quality standards in maintenance treatment?", *Forensic Science International* 113, s. 449–55.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T. et al. (2009), *The ESPAD report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Centralförbundet för alkohol og narkotikaopplysning (CAN), Stockholm.
- Hoare, J. (2009), "Drug misuse declared: findings from the 2008/09 British Crime Survey", *Home Office Statistical Bulletin* 12/09.
- Hutchinson, S.J., Taylor, A., Gruer, L., Barr, C., Mills, C. et al. (2000), "One-year follow-up of opiate injectors treated with oral methadone in a GP-centred programme", *Addiction* 95, s. 1055–68.
- INCB (Det internasjonale kontrollråd for narkotika) (2010a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, De forente nasjoner, New York (tilgjengelig på internett).
- INCB (2010b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, De forente nasjoner, New York (tilgjengelig på internett).
- Irish Prison Service (2009), *Irish Prison Service annual report 2008* (tilgjengelig på internett).
- Kimber, J., Palmateer, N., Hutchinson, S. et al. (2010), "Harm reduction among injecting drug users: evidence of effectiveness", i *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA Monograph, Rhodes, T. og Hedrich, D. (redaktører), Den europeiske unions publikasjonsskontor, Luxembourg, s. 115–63.
- King, L.A. (2009), *Forensic chemistry of substance misuse: a guide to drug control*, Royal Society of Chemistry, Cambridge.
- Kipke, I., Karachaliou, K., Pirona, A. og Pfeiffer-Gerschel, T. (2009), "Bewährtes übertragen: Modelle der Cannabisbehandlung für die Praxis", *Sucht* 55, s. 365–8.
- Kleber, H.D., Weiss, R.D., Anton, R.F. Jr., George, T.P., Greenfield, S.F. et al. (2007), *American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines: Treatment of patients with substance use disorders*, 2. utgave, *American Journal of Psychiatry* 164 (4 Suppl), s. 5–123.
- Knapp, W.P., Soares, B.G., Farrel, M. og Lima, M.S. (2007), "Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders", *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 3.
- Kolodgie, F.D. et al. (1999), "Cocaine-induced increases in the permeability function of human vascular endothelial cell monolayers", *Experimental and Molecular Pathology* 66, s. 109–22.
- Koning, I.M., Vollebergh, W.A.M., Smit, F., Verdurmen, J.E.E., Van den Eijnden, R.J.J.M. et al. (2009), "Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously", *Addiction* 104, s. 1669–78.
- Levin, F.R. og Kleber, H.D. (2008), "Use of dronabinol for cannabis dependence: two case reports and review", *American Journal of Addiction* 17, s. 161–64.
- Marsden, J., Eastwood, B., Bradbury, C., Dale-Perera, A., Farrell, M. et al. (2009), "Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study", *Lancet* 374, s. 1262–70.
- Martell, B.A., Orson, F.M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R.D. et al. (2009), "Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial", *Archives of General Psychiatry* 66, s. 1116–23.

- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. et al. (2010), "HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage", *Lancet* 375, s. 1014–28.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M. et al. (2008), "Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review", *Lancet* 372, s. 1733–1745.
- Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J. og Davoli, M. (2009), "Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- McCambridge, J., Slym, R.L. og Strang, J. (2008), "Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users", *Addiction* 103, s. 1819–20.
- Measham, F. og Moore, K. (2009), "Repertoires of distinction: exploring patterns of weekend polydrug use within local leisure scenes across the English night time economy", *Criminology and Criminal Justice* 9, s. 437–64.
- Meijers, R. (2007), *Toxicity of cocaine adulterants*, Trimbo's Instituut, Utrecht.
- Miller, W.R., Sorensen, J.L., Selzer, J.A. og Brigham, G.S. (2006), "Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions", *Journal of Substance Abuse Treatment* 31, s. 25–39.
- Minozzi, S., Amato, L., Davoli, M., Farrell, M., Lima Reisser A. et al. (2008), "Anticonvulsants for cocaine dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B. et al. (2007), "Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review", *Lancet* 370, s. 319–28.
- Muscat, R. (red.) (2008), *From a policy on illegal drugs to a policy on psychoactive substances*, Council of Europe Publishing, Strasbourg.
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2009), *Return on investment 2: Evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia*, Sydney (tilgjengelig på internett).
- NOMS (National Offender Management Service) (2009), *National Offender Management Service drug strategy 2008–2011*, Ministry of Justice, London.
- NPIA (National Policing Improvement Agency) (2009), *Digest*, mars (tilgjengelig på internett).
- NTA (National Treatment Agency for Substance Misuse) (2006), *Models of care for adult drug misusers: oppdatering* (tilgjengelig på internett).
- NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (tilgjengelig på internett).
- NTA (2009), *Clinical governance in drug treatment: a good practice guide for providers and commissioners*, NTA, London (tilgjengelig på internett).
- NTA (2010), *Powder cocaine: how the treatment system is responding to a growing problem* (tilgjengelig på internett).
- Obradovic, I. (2009), *Évaluation du dispositif des «consultations jeunes consommateurs» (2004–2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge*, OFDT, Saint-Denis.
- Pani, P.P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. og Davoli, M. (2010), "Disulfiram for the treatment of cocaine dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Petrie, J., Bunn, F. og Byrne, G. (2007), "Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review", *Health Education Research* 22, s. 177–91.
- Pleace, N. (2008), *Effective services for substance misuse and homelessness in Scotland: evidence from an international review*, Scottish Government Social Research (tilgjengelig på internett).
- 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.
- Reitox, nasjonale rapportør (2009), tilgjengelig på EONNs nettsted.
- Rome, A., Shaw, A. og Boyle, K. (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edinburgh.
- Rose, M.E. og Grant, J.E. (2008), "Pharmacotherapy for methamphetamine dependence: a review of the pathophysiology of methamphetamine addiction and the theoretical basis and efficacy of pharmacotherapeutic interventions", *Annals of Clinical Psychiatry* 20, s. 145–55.
- SAMHSA (2008), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville MD.
- Santos, S., Brugal, M.T., Barrio, G., Castellano, Y., Jiménez, E. et al. (under trykking), "Characteristics and risk factors of acute health problems after cocaine use: assessing the effect of acute and chronic use of cocaine", *Drug and Alcohol Dependence*.
- Shewan, D. og Dalgarno, P. (2005), "Evidence for controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland)", *British Journal of Health Psychology* 10, s. 33–48.
- Simojoki, K., Vormaa, H. og Alho, H. (2008), "A retrospective evaluation of patients switched from buprenorphine (Subutex) to the buprenorphine/naloxone combination (Suboxone)", *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy* 17, 3:16 (tilgjengelig på internett).

- Sporer, K.A. (1999), "Acute heroin overdose", *Annals of Internal Medicine* 130, s. 585–90.
- Stenbacka, M., Leifman, A. og Romelsjö, A. (2010), "Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: a 37 year follow up", *Drug and Alcohol Review* 29, s. 21–7.
- Stoové, M.A., Dietze, P.M. og Jolley, D. (2009), "Overdose deaths following previous non-fatal heroin overdose: record linkage of ambulance attendance and death registry data", *Drug and Alcohol Review* 28, s. 347–52.
- Sweeting, M.J., De Angelis, D., Ades, A.E. og Hickman, M. (2008), "Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population", *Statistical Methods in Medical Research* 18, s. 381–95.
- Swift, W., Coffey, C., Carlin, J.B., Degenhardt, L. og Patton, G.C. (2008), "Adolescent cannabis users at 24 years: trajectories to regular weekly use and dependence in young adulthood", *Addiction* 103, s. 1361–70.
- Swift, W., Hall, W., Didcott, P. og Reilly, D. (1998), "Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area", *Addiction* 93, s. 1149–60.
- UNODC (2005), *Illicit drug trends in the Russian Federation*, FNs Kontor for narkotika og kriminalitet, Wien.
- UNODC (2009), *World drug report 2009*, FNs Kontor for narkotika og kriminalitet, Wien.
- UNODC (2010a), *Afghanistan cannabis survey 2009*, FNs Kontor for narkotika og kriminalitet, Wien (tilgjengelig på internett).
- UNODC (2010b), *World drug report 2010*, FNs Kontor for narkotika og kriminalitet, Wien.
- UNODC og Marokkos regjering (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, FNs Kontor for narkotika og kriminalitet, Wien.
- UNODC, UNAIDS og WHO (2010), *HIV testing and counselling in prisons and other closed settings*, Technical paper, FNs Kontor for narkotika og kriminalitet, Wien.
- UNODC, WHO og UNAIDS (2006), *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*, FNs Kontor for narkotika og kriminalitet, Wien.
- Van Beek, I., Dwyer, R. og Malcolm, A. (2001), "Cocaine injecting: the sharp end of drug-related harm!", *Drug and Alcohol Review* 20, s. 333–42.
- Van den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R.A. og Prins, M. (2007), "Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam cohort studies among drug users", *Addiction* 102, s. 1454–62.
- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. et al. (2009), "Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands", *International Journal of Drug Policy* 20, s. 143–51.
- Van Nimwegen, L.J., de Haan, L., van Beveren, N.J., van der Helm, M., van den Brink, W. og Linszen, D. (2008), "Effect of olanzapine and risperidone on subjective well-being and craving for cannabis in patients with schizophrenia or related disorders: a double-blind randomized controlled trial", *Canadian Journal of Psychiatry* 53, s. 400–5.
- Vandam, L. (2009), "Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature", i *Contemporary issues in the empirical study of crime*, Cools, M. et al. (redaktører), Maklu, Antwerpen.
- Verster, J.C., Kuerten, Y., Olivier, B. og van Laar, M.W. (2010), "The ACID-survey: methodology and design of an online survey to assess alcohol and recreational cocaine use and its consequences for traffic safety", *Open Addiction Journal* 3, s. 24–31.
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Hofler, M. og Wittchen H.U. (2002), "What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults", *Drug and Alcohol Dependence* 68, s. 49–64.
- Wagner, F.A. og Anthony, J.C. (2002), "From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol", *Neuropsychopharmacology* 26, s. 479–88.
- Warburton, H., Turnbull, P.J. og Hough, M. (2005), *Occasional and controlled heroin use: not a problem?*, Joseph Rowntree Foundation, York.
- Warner-Smith, M., Darke, S., Lynskey, M. og Hall, W. (2001), "Heroin overdose: causes and consequences", *Addiction* 96, s. 1113–25.
- WHO (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, WHO's regionkontor for Europa, København (tilgjengelig på internett).
- WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Verdens helseorganisasjon, Genève.
- WHO (2010), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, Verdens helseorganisasjon, 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*, Verdens helseorganisasjon, 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 (tilgjengelig på internett)

Wiessing, L., Likatavicius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A. og Griffiths, P. (2009), "Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users", *American Journal of Public Health* 99, s. 1049–52.

Wittchen, H.U., Apelt, S.M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M. et al. (2008), "Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2694 patients", *Drug and Alcohol Dependence* 95, s. 245–57.

Wood, D.M., Nicolaou, M. og Dargan, P.I. (2009), "Epidemiology of recreational drug toxicity in a nightclub environment", *Substance Use & Misuse* 44, s. 1495–502.

Zachrisson, H.D., Rödje, K. og Mykletun, A. (2006), "Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey", *BMC Public Health* 6:34 (tilgjengelig på internett).



Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk

**Årsrapport 2010: narkotikasituasjonen i Europa**

Luxembourg: Den europeiske unions publikasjonskontor

2010 — 102 s. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-447-2

doi:10.2810/37781



## How to obtain EU publications

### Free publications:

- via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- at the European Union's representations or delegations. You can obtain their contact details on the Internet (<http://ec.europa.eu>) or by sending a fax to +352 2929-42758.

### Priced publications:

- via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

### Priced subscriptions (e.g. annual series of the *Official Journal of the European Union* and reports of cases before the Court of Justice of the European Union):

- via one of the sales agents of the Publications Office of the European Union ([http://publications.europa.eu/others/agents/index\\_en.htm](http://publications.europa.eu/others/agents/index_en.htm)).

## Om EONN

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

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

Senterets publikasjoner er en enestående kilde til informasjon for et bredt publikum, blant annet beslutningstakere og deres rådgivere, fagmiljøer og forskere som arbeider innen rusfeltet, og mer generelt, media og offentligheten.

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



Publikasjonskontoret

