Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug

Årsberetning om narkotikasituationen i Den Europæiske Union

1997

RESUMÉ OG CENTRALE ASPEKTER

Hverken Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EMCDDA)eller nogen enkeltperson eller virksomhed, der handler på vegne af EMCDDA, påtager sig noget direkte eller indirekte ansvar for, hvordan de i dette dokument indeholdte oplysninger bliver anvendt. Indholdet af denne beretning udtrykker på ingen måde Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrugs mening om noget lands, territoriums, bys eller områdes eller disse myndigheders juridiske status, herunder fastlæggelse af grænser eller skel.

Hvor intet andet er angivet, er nærværende resumé, herunder alle anbefalinger eller meningstilkendegivelser, ikke udtryk for den politik, der føres af EMCDDA, dets partnere, nogen medlemsstat eller Den Europæiske Unions eller De Europæiske Fællesskabers agenturer eller institutioner.

Yderligere oplysninger om Den Europæiske Union kan fås på Internettet via Europaserveren -http://europa.eu.int. Oplysninger om EMCDDA fås på centrets webside -http://www.emcdda.org

Dette resumé foreligger også på engelsk, nederlandsk, finsk, fransk, tysk, græsk, italiensk, portugisisk, spansk og svensk.

Copyright: Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug , 1997

Gengivelse er tilladt med kildeangivelse.

Trykt i Italien

Trykt på klorfrit papir

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug
Rua da Cruz de Santa Apolónia
23/25 1100 Lissabon, PORTUGAL

Georges Estievenart
DIREKTØR FOR EMCDDA

Årsberetningen om narkotikasituationen i Den Europæiske Union 1997 er vigtig, ikke blot på grund af dens oplysninger om narkotikaproblemerne i Europa (som opsummeres i dette dokument), men også fordi den er et tegn på, at vi har fået bedre muligheder for at afgive sådanne redegørelser. Europas nationer taler i stadig højere grad samme sprog, når det drejer sig om narkotika og narkotikapolitik - og det er en nødvendig forudsætning for, at man kan drage nytte af hinandens erfaringer og samarbejde om at beskytte Europas befolkning. I denne proces spiller EMCDDA en vigtig rolle som igangsætter og fødselshjælper. Resultaterne af dette arbejde fremgår tydeligt af dette års beretnings større betydning for udformningen af narkotikapolitikken, især hvor den tager nye aspekter op såsom:

* Et nyt kapitel (kapitel 3) om misbrug af stoffer som ecstasy viser, hvorledes systemer og netværk er blevet så vidt udviklede, at oplysninger hurtigt kan videreformidles for at imødekomme nye behov - og hvor vigtigt dette er, når narkotikamisbruget spredes med alarmerende fart.

* Sidste års drøftelse af forholdet mellem EMCDDA og dets internationale samarbejdspartnere suppleres (i kapitel 6) med en beskrivelse af, hvordan dette samarbejde fungerer i praksis, og med perspektiver og oplysninger vedrørende en fastlæggelse af Europas placering i det internationale net af narkotikasalg.

* Dette års analyse af efterspørgselsbegrænsende foranstaltninger (kapitel 2) er banebrydende på grund af en særlig undersøgelse af indsatsen i Europas strafferetlige systemer; denne undersøgelse giver medlemsstaterne fingerpeg om, hvor de kan lære af hinanden i denne nøglesektor.

* Sidste år måtte vi erkende, at vor viden om de nationale strategier var mangelfuld med hensyn til, hvilke midler der bliver stillet til rådighed. Sådan er det stadig, men det nye afsnit i kapitel 4 indkredser nu klart denne mangel, analyserer, hvad der gøres for at afhjælpe den, og der trækkes på nye oplysninger fra EU og andre steder for at vise vejen frem.

* Kapitel 1 omfatter nu dokumentation for det foruroligende omfang af hepatitisinfektioner (særlig hepatitis C) blandt stiknarkomaner, og oplysningerne er nu så pålidelige, at vi kan fremlægge vigtige tal for narkotikamisbruget - hvilket er af største betydning for Europas politikere og planlæggere.

Andre fremskridt er mindre iøjnefaldende, men de styrker dog grundlaget for politiske beslutninger på nationalt plan og på EU-plan. Nogle få eksempler:

* Med hensyn til kapitel 1 har nye undersøgelser gjort det muligt at medtage flere stoffer og dokumentere omfanget af det forholdsvis almindelige

narkotikaforbrug i befolkningen generelt, hvilket i høj grad har forøget mængden af information, som de politiske beslutningstagere har brug for.

En EMCDDA-undersøgelse af den terminologi, der anvendes i forbindelse med efterspørgselsbegrænsning, førte til en klarere definition af kategorierne i denne sektor og (i kapitel 2) en mere nuanceret beskrivelse og analyse af de pågældende aktiviteter.

* I kapitel 4 kan man se klart bevis for, at der er tale om en selvforstærkende proces, hvor det øgede spillerum for en meningsfuld debat skaber gode resultater, som igen skaber mere debat. Oplysninger fra EMCDDA (og Europols Narkotikaenhed) blev omtalt som "særdeles gavnlige" på konferencen om narkotikapolitikken i Europa, der blev afholdt i 1995-96, og på de efterfølgende europæiske topmøder. Sådanne begivenheder fremmer udviklingen på nationalt plan, hvilket igen forbedrer den information, som EMCDDA får stillet til rådighed.

Sidste år sagde jeg, at de resultater, som vi havde fremlagt i den første beretning, berettigede den påkrævede indsats. Dette gælder i endnu højere grad for denne beretning. Forholdsvis små investeringer i forbedring af sammenligneligheden kan gøre den nationale indsats for narkotikabekæmpelse mere målrettet og effektiv. Det er også klart, at for at nå dette resultat er det nødvendigt at udvide samarbejde mellem dem, der fremskaffer oplysningerne, og dem, der har til opgave at tilvejebringe information på EU-plan til politikerne. Hjertet i dette system er EMCDDA's REITOX netværk og dets knudepunkter (focal Point) i alle medlemsstaterne. Knudepunkterne (Focal Point) skal have midler og frihed til at samarbejde både med dem, der indsamler data, og med EMCDDA, så der skabes grobund for endnu flere nyttige analyser. Fremskridt på dette område medfører, at man bliver i stand til at vedtage fælles standarder for den bedste praksis, hvor den så end stammer fra, også hvor dette betyder, at man må ændre de nationale dataindsamlingssystemer.

En ledsagende teknisk rapport baseret på dette års resultater sendes nu til Europas ledere, administratorer og eksperter på området narkotikaoplysning. Som vi er bemyndiget til i henhold til forordningen om oprettelse af EMCDDA, vil vi i den rapport fremsætte vore anbefalinger med den styrke, som vi er berettiget til ud fra målsætningen: at beskytte Europas befolkning, særlig vore børn, mod de risici, der er forbundet med narkotikamisbrug.

Men der er ét meget basalt mål, som det kommende årtusindskifte sætter en klar tidsfrist for: Omkring år 2000 skal der være udarbejdet en oversigt over omfang og karakter af narkotikamisbruget i Den Europæiske Union, og hvert land skal anvende sammenlignelige metoder for at sætte os i stand til at fastslå størrelsen af problemet med større sikkerhed end før. Traktaten om Den Europæiske Union skabte de nødvendige rammer for at tage dette afgørende skridt fremad. Hvis vi træder ind i en ny æra uden at have grebet denne mulighed, har vi ikke gjort det så godt, som befolkningen fortjener.

Jeg håber, De kan have gavn af dette resumé, og at det vil vække Deres interesse for at læse hele rapporten og støtte vort arbejde for dem, der er berørt af narkotikaproblemer i Europa.

Georges Estievenart

Direktør, EMCDDA

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EMCDDA), der blev etableret i 1994 i Lissabon, er et af De Europæiske Fællesskabers agenturer og har i henhold til forordningen om oprettelse af centret til opgave at forsyne Fællesskabet med 'objektive, pålidelige og sammenlignelige oplysninger på europæisk plan om narkotika- og narkotikamisbrugsproblemerne og konsekvenserne heraf'.

Centret indsamler og videreformidler oplysninger om:

- narkotikaefterspørgsel og efterspørgselsbegrænsende foranstaltninger
- nationale og fællesskabsstrategier og -politikker
- internationalt samarbejde og globale narkotikaforsyningsaspekter
- kontrol med handelen med narkotika, bevidsthedsudvidende stoffer og prækursorkemikalier
- narkotikafænomenets betydning for producent-, forbruger - og transitlandene.

Centrets årsberetning om narkotikasituationen i Den Europæiske Union (denne brochure er et resumé af 1997-beretningen) er dets vigtigste instrument til formidling af information. Mange af oplysningerne til beretningen stammer direkte eller indirekte fra EMCDDA's samarbejdspartnere i de nationale knudepunkter i de 15 medlemsstater og i Europa-Kommissionen eller fra EMCDDA's seks udvalgte internationale partnere. Den største opgave, som EMCDDA og dets partnere arbejder med, er at sikre, at oplysningerne fra de forskellige nationale dataindsamlingssystemer, der er baseret på forskelligartede kulturer og administrative systemer, er disponible og sammenlignelige. Et enkelt eksempel herpå er, at der i et land, der som regel anvender andre metoder end straf mod cannabis, kan forekomme langt færre cannabisbeslaglæggelser, end i et land, hvor man strengt håndhæver et forbud, men forbruget af cannabis kan alligevel være større.

Endemålet er at forsyne de politiske beslutningstagere og andre med informationer, som kan danne grundlaget for at sammenligne effektiviteten af de respektive landes politikker og praksis; som nævnt i denne beretning, og som det også fremgår af andre EU-dokumenter, er der i år sket klare og afgørende fremskridt. Dette resumé indeholder væsentlig baggrundsinformation samt de vigtigste punkter fra en beretning på over 140 sider. Beretningen kan fås i alle medlemsstater - se bagsiden.

Årsberetning om narkotikasituationen i Den Europæiske Union 1997

Beretningens hovedindhold er delt op som anført nedenfor.
Denne brochure indeholder et resume af kapitel 1-6.

Kapitel 1 Udbredelse og forbrugsmønstre
Kapitel 2 Efterspørgselsbegrænsning

Kapitel 3 Nye tendenser inden for syntetiske stoffer
Kapitel 4 Nationale strategier
Kapitel 5 Den Europæiske Unions indsats
Kapitel 6 De internationale forhold
Bilag 1 De beskrevne narkotika
Bilag 2 EMCDDA og REITOX

Kapitel 1 Udbredelse og forbrugsmønstre

I mange lande er epidemiologisk forskning vedrørende ulovlig narkotikabrug en videnskab under opbygning, og man råder ikke over tilstrækkelige data. På europæisk plan gør nationale forskelle data fra én stat uforenelige med tilsyneladende lignende data fra en anden. Imidlertid kan der på grundlag af sammenfaldende konklusioner fra flere kilder fremsættes nogle generelle iagttagelser.

I mange lande er der tilsyneladende et voksende forbrug af såvel 'nye' stoffer såsom ecstasy og i nogle lande crack som mere kendte stoffer såsom kokain i pulverform, cannabis og amfetamin.

Generelt er det kun et lille mindretal af de personer, der har prøvet et narkotisk stof, der har gjort det for nylig eller gentagne gange, og alligevel findes der ofte kun tal for én kategori, nemlig 'har prøvet'. Der er risiko for politiske overreaktioner, hvis disse tal anvendes som beslutningsgrundlag.

I de fleste EU-medlemsstater dominerer heroin de indikatorer, som afspejler de forskellige problematiske konsekvenser af narkotikaforbruget som f.eks. behov for behandling, dødsfald på grund af stoffer og HIV-infektion. Blandingsmisbrug, herunder misbrug, der omfatter medicin og alkohol, udgør fortsat og i stigende grad en stor del af de problemer, der opstår på grund af indtagelse af ulovlige stoffer.

Forbrugets omfang.

I hele Den Europæiske Union er cannabis det mest udbredte ulovlige narkotiske stof; alt afhængigt af, hvilket land der er tale om, har fra 5-8% til 20-30% af befolkningen prøvet stoffet mindst én gang. Brugen er imidlertid som regel lejlighedsvis eller periodisk, ikke hyppig, og stoffet forekommer sjældent som det primære stof i opgørelser fra social- og sundhedssektoren.

Befolkningen i Europa har sædvanligvis mindre erfaring med heroin end med næsten et hvilket som helst andet stof. Typisk har under 1% af den samlede voksne befolkning prøvet stoffet, men blandt unge i større byer kan heroinmisbrug være meget mere udbredt end i befolkningen som helhed. Heroin er stadig en alvorlig trussel mod folkesundheden og den offentlige sikkerhed.

Hele diagrammet:
B=Belgien, kun flamsktalende områder
D=Danmark
FIN=Finland
F=Frankrig
D(1)=Vesttyskland
D(2)=Østtyskland
E=Spanien
S=Sverige
UK=Det Forenede Kongerige
Aldersklasser og tidspunkter varierer fra land til land.

1. Yngre voksne, foreligger ikke
2 'Hårde stoffer'
3. Resultater vedrørende yngre voksnes brug af 'hårde stoffer' fra en anden undersøgelse end resultaterne for 'alle voksne' og 'øvrige stoffer'
4. Amfetaminer og ecstasy
5. 'Designer drugs'

Aldersmæssig fordeling af narkotikaforbruget
Cannabis Kokain Amfetamin Ecstasy

Voksne yngre voksne

Der er flere, der har prøvet kokain end heroin, nemlig fra 1 til 4% af hele befolkningen. Brugerne her er i reglen socialt integrerede yngre voksne, som nu og da bruger stoffet, men kokain har også mere marginaliserede brugere; heroinmisbrugere, som også tager kokain, har en profil, som er typisk for de fleste heroinmisbrugere.

Rygning af crack finder sted i adskillige lande i grupper, der ligner heroinmisbrugernes, og i andre marginaliserede grupper, men det er stadig et begrænset fænomen.

I de fleste lande er amfetamin det næsthyppigst brugte ulovlige stof, generelt prøvet af op til 3% af de voksne. Fra slutningen af firserne rapporteres det fra mange lande, at amfetamin, ecstasy og i nogle tilfælde LSD er blevet mere populært blandt unge, da disse stoffer er knyttet til en ungdomskultur omkring diskoteker og store 'house'- fester (mere herom i kapitel 3).

Blandt unge i puberteten kan der være et større forbrug af opløsningsmidler end af alle andre stoffer med undtagelse af cannabis.

Indikatorer for narkotikaproblemer

Fra de fleste lande berettes det, at opiater (hovedsagelig heroin) er de stoffer, der primært anvendes af stofmisbrugerne. Imidlertid anvender de fleste af disse opiatmisbrugere også andre stoffer, især kokain ('blandingsmisbrug'). I nogle lande i Nordeuropa er der et betydeligt antal amfetaminmisbrugere, som generelt ikke bruger opiater; i nogle få lande udgør disse flertallet af stofmisbrugere.

Skønt der er undtagelser, er der en tendens til, at storbyer har højere misbrugstal end provinsbyer og også højere end de nationale tal.

I de forskellige EU-lande er overvågningsmetoderne og definitionerne stadig så forskellige, at det er svært at tilskrive forskellene i de indberettede tal for stofmisbrug virkelige forskelle i udbredelsen.

I næsten alle lande er heroin det mest brugte stof (generelt 70-95% af tilfældene) blandt klienter, der starter på en behandling; stiknarkomanernes andel ligger fra 14% til omkring 90%, hvilket generelt er lavere end tallene for sidste år. I nogle lande er amfetamin også af betydning. Det er generelt forholdsvis sjældent, at kokain er det største problem.

Klienter i behandling befinder sig typisk i aldersgruppen mellem begyndelsen af 20'erne og begyndelsen af 30'erne; 70-85% er mænd.

Stiknarkomani synes mindre udbredt blandt yngre stofmisbrugere og sandsynligvis også blandt dem, der først lige er begyndt at bruge stoffer. Sammenlignet med de nuværende klienter har en større del af de nye klienter (hvor tendensen er, at de bliver yngre) problemer, der har med kokain og/eller cannabis at gøre; færre (men stadig flertallet) har problemer med opiater.

Stiknarkomaner, der tager heroin, har en dødsrisiko, som kan være 20 eller 30 gange højere, end den er for den almindelige befolkning på samme alder. Andre former for stofmisbrug indebærer en langt mindre risiko. I mange EU-lande var der i den sidste halvdel af firserne og begyndelsen af halvfemserne en markant stigning i dødsfald forårsaget af stofmisbrug. Derefter har der været forskellige tendenser, stigningerne er fortsat i nogle lande, mens der i andre har være en nedgang og/eller stabilisering.

HIV og hepatitis spredes hovedsageligt ved seksuel kontakt, eller hvor flere personer deler inficeret injektionsudstyr. I mange lande har stiknarkomanerne indskrænket deres brug af fælles sprøjter. Denne og andre foranstaltninger for at begrænse infektioner synes at have haft indvirkning på spredningen af HIV (i de fleste lande er udbredelsen af HIV-infektion stabil eller i aftagende), men ikke af hepatitis C. Antallet af nye AIDS-tilfælde er generelt dalende.

Hepatitis C antages at være 50 til 100 gange mere smitsom end HIV og kan føre til kronisk hepatitis og omfattende leverskade og/eller cancer. Den byrde, der herved kan blive påført samfundet, kan sammenlignes med den nylige HIV-epidemi.

Der er muligvis en halv million stofmisbrugere i EU, som er smittet med hepatitis C. Udbredelsen af hepatitis C hos stiknarkomaner er væsentligt højere end hepatitis B, selv i lande, hvor hepatitis B og/eller HIV-infektioner har ringe udbredelse. De høje tal er et udtryk for, at den risikoadfærd, der overfører vira som HIV, fortsætter, om end på et lavere niveau.

Siden 80'erne har alle med undtagelse af nogle få lande meldt om et stigende antal overtrædelser af narkotikabestemmelserne; i nogle af landene tegner cannabis sig for det store flertal; i andre er det heroin. Overalt er kokain kun indblandet i en lille del af overtrædelserne. Stofmisbrugerne udgør en signifikant del af befolkningen i fængslerne i adskillige, sandsynligvis mange lande.

Tilgængelighed og udbud

Myndighedernes beslaglæggelser af stoffer menes indirekte at afspejle udbudet og tilgængeligheden af stoffer og derfor muligvis også narkotikaforbruget. Imidlertid kompliceres denne konklusion af, at beslaglæggelser også påvirkes kraftigt af andre faktorer.
Der sker et stigende antal beslaglæggelser af ecstasy i samtlige lande. I mange nordlige lande er disse tal en hel del lavere end tallene for amfetamin, i andre lande forholder det sig omvendt.

Prisen for og renheden af narkotika på det illegale marked bliver ikke altid indberettet, og hvad angår de foreliggende oplysninger, er det umuligt at vide, om de er pålidelige. Generelt er detailprisen for cannabis stabil eller let faldende og for heroin og kokain stabil eller faldende. Alt andet lige betyder stabile eller faldende priser, at udbudet ikke er blevet begrænset i forhold til efterspørgslen.

Kapitel 2 Efterspørgselsbegrænsning

Efterspørgselsbegrænsende foranstaltninger tager sigte på at få efterspørgslen efter stoffer til at falde eller på at begrænse skadevirkningerne af stofmisbruget på individuelt eller kollektivt plan; foranstaltningerne varierer fra arbejde med helt unge for at forhindre, at behovet for stoffer overhovedet opstår, til substitutionsprogrammer, hvor narkomanerne får ordineret narkotika. Forebyggelse, arbejde for at nå ud til stofmisbrugerne, behandling, rehabilitering og begrænsning af skaderne indgår også i disse foranstaltninger.

Vigtige dimensioner, som sådanne aktiviteter kan kategoriseres ud fra, er:

- Grundlæggende strategi , som f.eks. om målet er at undgå, at behovet for stoffer opstår, eller om det er at hjælpe stofmisbrugere til at begrænse et eksisterende behov.
-Mål, f.eks. afholdenhed eller kontrolleret brug.
-Målgrupper, ofte defineret ud fra graden af deres misbrug.
-Type af stoffer, for nogle programmers vedkommende er det hensigten at påvirke brugen af alle, lovlige som ulovlige, stoffer, andre tager sigte på specifikke stoffer;
- Rammer, inden for hvilke foranstaltningen finder sted.

Sundheds-, social-, uddannelses- og strafferetssystemer samt frivillige organisationer gennemfører en bred vifte af efterspørgselsbegrænsende foranstaltninger, hvor der anvendes forskellige metoder, afhængigt af målgruppernes modtagelighed og livsstil.

På nationalt plan er ansvaret for efterspørselsbegrænsningen sædvanligvis placeret i sundheds-, indenrigs-, undervisnings-, justits- og forsvarsministerierne. De udsender vejledninger og metodikker til brug på lokalt plan, iværksætter visse foranstaltninger og bistår med koordinering af lokale aktiviteter. Mange EU-lande har nye eller reviderede narkotikabekæmpelsespolitikker og har forøget bevillingerne til efterspørgselsbegrænsning.

I alle lande er der nu større mulighed for faglig uddannelse og efteruddannelse om narkotikaafhængighed.

Trods et voksende behov for evaluering af de efterspørgselsbegrænsende foranstaltninger er forskningen ikke tilstrækkelig.

Forebyggelse

Tidligere lagde man i forebyggelsen vægt på at skabe frygt og fremhæve straf og forbud, mens vægten nu i mindre grad er lagt på dysfunktion og utilstrækkelighed og mere på opbygning af kraft og styrke.

En væsentlig tendens er den større professionalisme hos de personer, der er beskæftiget med forebyggelse, takket være, at antallet af specialiserede uddannelser og stillinger er blevet forøget.

Forebyggelse menes at være mest effektiv, når den foregår tæt på målgrupperne. Størstedelen af det efterspørgselsbegrænsende arbejde foregår lokalt ud fra enheder som kvarteret, familien, skoler eller lokale foreninger.

Langvarige og omfattende programmer baseret på lokalsamfundet er, selv om de kan være højst effektive, samtidig meget krævende, fordi de involverer mange personer og organisationer.

Skoleprogrammer er et centralt led i forebyggelsesindsatsen i alle EU-lande.

Hjælp til stofmisbrugerne

Ekspansion, spredning og øget differentiering karakteriserer udviklingen i hjælpetjenesterne overalt i Europa. Narkotikatjenesterne har tendens til i højere grad at arbejde med individuelle behov og samarbejder i stigende grad med social- og sundhedsvæsen og de strafferetlige systemer. I adskillige lande er man i færd med at omorganisere behandlingssystemerne for bedre at kunne reagere på nye behov.

Der oprettes opsøgende tjenester i lokalsamfundet, som skal nå ud til højrisikogrupper og bevare kontakten med dem i deres eget miljø; mange benytter (tidligere) stofmisbrugere for at sikre, at kontakten sker på lige fod. Nødtjenester hjælper de fattigste narkomaner med den daglige overlevelse og forhindrer en yderligere forværring af deres situation.

Antallet af initiativer for at begrænse skaderne er blevet udvidet på grund af frygten for HIV-smitte og offentlighedens bekymring for det voksende narkotikaproblem; disse metoder har begrænset spredningen af HIV i mange lande.

Erstatningsbehandling findes i alle EU-lande, men i meget forskellig grad. I de seneste år har de fleste lande øget omfanget af metadonbehandling. Afholdenhed er som regel endemålet, men behandlingen kan også fortsætte på ubestemt tid.

Programmer uden for institutionerne tilsigter at forbedre stofmisbrugernes livskvalitet og beskytte deres helbred, og, hvor det er muligt, motivere dem for at søge behandling. De programmer, der gennemføres i institutionerne, kan spænde fra afgiftning til vidtspændende terapiprogrammer og kan også omfatte centre for kvinder eller særlige grupper som meget unge stofmisbrugere eller forældre med børn.

Behandlings- og rehabiliteringsprogrammerne sigter som regel mod at (re)integrere stofmisbrugere i samfundet (bolig, arbejde osv.) - en ‘normaliseringsproces’.

Efterbehandling for at genindsætte tidligere stofmisbrugere i sociale netværk og beskæftigelse udgør den sidste fase i den langsigtede behandling med tilbud om jobtræning, ophold, familiepleje osv.

Antallet af stofmisbrugere, der har kontakt med det strafferetlige system, er betydeligt større end antallet af dem, der har kontakt med behandlingstjenesterne. For det strafferetlige systems vedkommende indebærer de efterspørgselsbegrænsende foranstaltninger, at strafferetlige institutioner henviser stofmisbrugerne til social- og sundhedsvæsenet.

EN SITUATION FRA RAVE-SCENENS BARNDOM - UNGDOMMENS ‘DANCE’-KULTUR, SOM NU ER NÆRT FORBUNDET MED NYE TENDENSER I BRUGEN AF SYNTETISKE STOFFER

Kapitel 3 Nye tendenser inden for syntetiske stoffer

I nogle EU-lande er et større antal stadig yngre europæere begyndt at bruge syntetiske stoffer som ecstasy, LSD og amfetamin i forbindelse med en masseungdomskultur, der beskrives med begreber som ‘rave’, ‘techno’ eller med fællesbetegnelsen ‘dance’.

Den lethed, hvormed brugen af syntetiske stoffer overskrider landegrænserne, og den fælles kulturelle kontekst med dansemusik betyder, at der kan vindes meget ved at udveksle erfaringer.

Ecstasy og amfetamin har stimulerende virkninger, hvorimod LSD’s virkning først og fremmest er følelses- og sansemæssig. Virkningerne af disse tre stoffer er beslægtede med de energiske, bevidsthedsudvidende ‘rave-dance’- arrangementer, der varer hele natten.

Antallet af personer, der har prøvet disse stoffer, og hyppigheden af brugen af dem er vokset siden rave-kulturens fremkomst sidst i 80’erne, men de udgør kun et lille mindretal; sædvanligvis er det lidt under 10% af alle unge, der har prøvet dem, og regelmæssig brug er ikke almindelig. Generelt er det færre personer, der har prøvet ecstasy end LSD og amfetaminer, men antallet af personer, der for nylig har brugt ecstasy, er højere end de tilsvarende tal for de to andre stoffer.

Brugerne findes ikke kun blandt marginaliserede eller fattige, men er som oftest unge i arbejde eller studerende, og de er forholdsvis velhavende.

Dødsfald samt mindre dramatiske skader forårsaget af amfetamin, ecstasy og LSD forekommer forholdsvis sjældent. De årlige nationale tal for dødsfald er ofte nul og sjældent højere end 10. Imidlertid gør de stort indtryk, fordi der sker dødsfald blandt ’normale’ unge mennesker, der er ude at more sig en aften, og problemerne kan være skjult af, at oplysningerne er utilstrækkelige, og udvikle sig, hvis forbrugsmønstret bliver kronisk.

Skadelige fysiske følger af amfetamin og ecstasy skyldes hovedsageligt disse stoffers stimulerende egenskaber, idet de kan overanstrenge kredsløbet og andre systemer, især fordi de anvendes i forbindelse med lange seancer med energisk dans i varme lokaler, hvilket kan give hedeslag. De fysiske virkninger af LSD er forholdsvis milde. Vedvarende nervesvækkelse er endnu ikke påvist hos mennesker, men dyreforsøg giver grund til at antage, at noget sådant kan være en følge af ecstasybrug.

Der kan forekomme stimulansprovokeret angst og paranoia efterfulgt af depression ved brug af amfetamin og ecstasy, og LSD kan forårsage

pinefulde, men normalt forbigående symptomer, som ligner en psykose. Et kraftigt amfetaminmisbrug kan i sjældne tilfælde fremkalde et forbigående psykotisk anfald. Det kan diskuteres, om disse stoffer kan forårsage vedvarende psykoser.

Afhængighed er ikke ualmindelig i forbindelse med amfetamin, men den opstår normalt ikke ved brug i forbindelse med 'dance'-arrangementer. Afhængighed er ikke et anerkendt træk ved brug af LSD eller ecstasy. Ved indtagelse af store mængder eller særlig ubetænksom brug kan der opstå sociale og sundhedsmæssige problemer; nedsat evne til at køre er således blevet genstand for øget opmærksomhed. Kriminalisering af i øvrigt socialt integrerede unge giver også anledning til bekymring.

En lang række lokalsamfund, kommuner og nationale organer har anerkendt betydningen af at opstille strategier for at begrænse skaderne. Sædvanligvis er det ikke-statslige organisationer, der har taget initiativet hertil, og ikke de officielle narkotikatjenester. De forsøger at overbevise klubejere og festarrangører om, at de bør træffe sikkerhedsforanstaltninger som f.eks. at sørge for forbedret ventilation, drikkevand og førstehjælp. Klubberne tager i stigende grad dette ansvar på sig.

Af taktiske grunde anvendes rave-kulturens sprog og billeder ofte i det forebyggende arbejde, og denne kultur bruges som middel til at fremme stoffri arrangementer eller sikrere brug af stoffer. Uddannelse (hvor behandler og patient står på lige fod) og projekter, der udgår fra 'dance'-miljøet, er vigtige bidrag.

Det udbredte, men ulovlige forbrug af stoffer i forbindelse med mange 'dance'-arrangementer får myndighederne til at vakle mellem at forbyde disse arrangementer og den pragmatiske holdning, at et forbud somme tider gør mere skade end gavn, fordi det ansporer til ulovlige arrangementer i afsides lokaler.

I forhold til vor viden om misbrug af opiater og problemer vedrørende stiknarkomani ved vi meget lidt om brugen af syntetiske stoffer. Der er behov for undersøgelser både af forbrugsmønstre og konsekvenser, samt undersøgelser, der omfatter opfølgning af stofmisbrugerne for at overvåge mulige skadevirkninger.

"ENDEMÅLET ER AT BESKYTTE EUROPAS BEFOLKNING OG ISÆR VORE BØRN MOD DE RISICI, DER ER FORBUNDET MED NARKOTIKAMISBRUG"
Georges Estievenart

Kapitel 4 Nationale strategier

Efterhånden som stofmisbruget er vokset, har EU-medlemsstaterne indført nationale narkotikapolitikker, som kræver en nationalt koordineret indsats på tværs af de enkelte ministerier. De vigtigste opgaver er at skabe en

balance mellem udbuds- og efterspørgselsbegrænsningen og opnå en samordning mellem de nationale organer og mellem organer på nationalt og mere lokalt plan.

Overstatslige politikker fra FN og Det Europæiske Fællesskab sætter i stigende grad grænser for de vigtigste bestemmelser i de nationale love. Forskellene vedrører hovedsagelig, hvor hårde straffe der fastsættes, hvordan de vigtigste bestemmelser gennemføres, og hvordan de håndhæves.

De europæiske nationer anerkender i almindelighed narkomani som en sygdom, men denne opfattelse er kun i varierende grad trængt ind i straffepolitik og -praksis.

Selv om samordningsstrukturer og narkotikalove ikke blev ændret meget i 1996, fremgår det af undersøgelserne, at der er nogle tydelige politiske tendenser. Radikale ændringer står generelt ikke øverst på den politiske dagsorden, men i de fleste lande i Den Europæiske Union er narkotikapolitikken ved at blive revideret som reaktion på:

* Undersøgelser på EU-plan af forskelle og ligheder i medlemsstaternes narkotikapolitik.
* Inddragelse af en større gruppe personer og et bredere spektrum af synspunkter som følge af decentralisering og samfundets stigende engagement.
* Flere og flere velfunderede og sammenlignelige oplysninger, som giver et bedre grundlag for en videnskabelig evaluering af politikkerne, hvilket igen fremmer en mindre ideologisk og mere pragmatisk synsvinkel.

Nye decentraliseringsforanstaltninger forudsætter samordning; hvor det ikke lykkes, bliver forskellene på internationalt plan tydelige.

Til trods for at det har stor betydning for den enkelte EU-medlemsstats politik, kan ingen af landene hævde, at de sidder inde med en altomfattende, pålidelig opgørelse over udgifter til bekæmpelse af narkotikamisbrug eller over de udgifter, som narkotikamisbruget påfører samfundet. Vigtigst er det at få afgrænset problemstillingen og sat tal på samtlige de udgifter, som det enkelte land afholder.

Et forholdsvis lille narkotikabudget betyder ikke nødvendigvis, at samfundets indsats mod narkotikaproblemer bliver mindre eller mindre effektiv. F.eks. kan en mere afslappet (og mindre dyr) retspraksis afføde sociale aktioner, og nogle narkotikabekæmpelsesforanstaltninger kan forværre problemer, der opstår som følge af narkotikamisbrug, som det ikke lykkes at forebygge.

Udgifterne til begrænsning af udbudet er lettere at gøre op, da dette område er mere centraliseret, og derfor kan disse udgifter i forhold til udgifterne til efterspørgselsbegrænsning synes større, end det faktisk er tilfældet.

Selv om det kan synes fristende at omfordele midlerne mellem efterspørgsels- og udbudsbegrænsning, er det i praksis sådan, at nødvendige forhøjelser sker ved at forhøje det samlede budget eller ved ekstra tildelinger til de enkelte sektorer, når begge har hårdt brug for midler.

I forbindelse med fastsættelsen af de udgifter, som påføres samfundet på grund af stofmisbrug, er det et omstridt spørgsmål, om man kan beregne et menneskes økonomiske værdi. Imidlertid er der behov for en sådan opgørelse for at kunne planlægge, hvor store og hvilke investeringer der skal foretages for at nedbringe disse udgifter.

UNDCP
DE FORENEDE NATIONERS PROGRAM FOR INTERNATIONAL NARKOTIKAKONTROL

Kapitel 5 Den Europæiske Unions indsats

Den fælles europæiske indsats mod narkotika tog sin begyndelse i 1972 og blev udvidet i 90'erne, da Det Europæiske Råd vedtog tre fælles europæiske handlingsplaner om narkotika; den sidste blev styrket af det udvidede spillerum for samarbejde i henhold til traktaten om Den Europæiske Union.

I 1996 blev narkotikaproblemets høje profil bekræftet, da emnet blev taget op til indgående drøftelse på begge møder i Det Europæiske Råd, hvor man fremhævede betydningen af en fælles indsats.

Da EU-indsatsen først var kommet i stabile institutionelle, organisationsmæssige, retlige og politiske rammer, tog den fart, særlig i anden halvdel af 1996, hvor der blev vedtaget ni fælles aktioner eller fælles holdninger og fem resolutioner vedrørende samarbejde om retlige og indre anliggender. Parlamentets og Ministerrådets fælles beslutningsprocedure resulterede i tre vigtige beslutninger om folkesundheden, heriblandt fællesskabshandlingsprogrammet vedrørende forebyggelse af narkotikamisbrug, der blev understøttet af et budget på 27 mio. ecu over fem år.

Foranstaltninger mod hvidvaskning af penge blev fortsat anset for at være af største betydning. Gennemførelsen af direktivet om hvidvaskning af penge skred fremad, og Parlamentet krævede en udvidelse af lovgivningen.

Mange flere oplysninger blev tilgængelige, da EMCDDA og Europols Narkotikaenhed udarbejdede deres første årsberetninger. Informationskontorer blev stadig hyppigere bedt om at skaffe Det Europæiske Råd og Parlamentet pålidelige oplysninger om forskellige aspekter af dette problem.

I 1996 var indsatsen præget af en voksende interesse for syntetiske stoffer og for mekanismer, der kan muliggøre en hurtig opdatering af oplysninger

om disse stoffers udbredelse, problemerne i forbindelse med dem, og hvordan de kan afhjælpes.

I 1996 var de samlede udgifter til indsatsen mod narkotika mere end fordoblet til over 61 mio. ecu. Næsten alle budgetposter var mindst lige så høje som det foregående år, og de fleste blev forøget.

Hvor det foregående års tildelinger var jævnt fordelt på interne og eksterne programmer, gik 75% af tildelingerne i 1996 til eksterne aktioner, hvilket betød en tredobling af det eksterne budget. Der var en afgørende stigning i interne tildelinger til kontrol og efterspørgselsbegrænsning.

Det er en højt prioriteret udenrigspolitisk opgave for EU at hjælpe de latinamerikanske lande med at udrydde den ulovlige narkotikaproduktion og -handel. I 1996 blev den politiske dialog med landene i dette område udvidet, og over en nyoprettet budgetpost tildeltes der 39 mio. ecu til Bolivia til udryddelse af afgrøder og substitutionsprogrammer.

ØVERST PÅ DENNE SIDE SES LOGOERNE (UNDTAGEN UNDCP) FOR EMCDDA'S SEKS VIGTIGSTE INTERNATIONALE SAMARBEJDSPARTNERE

Kapitel 6 De internationale forhold

Siden begyndelsen af dette århundrede har landene indført internationale instrumenter og forpligtet sig til at tilpasse deres nationale politikker og love vedrørende narkotikamisbrug og have et fælles juridisk grundlag for at behandle problemet og således bekæmpe et internationalt fænomen med internationale foranstaltninger.

De nuværende internationale retlige rammer stammer hovedsagelig fra tre større FN-konventioner om narkotikakontrol: Enkeltkonventionen om narkotiske stoffer fra 1961 (ændret i 1972), konventionen om psykotrope stoffer fra 1971 og konventionen mod ulovlig handel med narkotika og psykotrope stoffer fra 1988.

De vigtigste mål for de første to af disse konventioner var at begrænse brugen af stoffer til godkendte medicinske og videnskabelige formål. Den tredje sigtede mod at styrke det internationale samarbejde om at bekæmpe ulovlig narkotikahandel. Alle 15 EU-lande har ratificeret de første to af aftalerne, og alle plus De Europæiske Fællesskaber selv har mindst underskrevet den tredje.
De Europæiske Fællesskaber anerkendte behovet for internationalt samarbejde om at fremskaffe oplysninger, da de valgte seks vigtige samarbejdspartnere for EMCDDA: De Forenede Nationers program for international narkotikakontrol (UNDCP), Verdenssundhedsorganisationen (WHO), Den Internationale Kriminalpolitiorganisation (Interpol), Den Europæiske Politienhed (Europol), Det Europæiske Råds Pompidou-Gruppe og Verdenstoldorganisationen (WCO). En sammenfatning af deres

seneste rapporter sætter Europas stilling på det globale marked for ulovlig narkotika i perspektiv.

EU's medlemsstater er primært aftagere af narkotika. Imidlertid er de fleste også transitlande, nogle er nu betydelige producenter af syntetiske stoffer, og nogle få optræder som sekundære distributionsled.

Højt udviklede internationale handels- og transportsystemer kombineret med geografiske, kulturelle, historiske og økonomiske faktorer er bestemmende for de enkelte medlemsstaters funktion som indgangssteder og transitruter. Store havne i Tyskland, Nederlandene, Det Forenede Kongerige og Belgien gør disse lande sårbare over for smugleri af større partier som lovligt transporteret fragt i containere. På grund af sproglige og historiske forbindelser fungerer Spanien og Portugal som indgangssteder for sydamerikansk kokain.

Langt den største del af den heroin, der beslaglægges i EU, stammer fra Sydvestasien og transporteres i lastbiler fra Tyrkiet gennem nabolandene på Balkan. Oprettelsen af depoter i central- og østeuropæiske lande har ført til et mønster, hvorefter indsmuglingen foregår i to etaper, således at varerne ved disse depoter overføres til personbiler og bringes videre til tyrkiske netværk i EU-medlemsstaterne.

De mange grænseovergangssteder for landevejstrafikken, de mange forskellige smuglerbander og -netværk, anvendelse af lufttransport og den øgede inddragelse af smuglere og kurerer af forskellige nationaliteter gør håndhævelsen af bestemmelserne stadig vanskeligere.

Den Europæiske Union er i 1996 et af de største markeder for kokain, kun overgået af USA. Marokko og Colombia er de største leverandører af cannabisderivater til EU-markederne, førstnævnte af cannabisharpiks (hash), sidstnævnte af planter (marihuana). Indendørs dyrkning i EU har nu fået betydning for de europæiske cannabismarkeder.

Den Europæiske Union er blevet et af verdens største områder for ulovlig fremstilling af amfetamin og stimulanser af ecstasytypen. Disse og andre syntetiske stoffer udføres i stigende grad gennem Central- og Østeuropa og de baltiske lande.

Få et fuldt overblik

Denne brochure er et stærkt sammenfattet resumé af Årsberetning om narkotikasituationen i Den Europæiske Union 1997 fra Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EMCDDA). Selve beretningen indeholder også bilag omhandlende:
virkninger af og risici i forbindelse med de narkotika eller grupper af narkotika, der misbruges i Europa.
EMCDDA og dets samarbejdspartneres placering og struktur i REITOX-netværket, som forbinder de nationale knudepunkter i hver enkelt medlemsstat og Kommissionen.
Kontaktoplysninger vedrørende EMCDDA's bestyrelse og EMCDDA's internationale partnere.

Beretningen fås ved henvendelse til EMCDDA på denne e-mail adresse: info@emcdda.org, til EMCDDA i Lissabon eller Deres nationale knudepunkt på følgende adresser:

EMCDDA (OEDT)
Rua da Cruz de Santa Apolónia N° 23-25
P - 1100 LISBOA Tel: 351 (1) 811 30 00
Fax: 351 (1) 813 17 11
e-mail: info@emcdda.org

Ireland
EMCDDA Focal Point
Health Research Board
73, Lower Baggot Street
IR - Dublin 2 Tel: 353 (1) 67 61 176
Fax: 353 (1) 66 11 856
e-mail: Mary@reitox.net or Mary@HRB.IE

Österreich
EBDD-Knotenpunkt
Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
Stubenring 6
A - 1010 Wien Tel: 43 (1) 515 61 60
Fax: 43 (1) 513 84 72
e-mail: Sabine.Haas@reitox.net

Italia
Punto Focale dell'OEDT
Osservatorio permanente sul fenomeno droga
via Cavour, 6
I - 00184 Roma

Tel: 39 (6) 488 2655/465 39827
Fax: 39 (6) 474 6611/465 39964
e-mail: Marisa.Zotta@reitox.net

Belgique - België
Point Focal de l'OEDT/EWDD Focal Point
Institut Scientifique de la Santé Publique - Louis Pasteur
Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur
14, rue Juliette Wytsman/Juliette Wytsmanstraat 14
B - 1050 Bruxelles/Brussel Tel: 32 (2) 642 50 24/51 11
Fax: 32 (2) 642 54 10
e-mail: Pierre.de.Plaen@reitox.net
e-mail: fclaeys@reitox.net

Luxembourg
EBDD-Knotenpunkt/Point Focal de l'OEDT
Département pour l'Action Socio-Thérapeutique
Ministère de la Santé
1, rue du Plébiscite
L - 2341 Luxembourg Tel: (352) 40 47 40
Fax: (352) 40 47 05
e-mail: Alain.Origer@reitox.net

Danmark
EMCDDA Focal Point
Sundhedsstyrelsen
Amaliegade 13
Postboks 2020
DK - 1012 København K Tlf.: 45 (33) 91
1601
Fax: 45 (33) 931636
e-mail: vig@sst.dk

Nederland
EWDD Focal Point
Trimbos Instituut
Postbus 725
NL-3500 AS Utrecht Tel: 31 (30) 297 11 25/86 / 00
Fax: 31 (30) 297 11 28/87 / 11
e-mail: mlaqueur@trimbos.nl

Suomi
EMCDDA:n tietokeskus
Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
Siltasaarenkatu, 18 C (3 kerkus) PL 220
SF- 00531 Helsinki Tel: 358 (9) 3967 2378
Fax: 358 (9) 3967 2324
e-mail: Ari.virtanen@reitox.net

Portugal
Ponto Focal da OEDT
Observatório VIDA
Av. Columbano Bordalo Pinheiro, 87 - 2°
P - 1000 Lisboa Tel: 351 (1) 721 02 70
Fax: 351 (1) 727 38 03
e-mail: maria@obvida.pt

France
Point Focal de l'OEDT
Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
105, rue Lafayette
F - 75110 Paris Tel: 33 (1) 53 20 16 16
Fax: 33 (1) 53 20 16 00
e-mail: Jean-Michel.Costes@reitox.net

España
Punto Focal OEDT
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas
Ministerio del Interior
C/ Recoletos, 22
E - 28001 Madrid Tel: 34 (1) 537 27 24/25
Fax: 34 (1) 537 27 08
e-mail: cvazquez@pnd.mir.es

Deutschland
EBDD-Knotenpunkt
Institut für Therapieforschung
Parzivalstraße 25
D - 80804 München Tel: 49 (89) 36 08 04 60
Fax: 49 (89) 36 08 04 69
e-mail: Roland.Simon@reitox.net

Sverige
ECNN-Kontaktpunkt
Folkhälsoinstitutet
S - 103 52 Stockholm Tel: 46 (8) 5661 35 00
Fax: 46 (8) 5661 35 05
e-mail

0 (1) 723 36 90

Greece etc.

United Kingdom
EMCDDA Focal Point
Institute for the Study of Drug Dependency (ISDD)

Waterbridge House
32-36 Loman Street
UK - London SE1 OEE Tel: 44 (171) 928 12 11
Fax: 44 (171) 928 17 71
e-mail: Anna.Bradley@reitox.net