

2001

Årsrapport om narkotikasituasjonen i
Den europeiske union

Juridisk meddelelse

Denne publikasjonen er utgitt av Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN) og er opphavsrettslig beskyttet. EONN påtar seg intet juridisk eller erstatningsrettslig ansvar for følger av bruken av data i dette dokument. Med mindre annet er angitt, representerer ikke denne publikasjonen, herunder eventuelle anbefalinger eller synspunkter som kommer til uttrykk, den politikken som føres av EONN, dets partnere, noen EU-medlemsstat eller Den europeiske unions eller De europeiske fellesskaps organer eller institusjoner.

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

Rapporten foreligger på dansk, nederlandsk, engelsk, finsk, fransk, tysk, gresk, italiensk, portugisisk, spansk, svensk og norsk. Alle oversettelser er utført av Oversettelsessenteret for Den europeiske unions organer.

Bibliografiske data finnes bakerst i denne publikasjonen.

Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner, 2002

ISBN 92-9168-121-0

© Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, 2002
Gjengivelse er tillatt med kildeangivelse.

Printed in Belgium



E . O . N . N .
Europeisk Overvåkingscenter for
Narkotika og Narkotikamisbruk

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25

P-1149-045 Lisboa

Tlf. (351) 218 11 30 00

Faks (351) 218 13 17 11

E-post: info@emcdda.org

Nettsted: <http://www.emcdda.org>

Innhold

Forord	5
Takk til samarbeidspartnere og bidragsytere	6
KAPITTEL 1	7
Tilbud og etterspørsel etter narkotika	7
Narkotikamisbruk	7
Narkotikamisbruk i befolkningen generelt	7
Problematisk bruk av narkotika	9
Helsekonsekvenser av narkotikamisbruk	13
Etterspørsel etter behandling	13
Narkotikarelaterte smittsomme sykdommer	15
Narkotikarelaterte dødsfall og dødelighet	16
Retts håndhevelsesindikatorer	19
Arrestasjon for narkotikalovbrudd	19
Narkotikamisbrukere i fengsler	20
Indikatorer for narkotikamarkedet – beslag, priser, renhet	20
Heroin	20
Kokain	21
Syntetiske stoffer: amfetamin, ecstasy, LSD	21
Cannabis	22
KAPITTEL 2	23
Tiltak mot narkotikamisbruk	23
Politiske og strategiske tiltak	23
På EU-plan	23
På nasjonalt plan	23
Spesifikke tiltak	26
Etterspørselsreduksjon	26
Tilbudsreduksjon	31

KAPITTEL 3	33
Utvalgte aspekter	33
Kokain og kokainbase/crack	33
Utbredelse, mønstre og problemer	33
Marked	35
Intevensjonsprosjekter og nye tilnæringsmetoder	36
'Policy'-spørsmål	36
Smittsomme sykdommer	37
Utbredelse og trender	37
Determinanter og konsekvenser	39
Skadereduserende tiltak	41
Syntetiske stoffer	43
Spredning av bruk	43
Atferd og bruksmønstre	43
Stoffenes tilgjengelighet	43
Behandlingsdata	44
Helserisikoer	44
Dødsfall	45
Tiltak	45
Tilbudsreduksjon	45
Nye initiativer og politiske utfordringer	46
KAPITTEL 4	47
Narkotikaproblemet i Sentral- og Øst-Europa	47
Situasjon og trender	47
Utbredelse av og mønstre for narkotikabruk	47
Behov for behandling	48
Tilgjengelighet	48
Politiske og institusjonelle tiltak mot narkotika som fenomen	49
Lovgivning	49
Nasjonal samordning	49
Nasjonale strategier og handlingsplaner	50
Hvitvasking av penger	51
Nasjonale knutepunkter i Reitox-nettet	52

Forord

Det er med stor glede Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN) legger fram sin sjette *Årsrapport om narkotikasituasjonen i Den europeiske union*. Rapporten skal først og fremst være til hjelp i utformingen av narkotikapolitikken i EU og på nasjonalt og regionalt plan.

Rapporten gir et oppdatert bilde av narkotikasituasjonen i EU og belyser nye trender og utviklinger som har funnet sted i den senere tid. I tillegg til den generelle oversikten går rapporten nærmere inn på en rekke nøkkelproblemer, som kokain, smittsomme sykdommer og syntetiske stoffer. Det gis også en oversikt over situasjonen i landene i Sentral- og Øst-Europa.

I år har vi fått en vesentlig forbedring av datakvaliteten og sammenlignbarheten for dataene framlagt av medlemsstatene. Ikke desto mindre er det fortsatt av største viktighet at alle medlemsstater opprettholder sin innsats ikke bare for å bedre sammenlignbarheten for data på alle områder på EU-plan, men også for å sikre at dataene produseres på regelmessig basis.

I denne sammenheng er harmonisering av data av helt vesentlig betydning. Dette må oppnås snarest for å sikre at informasjon om narkotika på EU-plan blir mer pålitelig og sammenlignbar enn den er nå. For å fremme denne prosessen har EONN utarbeidet retningslinjer for en standardisert gjennomføring i EU av senterets fem epidemiologiske nøkkelindikatorer. I året som kommer vil medlemsstatene spille en nøkkelrolle når det gjelder å sikre full gjennomføring av disse standardiserte indikatorene på nasjonalt plan.

Det er særlig verdt å merke seg at informasjon og evaluering er prioriterte områder i EUs narkotikastrategi og

handlingsplan (2000–04). Innsamling og analyse av informasjon er tross alt helt avgjørende for å kunne vurdere effektene av ethvert tiltak. EUs handlingsplan understreker også viktigheten av å trekke på alle de forskjellige informasjonskildene som finnes i Den europeiske union, særlig EONN og Europol.

EONN arbeider hardt for å oppfylle sin viktigste oppgave, nemlig å informere. Arbeidsprogrammet for 2001–03 er finjustert i forhold til de seks prioriterte målene i EUs narkotikastrategi. Senteret deltar også i prosessen med å evaluere effektene av EUs handlingsplan og har, sammen med sine nasjonale knutepunkter, Europol og dets nasjonale narkotikaenheter, arbeidet for å utvikle egne verktøy for å produsere to øyeblikksbilder bestående av et sett variabler tilpasset de seks prioriterte målene i EU-strategien.

Det første øyeblikksbildet vil vise situasjonen og de tiltakene som var på plass i 1999, før EUs handlingsplan ble vedtatt, og vil danne et grunnlag som resultatene oppnådd ved planens utløp i 2004 kan måles mot. Det andre bildet vil vise situasjonen i 2004 og tiltakene som vil være på plass da basert på informasjonen fra det samme settet med variabler.

Til sammen vil disse skrittene bidra til at EONN oppfyller sin fremste oppgave – å gi politiske beslutningstakere et solid kunnskapsgrunnlag for en velfundert planlegging av narkotikapolitikken.

Georges Estievenart
Administrerende direktør

Takk til samarbeidspartnere og bidragsytere

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

- Lederne for de nasjonale knutepunktene i Reitox-nettet og deres medarbeidere;
- De tjenester i den enkelte medlemsstat som har samlet inn rådata til denne rapporten;
- Medlemmene av EONNs styre og vitenskapelige komité;
- Europaparlamentet, Rådet for Den europeiske union – særlig Den horisontale arbeidsgruppen for narkotika (HDC) – og Europakommisjonen;
- Europarådets Pompidou-gruppe, De forente nasjoners narkotikaprogram (UNDCP), Verdens helseorganisasjon (WHO), Europol, Interpol, Verdens tollorganisasjon (WCO) og Det europeiske senteret for epidemiologisk overvåking av AIDS;
- Oversettelsessenteret for Den europeiske unions organer og Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner;
- Andrew Haig & Associates, grafisk design og layout.



En interaktiv versjon av Årsrapporten for 2001 er også lagt ut på Internett, på www.eonn.org. Her finnes også forbindelser til datakilder, rapporter og bakgrunnsmateriale som er brukt i sammenstillingen av denne rapporten.

Tilbud og etterspørsel etter narkotika

Dette kapittelet gir et overblikk over situasjonen når det gjelder bruk og tilgang på narkotiske stoffer i EU samt utviklingen i den senere tid og trendene framover.

Forbedret sammenligningsbarhet for data – EONNs nøkkelindikatorer

Forbedring av sammenlignbarheten for data mellom alle medlemsstater er en sentral oppgave for EONN. EONN utvikler og anbefaler metoder og virkemidler for innsamling og analyse av harmoniserte data av god kvalitet på europeisk nivå. EUs handlingsplan mot narkotika (2000–04) oppfordrer medlemsstater til å legge fram pålitelig og sammenlignbar informasjon om fem epidemiologiske nøkkelindikatorer i henhold til EONNs anbefalte tekniske verktøyer og retningslinjer. De fem nøkkelindikatorerne er:

- utbredelse av og mønstre i narkotikamisbruk i befolkningen generelt (befolkningsundersøkelser),
- utbredelse av og mønstre i problematisk bruk av narkotika (statistiske anslag over utbredelse/forekomst supplert med undersøkelser blant narkotikamisbrukere),
- narkotikarelaterte smittsomme sykdommer (utbredelse og forekomst av AIDS, hepatitt B og C blant sprøytebrukere),
- narkotikarelaterte dødsfall og dødelighet blant narkotikamisbrukere (statistikk fra generelle dødelighetsregistre og spesialregistre over dødelighet i befolkningen og kohortstudier av dødelighet og dødsårsak blant narkotikamisbrukere),
- etterspørsel etter behandling for narkotikamisbruk (statistikk fra behandlingssentre for narkotika over klienter ved inntak til behandling).

Narkotikamisbruk

Narkotikamisbruk i befolkningen generelt

Et estimat over den andelen av befolkningen som bruker narkotika eller som har eksperimentert med det, er grunnleggende for å kunne vurdere narkotikasituasjonen slik at en kan utforme en politikk og evaluere politikken. Det er nødvendig å vite i hvilke grupper narkotikamisbruken er konsentrert og kjenne bruksmønstrene.

Mønstre i narkotikamisbruk

I alle EU-land er cannabis det illegale stoffet som oftest blir brukt, både med hensyn til langtidserfaring (enhver bruk i løpet av en persons liv) og nyere bruk. Bruk av andre illegale stoffer er mindre utbredt.

Langtidserfaringen med cannabis i den voksne befolkningen (15-64 år er EONN-standard, men enkelte nasjonale avvik forekommer) varierer fra ca. 10 % i Finland til ca. 20-25 % i Danmark, Frankrike, Irland, Nederland, Spania og Storbritannia ⁽¹⁾.

Langt færre har erfaring med andre stoffer. Erfaring med amfetaminer rapporteres av 1-4 % av den voksne befolkningen, men av inntil 10 % i Storbritannia. 0,5-4 % av Europas voksne befolkning har prøvd ecstasy, og 0,5-3 % har prøvd kokain. Erfaring med heroin blir generelt rapportert av mindre enn 1 % av voksne, noe som står i kontrast til stoffets høye profil i narkotikaproblemindikatorer.

(1) Figur 1 OL: Langtidserfaring med cannabis, amfetaminer og kokain blant voksne i en del EU-land, i henhold til nasjonale befolkningsundersøkelser (nettutgaven).

Metoder for å anslå narkotikamisbruk i befolkningen generelt

For å få et anslag over bruken av narkotika brukes generelle befolkningsundersøkelser. Tolv medlemsstater har i løpet av de seneste årene utført nasjonale undersøkelser om narkotikamisbruk i befolkningen generelt (selv om det statistiske grunnlaget var begrenset i Luxembourg), og undersøkelser blir for tiden organisert i de øvrige statene (Italia, Portugal og Østerrike). Flere land har allerede etablert serier av gjentatte nasjonale undersøkelser ved bruk av samme metode (for eksempel Tyskland, Spania, Sverige og Storbritannia), og i Hellas, Frankrike og Nederland er lignende serier på trappene. Enkelte land har gjennomført suksessive ad-hoc undersøkelser som til en viss grad er sammenlignbare (f.eks. Danmark, Finland og Frankrike).

Forskjeller landene imellom i metodene for innsamling av data, utvalgsstørrelse og utvalgsrammer kan ha innvirkning på nøyaktigheten og gyldigheten av anslagene. Så lenge disse problemene ikke er løst, bør direkte sammenligning av nivåene av bruk mellom medlemsstatene gjøres med forsiktighet, særlig der hvor forskjellene er små.

EONN har utviklet retningslinjer for å bedre kvaliteten og sammenlignbarheten for befolkningsundersøkelser i EU. Disse retningslinjene består bl.a. av et sett felles kjernepunkter som kan brukes til rapportering av data fra eksisterende undersøkelser eller settes inn i bredere spørreskjemaer, samt grunnleggende metodologiske retningslinjer, og disse blir gradvis innført i medlemsstatene.

Bruken av illegale rusmidler er konsentrert til enkelte grupper av befolkningen – særlig unge voksne, menn og blant den urbane befolkning. For unge voksne (15-34 år er EONN-standard, men enkelte nasjonale avvik forekommer) er tallene for de fleste stoffer dobbelt så høye eller mer som for hele den voksne befolkningen ⁽²⁾ ⁽³⁾.

For eksempel er cannabis prøvd av ca. 15 % av unge voksne i Finland og Sverige, inntil 28-40 % i Danmark, Frankrike, Irland, Nederland, Spania og Storbritannia, mens amfetaminer, ecstasy og kokain er prøvd av ca. 1-6 % av unge voksne (selv om tallene for amfetamin og ecstasy i Storbritannia er henholdsvis ca. 16 og 8 %). Tallene for narkotikamisbruk er tydelig høyere blant menn, selv om dette varierer fra land til land, og forskjellene synes å bli mindre over tid ⁽⁴⁾.

Innbyggere i byområder rapporterer høyere tall for narkotikabruk enn folk i distriktene, og forskjellene i samlede nasjonale tall kan i stor grad skyldes at en stor del av befolkning nettopp bor i byer ⁽⁵⁾.

Begrepet "langtidserfaring", selv om det brukes ofte, er utilstrekkelig til å anslå nyere bruk av narkotika, for kategorien omfatter alle de som noensinne har prøvd narkotika, selv om det har skjedd bare én gang eller for mange år siden. Nyere bruk anses vanligvis som enhver bruk i løpet av det siste året (bruk siste 12 måneder).

Nyere bruk (uttrykt som bruk de siste 12 måneder) av cannabis rapporteres av 1-9 % av Europas voksne. Nyere bruk av andre illegale stoffer ligger sjelden over 1 % blant voksne. Unge voksne rapporterer høyere utbredelsestall, grovt regnet dobbelt så høye som for voksne. Irland, Spania (for kokain) og Storbritannia synes å ha noe høyere tall enn andre land ⁽⁶⁾.

Trender

Informasjon om trender kan gi nyttigere informasjon enn et 'øyeblikksbilde'. Hittil har imidlertid bare Tyskland, Spania, Sverige og Storbritannia produsert serier av sammenlignbare nasjonale undersøkelser. Andre land har gjennomført flere ulike undersøkelser, og trender må analyseres med forsiktighet.

Langtidserfaring med cannabis økte i løpet av 1990-tallet i de fleste land hvor informasjon er tilgjengelig. I nyere undersøkelser rapporterer mange land relativt like tall for utbredelse – rundt regnet 20-25 %. Der hvor utbredelsen var lav på 1990-tallet (f.eks. i Hellas, Finland og Sverige), synes økningen å ha vært proporsjonalt større enn der hvor utbredelsen innledningsvis var større (f.eks. i Danmark, Tyskland og Storbritannia).

Økt langtidserfaring med cannabis betyr ikke nødvendigvis en parallell økning i nyere bruk. Bruk de siste 12 måneder har generelt økt mindre enn langtidserfaring.

⁽²⁾ Figur 2 OL: Bruk siste 12 måneder av ecstasy og kokain etter aldersgruppe i England og Wales, 1998 (nettutgaven).

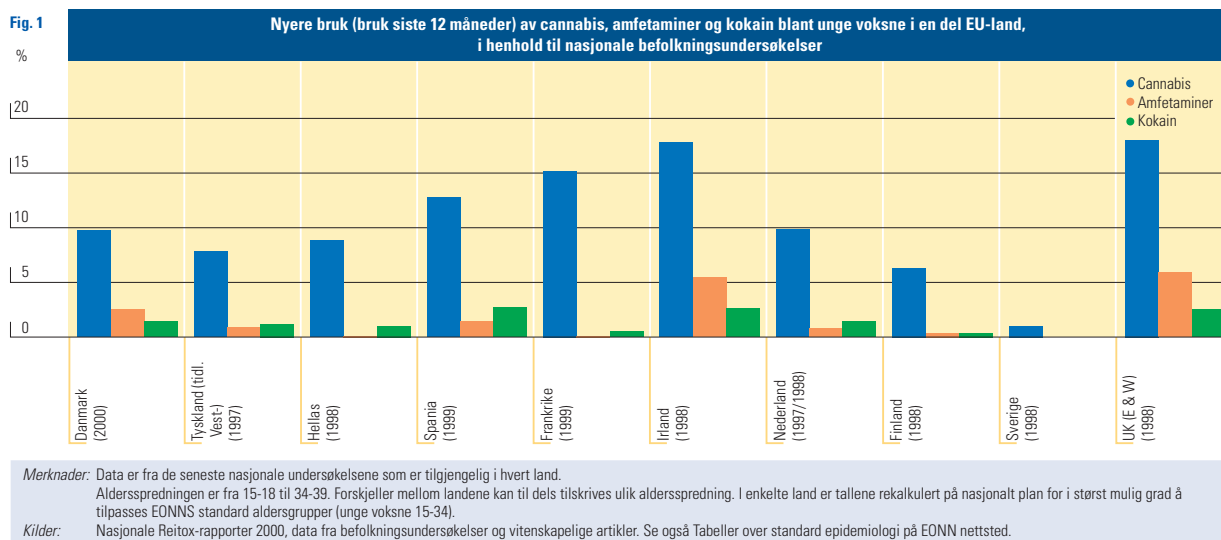
⁽³⁾ Figur 3 OL: Langtidserfaring med cannabis blant alle voksne og blant unge voksne i en del EU-land, i henhold til nasjonale befolkningsundersøkelser (nettutgaven).

⁽⁴⁾ Figur 4 OL: Langtidserfaring med cannabis blant voksne (kvinner og menn) i en del EU-land, i henhold til nasjonale befolkningsundersøkelser (nettutgaven).

⁽⁵⁾ Figur 5 OL: Langtidserfaring med cannabis blant voksne i Finland, etter urbaniseringsgrad, 1998 (nettutgaven).

⁽⁶⁾ Figur 6 OL: Langtidserfaring og bruk siste 12 måneder av cannabis blant voksne i en del EU-land, i henhold til nasjonale befolkningsundersøkelser (nettutgaven).

Tilbud og etterspørsel etter narkotika



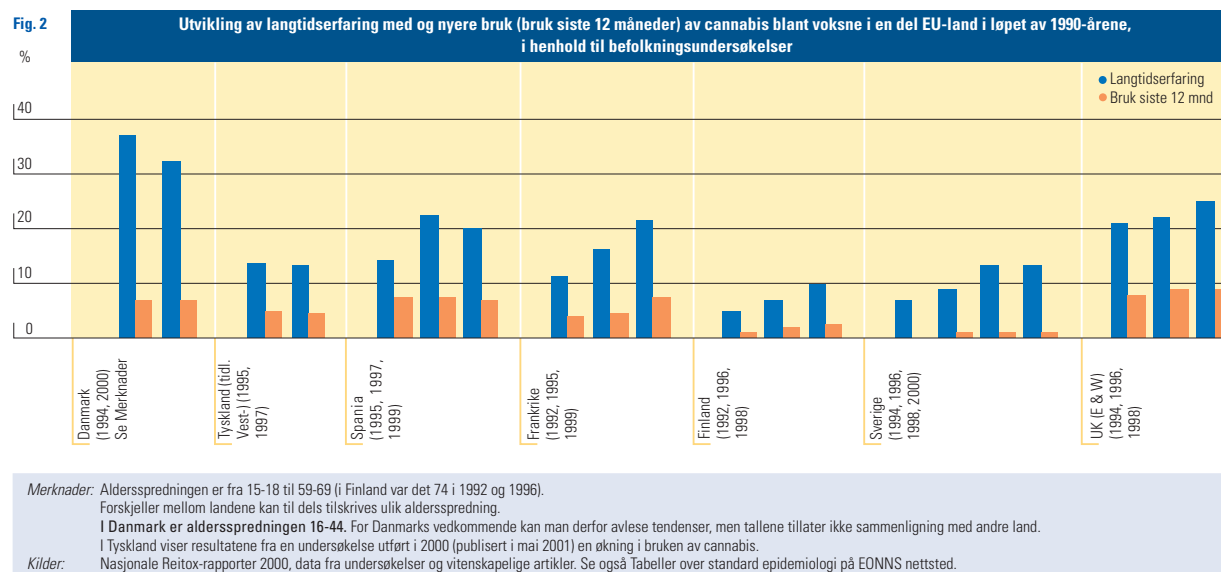
Det er vanskeligere å se trender i bruken av andre stoffer. Slik utvikling vil ofte omfatte relativt begrensede grupper av befolkningen, men kan likevel ha viktige implikasjoner for den offentlige helse- og narkotikapolitikken. F.eks. må i de fleste land den mye omdiskuterte mulige økningen av kokainbruk analyseres mer i detalj. Heller ikke økningen i bruken av ecstasy i den senere tid – som er godt dokumentert blant en del grupper av unge – er helt klar i undersøkelser som dekker hele befolkningen. Utvalget må være stort nok og analysene må være rettet mot de riktige aldersgruppene. Man bør også vurdere å la de unge være overrepresentert i utvalget.

Problematisk bruk av narkotika

Generelt synes utbredelsen av problematisk bruk av narkotika å være høyest i Italia, Luxembourg, Portugal og Storbritannia, med mellom fem og åtte problembrukere pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15-64 år (på grunnlag av middelverdiene for hvert land). Utbredelsen synes

lavest i Belgia (men dataene her refererer utelukkende til sprøytebrukere og er derfor for lave), Tyskland og Nederland, med to til tre problembrukere pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15-64 år. Snittet varierer fra tre til fem problembrukere pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15-64 år i Østerrike, Danmark, Finland, Frankrike, Irland, Spania og Norge. Enkelte land rapporterer små avvik i forhold til tallene fra 2000 som følge av forbedrede data og anslag. Danmark og særlig Finland har imidlertid mye høyere tall som følge av at mindre pålitelige (og i begge tilfeller lavere) anslag er utelatt.

I tillegg til anslag over utbredelse, er data om mønstrene for stoffbruk viktig. Det foreligger imidlertid få data om mønstrene for stoffbruk blant problembrukere som ikke er under behandling, selv om dette er viktig informasjon som kan være til hjelp når det skal tas politiske beslutninger om framtidige behandlingstilbud. I de nordiske landene, spesielt Finland og Sverige, utgjør gruppen som



Narkotikabruk blant skoleungdom

For barn/unge under 18 år baserer EONN seg på informasjon fra sammenlignbare skoleundersøkelser som omfatter data fra 30 deltakende land i Europa samt USA. Elleve medlemsstater i EU deltok i Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner i 1999 (ESPAD)⁽¹⁾, som beskriver bruken av tobakk, alkohol og narkotika blant 15-16-åringene. Belgia, Luxembourg og Spania gjennomførte også skoleundersøkelser i 1998 eller 1999 uavhengig av ESPAD-undersøkelsen, og resultatene fra disse undersøkelsene er sammenfallende med resultatene fra ESPAD.

Situasjon og mønstre

Disse undersøkelsene viser at cannabis fortsatt er det illegale stoffet som skoleelever oftest bruker. Langtidserfaring blant 15-16-åringene varierer fra 8 % i Sverige og Portugal til 35 % i Frankrike og Storbritannia. I to medlemsstater (Hellas og Sverige) er langtidserfaring med stoffer som inhaleres (løsningsmidler) større eller lik bruken av cannabis.

Skoleundersøkelser rapporterer om en langtidserfaring med amfetamin blant 15-16-åringene på 1-8 %. For ecstasy er tallet 1-5 % mens det for kokain ligger på 1-4 %, med Spania og Nederland på topp for kokainbruk.

Vi ser et annet mønster når det gjelder illegal langtidserfaring med beroligende midler (uten resept fra lege). Der har Storbritannia og Norge, med 4 %, den laveste illegale langtidserfaringen og Frankrike den høyeste (12 %). Illegal langtidserfaring av beroligende midler forekommer oftere blant jenter enn blant gutter i Frankrike, Portugal, Italia, Finland og Sverige. Derimot er langtidserfaring med illegale stoffer i alle medlemsstater mer utbredt blant gutter enn jenter.

Det er verdt å merke seg at sammenlignbare data fra USA viser at tallene for langtidserfaring av en rekke illegale narkotiske stoffer er høyere enn i noen av EUs medlemsstater – cannabis (41 %), amfetamin (16 %), ecstasy (6 %) og kokain (8 %).

Det er en negativ forbindelse mellom utbredelsen av illegal bruk av narkotika i et land og oppfatningen av risikoen forbundet med det aktuelle stoffet, og jenter har generelt større tendens enn gutter til å anse illegal narkotikabruk som en risiko. Motstand mot illegal narkotikabruk er gjennomgående høy blant gutter og jenter i alle EUs medlemsstater og ligger i snitt på ca. 80 %, med unntak av motstanden mot cannabis, som ligger på gjennomsnittlig 70 %.

Trender

I alle medlemsstater som deltok i både den første og den andre ESPAD-undersøkelsen, med unntak av to (Storbritannia og Irland), har utbredelsen av langtidserfaring med all illegal narkotikabruk økt i perioden 1995-1999.

Langtidserfaring av cannabis

Tallene for illegal bruk av narkotika generelt blant 15-16-åringene henger i stor grad sammen med tallene for cannabisbruk. I de fleste landene har utbredelsen av langtidserfaring av cannabis økt.

Finland og Norge har hatt en dobling av langtidserfaring mellom 1995 og 1999. Også Sverige, Portugal, Danmark og Italia registrerte økning. Det var imidlertid en nedgang i de to medlemsstater som hadde den høyeste utbredelsen av langtidserfaring av cannabis i 1995. I Storbritannia var nedgangen i perioden 1995-1999 fra 41 til 35 % og i Irland fra 37 til 32 %.

Oppfatningen av tilgjengeligheten av cannabis økte betraktelig i Danmark, Finland, Italia og Norge mellom 1995 og 1999. I Irland og Storbritannia var oppfatningen at tilgjengeligheten av cannabis var redusert, men nedgangen er mindre enn nedgangen i utbredelsen av langtidserfaring.

Langtidserfaring av 'andre illegale narkotiske stoffer' (amfetamin, LSD/hallusinogener, crack, kokain, ecstasy og heroin)

ESPAD-undersøkelsen viser også en økning i langtidserfaring av samlekategorien 'andre illegale narkotiske stoffer' i de fleste medlemsstatene, men Storbritannia og Irland hadde en kraftig nedgang, fra henholdsvis 22 til 12 % og 16 til 9 %. Økningen i de fleste medlemsstatene og nedgangen i Storbritannia og Irland bekrefter trenden som peker mot sammenfallende bruksmønstre i medlemsstatene. Den store nedgangen i Irland og Storbritannia kan tyde på at der hvor narkotikautbredelsen er størst, er vi i ferd med å få en metning av andelen 15-16-åringene som er villige til å eksperimentere med illegale narkotiske stoffer.

Langtidserfaring av beroligende midler uten resept fra lege

Tradisjonelt har bruk av beroligende midler uten resept fra lege vært langt mer utbredt blant jenter enn gutter. I perioden 1995-1999 viste tallene for jenter i Danmark,

(1) The 1999 ESPAD Report: Alcohol and other drug use among students in 30 European countries, B. Hibell, B. Andersson, S. Ahlström, O. Balakireva, T. Bjarnason, A. Kokkevi, M. Morgan, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) og Europarådets Pompidou-gruppe, desember 2000.

Tilbud og etterspørsel etter narkotika

Italia, Irland og Storbritannia en nedgang til omkring det halve. Samtidig viste tallene for jenter i Finland og Portugal en økning (henholdsvis 3 % og 2 %), mens tallene for gutter i de to landene viste nedgang.

Langtidsbruk av løsningsmidler

Det var små endringer i langtidsbruk av løsningsmidler, bortsett fra i Sverige og Storbritannia, hvor det var en nedgang fra 1995 til 1999.

primært bruker amfetamin flertallet av problembrukerne (anslagsvis 70-80 % i Finland i 1997). Dette er det motsatte av hva som er tilfelle i andre land, hvor problembrukerne for det meste primært bruker opiater (men ofte er blandingsbrukere).

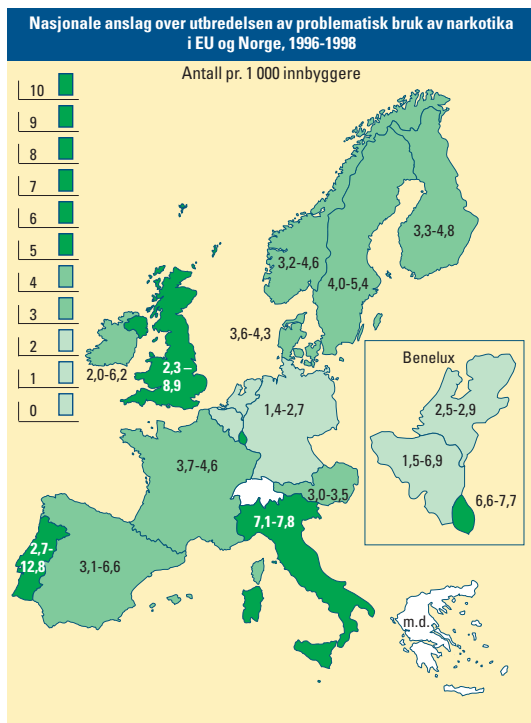
Trender

Selv om beregning av trender for utbredelse av problematisk bruk av narkotika er viktig for å kunne evaluere effekten av politikken, lar dette seg ikke gjøre med dagens metoder, datakvalitet og datatilgjengelighet. Forekomsten av problematisk bruk av narkotika kan være en viktig tilleggs metode for å måle trender. Forekomsten er det antallet nye tilfeller som kommer til i løpet av et år, mens utbredelse vil være det totale antall tilfeller som eksisterer, nye som gamle. Derfor vil trender for forekomst mye lettere kunne avdekke epidemiologiske forandringer og tiltak som forebygger nye tilfeller.

Et EONN-prosjekt ga nye anslag over forekomsten av heroinbruk i Belgia, Lisboa, Budapest, London og Amsterdam, noe som tyder på at heroinepidemien har nådd disse områdene til helt forskjellig tid (se figur 4, London og Amsterdam er ikke vist).

Figur 5 viser hvordan heroinepidemier kan opptre til forskjellig tid i forskjellige regioner i et land, i dette tilfellet Italia. Resultatene tyder også på at det kan være en innledende (epidemisk) periode med rask spredning etterfulgt av en metningsperiode (dvs. at de mest utsatte personene er blitt heroinmisbrukere) og tregere men konstant videre spredning (endemisk situasjon) – en mekanisme som kan sammenliknes med spredningen av smittsomme sykdommer. Dette kan være av avgjørende betydning for beslutningstakere når de skal finne den optimale balansen mellom politiske tiltak som primær forebygging, som må komme i rette tid for å forhindre større utbredelse, og sekundær forebygging (behandling og skadereduserende tiltak), som blir viktigere etter hvert som bruken av narkotiske stoffer har fått feste.

Fig. 3

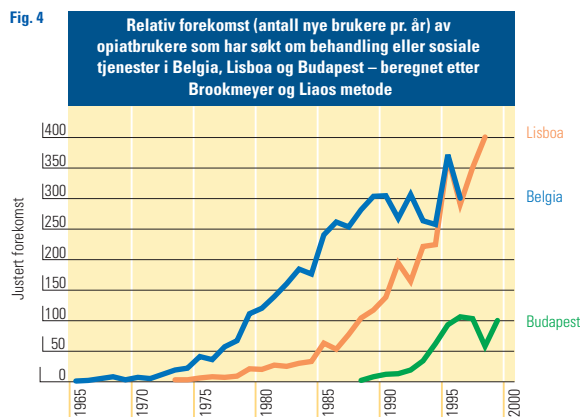


Merknader: m.d.: mangler data. På grunn av ulike metoder og målgrupper bør forskjeller mellom landene tolkes med varsomhet. For flere detaljer, se tabell 1 (OL) og 2 (OL) på www.eonn.org. Data for Østerrike og Belgia er for 1995 og for Italia, 1999 og for Portugal, 1999-2000. Det opprinnelige svenske estimatet er redusert med 8 % for å utelate cannabisavhengige, noe som er i samsvar med EONNs definisjon av problematisk narkotikabruk. Fargen på landene viser til middelverdien for anslagene, bortsett fra for Belgia (punkttestimat – 3,0 og 95 % konfidensintervall). Det belgiske anslaget refererer til sprøytebrukere og undervurderer dermed problematisk narkotikabruk.

Kilde:

Sverige: B. Olsson, C.A. Wahren, S. Byqvist: *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998*, CAN, Stockholm 2001.

Fig. 4



Merknader: Med relativ forekomst menes forekomsten (antallet nye brukere pr. år) av opiatbrukere som med tiden vil oppsøke disse tjenestene. Lisboa: Særlig belastet område av Lisboa, brukere som oppsøker sosiale tjenester. Belgia: Brukere i den fransktalende befolkningen som søker behandling.

Kilder: EMCDDA project, CT99.EP.06: *Study on incidence of problem drug use and latency time to treatment in the European Union*. Lisbon 2001. (Coordinated by the University of Rome 'Tor Vergata'.)

Problematisk bruk av narkotika – definisjon og metode

‘Problematisk bruk av narkotika’ defineres her som injeksjonsbruk av narkotika eller langvarig/regelmessig bruk av opiater, kokain og/eller amfetaminer. Denne definisjonen utelukker brukere av ecstasy og cannabis og personer som aldri eller bare sporadisk bruker opiater, kokain eller amfetaminer. Opiater omfatter foreskrevne opiater som metadon. De nasjonale anslagene over problematisk bruk av narkotika som rapporteres her for EU og Norge (som også deltok i EONNs prosjekt om utbredelsesanslag), gjelder perioden 1996-1998. På grunn av mangel på nyere data å basere beregningene på (se figur 3) kunne Østerrike (1995) og Belgia (1995) ikke legge fram anslag for denne perioden, mens Luxembourg, Portugal og Italia la fram nyere data (1999 - 2000).

Metodene som er brukt for å utarbeide anslagene er hovedsakelig basert på statistiske modeller som inkluderer narkotikarelaterte indikatorer og som omfatter:

- den multivariate indikatormetode,
- ‘capture-recapture’,
- tre multiplikatormetoder basert på data fra politiet, behandlingsdata og dødelighetsdata,

- en multiplikatormetode som bruker tilbakeberegnete tall for sprøytebrukere med HIV/AIDS kombinert med HIV/AIDS-forekomster blant sprøytebrukere.

Spredningene i figur 3 skyldes ofte bruken av flere metoder. Dermed kan høyeste og laveste verdi ha framkommet ved bruk av forskjellige metoder, både innenfor det enkelte land og landene imellom. Metodene refererer heller ikke alltid til samme målgruppe. F.eks. er sprøytebrukerne målgruppe for multiplikatorene for tilbakeberegning av HIV/AIDS og overdoserelatert dødelighet, mens multiplikatorene for behandlingsdata bare kan brukes for den bredere gruppen problembbrukere av opiater.

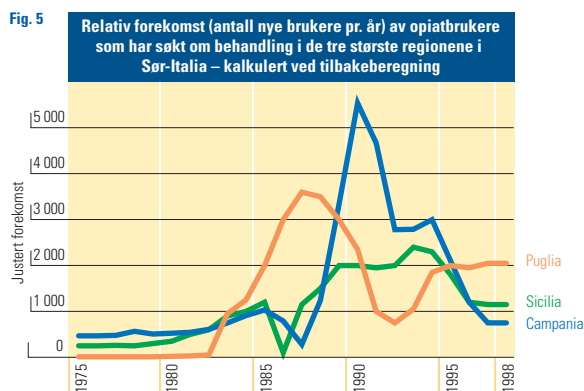
Flere land har brukt flere beregningsmetoder – to (Spania, Luxembourg og Nederland), tre (Tyskland, Frankrike, Irland, Finland og Storbritannia) eller til og med fire (Italia og Portugal). Andre land (Belgia, Danmark, Østerrike, Sverige og Norge) har anvendt bare én metode, mens Hellas ennå ikke var i stand til å legge fram noe anslag. Bruk av flere uavhengige anslag kan kryssvalidere de enkelte tallene og føre til et mer pålitelig samlet anslag for et land. Derfor bør det ideelt sett anvendes en multimetodisk tilnæringsmåte, om mulig med årlige beregninger.

Forskjeller i utbredelsen av narkotikamisbruk skyldes en lang rekke forskjellige faktorer i hvert land. Ettersom land med en mer liberal narkotikapolitikk (som Nederland) og land med en mer restriktiv holdning (som Sverige) ikke har vesentlig forskjellige utbredelsesrater, er betydningen av den nasjonale narkotikapolitikken (en liberal kontra en mer restriktiv holdning) for utbredelsen av narkotikabruk og spesielt problematisk narkotikabruk fortsatt uklar. Imidlertid er en omfattende nasjonal narkotikapolitikk av stor betydning for å dempe de negative konsekvensene av

problematisk bruk av narkotika, f.eks. HIV-smitte, hepatitt B og C og overdosedødsfall. Andre faktorer som kan ha innvirkning på utbredelsen av problematisk bruk av narkotika er tilgjengeligheten og prisen på stoffene, arbeidsledighet og fattigdom eller andre samfunnsmessige problemer (krig), alderssammensetningen i et land og urbaniseringsgrad. Videre synes bruken av narkotika å opptre epidemisk (se f.eks. figur 4 og 5). Narkotikamisbruken kan dermed følge langsiktige epidemiske sykluser som i stor grad avhenger av den demografiske utviklingen og framveksten av nye generasjoner av ‘utsatte’ ungdommer som aldri har opplevd problemene forbundet med tyngre bruksmønstre. Derfor er det på det nåværende tidspunkt ikke mulig å gi noen endelig forklaring på årsakene til at utbredelsen varierer i så stor grad fra en EU-medlemsstat til en annen.

Det finnes kvalitativ eller lokal tilleggsinformasjon om trender for problematisk bruk av narkotika for enkelte land/byer.

I Østerrike synes utbredelsen av problematisk bruk av narkotika for tiden stabil i de fleste regioner, selv om ‘utekontakten’ i Wien har registrert en nedgang i antallet unge nykommere på området. Amsterdam, Nederland, har hatt en moderat nedgang i antallet heroinmisbrukere gjennom årene, mens andelen sprøytebrukere blant dem



Merknader: Med relativ forekomst menes forekomsten (antallet nye brukere pr. år) av opiatbrukere som med tiden vil oppsøke tjenestene.
Kilder: EMCDDA project, CT99.EP.06: Study on incidence of problem drug use and latency time to treatment in the European Union. Lisbon 2001. (Coordinated by the University of Rome 'Tor Vergata'.)

har gått kraftig ned. Frankrike har hatt en generell nedgang i heroinforbruket, men det er ikke klart hva dette betyr i forhold til antallet heroinmisbrukere, og det finnes tegn til nye, lokale økninger. I Finland tyder anslag over utbredelsen i Helsinki-området for 1995-1997 at bruken av harde stoffer har gått opp med minst 40 % på to år. Denne økningen har vært særlig markant blant menn, personer over 26 år og hos amfetaminmisbrukere.

I Tyskland er heroinmisbruk mest utbredt i storbyområder, og utbredelsen og antallet beslag er mye mindre ute i distriktene. I de nye delstatene er heroinmisbruk fortsatt sjelden. Undersøkelser tyder på at heroinmisbruken har stagnert eller bare økt i svært liten grad siden 1992, mens bruken av kokain viser en stabil og jevn økning. I Hellas antyder data fra indirekte indikatorer (behandling, dødsfall, lavterskeltilbud) at problematisk narkotikabruk er økende. I Irland er narkotikamisbrukerne unge, noe som gjenspeiler den generelle demografiske situasjonen. Fram til omkring 1996 var trenden for heroinbruk at det ble stadig vanligere å røyke, men nå blir intravenøs bruk igjen stadig vanligere. I Italia synes narkotikamisbruken høyere i regionene i nord, men det er mulig at problematisk bruk av narkotika er jevnere fordelt mellom de nordre, sentrale og sørlige regioner, selv om størrelsen på 'risikogrupperne' i befolkningen varierer mellom geografiske områder. (Samlet befolkning mellom 15-54 år er på ca. 32 millioner – herav bor 44 % i de nordlige, 19 % i de sentrale og 37 % i de sørlige regioner.) I tillegg kan regionene i nord ha forholdsvis mer rekreasjonsbruk av narkotika.

I Luxembourg viste det nasjonale registreringssystemet en økning på hele 42 % for nyregistreringer fra 1998 til 1999, men økningen kan hovedsakelig tilbakeføres til narkotikalovbrudd og kan gjenspeile en intensivering av politiets virksomhet. Luxembourg har en stor andel av utenlandske statsborgere (48 %) blant misbrukerne. Utbredelsesanslaget viser en økende trend, mens sprøytebruken har gått ned fra over 90 % til omkring 66 %. I Portugal er problemene knyttet til narkotikamisbruk størst i og omkring Lisboa, Porto, Setubal og Faro. I Spania er bruken av heroin, særlig intravenøst, i ferd med å avta samtidig som kokain er i ferd med å bli et stort problem. Sverige har hatt en økning i antallet tunge stoffmisbrukere i løpet av 1990-tallet, og heroin er i ferd med å bli vanligere blant yngre misbrukere. I Storbritannia tyder en rapport som ble utgitt i 1998 på at det har vært en økning av antallet heroinepidemier blant unge i de fleste regioner i England siden 1996, mens en nyere studie fra London tyder på en dobling av forekomsten av ikke-injisert heroinbruk mellom 1991 og 1997.

Helsekonsekvenser av narkotikamisbruk

Etterspørsel etter behandling

Karakteristika for klienter som påbegynner behandling (f.eks. sosiale karakteristika) og forbruksatferd (som andelen sprøytebrukere eller opiatbrukere) er potensielle indikatorer for bredere trender for problematisk bruk av narkotika. Forskjeller i metodene for innsamling av informasjon og forskjeller i behandlingstilbudet landene imellom kan imidlertid gi en viss fortegnings.

Stoffer

Til tross for forskjellene i behandlingspolitikk og registreringspraksis er det mulig å identifisere både felles og særlige trender for Europa.

I de fleste landene er det opiater som oftest tas av nye klienter som påbegynner behandling (spesielt heroin). Variasjonene mellom landene er forholdsvis stor – fra 22,4 % i Finland til 84,2 % i Hellas, men for de fleste landene ligger tallet i området 50-70 %. Bortsett fra heroin er cannabis (over 15 % i Belgia, Danmark, Finland og Irland) og kokain (særlig Nederland med 15,4 % og Spania med 17 %) de stoffene det hyppigst søkes behandling for. Ecstasy er viktigst bare i et lite antall tilfeller, med høyeste prosentandel i Irland (8,9 %). Det er store forskjeller når det gjelder amfetamin – de høyeste tallene rapporteres av Finland (39 %), Sverige (17 %) og Belgia (15 %).

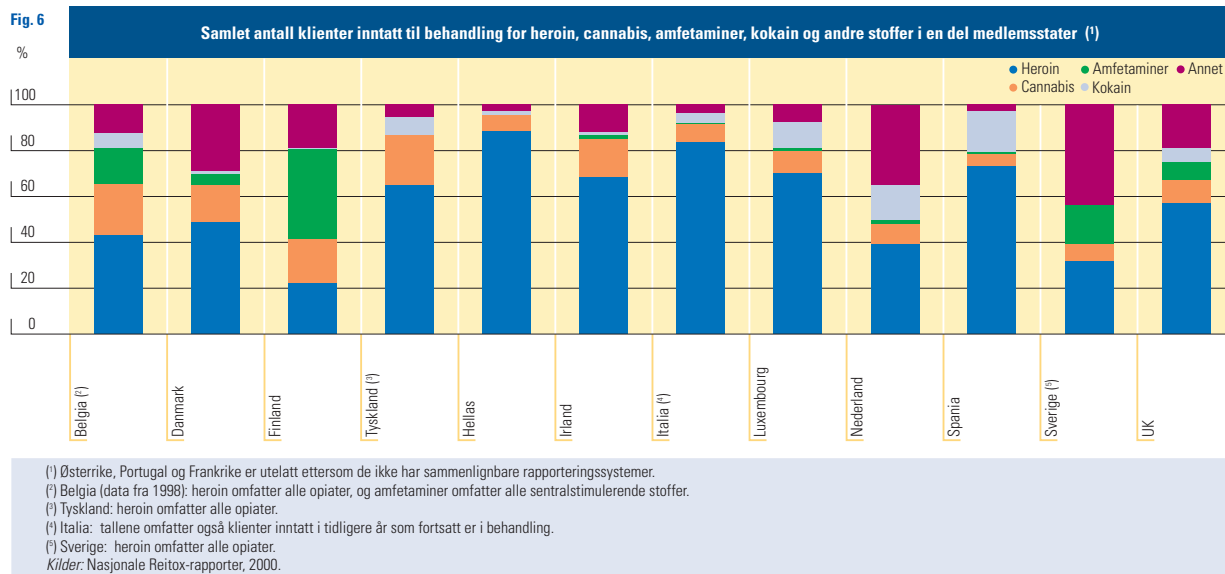
Trender

Det er identifisert felles trender for antallet nye klienter som søker behandling – antall søkere om behandling for heroin går ned, men øker for cannabis og spesielt kokain. Den største økningen i cannabis klienter finner vi i Tyskland (fra 16,7 % i 1996 til 40 % i 1999 selv om det er viktig å merke seg at disse dataene bare gjelder poliklinisk behandling) og Irland (fra 20,7 % i 1996 til 29,4 % i 1999) og Danmark (fra 25 % i 1996 til 31 % i 1999), mens den kraftigste økningen i antallet kokainmisbrukere rapporteres fra Spania (fra 21,6 % i 1998 til 30,9 % i 1999) og Nederland (fra 14,7 % i 1994 til 23,2 % i 1999).

Disse trendene bekreftes av data for det totale antall klienter som er innlagt til behandling i løpet av årene, der økningen av kokainmisbrukere er klar, samt ved en sammenlikning mellom nye og alle klienter innlagt til behandling i enkelte medlemsstater. Videre ser vi en økning i bruken av kokain som sekundært stoff hos klienter som bruker opiater som hovedrusmiddel ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾. Det er

(7) Figur 7 OL: Utvikling av samlet antall klienter inntatt til behandling for heroin, cannabis og kokain (nettutgaven).

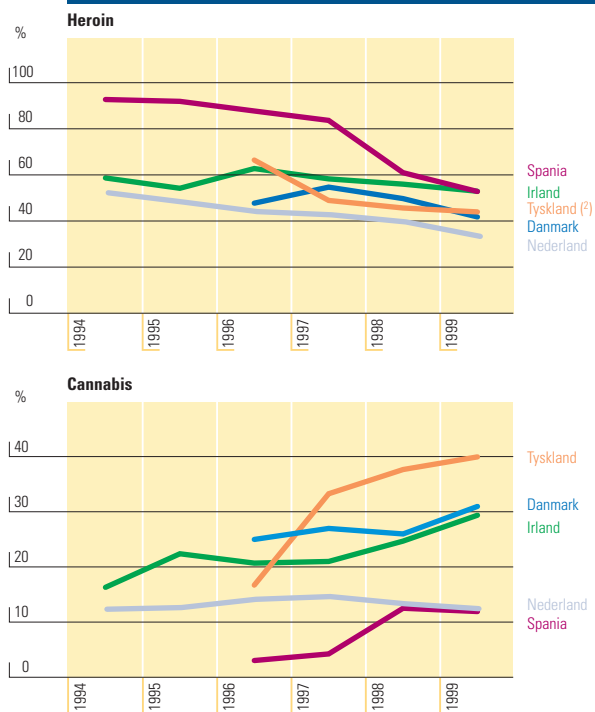
(8) Figur 8 OL: Alle og nye klienter inntatt til behandling for cannabis og kokain (nettutgaven).



vanlig at klienter som søker behandling bruker mer enn ett rusmiddel, og det er identifisert forskjeller i enkelte brukergrupper.

En økning i etterspørselen etter substitusjonsbehandling rapporteres i mange land, spesielt blant gravide kvinner. Dette skyldes sannsynligvis at dette tilbudet nå er mer tilgjengelig.

Fig. 7 Utvikling av antallet nye klienter inntatt til behandling for heroin og cannabis i en del medlemsstater ⁽¹⁾



(1) En del land er ikke med her pga. mangel på sammenlignbare data for de aktuelle årene.
 (2) Data gjelder alle opiat.
 Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter 2000.

Sprøytebruk og andre måter å ta rusmidler på

Andelen sprøytebrukere blant klienter som er under behandling for heroin varierer svært, fra 12,5 % i Nederland til 72,7 % i Hellas. De fleste landene har en generell nedgang i bruken av heroin i intravenøs form, selv om dette varierer (Irland rapporterer det motsatte, nemlig en økende tendens til bruk av sprøyter). En sammenligning mellom det totale antall og antallet nye klienter som søker behandling for heroin synes å bekrefte nedgangen i sprøytebruken for heroin (en gjennomsnittlig nedgang på ca. 10 %) ⁽⁹⁾.

Det er mange faktorer som kan ha betydning for hvordan stoffet inntas, og disse er fortsatt ikke helt klare eller vitenskapelig bevist, men kan omfatte markedsfaktorer, kulturtradisjoner og forskjellige intervensjoner.

På markedsnivå er det tre hovedfaktorer som kan virke inn på den måten stoffet tas på: relativ tilgjengelighet av heroin for røyking (baseform) eller for intravenøs bruk (hydroklorid), prisen på heroin (høyere pris fører til økt sprøytebruk), heroinens renhet (lavere renhet henger sammen med mer utbredt bruk av sprøyter).

Fra et kulturelt synspunkt er det enkelte tradisjoner som særlig knyttes til etniske minoriteter. I undergruppen stoffbrukere fra Surinam synes motstanden mot sprøytebruk å ha påvirket den måten heroinmisbrukerne tar heroinen på (sniffing eller røyking). Den samme innflytelsen ble ikke funnet i andre undergrupper som nordafrikanske brukere i Frankrike, eller brukere fra Antillene, som også tradisjonelt røyker eller sniffer heroin.

(9) Figur 9 OL: Andel sprøytebrukere blant klienter inntatt til behandling for bruk av heroin i en del EU-land, data fra 1999 (nettutgaven).

Tilbud og etterspørsel etter narkotika

Ulike evalueringsstudier kaster også lys over forholdet mellom forebyggende aktiviteter (fasiliteter, informasjon om faren ved sprøytebruk) og holdningsendringer (fra bruk av sprøyte til sniffing eller røyking) som en faktor av betydning.

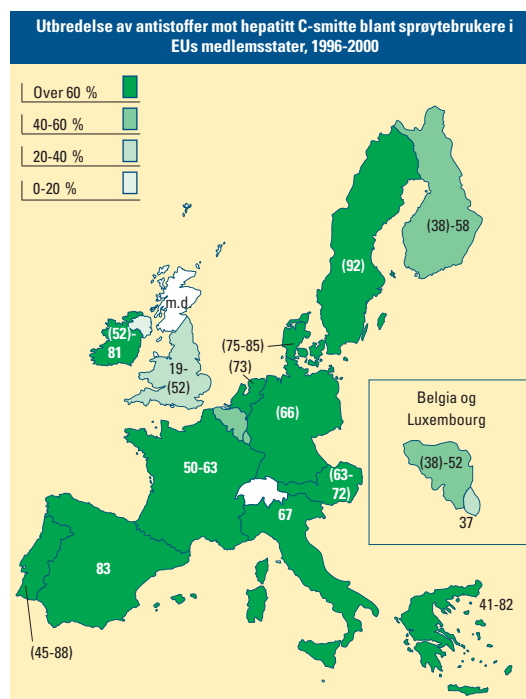
Sosiale karakteristika

Klienter som påbegynner behandling er oftest menn i 20-til 30-årsalderen. Gjennomsnittsalderen er 29 år for alle klienter og 27 for nye klienter. Kvinnene er vanligvis yngre enn mennene og søker behandling nesten et helt år før dem. De eldste klientene finnes i Sverige og Nederland, mens de yngste finnes i Irland og Finland, selv om dette for Irlands vedkommende også gjenspeiler landets demografiske situasjon.

Kjønnsfordelingen varierer, men det er visse likhetstrekk mellom landene i Sør-Europa, der menn er i et stort flertall (86/14 i Italia, 85/15 i Spania, 84/16 i Portugal, 84/16 i Hellas), og mellom landene i Nord-Europa, der det er flere kvinner i behandling (70/30 i Irland, 72/28 i Sverige).

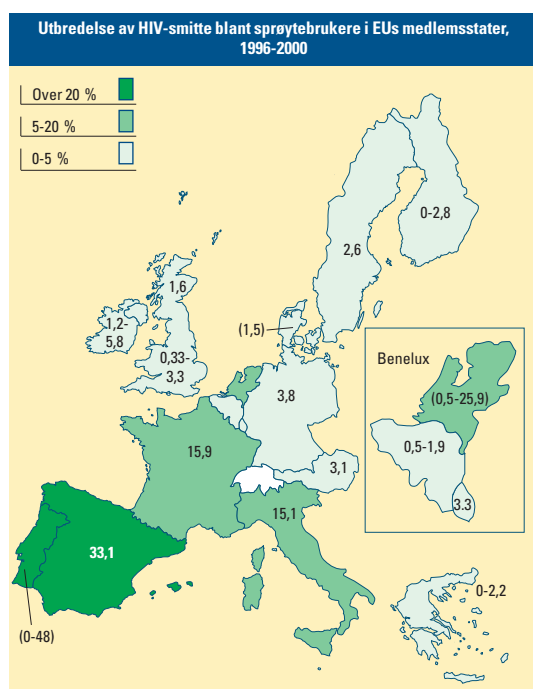
De sosiale forholdene for klienter som søker behandling synes å forverres når man ser på utdanningsnivå og arbeidssituasjon. De fleste klientene lever i byområder, men dette kan også skyldes at behandlingstilbudet er dårligere i landdistriktene.

Fig. 9



Merknader: m.d.: mangler data. Tallene i parentes er lokale data. På grunn av ulike og enkelte tilfeller lokale data, bør forskjeller mellom landene tolkes med varsomhet. Fargen på landene viser til middelverdien for anslagene. Data for Spania, Italia og Tyskland gjelder bare utbredelse av HCV-smitte blant sprøytebrukere i behandling og er dermed ikke representative for utbredelsen av HCV blant sprøytebrukere som ikke får behandling. Data for Luxembourg gjelder bare sprøytebrukere i fengsel. Data for UK og Luxembourg og de høye tallene for Irland og Finland er basert på spytttester. Data for Frankrike og det høye tallet for Belgia er basert på egenrapporterte testresultater, som kan være upålitelige. Tallene for Tyskland er for 1995, for Sverige for 1994. For flere detaljer og kilder – se de statistiske tabellene i sin helhet på www.eonn.org.

Fig. 8



Merknader: Tallene i parentes er lokale data. På grunn av ulike metoder og målgrupper bør forskjeller mellom landene tolkes med varsomhet. Fargen på landene viser til middelverdien for anslagene. Data for Spania, Italia, Frankrike og Tyskland gjelder bare utbredelse av HIV-smitte blant sprøytebrukere i behandling og er dermed ikke representative for utbredelsen av HIV blant sprøytebrukere som ikke får behandling. For flere detaljer og kilder – se de statistiske tabellene i sin helhet på www.eonn.org.

Narkotikarelaterte smittsomme sykdommer

En mer detaljert beskrivelse finnes i kapittel 3: Utvalgte aspekter – Narkotikarelaterte smittsomme sykdommer.

Utbredelse og trender

Ettersom tilgjengelige data kommer fra forskjellige kilder (noen ganger lokale), kan det bare gis en generell beskrivelse av utbredelsen av HIV blant sprøytebrukere. Imidlertid er det store forskjeller både landene imellom og innenfor det enkelte land. Tilgjengelige data gir en indikasjon på infeksjonsnivået blant de ulike undergrupper av sprøytebrukere, som grovt sett varierer fra ca. 1 % i Storbritannia til 32 % i Spania. Bildet har ikke forandret seg stort i de senere årene. I den senere tid er det likevel indikasjoner på en økning i antallet nye tilfeller av HIV-smitte blant (undergrupper av) sprøytebrukere i enkelte land (se boksen, s. 16).

Det finnes færre data tilgjengelig om utbredelsen av hepatitt C-virus (HCV) blant sprøytebrukere, og der slike data finnes, gjelder de samme begrensningene som for data for HIV. Men det generelle bildet er klart – utbredelsen av HCV er ekstremt høy i dataene fra alle land i EU, med tall fra 40 til 90 % i de forskjellige undergrup-

pene av sprøytebrukere (figur 9). Ut fra foreliggende data er utbredelsen av HCV-smitte blant sprøytebrukere under 25 år fra 20 % (Belgia, behandling, 1998) opp til over 74 % (Portugal, Coimbra, behandling, 2000) (se figur 7 i kapittel 3: Utvalgte aspekter – Narkotikarelaterte smittsomme sykdommer). Dette tilsier at HCV-smitten fortsatt er på et meget høyt nivå i flere land, selv om enkelte studier indikerer at innføring av forebyggende tiltak kan ha redusert overføringen av HIV-smitte (Storbritannia).

Narkotikarelaterte dødsfall og dødelighet blant narkotikamisbrukere

Antallet akutte narkotikarelaterte dødsfall ('overdoser') brukes noen ganger som en forenklet måte å vurdere narkotikasituasjonen i et land på, og for å gjøre sammenligninger. Narkotikadødsfall er både et sosialt og et politisk problem, særlig akutte dødsfall blant unge.

Karakteristika for akutte narkotikarelaterte dødsfall

Basert på tilgjengelig informasjon har antallet tilfeller rapportert i EU-landene i de fem siste årene (1994-1999)

totalt ligget mellom 7 000 og 8 000. I EU er opiatere fortsatt til stede i de fleste tilfeller av akutte narkotikarelaterte dødsfall, dvs. 'overdoser' eller 'forgiftninger' ⁽¹⁰⁾.

Det er vanlig at også andre rusmidler, som alkohol, benzodiazepiner eller kokain er til stede. Tilstedeværelsen av depressanter som alkohol eller benzodiazepiner betraktes som en risikofaktor for opiatoverdose. Akutte dødsfall der kokain, amfetamin eller ecstasy er til stede, uten opiatere, synes sjeldne i Europa.

Mange opiatdødsfall skjer inntil tre timer etter bruk, slik at det faktisk er mulig å få medisinsk hjelp. Dessuten skjer mange fatale og ikke-fatale overdoser i andre brukeres nærvær, slik at det burde være mulig å gripe inn. I disse tilfellene er det viktig at brukerne vet hvordan de kan søke effektiv hjelp.

De fleste opiatdødsfallene skjer blant sprøytebrukere som er i slutten av 20-årene eller i 30-årene, vanligvis etter flere års bruk. Det store flertall av dødsfall skjedde blant menn.

Mulig økning av HIV-smitte blant sprøytebrukere i en del EU-land

Foreløpige data tyder på at det kan ha vært en økning i HIV-smitte blant undergrupper av sprøytebrukere i en del EU-land. Det bør tas hensyn til de begrensninger som ligger i bruken av rutinedata når endringer i smitte skal påvises (se kapittel 3 side 37). For eksempel kan økningen i Irland delvis skyldes økt testing av sprøytebrukere. Men det er viktig at denne potensielle økningen overvåkes nøye slik at egnede tiltak eventuelt kan treffes. Det kan ha vært en økning i HIV-smitte i Østerrike, Luxembourg, Irland, Nederland, Portugal og Finland.

I Østerrike gikk utbredelsen av HIV blant overdoser av opiatere opp fra 1 til 5 % i 1999 (fra 3 % i 1996, 2 % i 1997 og 1 % i 1998.)

I Luxembourg gikk antallet registrerte HIV-tilfeller blant sprøytebrukere opp fra 2-3 i året i 1995-1997 til 6-7 i året i 1998 og 1999.

Irland hadde en tredobling av antallet HIV-positive sprøytebrukere til 69 i 1999 (fra 20-26 i året i perioden 1994-1998).

I Portugal er dataene hentet fra lokale kilder. I Coimbra gikk utbredelsen av HIV blant sprøytebrukere under behandling mellom 1999 og 2000 opp fra 9 til 13 %,

dette var hovedsakelig blant kvinner, og fra 9,5 til 18 % i aldersgruppen 25-34. En gateundersøkelse blant 250 hjemløse heroinbrukere i et svært belastet område av Lisboa ga en utbredelse på 48 % i 1998/1999.

Finland har hatt en kraftig økning i registrerte tilfeller av HIV blant sprøytebrukere, fra 0-5 tilfeller pr. år i perioden 1990-1997, til 20 tilfeller i 1998 og 84 i 1999. Utbredelsen blant misbrukere som deltok i sprøytebytteprogrammer og som ba om å bli HIV-testet, gikk også opp fra 0 % i 1997 til 3 % i 1998 og 8 % i 1999 for så å falle til 3 % i 2000.

I Nederland gikk HIV-smitte blant sprøytebrukere i Heerlen i Sør-Nederland opp fra 11 til 22 % mellom 1994 og 1998/1999.

Merknader: Utvalgsstørrelse: Østerrike 1996-184, 1997-131, 1998-108, 1999-126; Nederland, Heerlen 1994-161, 1998/1999-116; Portugal, Coimbra 1999-227, 2000-106, Lisboa 1998/1999-252; Finland 1997-131, 1998-135, 1999-63, 2000-356.

Kilder: Nasjonale knutepunkter. Data for Lisboa: H. Valle, L. Rodrigues, R. Coutinho, o.a. 'HIV, HCV and HBV infection in a group of drug addicts from Lisbon', Seventh European conference on clinical aspects of HIV infection, 23.-27. oktober 1999, Lisboa, Portugal (utdrag 866).

⁽¹⁰⁾ Figur 10 OL: Andel misbruk av opiatere og ikke-opiatiske stoffer blant tilfellene av narkotikarelaterte dødsfall, gyldige prosentandeler basert på tilfeller med kjent toksikologi (nettutgaven).

Narkotikarelaterte dødsfall – metoder og definisjoner

I denne rapporten har vi fokusert på akutte narkotikarelaterte dødsfall (overdoser) med mindre annet er angitt.

Direkte sammenligninger mellom land kan være misvisende ettersom antallet narkotikarelaterte dødsfall ikke bare avhenger av utbredelsen av problematisk bruk av narkotika og risikomønstre (som sprøytebruk), men også av nasjonale definisjoner og registreringsmetoder. For eksempel bruker Portugal en bred definisjon, mens Sverige nylig har gått over fra en bred til en mer restriktiv definisjon ⁽¹⁾.

Narkotikarelaterte dødsfall og dødelighet blant narkotikamisbrukere er en av EONNs epidemiologiske nøkkelindikatorer. En europeisk standardprotokoll er utarbeidet for rapportering av tilfeller fra generelle dødelighetsregistre (GMR) og spesialregistre (SR), enten av rettsmedisinske institusjoner eller av politietater. Denne standardprotokollen er testet i alle medlemsstatene, og det foregår et aktivt samarbeid med Eurostat og Verdens helseorganisasjon ⁽²⁾.

Der definisjoner, metoder og kvalitet på rapporteringen i et gitt land er konsekvent, kan statistiske opplysninger indikere trender over tid, og med en korrekt analyse og integrasjon med andre indikatorer, kan de være verdifulle i overvåkingen av de mer ekstreme mønstrene innen narkotikabruk.

Dødsfall som indirekte kan knyttes til narkotikamisbruk – AIDS, trafikkulykker, vold eller selvmord – bør også tas i betraktning i vurderingen av de samlede konsekvenser av narkotikamisbruk, men disse forutsetter andre informasjonskilder og mer forskningsorienterte metoder.

⁽¹⁾ Boks 1 OL: Definisjoner på 'akutt narkotikarelatert dødsfall' i EUs medlemsstater i henhold til EONNs årsrapport og nasjonale rapporter (nettutgaven).

⁽²⁾ Boks 2 OL: Forslag til EONN-standard for fastsettelse av akutte narkotikarelaterte dødsfall – standarddefinisjon, DRD-standard, versjon 1 (akutt narkotikarelatert dødsfall) (nettutgaven).

Likewise for klienter som påbegynner behandling, er det en klar tendens i mange EU-land til at ofrene blir eldre ⁽¹¹⁾.

En del kokainrelaterte dødsfall risikerer å passere ubemerket på grunn av ofrenes sosiale bakgrunn eller på grunn av andre kliniske funn (f.eks. iskemisk hjertesykdom eller arytmi). Medisinsk nødhjelpspersonell bør være klar over dette. Akutte dødsfall som bare er relatert til ecstasy, synes å forekomme sjelden, til tross for det oppstuss disse forårsaket blant allmennheten i en del land i Europa i 1990-årene.

Metadon har vært identifisert i en rekke narkotikadødsfall, og metadonens rolle har vært diskutert i flere europeiske land. Siden substitusjonsbehandling med metadon er blitt ganske vanlig i de senere år, skjer det oftere at man gjør tilfeldige toksikologiske funn av metadon hos narkotikamisbrukere som dør som følge av ulykker, AIDS osv. Enkelte lokale studier tyder på at noen akutte dødsfall kan skyldes metadon som er kommet ut på det illegale markedet, kanskje fordi ordningene for foreskriving har vært for dårlige. Organiseringen av programmene for substitusjonsbehandling med metadon har vært anbefalt forbedret i enkelte land. Til tross for disse problemene viser forskning at substitusjonsbehandling reduserer risikoen for narkotikarelatert dødsfall blant deltakerne i slike programmer.

Trender for akutte narkotikarelaterte dødsfall

Mange EU-land så en klar økning i antallet akutte narkotikarelaterte dødsfall i annen halvdel av 1980-årene og begynnelsen av 1990-årene. I de senere årene har antallet akutte dødsfall på EU-nivå likevel i stor grad stabilisert seg, til mellom 7 000 og 8 000 i året, og enkelte land har til og med hatt en nedgang.

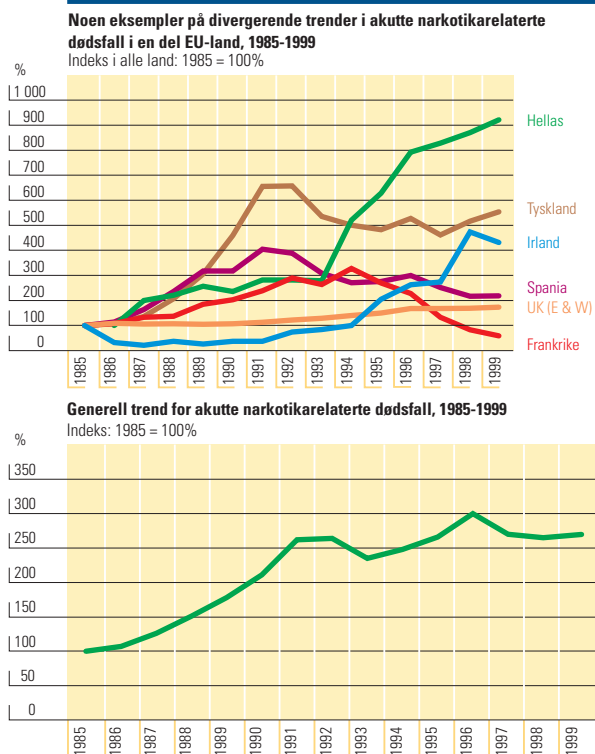
Sannsynligvis er det mange faktorer som bidrar til at antallet narkotikarelaterte dødsfall i den senere tid er stabilisert. Antallet misbrukere av narkotika kan ha stabilisert seg, og behandlingsdata tyder også på en nedgang i enkelte land når det gjelder risikopraksis, f.eks. bruk av sprøyte. I tillegg har mange land fått et større behandlingstilbud, inkludert programmer for substitusjonsbehandling, og den medisinske hjelpen ved overdoser kan ha blitt bedre.

Stabiliseringen samsvarer med nedgangen i dødeligheten totalt (i enkelte tilfeller også i antallet overdosedødsfall) hos kohorter av misbrukere som beskrevet nedenfor. (Avsnittet om dødelighet blant narkotikabrukere).

Innenfor den generelle trenden for EU kan man finne forskjellige nasjonale trender.

⁽¹¹⁾ Figur 11 OL: Andel personer over 30 blant narkotikarelaterte dødsfall i en del EU-land, 1986 og 1999 (nettutgaven).

Fig. 10 **Trender i akutte narkotikarelaterte dødsfall, 1985-1999**



Merknader: Grafen viser forholdsvis avvik i forhold til 1985. For å unngå fortegnings begynner serien for Hellas i 1986.

For en del land med stigende trend kan en del av stigningen tilskrives forbedret rapportering.

Ikke alle land har framlagt data for alle år, men dette forholdet er kompensert i analysen.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter 2000, hentet fra nasjonale dødelighetsregistre eller spesielle registre (rettsmedisinske institusjoner eller politi).
Se også Tabeller over standard epidemiologi på EONNs nettsted.

- Flere land har en generelt nedadgående trend, dog med variasjoner fra år til år. Dette gjelder f.eks. Østerrike, Frankrike, Tyskland, Luxembourg, Italia og Spania. Østerrike (1999), Tyskland (1999-2000) og Luxembourg (1997-1998) rapporterte nylig en ny økning, men denne er ikke så høy som tidligere. Utviklingen må overvåkes nøye.
- En del land har inntil nylig rapportert en klart oppadgående trend – f.eks. Hellas, Irland (nedgang observert i 1999) og Portugal. Denne økningen er sannsynligvis relatert til en senere økning i heroinbruken i disse landene i 1990-årene, noe som kan ha sammenheng med samfunnsutviklingen. Registreringspraksis kan også ha blitt bedre. Den brede definisjonen av 'tilfelle' som er brukt, kan ha en viss betydning for den klare økningen som nylig er observert i Portugal.
- Storbritannia viser en moderat men kontinuerlig økende trend. I andre land er trenden stabil eller vanskelig å vurdere på grunn av endringen som nylig har funnet sted i forbindelse med den internasjonale diagnoselisten (International Classification of Diseases, versjon 9 til 10) eller endringer i nasjonale definisjoner.

Sammenligninger av anslag over narkotikarelaterte dødsfall mellom EU og USA bør gjøres og fortolkes med største varsomhet. Gjeldende europeiske definisjoner på narkotikarelatert død er uensartede, og USAs definisjon er noe bredere og omfatter psykoaktive medikamenter. Men selv da er det verdt å merke seg at antallet tilfeller registrert i EU-landene (376 millioner innbyggere) bare ligger på rundt halvparten av det som er registrert i USA (270 millioner innbyggere). I de seneste årene har antallet tilfeller i EU ligget mellom 7 000 og 8 000, mens USA synes å ha en stigende trend fra omkring 13 000 til nesten 16 000 i samme periode (ONDCP. The National Drug Control Strategy. 2001 Annual Report).

Dødelighet blant narkotikamisbrukere

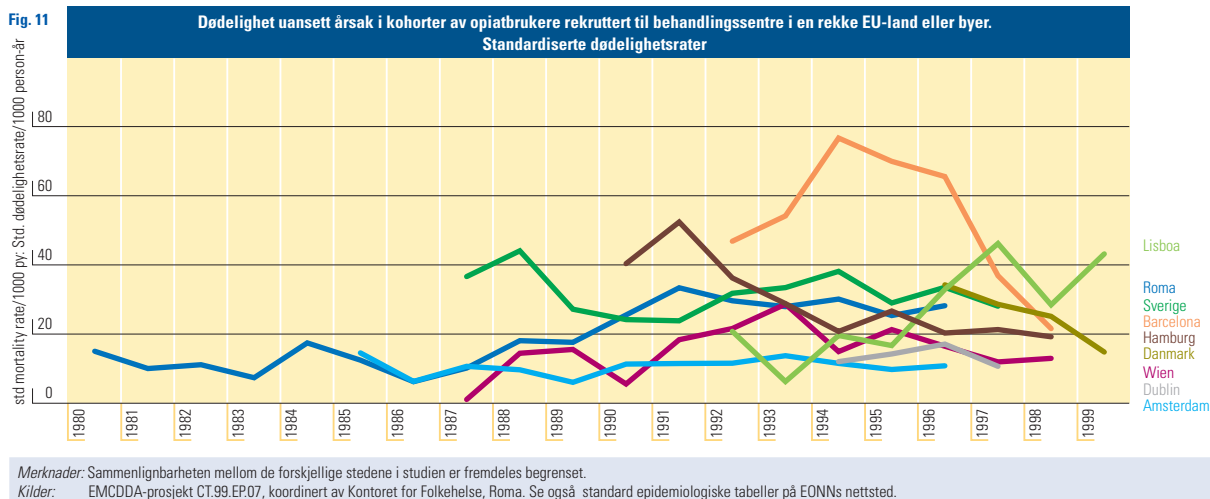
Problembbrukere representerer en meget liten andel av befolkningen, men de står for en uforholdsmessig stor del av helseproblemene og har framfor alt svært høy dødelighet.

Oppfølgingsstudier som består i å følge grupper av misbrukere (vanligvis opiatbrukere rekruttert fra behandlingssentre) over flere år, har konsekvent vist at opiatbrukere har en samlet dødelighetsrate (for alle dødsårsaker) som er inntil 20 ganger høyere enn hos befolkningen generelt i samme aldersgruppe. Dette skyldes ikke bare overdoser men også ulykker, selvmord, AIDS og andre smittsomme sykdommer. Andre risikofaktorer er også identifisert: dødeligheten for sprøytebrukere er to til fire ganger høyere enn for ikke-sprøytebrukere, mens den for brukere med HIV er to til seks ganger høyere enn for brukere som ikke har HIV-smitte. Kombinert bruk av opiater og andre depressanter som alkohol eller benzodiazepiner kan øke risikoen for overdose.

Dødeligheten blant misbrukere som ikke bruker opiater og ikke bruker sprøyte er klart lavere selv om det er vanskeligere å vurdere deres helse risikoen med nøyaktighet. Generelt registrerer tradisjonelle behandlingssentre relativt få, utvalgte tilfeller av tunge kokain- eller amfetaminbrukere, og en vesentlig del av dem synes å være tidligere opiatbrukere eller ha et samtidig opiatbruk, tidligere sprøytebrukere eller mennesker som er utestengt fra samfunnslivet. For disse kan det være nødvendig å bruke andre metoder og/eller kilder enn for de tradisjonelle opiatbrukerne.

En multisenterstudie koordinert av EONN satte opp kohorter på ni steder i Europa (byer eller land) som i størst mulig grad følger en felles protokoll utviklet som en del av nøkkelindikatoren 'narkotikarelaterte dødsfall og dødelighet blant narkotikamisbrukere'. Studien viser store variasjoner i total dødelighet og dødsårsaker fra sted til sted.

Tilbud og etterspørsel etter narkotika



Trender i dødelighet blant narkotikamisbrukere

EONN-studien som er omtalt ovenfor, avslører at dødelighetsratene flere steder nådde sitt høydepunkt i begynnelsen eller midten av 1990-årene, for deretter å avta (Barcelona, Hamburg, Wien og muligens Danmark – som det bare finnes informasjon for for de senere par årene). I Barcelona var dette fenomenet spesielt uttalt: dødeligheten var oppe i over 50 pr. 1 000 brukere pr. år fra 1992 til 1996. Deretter kom en klar nedgang, som sammenfaller med nedgangen i antallet AIDS-dødsfall og i noen mindre grad i antallet overdosedødsfall.

Retts håndhevelsesindikatorer

Hva som defineres som brudd på nasjonal narkotikalovgivning (som bruk, besittelse og omsetning), gjenspeiler forskjellene i lovgivningen og i politiets ressurser og prioriteringer. Sammenligninger påvirkes av forskjeller i registreringsrutiner og definisjoner. Der det er mulig, er det trender som sammenlignes.

'Arrestasjon' ⁽¹²⁾ for narkotikalovbrudd

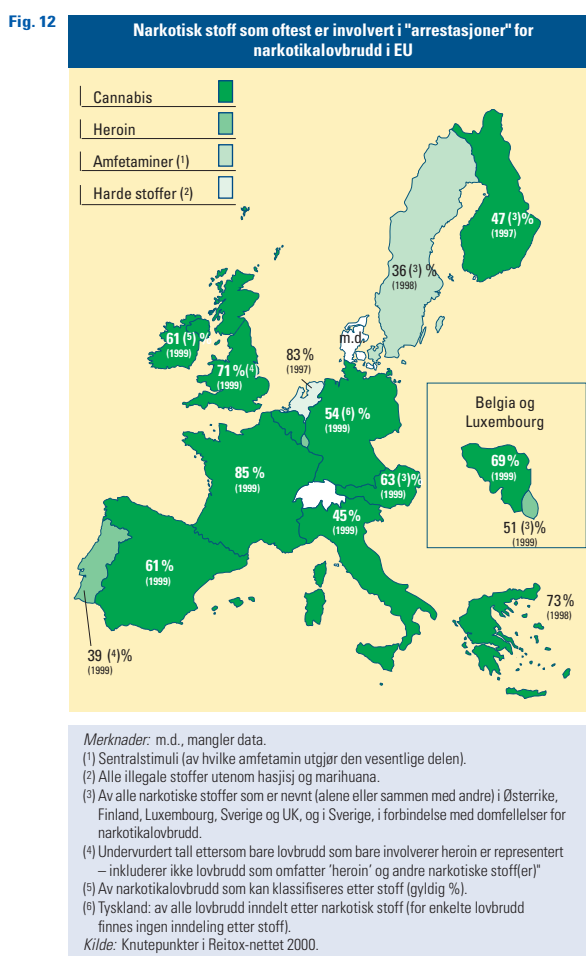
Cannabis var i 1999 fortsatt det narkotiske stoffet som oftest var involvert i 'arrestasjoner' – med fra 45 % av alle narkotikarelaterte arrestasjoner i Italia til 85 % i Frankrike. Sverige har noen flere arrestasjoner for amfetaminer enn for cannabis. I Portugal og Luxembourg dominerer heroin, mens de fleste narkotikalovbrudd i Nederland gjelder 'harde stoffer' (andre narkotiske stoffer enn cannabis og cannabisstoffer).

De fleste rapporterte brudd på narkotikalovgivningen gjelder bruk eller besittelse av narkotika til eget bruk, bortsett fra i Italia, Nederland og Spania, der bare handel og smugling betraktes som brudd på narkotikalovgiv-

ningen. Som i foregående år har de fleste arrestasjoner rapportert i Luxembourg i 1999 vært for både bruk og smugling av narkotika.

Trender

I EU har antallet 'arrestasjoner' for brudd på narkotikalovgivningen økt jevnt siden 1985. Antallet rapporterte tilfeller er mer enn syvdoblet i Finland, Hellas og Portugal, mens



⁽¹²⁾ 'Arrestasjoner' for brudd på narkotikalovgivningen defineres forskjellig av medlemsstatene. Begrepet kan f.eks. referere til mistanke om eller siktelse for brudd på narkotikalovgivningen. Nøyaktige definisjoner finnes i Statistical Bulletin på www.eonn.org.

Danmark, Italia, Nederland og Sverige hadde en langt lavere økning (dobling eller mindre).

I de tre siste årene har antallet narkotikarelaterte 'arrestasjoner' gått opp i de fleste EU-land. Den største økningen er rapportert i Hellas, Irland, Portugal og Spania. I 1999 var Belgia og Storbritannia de eneste landene som kunne rapportere en nedgang i antallet narkotikarelaterte 'arrestasjoner' ⁽¹³⁾.

Narkotikamisbrukere i fengsel

Antallet narkotikamisbrukere blant innsatte er hovedsakelig blitt anslått via et antall ad-hoc-studier som er utført lokalt. Inntil 90 % av de innsatte rapporterer om langtidsbruk av et illegalt stoff. Det er færre misbrukere og/eller sprøytebrukere, men disse representerer likevel så mye som 50 % av fangebefolkningen i enkelte områder ⁽¹⁴⁾.

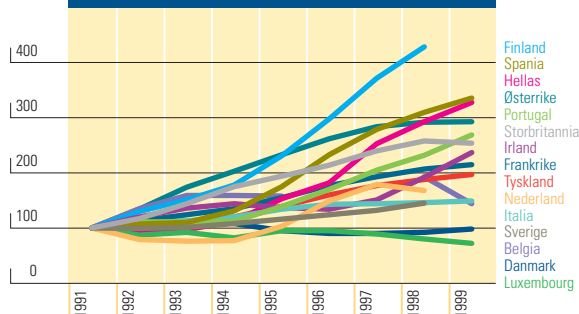
Narkotikamisbruk i fengslene rapporteres i flere land. Sprøytebrukere har mindre sannsynlighet for å bruke sprøyte i fengselet enn ute i samfunnet, samtidig som de nok mer sannsynlig vil dele brukerutstyr inne i fengselet.

Indikatorer for narkotikamarkedet – beslag, priser, renhet

Dataene om narkotikabeslag, priser og renhet analysert nedenfor, er framlagt av knutepunktene i Reitox-nettet. Avvik i forhold til data publisert av Europol skyldes avvikende rapporteringsrutiner ⁽¹⁵⁾.

Narkotikabeslag betraktes vanligvis som indirekte indikatorer på forsyning og tilgjengelighet av narkotika, selv om de også gjenspeiler politiets ressurser, prioriteringer og strategier, og likeledes hvor utsatt omsetningsleddene er for å bli tatt. Trender når det gjelder beslaglagte kvanta vil f.eks. ikke gi et riktig bilde ettersom de kan svinge fra det ene året til det andre dersom det foretas et lite antall store beslag. Fordi beslagene i alle land omfatter en stor andel små beslag på detaljnivå i markedet, vil antallet beslag vanligvis være en bedre indikator for trender på brukernivå. Der dette er kjent, vil opprinnelse og destinasjon for beslaglagte stoffer gi en indikasjon på smuglerruter og produksjonsområder. Stoffenes pris og renhet på detaljnivå er rapportert av de fleste medlemsstatene, men datagrunnlaget er lite og tillater ikke nøyaktige sammenligninger. De kan imidlertid gi en røff indikasjon på tilgjengeligheten av de ulike stoffene og informasjon om tilgangen til narkotika på brukernivå.

Fig. 13 'Arrestasjoner' for brudd på narkotikalovgivningen i EU-land 1991-1999 - 3-årig glidende gj.sn. indeksert (1991=100)



Merknader: For definisjoner på 'arrestasjoner', se supplerende tabeller på www.emcdda.org. Reelle verdier er lagt inn for alle land i 1999 og for Belgia, Finland, Nederland og Sverige i 1998 ettersom tilgjengelige data for deres vedkommende ikke tillater beregning av glidende gjennomsnitt. Serien for Belgia har avbrudd i 1996 og 1997 (manglende data). Hellas: Tallet for 1998 refererer til antallet tiltalebeslutninger.

Kilder: Knutepunktene i Reitox-Nettet.

Heroin

I 1999 ble mer enn sju tonn heroin beslaglagt i EU, hvorav en tredel bare i Storbritannia. Heroinen som beslaglegges i EU kommer hovedsakelig fra Den gylne halvmåne (Sørvest-Asia: Afghanistan, Pakistan), etterfulgt av Det gylne triangel (Sørøst-Asia: Myanmar, Laos, Thailand), via Tyrkia, Balkan-ruten og Nederland. Imidlertid ble det rapportert økt smugling over landene i Nordøst-Europa, særlig via Russland.

I EU var gateprisen i 1999 for ett gram heroin mellom 30 og 340 euro. De høyeste prisene ble rapportert i Finland og Sverige. Heroinens renhet varierer typisk fra under

Tilgang til narkotika for 15-16-år gamle skoleelever

Det framgår av ESPADs skoleundersøkelser at 15-16-åringene mener at tilgangen til narkotika synes å ha økt fra 1995 til 1999 i alle deltakende EU-land ⁽¹⁾ unntatt i Irland og Storbritannia, der den har gått ned. I 1999 mente 20-60 % av elevene at cannabis var 'svært lett' eller 'ganske lett' å få tak i, for heroin og kokain var tallene 5-20 % og for amfetaminer og ecstasy 6-38 %. Oppfatningen av tilgjengeligheten av illegale narkotiske stoffer er typisk svært lav i Finland og ganske høy i Irland, Danmark og Storbritannia.

⁽¹⁾ Deltakende EU-land: Danmark, Finland, Frankrike, Hellas, Irland, Italia, Portugal, Sverige, Storbritannia.

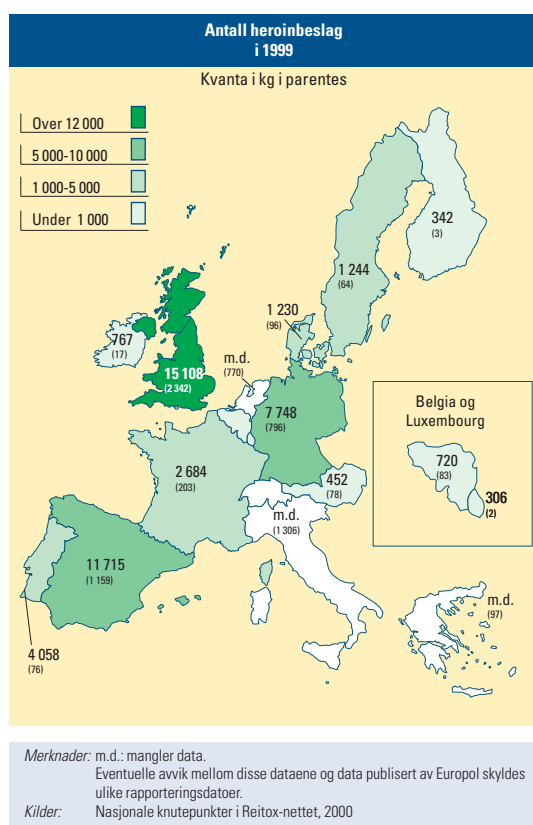
Kilde: Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner i 1999 (ESPAD) – The 1999 ESPAD Report. Se side 10 for fullstendig referanse.

⁽¹³⁾ Tabell 3 OL: Arrestasjoner for brudd på narkotikalovgivningen (nettutgaven).

⁽¹⁴⁾ Tabell 4 OL: Data fra fengslene (nettutgaven).

⁽¹⁵⁾ Tabell 5 OL: Narkotikabeslag i EU-land (nettutgaven).

Fig. 14



20 % til 35 %, men høyere gjennomsnittlig renhet rapporteres av Danmark, Finland og Storbritannia.

Trender

På EU-nivå gikk antallet heroinbeslag opp fram til 1991–92, da vi fikk en stabilisering. Siden 1985 har antallet heroinbeslag steget jevnt og trutt i Luxembourg, Portugal og Sverige, mens Østerrike, Belgia, Danmark, Frankrike, Tyskland og Spania har rapportert en markert nedgang siden 1996–97. I alle medlemsstater har de beslaglagte mengdene variert i perioden. I 1999 ble det rapportert en markert nedgang i beslaglagte mengder heroin i Østerrike, Frankrike, Hellas, Irland og Nederland, mens Italia og Spania hadde store økninger i beslaglagte heroinmengder.

Gateprisene for heroin er generelt stabile, selv om Luxembourg, Portugal, Sverige og Storbritannia nylig har rapportert om en nedgang. Heroinens renhet rapporteres å være stabil eller synkende i alle land bortsett fra Tyskland og Storbritannia, der den i den senere tid har økt.

Kokain⁽¹⁶⁾

Spania er fortsatt det EU-landet som gjør de største kokainbeslagene. Kokainen som brukes i Europa kommer

fra Latin-Amerika (spesielt Colombia, Brasil og Venezuela) via Sentral-Amerika, Spania og Nederland.

Detaljprisen på kokain varierte i 1999 fra 35 til 170 euro pr. gram. Prisen var lavest i Belgia og Spania og høyest i Finland. Kokainen er vanligvis svært ren, med en renhet på mellom 55 og 70 % i de fleste landene, bortsett fra i Irland, som rapporterte om en gjennomsnittlig renhet på 41 % i 1999.

Trender

Det samlede antall kokainbeslag har steget jevnt i EU fra midten av 1980-tallet og syntes å flate ut i 1999. Kokainbeslagene gikk kraftig opp i Luxembourg og Sverige i 1999, og ned i Østerrike, Belgia og Danmark.

Etter en økning fram til 1990 har de beslaglagte mengdene kokain stabilisert seg, og siden 1994 variert, dog med en oppadgående trend. I de senere årene har mengdene gått opp i Frankrike og Sverige og ned i Hellas, Irland og Luxembourg.

Kokainprisene er stabile i de fleste landene, men synkende i Luxembourg, Portugal og Storbritannia. Renheten er generelt stabil, men økte i Storbritannia i 1999.

Syntetiske stoffer: amfetaminer, ecstasy og LSD⁽¹⁷⁾

I Finland og Sverige er amfetaminer det nest vanligste narkotiske stoffet som beslaglegges. Mesteparten av beslagene av amfetamin, ecstasy og LSD i EU skjer i Storbritannia.

Nederland har en betydelig lokal produksjon av syntetiske stoffer, men produksjon i andre medlemsstater (Belgia og Storbritannia) samt i østeuropeiske land (Den tsjekkiske republikk, Estland, Polen) er også rapportert.

Amfetaminer rapporteres solgt til mellom 5 og 60 euro pr. gram, mens prisen for ecstasytabletter varierer fra 5 til 25 euro pr. stykk. Syntetiske stoffer er billigere i Belgia og Storbritannia. Amfetaminets renhet varierer kraftig, fra 3 % i Irland til 55 % i Finland, men ligger typisk på mellom 10 og 20 % i EU. Tabletter som selges som ecstasy inneholder i 15–90 % av tilfellene ecstasy eller ecstasylignende stoffer (MDMA, MDEA, MDA). Amfetaminer (eller metamfetaminer) finnes i 6–22 % av tablettene, men forskjellige andre psykoaktive stoffer kan også finnes.

⁽¹⁶⁾ Figur 12 OL (kart): Antall kokainbeslag i 1999 (nettutgaven).

⁽¹⁷⁾ Figur 13 OL (kart): Antall amfetaminbeslag i 1999 (nettutgaven).

Trender

Amfetaminbeslagene har siden 1985 gått opp både med hensyn til antall og beslaglagte kvanta. I 1999 fortsatte antallet amfetaminbeslag å øke i Finland og Sverige, mens de gikk ned eller var uforandret i andre land. Toppen ble i de fleste medlemsstatene nådd i 1997-1998.

Beslagene av ecstasy økte fram til 1996, da de stabiliserte seg for så igjen å øke i 1999 i alle land bortsett fra Belgia og Luxembourg. Mengdene ecstasy som ble beslaglagt fulgte samme oppadgående trend siden 1985, stabiliserte seg fra 1993 for å gå opp i 1996 og falle i 1997. Bortsett fra i Østerrike og Irland har de siden da økt i alle medlemsstater. Den største økningen er rapportert i Finland, Tyskland, Hellas, Portugal, Sverige og Storbritannia.

Beslag av LSD skjer sjeldnere. Både antall beslag og mengder gikk opp fram til 1993, men har siden gått ned. I 1999 fortsatte nedgangen i alle land unntatt Østerrike, Hellas, Portugal og Storbritannia.

Etter en betydelig nedgang i 1990-årene har prisene på amfetamin og ecstasy stabilisert seg i EU. Det ble imidlertid rapportert en nedgang i prisene for ecstasy i Portugal og for amfetaminer i Sverige, mens prisen for ecstasypiller i Hellas er doblet. I de senere årene har andelen piller som inneholder ecstasy eller ecstasylignende stoffer økt i mange land, mens andelen piller som inneholder amfetaminer (og metamfetaminer) har gått ned.

Cannabis

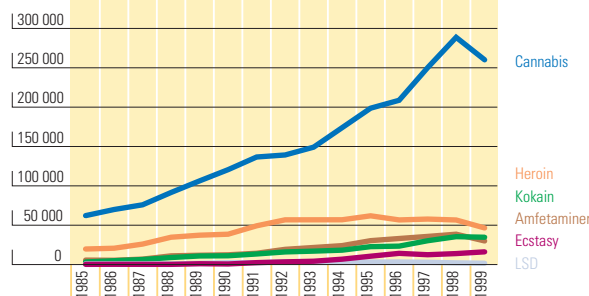
Cannabis er det stoffet som beslaglegges oftest i alle medlemsstatene bortsett fra Portugal, der heroinbeslagene dominerer. Siden 1996 har Spania hatt de største cannabisbeslagene. Storbritannia rapporterer et større antall cannabisbeslag, men de er i gjennomsnitt mindre ⁽¹⁸⁾.

Cannabisoljen kommer hovedsakelig fra Marokko via Spania og Nederland. Cannabisplanten kommer opprinnelig fra Afghanistan, Pakistan og Libanon foruten tidligere kolonier. Lokal produksjon rapporteres av de fleste medlemsstatene, særlig produksjonen av 'nederwiet'⁽¹⁹⁾ i Nederland.

I 1999 ble detaljprisen på cannabis rapportert å ligge mellom 3 og 18 euro pr. gram cannabisolje og mellom 3 og 12 euro pr. gram cannabisblader.

I EU varierer andelen psykoaktive stoffer i cannabisoljen – delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) – i snitt mellom 3 og

Fig. 15 Antall beslag av cannabis, heroin, kokain, amfetaminer, ecstasy og LSD i EU-landene (1985-99)



Merknader: Det finnes ingen data tilgjengelig for Hellas. For en del andre land er data bare tilgjengelig siden 1988 (Danmark, Portugal), 1993-1996 (Finland) og 1997 (Nederland). Antallet beslag er undervurdert for 1999 ettersom det ikke foreligger data for Italia og Nederland.

Cannabis, heroin og kokain: ingen data tilgjengelig for 1999 for Italia og Nederland. **Amfetaminer:** ingen data tilgjengelig siden 1998 for Østerrike og Nederland og for 1999 for Italia. Data for 1998 og 1999 for Belgia omfatter også beslag av ecstasy. **Ecstasy:** de fleste dataseriene starter i første halvdel av 1990-årene (bortsett fra Frankrike, Italia, Spania, UK). Data er ikke tilgjengelig for 1999 for Nederland og Italia. Data for 1998 og 1999 for Belgia omfatter også amfetaminbeslag. I perioden 1985-1994 omfatter data for Spania også LSD-beslag.

LSD: ingen data tilgjengelig for 1999 for Finland og Nederland.

Kilde: Knutepunktene i Reitox-nettet.

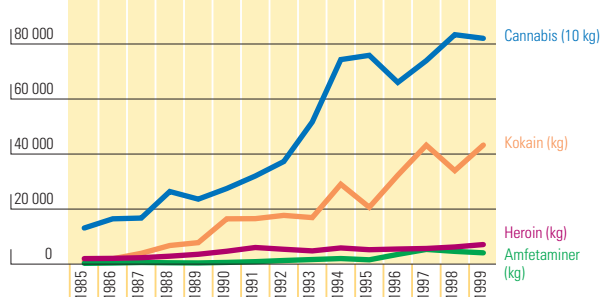
15 %, selv om prøver med fra 0 til 70 % THC er rapportert. THC-innholdet i cannabisblader er generelt lavere, rundt 2-7 %, med unntak av 'nederwiet', som har et høyere innhold (i snitt 8,6 %).

Trender

Antallet cannabisbeslag har gått jevnt oppover i EU siden 1985. Økningen fortsatte i 1999 i alle land unntatt Belgia, Danmark og Storbritannia, som hadde en nedgang. Mengdene økte også, men stabiliserte seg mellom 1995 og 1997. Siden da har trendene i de fleste landene vært stigende, selv om Østerrike, Belgia, Hellas og Storbritannia hadde en betydelig nedgang i 1999.

Prisen på cannabis i EU er generelt stabil, men den har gått ned i Portugal siden 1997.

Fig. 16 Beslaglagte kvanta av cannabis, kokain, heroin og amfetaminer i EU-landene (1985-99)



Merknader: Kvantaene for en del av beslagene er undervurdert ettersom data ikke er tilgjengelig. **Amfetaminer:** Det finnes ingen data tilgjengelig for Østerrike etter 1998. Siden 1996 omfatter beslagdata for Belgia både amfetaminer og ecstasypulver (beslag av amfetamin- og ecstasypulver er ikke tatt med her).

Kilde: Knutepunktene i Reitox-nettet.

⁽¹⁸⁾ Figur 14 OL (kart): Antall cannabisbeslag i 1999 (nettutgaven).

⁽¹⁹⁾ Nederwiet: Nederlandsk cannabisplante som dyrkes lokalt i Nederland.

Tiltak mot narkotikamisbruk

Dette kapittelet inneholder en oversikt over utviklingen innen narkotikapolitikken og narkotikastrategiene nasjonalt og på EU-plan. Tiltak mot narkotikaproblemet innenfor utdanning, helse, sosialomsorg og strafferett beskrives også.

Politiske og strategiske tiltak

På EU-plan

EUs handlingsplan mot narkotika (2000-04)

I juni 2000 ga Det europeiske råd på sitt møte i Santa Maria da Feira sin tilslutning til EUs handlingsplan mot narkotika som en konkret oppfølging til EUs narkotikastrategi (2000-04). I strategien var 11 generelle mål og seks hovedmål satt opp for EU, og handlingsplanen inneholder omkring 100 spesifikke aktiviteter som skal implementeres i EU innen utgangen av 2004. De seks hovedmålene er:

- oppnå en vesentlig reduksjon i løpet av fem år av utbredelsen av narkotikamisbruk og av nyrekrutteringen, særlig blant unge brukere under 18,
- oppnå en vesentlig reduksjon i løpet av fem år av forekomsten av narkotikarelaterte helseskader (HIV, hepatitt, TBC osv.) og antallet narkotikarelaterte dødsfall,
- oppnå en vesentlig økning i antallet avhengige som blir rusgiftfrie,
- oppnå en vesentlig reduksjon i løpet av fem år i tilgjengeligheten av illegale narkotiske stoffer,
- oppnå en vesentlig reduksjon i løpet av fem år av antallet tilfeller av narkotikarelatert kriminalitet,
- samt oppnå en vesentlig reduksjon i løpet av fem år av hvitvasking av penger og illegal omsetning av prekursorer til narkotika.

Selv om handlingsplanen ikke er et juridisk bindende dokument, utgjør den et skritt i riktig retning i kampen mot narkotika i EU i det den beviser at medlemsstatene har forpliktet seg til å gjennomføre målene fastsatt i strategien i 1999. Handlingsplanen inneholder retningslinjer og rammer for tiltakene og understreker betydningen av regelmessig evaluering – dvs. handlingsplanen skal evalueres i 2002 og når den er ferdig, mot slutten av 2004.

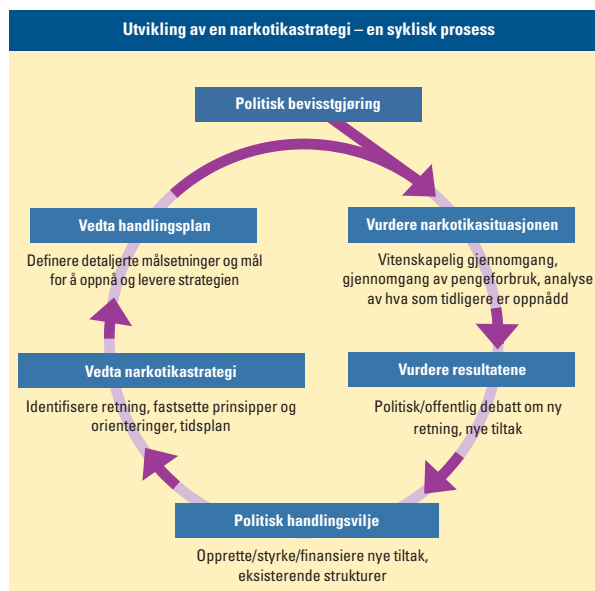
Handlingsplanen legger særlig vekt på samordning og informasjon og framhever nødvendigheten av en balansert tilnærming der en reduksjon av etterspørselen etter narkotika og en reduksjon av forsyningen vil være gjensidig forsterkende. Den understreker også betydningen av å integrere de nye søkerlandene som et uttrykk for EUs ønske om og vilje til å hjelpe disse landene til å håndtere narkotikaproblemet så effektivt som mulig.

På nasjonalt plan – narkotikastrategier i Den europeiske unions medlemsstater

Medlemsstatene rapporterer om økt innsats for å gjennomgå og revidere sin narkotikapolitikk. Status, omfang og innhold i arbeidet varierer, men det er en klar tendens til at narkotikapolitikken styrkes og forbedres. Dette synes å være basert på den gjensidige erkjennelse av at ingen enkelttiltak vil kunne få bukt med narkotikaproblemet og narkotikaproblemets mange fasetter – og at mangefasetterte tiltak derfor er nødvendig innenfor rammen av en samordnet, langsiktig strategi.

Vitenskapelige vurderinger og regelmessige evalueringer er allment anerkjent som helt vesentlige elementer i en gjennomgang og revisjon av enhver narkotikastrategi. En tilnærming som er brukt i flere medlemsstater er illustrert i

Fig. 17



figur 17, som viser hvordan fornyet politisk bevissthet omkring narkotikaproblemet skriver seg inn i en syklisk prosess bestående av vitenskapelige vurderinger, evaluering, politisk debatt samt formulering, vedtak og handling.

Samordning på narkotikaområdet

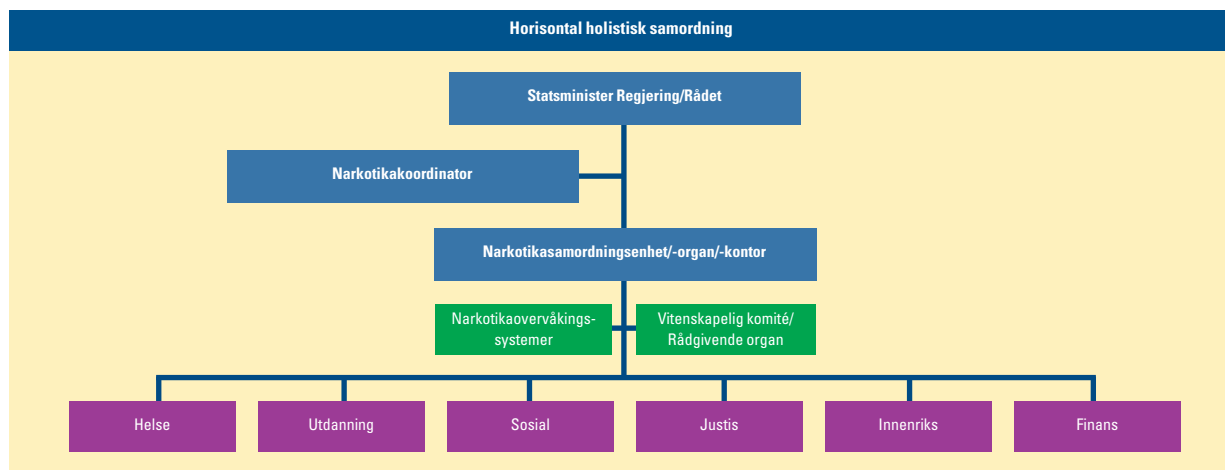
I EUs handlingsplan mot narkotika (2000-04) oppfordres medlemsstatene til å etablere og styrke nasjonale samordningsmekanismer og/eller utpeke en nasjonal narkotika-koordinator med sikte på å håndtere narkotikaproblemet ved hjelp av en global, tverrfaglig, integrert og balansert strategi. Den oppfordrer også Rådet til å gi de ansvarlige for narkotikaområdet på nasjonalt plan en mulighet for å møtes jevnlig for å utveksle informasjon om nasjonal utvikling og styrke samarbeidet ⁽²⁰⁾.

Fig. 18

Oversikt over utviklingen av narkotikastrategier i den senere tid	
Vedtatt	1998-1999
Østerrike:	Wiens narkotikapolitiske program, 1999; Salzburg, handlingsplan
Frankrike:	Fransk narkotikastrategi 1999-2001
Nord-Irland:	Narkotikastrategi: 'Drug misuse in Northern Ireland: a policy statement', 1999
Norge:	Handlingsplan for reduksjon av narkotikamisbruk, 1998-2000
Portugal:	Portugisisk narkotikastrategi, 2000
Skottland:	Narkotikastrategi: 'Tackling drugs in Skottland: action in partnership', 1999
Spania:	Spansk narkotikastrategi, 2000-08
Storbritannia:	Narkotikastrategi: 'Tackling drugs to build a better Britain', 1998-2008
Vedtatt	2000-2001
Østerrike:	Handlingsplaner: Steiermark, Niederösterreich
Belgia:	Politisk melding, 2001
Irland:	'Building on experience', Irlands nasjonale narkotikastrategi, 2001-08
Luxembourg:	Handlingsplan, 2000-04
Portugal:	Handlingsplan, 2000-04
Skottland:	Den skotske regjeringens handlingsplan 'Protecting our future', 2001
Wales:	'Tackling substance misuse in Wales: a partnership approach', 2001
Storbritannia:	Nasjonal plan 2000/2001
Underveis	2000-2001
Finland:	Gjennomgang av prinsippvedtaket for 2001-03
Hellas:	Fellespolitisk parlamentarisk studie av narkotikapolitiske tiltak, 2000
Sverige:	En handlingsplan for narkotika skal gis ut i 2001

Alle medlemsstater har organer eller funksjoner for narkotikasamordning, selv om det er store forskjeller med hensyn til struktur og organisering. For å få et klart bilde av narkotikasamordningssystemet i Europa har EONN igangsatt en foreløpig gjennomgang i 2000, som vil stå ferdig i 2002. Resultatene av dette arbeidet (finnes på <http://www.eonn.org>) viser at en del medlemsstater har begynt arbeidet med å etablere eller styrke samordningsorganene på sentralt plan. En del medlemsstater (som Frankrike, Portugal og Spania) knytter alle aspekter ved

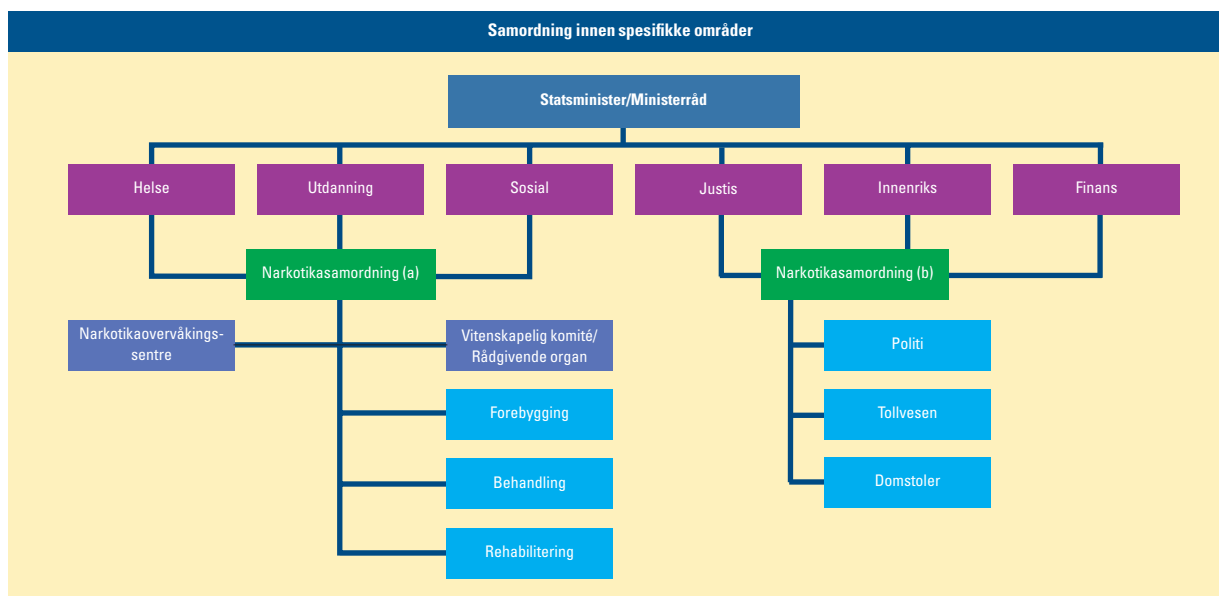
Fig. 19



⁽²⁰⁾ Art.1.1.3 i EUs handlingsplan mot narkotika 2000 – 2004, Cordroque 32 9283/00.

Tiltak mot narkotikamisbruk

Fig. 20



narkotika og narkotikaavhengighet opp mot ett organ med en utpreget hierarkisk beslutningsmyndighet, direkte underlagt statsministerens kontor (figur 19).

I andre EU-land (som Tyskland, Finland, Hellas, Italia og Storbritannia) skjer samordningen på interdepartementalt plan, uten noe sentralt samordningsorgan, gjennom regelmessige kontakter og møter mellom de administrasjonene som er involvert i de enkelte fasettene av narkotikaproblemet. I denne andre modellen ligger ansvaret for narkotikasamordningen vanligvis hos helsedirektoratet eller sosialdepartementet. En narkotikakoordinator kan også finnes – som er ansvarlig for helse og sosiale aspekter, men også med ansvar for forbindelsen med det departementet som arbeider på andre narkotikarelaterte områder (figur 20).

Lovgivning og straffeforfølgning

EONN skal overvåke hovedtrender og endringer i narkotikalovgivning. For dette formålet har senteret etablert en database der EUs narkotikalovgivning, beskrivelse av rettssystemene og sammenlignende studier, er tilgjengelige på <http://eldd.eonn.org>.

Av utvikling som er registrert i den senere tid kan nevnes at Portugal fra 1. juli 2001 ikke lenger vil straffe privat bruk av illegale stoffer (lov 30/2000 vedtatt i november 2000). Brukeren vil i stedet bli henvist til behandling eller rådgivning i særskilte nemnder. Siden mai 2001 straffes bruk og besittelse av cannabis i Luxembourg bare med bøter (i henhold til lov av 27. april 2001). Regjeringen i Belgia har til hensikt å utstede et dekret med sikte på å vurdere å unnta 'ikke-problematisk' bruk av cannabis fra straffelovens bestemmelser.

Flere rapporter indikerer at enkeltpersoners bruk eller besittelse av illegale stoffer for eget bruk ikke er blant europeiske rettshåndhevelsesmyndigheters fremste prioriteringer. I kampen mot narkotikarelaterte lovbrudd konsentrerer domstolene seg om alvorligere forbrytelser og narkotikasmugling. De nye tiltakene i retning av en avkriminalisering eller null-påtale for narkotikamisbruk som er innført i en del medlemsstater, synes å bekrefte denne trenden. En studie som nylig er gjennomført om straffeforfølgningen av narkotikarelaterte lovbrudd, som EONN bestilte i 2000, konkluderte også med at straffeforfølgningen av privat besittelse/bruk av små mengder narkotika vanligvis droppes før saken kommer så langt som til retten. Besittelse/bruk på offentlig sted, narkotikamisbrukeres salg og vinningsforbrytelser knyttet til narkotikaavhengighet resulterer imidlertid ofte i strengere tiltak fra påtalemyndighet og domstoler.

Et narkotikadomstolprogram ble lansert i Dublin i januar 2001 med sikte på å rehabilitere lovbrøyttere som misbruker narkotika og å få kontroll over narkotikarelatert kriminalitet. Denne domstolen – i likhet med de kanadiske, australske og amerikanske narkotikadomstolene – ledes av en dommer som er spesialisert på narkotikasaker og utelukkende omfatter narkomane, ikke-voldelige lovbrøyttere som gis tilbud om behandling og rehabilitering under tilsyn i stedet for fengsel. I Skottland har myndighetene også valgt å etablere en narkotikadomstol innen utgangen av 2001, og i England er en rekke tilsvarende pilotprosjekter igangsatt.

I den reviderte føderale lovgivningen i Østerrike som trådte i kraft 8. april 2001, ble grensen for hva som betraktes som 'stort' kvantum satt ned fra 5 til 3 gram.

Dette vil få betydning for skillet mellom forseelser (kjøp og besittelse av små kvanta) og forbrytelse (produksjon og besittelse av store kvanta). Den rettslige situasjonen for cannabis til medisinsk bruk har også vært diskutert.

I Tyskland er det gjort et tillegg i den føderale narkotikalovgivningen som tillater den enkelte delstat å selv fastsetter de nødvendige minstestandarder for å åpne brukerrom (dvs. rom hvor narkomane kan sette sine sprøyter under hygieniske forhold). Dermed kan hver delstat selv bestemme om de vil tillate slike rom. Loven oppretter også et sentralt register for substitusjonsbehandling og krever opplæring for leger som tilbyr slik behandling. I Portugal er etter offentlig debatt et lovdekret på trappene for å regulere etableringen av brukerrom. I Luxembourg er opprettelsen av brukerrom hjemlet i lov av 27. april 2001.

Når det gjelder inndragelse av utbyttet fra narkotikakriminalitet, er det i Storbritannia framsatt lovforslag om opprettelse av et kontor for inndragelse av utbyttet fra kriminelle handlinger (Criminal Assets Recovery Agency) og innføring av en sivil inndragelsesordning for å frata lovbrøtterne utbytte fra ulovlig virksomhet. Den finske regjeringen har også framsatt et forslag for parlamentet om inndragelse av utbyttet fra narkotikarelaterte forbrytelser ved mistanke om straffbar opprinnelse, den såkalte omvendte bevisbyrde. I Irland har siden 1996, da Criminal Assets Bureau (CAB) ble etablert ved lov ⁽²¹⁾, bevisbyrden ligget hos lovbrøtteren, som dermed må bevise at eiendelene faktisk har kommet i hans eller hennes besittelse på lovlig vis. I Spania har den nasjonale narkotikaplanen nå i fem år forvaltet inndratte ulovlige midler. Bare i 2000 ble mer enn EUR 4,5 millioner fra illegale, inndratte eiendeler (båter, biler, penger) 'tilbakeført' til kampen mot narkotika – EUR 1 543 137 til bekjempelse av narkotikahandel og EUR 2 978 014 til programmer for forebygging og rehabilitering.

Samfunnets kostnader i forbindelse med narkotika

I forbindelse med overvåkingen av tiltak i medlemsstatene mot narkotikaproblemet ble det i 2000 utført et omfattende forskningsarbeid for å samle inn, analysere og beregne de utgiftene samfunnet påføres i forbindelse med narkotika. Den enkelte stats utgifter, både til helse/omsorg og rettshåndhevelse, ble beregnet ved å måle direkte kostnader (utgifter som er direkte betegnet som narkotikarelaterte) og indirekte kostnader (utgifter som skyldes narkotikaproblemet og som påløper fellesadministrasjoner, f.eks. fengsler).

Til tross for alle forskjellene har alle EUs medlemsstater en noenlunde lik politikk for bevilgning av midler på narkotikaområdet. Globalt sett brukes 70-75 % av budsjettet på rettshåndhevelse og resten på helse/omsorg.

Spesifikke tiltak

Etterspørselsreduksjon

I denne delen omtales en rekke ulike tiltak med ulikt formål for ulike sammenhenger. En oversikt over de forskjellige miljøene og tilnæringsmåtene til etterspørselsreduksjon er gitt i figur 21.

Forebyggende tiltak

Forebygging i skolen

Narkotikaforebyggende arbeid i skolen er en prioritet i alle medlemsstater. Det finnes mange retningslinjer for undervisning på dette området, og det kan være nødvendig å gjennomføre en markedsundersøkelse for å finne det undervisningsmaterialet som er best egnet (slik det er blitt gjort i Tyskland). De fleste læreplaner behandler narkotikaforebygging i forbindelse med generelt helseforebyggende arbeid. En tilnærming der elevene underviser hverandre betraktes som fordelaktig, selv om dette er vanskelig å få på

Fig. 21

Miljø	Klassifisering av konsepter innen etterspørselsreduksjon		
	Målsetning		
	Forebygging	Behandling	Skadereduksjon
Tvang (‘Du er nødt til å bli her’)		Behandling i fengsel (!) Alternativer til fengsel Tvangsbehandling	Skadereduksjon i fengsel (!)
Faste miljøer (‘Du er her med oss’)	Skoler (!)	Behandling på sykehus	
Faste steder (‘Kom til oss’)	Ungdomssentre	Behandling poliklinisk Behandling av allmennlege	Lavterskeltjenester (!)
Mobile (‘Vi kommer til deg’)	Oppsøkende og sosialt arbeid (!)		Oppsøkende virksomhet (!)
Media (‘Du forblir anonym’)	Internett, massemedia (!) Tidlige helsetiltak (!)		Hjelpelinjer/krisetelefon Tidlige helsetiltak (!)

(!) indikerer at området er behandlet i rapporten.

(21) Criminal Assets Bureau Act, 1996; Proceeds of Crime Act, 1999.

Mobilisering av elever i forbyggende aktiviteter

På anmodning fra det franske undervisningsdepartementet ble det gjennomført en evaluering av skolene som deltok i pilotprogrammet 'Les élèves acteurs de prévention', hvor elevene fikk veiledning i hvordan de skulle organisere kampanjer og formidle kunnskap i emnet til sine medelever. Det at elevene ble trukket inn i styringen av programmet, ga dem anerkjennelse fra medelevene. Eksperimentet var en suksess for halvparten av skolene som var med i programmet, men også der hvor programmet ikke ble noen suksess, ble det fulgt med stor interesse av elevene på alle skolene. Programmet hadde en positiv innvirkning på miljøet og livskvaliteten i skolene, både når det gjelder elevenes oppfatning og skolens omdømme utad.

plass og å gjennomføre. Det betraktes som helt avgjørende at foreldrene engasjerer seg.

Politiet deltar i stadig større grad i det primære narkotikaforebyggende arbeidet i skolen (i Belgia, Frankrike, Nederland, Østerrike og Sverige) selv om det har vært en viss debatt med hensyn til om politiet har de nødvendige pedagogiske ferdigheter for denne typen arbeid.

Det er en kjensgjerning at skoleelever misbruker narkotika (se kapittel 1, Narkotikamisbruk blant skoleungdom) og er i faresonen. Dette var noe man tidligere i stor grad benektet ettersom en innrømmelse risikerte å gå ut over skolens omdømme. I stadig større grad blir det nå – i Spania, Frankrike, Luxembourg, Nederland, Østerrike og Storbritannia – utviklet strategier for å utforme en skolepolitikk for forebygging av risikofullt, tidlige tiltak og lettere henvisning til behandling. Ungdommer som dropper ut av skolen eller blir utvist er særlig utsatt. Spania rapporterer om standardiserte tiltak overfor denne gruppen, og i Storbritannia har 95 % av skolene på ungdomstrinnet en politikk for narkotikarelaterte hendelser.

Forebyggende arbeid i lokalmiljø og lokalsamfunn

Forebyggende aktiviteter i lokalsamfunnet har blitt stadig mer utbygd i de senere årene, og aktivitetene er av mange slag. Alle medlemsstater rapporterer om ulike typer foreldreopplæring. I Spania deltok f.eks. 25 000 familier i 'escuelas de padres' i 1999, og Frankrike har 75 spesielle rådgivningssentre for ungdommer med følelsesmessige, familiære eller sosiale problemer. I de nordiske landene patruljerer foreldregrupper gatene på kveldstid i helgene for å gi støtte til ungdommer som trenger det. I Danmark er 1 300 foreldre involvert i denne virksomheten.

Idrettslag og sportsforeninger spiller i mange land nå en viktigere rolle i det narkotikaforebyggende arbeidet enn det som ble rapportert for noen år siden. Dette gjelder bl.a. Belgia, Tyskland, Hellas, Spania, Frankrike, Italia og Storbritannia. I Tyskland har idrettslag vært engasjert i narkotikaforebyggende arbeid siden 1994, og i 2000 har ytterligere 2 500 ledere i ungdomsidretten fått opplæring. En konferanse om avhengighetsforebygging i idrettslag med fokus på kvaliteten av det narkotikaforebyggende arbeidet i idrettslag og på bruken av narkotika og idrettslagenes ritualer og kultur ble arrangert i Potsdam, Tyskland, i mars 2000.

Samordning mellom de ulike aktørene er avgjørende for at arbeidet skal lykkes. Danmark, Hellas, Finland, Frankrike, Irland, Italia, Portugal, Sverige og Storbritannia har allerede eller er i ferd med å få avtaler innenfor lokale eller regionale administrative enheter om narkotikaforebyggende strategier.

Behandling

Medikamentfri behandling

Vi vet ennå lite om hvor utbredt medikamentfri behandling er i EU. Imidlertid synes medikamentfri behandling å dominerende behandlingstilbudet i Finland, Hellas, Norge og Sverige. Tendensen i disse landene er å ha kortere behandlingsperioder på tre til seks måneder i stedet for ett til to år, selv om gjennomsnittlig behandlingstid i Hellas var 12 måneder. En meta-analyse som nylig ble utført i Tyskland og som dekket flere europeiske land, konkluderte med at det er en positiv forbindelse mellom behandlingens varighet og resultat. Likevel er evalueringen av de ulike behandlingstilbudene fortsatt ikke god nok.

'Case management' (lavterskel, intensiv, personalisert assistanse) tas stadig oftere i bruk for å lede brukeren gjennom behandlingsapparatet, f.eks. i Belgia, Tyskland og Nederland. Resultatene av fem nederlandske studier

Evaluering av behandlingstyper

I Norge gjennomføres for tiden et prosjekt som går ut på å evaluere forskjellige typer behandling for narkotikamisbrukere for å avdekke om noen typer av behandling gir bedre resultater enn andre og å finne ut hvilke klienter som har best utbytte av hvilken type behandling. Ettersom narkotikamisbrukere ofte gjennomgår flere forskjellige behandlinger, er utgangspunktet at hver behandling skal bygge på resultater som er oppnådd i eventuelt tidligere behandling – ut fra hypotesen om at ressurser som investeres ikke går tapt.

2001 Årsrapport om narkotikasituasjonen i Den europeiske union

av dobbeltdiagnoser (samtidig forekomst av narkotikarelaterte og psykiatriske problemer) viser at 'case management' har en viss positiv effekt når det gjelder pasientens tilfredshet, narkotikamisbruk, psykiatriske symptomer, sosiale ferdigheter og utnyttelse av helse-/omsorgstjenester.

Nederland gir et noe negativt bilde av en vanskelig målgruppe som ikke klarer å endre sin stoffbrugeratferd selv etter flere forsøk. Formålet med pasientmotivasjonssentrene er å gi narkotikabrukere muligheten til å komme seg, hjelpe dem til å utvikle sine sosiale ferdigheter og strukturere sitt liv for å øke motivasjonen for å påbegynne ordinær behandling. Frafallsraten på disse sentrene er imidlertid 60 %, og konklusjonen er at narkotikamisbrukere som ikke er motivert, ikke kan hjelpes.

Substisjonsbehandling

Substisjonsbehandling er blitt noe vanligere i EU i løpet av de siste årene. I Hellas, Finland, Norge og Sverige er det i den senere tid blitt lettere å komme inn på substisjonsbehandling, hovedsakelig metadon. Buprenorfin, som er det vanligste substisjonsmiddelet i Frankrike, er nå også tatt i bruk i Belgia, Danmark, Finland (for avgiftning), Tyskland, Italia, Luxembourg, Norge, Portugal, Østerrike og Storbritannia, mens Danmark, Spania og Portugal bruker LAAM. Det gjennomføres for tiden studier i Nederland omkring rask avgiftning med naltrexon som medisinsk behandling, og dette kan betraktes som et

alternativ til andre behandlingsformer. Naltrexon er blitt brukt i Portugal i de siste ti årene.

Heroin foreskrives fortsatt på selektivt grunnlag i Storbritannia. I Nederland foreskrives heroin for behandling av behandlingsresistente, kroniske narkotikamisbrukere innenfor rammen av et vitenskapelig forsøk, og et tilsvarende forsøksprosjekt vil bli igangsatt i Tyskland i 2001. Luxembourg vurderer også et forsøk med behandling med heroin i 2002. Ekspertene er enige om at heroin bare bør gis på resept når alle andre tilgjengelige behandlingalternativer er prøvd. Heroinforeskriving er krevende for klientene, og nødvendigheten av å møte to-tre ganger pr. dag på behandlingssenteret virker nedbrytende. Når det gjelder kriminalitet, helse og sosial integrasjon er det likevel bevist at denne behandlingen er effektiv for de mest nedslitte narkotikamisbrukerne.

Skadereduserende tiltak

Oppsøkende arbeid

En kartlegging av den oppsøkende virksomheten (dvs. kontakt med narkotikamisbrukere i deres eget miljø) i EU er ikke lett siden mange aktiviteter skjer på lokalt plan i regi av frivillige organisasjoner og strukturer som er ganske komplekse.

Det oppsøkende arbeidet har sine røtter i tradisjonelt ungdomsarbeid (med det mål å få narkotikamisbrukere

Tabell 1

Anslag over utbredelse av problematisk narkotikabruk og av klienter i substisjonsbehandling			
	Anslått utbredelse av problematisk narkotikabruk ⁽¹⁾	Anslag over antall klienter i substisjonsbehandling	Dekningsgrad (%) for substisjonsbehandling ⁽²⁾
Belgia	20 200	7 000 (1996)	35 ⁽³⁾
Danmark	12 752–15 248	4 398 (4 298 metadon + 100 buprenorfin) (1. januar 1999) ⁽⁴⁾	27–34
Tyskland	80 000–152 000	50 000+ (2001) ⁽⁴⁾	33–63
Hellas	m.d.	966 (1. januar 2000) ⁽⁴⁾	
Spania	83 972–177 756	72 236 mottar metadon (1999)	41–86
Frankrike	142 000–176 000	71 260 (62 900 mottar buprenorfin og 8 360 mottar metadon) (desember 1999) ⁽⁴⁾	40–50
Irland	4 694–14 804	5 032 (31. desember 2000) ⁽⁴⁾	34–100 ⁽⁵⁾
Italia	277 000–303 000	80 459 (1999) ⁽⁴⁾	27–29
Luxembourg	1 900–2 220	864 (164 i det offisielle programmet og +/- 700 som får mefenon (metadon i tablettform) fra allmennleger) (2000) ⁽⁴⁾	38–45
Nederland	25 000–29 000	11 676 (1997)	40–47
Norge	9 000–13 000	1 100 (2001)	8–12
Østerrike	15 984–18 731	4 232 (1. januar 2000) ⁽⁴⁾	23–26
Portugal	18 450–86 800	6 040 (1. januar 2000)	7–33
Finland	1 800–2 700 ⁽⁶⁾	240 (170 buprenorfin og 70 metadon)	9–13
Sverige	1 700–3 350 ⁽⁶⁾	621 (31. mai 2000) ⁽⁴⁾	19–37
UK	88 900–341 423	19 630	6–22

Merknader: m.d. = mangler data.

⁽¹⁾ For ytterligere opplysninger om nasjonal utbredelse og problematisk narkotikabruk, se tabell 1 (OU) på www.eonn.org.

⁽²⁾ Anslag over andelen av problembrukere av narkotika i substisjonsbehandling.

⁽³⁾ Tallet for utbredelse dekker bare sprøytebrukere noe som kan resultere i for høy andel av substisjonsbehandling.

⁽⁴⁾ Informasjon innsamlet direkte fra de nasjonale knutepunktene.

⁽⁵⁾ En dekningsgrad for substisjonsbehandling på 100 % synes usannsynlig, noe som tyder på at utbredelsesestimater på 4694 (1195) er for lavt i forhold til dagens utbredelse.

⁽⁶⁾ Opiatbrukere.

Utekontaktprosjekt for hjemløse kvinner

I Sverige startet Socialstyrelsen i Stockholm i 2000 et utekontaktprosjekt rettet mot hjemløse kvinner i erkjennelse av at mange av dem har liten eller ingen kontakt med sosialtjenesten. Ett av målene er å motivere kvinnene til å utvide sin kontaktflate ved innledningsvis å tilby dem enkel medisinsk hjelp. Prosjektet er eksemplarisk i den forstand at det er et fellesforetak mellom sosialtjenesten, frivillige organisasjoner og medisinsk behandlingssektor.

inn til behandling) og hensynet til folkehelsen (særlig smittevern). Oppsøkende virksomhet kan omfatte sosialt arbeid blant rusmiddelavhengige, bytte av sprøytespisser, lavterskeltilbud og/eller spesielle tilbud til etniske minoriteter, prostituerte og andre grupper som ellers er vanskelige å nå, og finnes i alle medlemsstater for problembrukere som ikke er i vanlige behandlingstilbud. I Danmark, Frankrike, Nederland, Østerrike og Storbritannia er det organisert støttegrupper av og blant narkotikamisbrukere for å respondere på narkotikamisbrukernes behov.

Oppsøkende arbeid brer om seg i de fleste medlemsstatene. I Sverige var imidlertid dette vanligere for 10-15 år siden, og en ny studie rapporterer at på grunn av reduserte bevilgninger er det mange narkotikamisbrukere som ikke kommer i kontakt med dette tilbudet. I det siste har den oppsøkende virksomheten også vært rettet mot nordafrikanske narkotikamisbrukere i Nederland. I Danmark, Norge, Østerrike og Sverige har man etablert egne tilbud for kvinnelige narkotikamisbrukere.

En spesiell aktivitet som er innført i den oppsøkende virksomheten i Frankrike, Nederland, Østerrike og Spania, er pilletesting på 'dance'-tilstelninger. Pilletesting tiltrekker seg de unge, for de ønsker i høyeste grad å vite hva pillene inneholder. De fleste prosjektene tilbyr også informasjonssamtaler, meldinger med sikte på skadereduksjon samt kriseberedskap. Av en EONN-studie som nylig er gjennomført (*An inventory of on-site pill testing interventions in the EU*, EONN 2001), framgår det at pilletesting kan være effektivt som advarsel mot de uventede og farlige virkningene av såkalt 'dance-dop'.

Lavterskeltilbud

De fleste medlemsstatene får stadig flere lavterskeltilbud. Brukerrom – dvs. rom hvor sprøytebrukere kan sette sine sprøyter under trygge, hygieniske forhold – ble legalisert i Tyskland i februar 2000, og ett brukerrom ble åpnet som et pilotprosjekt i Madrid, Spania i 2000. Nederland har hatt slike rom i flere år, og også heroinrøykere og kokain-

og crackbrukere anvender dem. Tilsvarende tiltak drøftes i Østerrike, Luxembourg og Portugal. I forbindelse med en debatt i Danmark om innføringen av sprøyterom i tilknytning til eksisterende lavterskeltilbud, har det danske Sundhedsministeriet valgt å skrinlegge dette prosjektet av hensyn til internasjonale konvensjoner på området.

Tidlige helsetiltak mot nye syntetiske stoffer

Disse tiltakene tar sikte på å forebygge eventuelle helseproblemer som følge av bruken av stoffer som brukeren ikke kan identifisere og der brukeren ikke oppsøker behandlings- og rådgivningstjenestene, dvs. ukjente stoffer som tas av ukjente brukere. Disse tiltakene gjennomføres enten som strukturelle tiltak, ved f.eks. å arrangere trygge 'rave-parties' (personalopplæring, tilbud om vann og avkjølingsmuligheter), eller som informasjonstiltak om 'party-dop' gjennom kampanjer i media, interaktive nettsteder og CD-ROM-plater, eller ved å gi konkret informasjon om resultatene av pilletesting, enten på stedet eller gjennom Internett eller spesielle aviser. På denne måten er disse tiltakene noen ganger knyttet opp mot utekontakttilbud som pilletesting på stedet.

I Danmark, Spania, Irland, Italia og Nederland oppsøker lokale myndigheter steder hvor ungdommene samler seg på fritiden (klubber, barer og diskoteker) for å gi personalet opplæring og støtte for å sette dem i stand til å reagere mer effektivt i narkotikarelaterte situasjoner.

Luxembourg har innført konseptet 'real time'-overvåking av steder der ungdommer møtes. Etter en innledende evalueringsfase har spillpakken 'Ecstasy' blitt brukt i

Opplæring for nattklubbpersonale

I Irland får ansatte på nattklubber opplæring og støtte slik at de skal være i stand til å reagere mer effektivt i narkotikarelaterte situasjoner som oppstår på nattklubbene. De to første fasene av prosjektet omfatter organisering av opplæringsprogrammer for klubbeiere/ledere og dørvakter. Det fokuseres på å øke deres kunnskaper om narkotika, prøve ut deres holdninger til narkotika og gjennomgå juridiske, helsemessige og sikkerhetsrelaterte spørsmål. Tredje fase går ut på spredning av nøyaktig informasjon om narkotika til unge mennesker som går på klubbene ved å gi dem et hefte på størrelse med et kredittkort, den såkalte Vital Information Pack (VIP). Dette deles ut på en rekke samlingssteder, bl.a. videregående skoler og forskjellige klubber. I fase fire organiseres en endagskonferanse for å søke 'music/dance'-industriens støtte for å utforme en akseptabel politikk på 'dance'-steder. Siste fase omfatter en standardisert, modulbasert opplæring for dørvakter.

Ordninger for rettslige pålegg om behandling og testing for narkotika i Storbritannia

Den britiske regjeringen har innført ordningen Drug Treatment and Testing Order (DTTO), som gir domstolene anledning til å gi lovbrysteren valget mellom behandling eller soning eller rett og slett dømme vedkommende til behandling. Innføringen av DTTO forventes å resultere i ca. 3 425 rettsavgjørelser i 2001. Til sammenligning ble ca. 120 000 personer dømt for brudd på narkotikalovgivningen i 1999. Narkotikaforebyggende rådgivningstjenester, i samarbeid med kriminalomsorg i frihet, vil yte praktisk støtte når DTTO skal innføres i resten av landet og utbre kunnskap om de rettsavgjørelser som er avsagt i programmets pilotfase, samt bistå lokale 'Drug Action Teams' med å utarbeide egnede oppdragsspesifikasjoner.

forskjellige ungdomsmiljøer og integrert i undervisningen i egnede timer. Spillet fremmer diskusjon, erfaringsutveksling og alternativer til narkotikabruk, særlig når det gjelder syntetiske stoffer. Gruppedynamikken som stimuleres med dette spillet gjør det mulig å ta opp saker som unge mennesker bør være oppmerksomme på. Ifølge evalueringen bør spilllets kreative og handlingsorienterte elementer styrkes.

På Internett finnes enorme mengder informasjon om narkotika, som gjenspeiler alle mulige holdninger til narkotikapolitikk, men det er ikke mulig å kvalitetskontrollere alle disse opplysningene. De fleste nasjonale

rusmiddelforebyggende organisasjoner og NGOer har eller planlegger å få sin egen hjemmeside, hovedsakelig med informasjon, men også med interaktive funksjoner, som f.eks. den italienske 'Io non calo la mia vita' (<http://www.iononcalo.it>), den svenske 'Drugsmart' (<http://www.drugsmart.com>) og søkefunksjonen for narkotika (<http://www.drugscope.org>), som leveres av DrugScope i Storbritannia. Fra Finland rapporteres det om et nyskapende tiltak – en anonym rådgivnings- og egenerveringstest som er lagt ut på Internett (<http://www.a-klinikka.fi/plimenu1.htm>). I EONNs database EDDRA (<http://www.eonn.org>) finnes referanser til over 250 evaluerte prosjekter innen etterspørselsreduksjon, og stadig flere blir lagt inn.

Reduksjon av narkotikelatert kriminalitet

Forebygging av narkotikelatert kriminalitet

Alle medlemsstatene har programmer med tilbud til lovbrystere som misbruker narkotika om behandling på bestemte vilkår, f.eks. avhengig av hvor alvorlig lovbruddet er eller av lovbrysterens alder. Tiltaket anses å redusere faren for gjentakelse, men det finnes få opplysninger om evaluering.

Narkotikamisbrukere er fortsatt et stort problem for strafferettssystemet ettersom så mye som 50 % av de innsatte har narkotikelaterte problemer. På grunn av den høye utskiftingshastigheten i fengslene er det stipulert at det i EU er et sted mellom 180 000 og 600 000 narkotikamisbrukere som årlig går gjennom systemet. Utbredelsen av narkotikamisbruk varierer alt etter type anstalt. Utbredelsen er større i store fengsler og i fengsler med

Tabell 2

	Hjelp til narkotikabrukere i fengsel i EU		
	Medikamentfri behandling i fengsel	Substitusjons-behandling i fengsel	Reduksjon av narkotikelaterte skader i fengsel
Belgia	Ja, i en forsøksfase	Gradvis avgiftning med metadon	Noen lokale HIV-forebyggende tiltak
Danmark	Samarbeid med privat behandlingsinstitusjon	Ja, hvis vedkommende får metadon før soning	Tilbud om desinfeksjonsvæske, hepatitt B-vaksinasjon
Tyskland	Ja	Ja	Sprøytebytte i enkelte fengsler
Hellas	Selvhjelpsgrupper	Nei	Informasjon i enkelte fengsler
Spania	Ja	Ja	Ja
Finland	Kurs om stoffmisbruk, stoff-frie avdelinger	Ja, hvis vedkommende får buprenofalin/metadon før soning	Tilbud om desinfeksjonsvæske, hepatitt B-vaksinasjon
Frankrike	Nei	Ja (metadon eller buprenofalin)	Informasjon til innsatte, utdeling av klorin
Irland	Begrenset	Avgiftning med metadon, vedlikeholds-behandling for HIV-positive innsatte	Nei
Italia	Ja	Ja	Nei
Luxembourg	Ja	Ja, hvis vedkommende får metadon før fengsling og behandlingen påbegynner før løslatelse	Nei
Nederland	Ja, tvungen behandling for tunge narkotikamisbrukere	Begrenset, reduksjons-programmer for langtidsinnsatte	Ja
Østerrike	Ja	Ja	Ja
Portugal	Ja	Ja	Informasjon, opplæring av forvarere, utdeling av kondomer og blekemidler, hepatittvaksinasjon
Sverige	Ja	Nei	Nei
UK	Ja	Metadonavgiftning. Også tilgjengelig: sofaxidin, dihydrokodein og Naltrexon.	Desinfiserende tabletter i enkelte fengsler, rådgivning og informasjon

'Tillbaka till framtiden' i Finland

I Finland har programmet 'Tillbaka till framtiden' (finansiert av EUs Integra-program) vært involvert i prosjekter med unge narkotikaavhengige. Resultatene fra prosjektet styrker tanken om at mennesker som blir stilt overfor arbeidsledighet og sviktende inntekter etter at de har blitt kvitt sitt narkotikaproblem, befinner seg i en ekstremt vanskelig situasjon. Problemene de møter omfatter mangel på egnet husvære, nedsatt arbeidsevne, mangel på yrkesfaglig utdanning og problemer forbundet med å arbeide og opprettholde en rusfri livsstil. Prosjektets deltakere ble tilbudt opplæring, men de mente det var vanskelig å nærme seg utdanningssystemet og arbeidsmarkedet. De hadde også problemer med å finne arbeidsgivere som var villige til å gi dem en lærlingkontrakt. Selv om staten automatisk garanterer for studielånet, nekter bankene å gi personlige lån ettersom nesten 90 % av klientene ikke var kredittverdige. Prosjektet fant at de tiltakene som sosial- og helsetjenestene hadde til rådighet, ikke var egnet til å løse mange av velferdsproblemene. Det trengs aktive tiltak fra rehabiliteringsapparatets side, som omfatter en individuell, skreddersydd tilnærming som skjærer igjennom administrative grenser, samt egnet finansiering.

stor andel av korttidsinnsatte, og større i kvinnefengsler enn i mannsfengsler.

Tabell 2 gir en grov oversikt over hjelp gitt til narkotikamisbrukere i fengsler i EU –nærmere opplysninger finnes i EONN-rapporten 'Assistance to Drug Users in prisons'.

Sosial rehabilitering og reintegrasjon

Utdanning, opplæring, husvære og arbeid er nøkkelelementer i rehabiliteringen av narkotikamisbrukere etter behandling, etter fengselsopphold eller i langsiktige vedlikeholdsprogrammer med substitusjonsbehandling. Det synes imidlertid som om mye fortsatt gjenstår på dette området til tross for at fagfolk ofte understreker at ettervern og reintegrasjon er svært viktige aspekter ved behandlingen, og at det trengs en styrking på dette feltet.

Evaluering

Evaluering er nøkkelen for å sikre kvaliteten på narkotikarelaterte tiltak. Det samme gjelder hensiktsmessig planlegging, infrastruktur, profesjonalitet, tilsyn, opplæring, forskning og etablering av nettverk. Framgangsmåter for kvalitetssikring innføres stadig oftere på området etterspørselsreduksjon i EU. Kvalitetssikring av forebygging rapporteres fra Tyskland, Hellas, Finland, Frankrike, Italia, Nederland og Østerrike, og kvalitetssikring av helse/omsorg fra

Tyskland, Hellas, Luxembourg, Nederland, Norge, Østerrike, Portugal og Storbritannia.

Det finnes organisert opplæring for allmennpraktiserende leger og annet helsepersonell i Belgia, Tyskland, Finland, Irland, Italia, Østerrike og Storbritannia, mens andre land – Hellas, Frankrike, Italia, Luxembourg, Nederland og Sverige – oppgir at selv om det finnes en del opplæring for fagfolk innen forebygging, helse og strafferett, er det fortsatt behov for kurs av høy kvalitet.

Tilbudsreduksjon

Følgende opplysninger er hentet fra Europols rapporter.

Takket være nye teknikker med rask inngripen på forskjellige nivåer i etterforskningen av straffesaker, unngås lange, ressurskrevende undersøkelser. Medlemsstatene skal søke å utnytte fullt ut de nye strukturene for retts- og politisamarbeid med sikte på å øke informasjonsutvekslingen både innenfor den enkelte medlemsstat og på internasjonalt plan.

Den organiserte kriminaliteten i EU øker stadig. Produksjon og smugling av narkotika synes fortsatt å være forbrytternettverkens viktigste virksomhet. Den stadige diversifiseringen og utviklingen av smuglerrutene er en utfordring for politiet. De kriminelle gransker sine vellykkede så vel som sine mislykkede operasjoner og endrer sine framgangsmåter tilsvarende, enten ved å finne nye smuglerruter, finne nye metoder for å skjule de illegale varene eller ved å finne nye kurerer.

Ifølge Europols rapport om situasjonen i EU med hensyn til produksjon og smugling av narkotika 1999/2000 (EU Situation Report on Drug Production and Drug Trafficking 1999/2000) har 'Operation Purple' gitt oppmuntrende

Kvalitetssikring av etterspørselsreducerende tiltak

I Østerrike blir framgangsmåter for kvalitetssikring stadig viktigere på området reduksjon av etterspørselen etter narkotika. Det er utarbeidet retningslinjer for kvalitetsarbeid og minimumsstandarder for alle felt innen avhengighetsaktiviteter og for 'case management' for klienter i substitusjonsbehandling. Det er fastsatt minimumsstandarder for å sikre kvaliteten på narkotika- og alkoholrådgivning, som vil bli gjennomført etter en trinnvis plan. Spesielle kompetansesentre som er opprettet i Wien, har ansvaret for å etablere nettverk og sikre overføring av informasjon til virksomhetsområder som ikke eksplisitt har med narkotikasporsmål å gjøre (som ungdomsarbeid og helse/omsorg).

2001 Årsrapport om narkotikasituasjonen i Den europeiske union

resultater når det gjelder avledning av – illegal handel med – kjemiske prekursorer til narkotika. Prosjektet tok sikte på å forhindre avledning av kaliumpermanganat – et kjemisk stoff som inngår i produksjonen av kokain – og omfattet 23 land, hvorav sju medlemsstater, som produserer, importerer, eksporterer eller transitterer dette produktet, samt Det internasjonale narkotikakontrollrådet, ICPO/Interpol og Verdens tollorganisasjon. Prosjektets mål er å hindre avledning av kjemikalier ut fra erkjennelsen av at tilgang på prekursorer er et nøkkelelement i produksjonen av narkotika. Siden prosjektets oppstart har 248 forsendelser av dette kjemikallet blitt sporet, med til sammen 7 778 tonn. Som et direkte resultat er 32 forsendelser av kaliumpermanganat stoppet eller beslaglagt – med til sammen nesten 2 226 tonn. Dette antas å representere 29 % av alle forsendelser som ble overvåket. En tilsvarende operasjon vil bli gjennomført for

eddiksyre, et kjemikalium som brukes i produksjonen av heroin.

Som følge av de politiske beslutningene om å styrke retts- og politisamarbeidet, vil Europols myndighet bli utvidet til å omfatte hvitvasking av penger generelt, uten hensyn til hvilken type lovbrudd de hvitvaskede pengene stammer fra.

Europol og eksperter fra medlemsstater samt EONN er nå i ferd med å utvikle en harmonisert database over narkotikabeslag, med felles definisjoner og parametre, som skal innføres i alle medlemsstatene. Dette vil føre til standardisert innsamling av data i hele EU, noe som vil muliggjøre bedre sammenligning og analyse av narkotikasituasjonen i medlemsstatene.

Utvalgte aspekter

Dette kapittelet omhandler tre aspekter ved narkotikaproblemet i Europa, nemlig kokain og kokainbase/crack, smittsomme sykdommer og syntetiske stoffer.

Kokain og kokainbase/crack

Det er økende bekymring i EU om den tiltagende bruken av kokain, men trendene i bruken av kokain og konsekvenser av kokainmisbruk i EU er vanskelige å verifisere. For det første gjenspeiler f.eks. ikke nasjonale data fra undersøkelser eller behandlingssentre verken endringer i utbredelse, problemer som oppstår i geografisk avgrensede strøk i bestemte byer eller endringer konsentrert til et bestemt sosialt miljø. For det annet mangler nyere informasjon om kokain ofte klare, vitenskapelige definisjoner – for eksempel skiller informasjonssystemene sjelden 'kokainbase/crack' fra kokainhydroklorid eller mellom de ulike 'kokainbase/crack'-produktene. De ulike formene for kokain har forskjellige markeder og forskjellige bruksmønstre og fører til forskjellige problemer, som alle må bli forstått om man skal kunne utforme en effektiv politikk og iverksette effektive tiltak for å redusere etterspørselen.

Utbredelse, mønstre og problemer

Utbredelse

Verken generelle befolkningsundersøkelser eller skoleundersøkelser avdekker noen generell økning i bruken av kokain i EU. Bare i Storbritannia er økningen i utbredelsen av langtidserfaring av kokain blant unge voksne i alderen 16-29 år blitt bekreftet. Italias nasjonale knutepunkt rapporterer at en rekke kilder i Italia viser at bruken av kokain ligger på annenplass etter cannabis, foran amfetamin og 'ecstasy'.

En europeisk skoleundersøkelse fra 1999 viser at eksperimentell bruk av kokain (utbredelse av langtidserfaring) blant skoleungdom i alderen 15-16 år fremdeles er lav og mye lavere enn for cannabis. Alle medlemsstatene i undersøkelsen rapporterte at kokain var vanskeligere å få tak i enn 'ecstasy', selv om det var betydelige forskjeller mellom landene. Kokain rapporteres som lett tilgjengelig

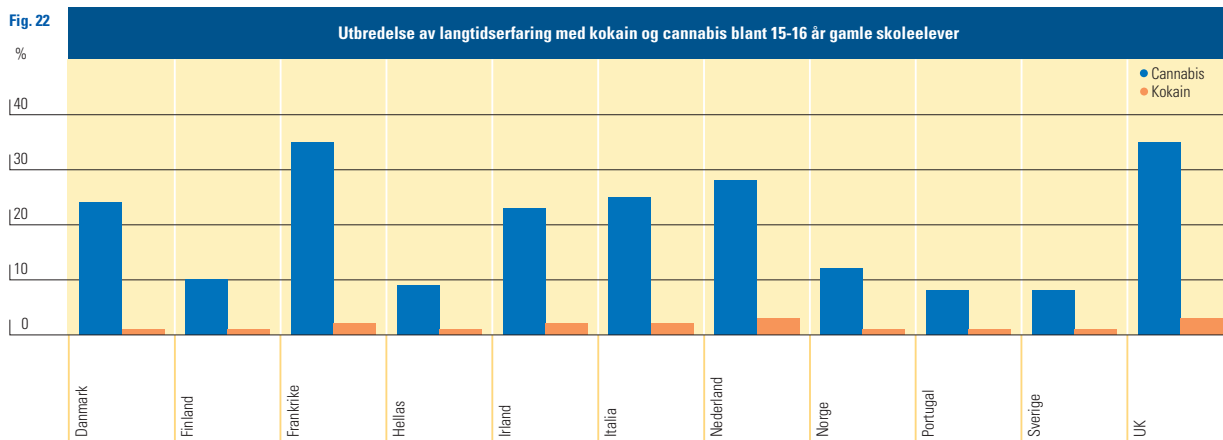
av flest 15-16-åringer i Irland og Storbritannia (henholdsvis 21 % og 20 %) og færrest i Finland (6 %). I alle EU-landene i undersøkelsen var imidlertid tilgjengeligheten av kokain betydelig lavere for denne aldersgruppen enn for samme aldersgruppe i USA (2). Motviljen mot kokainbruk er veldig høy og mer eller mindre like sterk i alle landene i undersøkelsen og omtrent like sterk som motviljen mot heroin.

Hva er kokain og crack?

Kokain er et sentralstimulerende stoff som utvinnes av bladene på busken *Erythroxylon coca*. Det ble utviklet for å behandle en lang rekke sykdommer på midten av 1800-tallet. Det kjemiske navnet på stoffet er kokainhydroklorid, og det selges vanligvis 'på gaten' i form av et krystallinsk pulver under gatenavn som f.eks. 'coke', 'snow' og 'Charlie'. Det tas vanligvis gjennom nesen, noe sjeldnere oppløst i vann og injisert.

'Base/crack' er gatebetegnelsen på kokain som er behandlet slik at det kan røykes eller dampene kan inhaleres, noe som gir en øyeblikkelig og intens virkning. Det finnes minst tre måter å framstille 'base/crack' på (1). Den ene metoden gir et rent produkt – man tilsetter varmt vann og ammoniakk eller natriumbikarbonat og fjerner det overskytende væskelaget som inneholder tilsetningsstoffene. En annen metode gir lavere kokainkonsentrasjon – kokapasta og natriumkarbonat varmes opp i mikrobølgeovn, og alle tilsetningsstoffene blir værende i sluttproduktet.

Man skiller vanligvis mellom kokain og 'base/crack' etter fysisk utseende og renhet, men bildet kompliseres av at enkelte produkter av 'kokainbase/crack' ser ut som kokainhydroklorid.



Kilde: Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD), 1999.

Mønstre

Selv om ingenting dramatisk har skjedd i befolkningen generelt på nasjonalt plan, er utbredelsen av kokainbruk større i visse sosiale miljøer. Tidligere forskning på kokainbrukere har vist at det er skarpe skiller mellom rekreasjonsbrukere av kokainpulver (hydroklorid), misbrukere av 'base/crack' og brukere som injiserer kokain. Det er stor spredning i mønstrene for rekreasjonsbruk av kokainpulver mellom dem som går på nattklubb og er i 'dance'-miljøer, og dem som bruker kokainpulver av sosiale årsaker eller fordi de finner en viss nytte i det. Rekreasjonsbrukerne skiller seg fra de marginaliserte gruppene – hjemløse unge, sexarbeidere og misbrukere av heroin som røyker 'base/crack' eller injiserer kokain blandet med heroin, som holder seg i geografisk avgrensede strøk i bestemte byer. Imidlertid kan den nye trenden med kokainrøyking blant rekreasjonsbrukere og i

nattklubbmiljøer samt nyere endringer i markedet føre til at grensen mellom kokainpulver og 'base/crack' blir utvisket. For det første har fem medlemsstater – Nederland, Frankrike, Hellas, Storbritannia og Italia – rapportert om en ny trend som går ut på at brukerne blander 'kokainbase/crack' med tobakk i en 'joint' for å røyke den. For det annet har rettsmedisinske tjenester rapportert at enkelte former for 'kokainbase/crack' har et utseende som fysisk ligner på kokainpulver (hydroklorid), noe som gjør det vanskelig for politiet og uerfarne brukere å se forskjell (8). Og for det tredje er det i Storbritannia funnet indiksjoner på at 'base/crack' som brukes til røyking blir omdannet og solgt under nye navn som f.eks. 'rock' og 'stone' for å skille denne kokainen fra 'base/crack' og sikre den innpass i høyere kretser hvor man helst bruker kokain i pulverform (4).

Tabell 3

	Utbredelse av langtidserfaring (LTP) med kokain i målrettede brukerundersøkelser sammenlignet med befolkningsundersøkelser					
	LTP-clubbers			Jongvolwassenen in totale bevolking		
	% LTP	Utvalgsstørrelse	(År) og kilde	% LTP	Utvalgsstørrelse	År og aldersgruppe
Østerrike	42	50	(1999) Østerrikske 'ravere'	—	—	—
Belgia	45	154	(1998) Rockefestival, fransktalende del av Belgia	—	—	—
Danmark	—	—	—	3,1	14 228	2000 16-34 år
Finland	—	—	—	1,2	2 568	1998 15-34 år
Frankrike	56	896	(1999) 'Techno rave'-fester, 'Médecins Du Monde'	1,9	2 003	1999 15-34 år
Tyskland						
Tidligere vest	—	—	—	2,2	6 380	1997 18-39 år
Tidligere øst	—	—	—	0,4	1 620	1997 18-39 år
Nederland	48	456	(1998) Spørreskjema til klubbgjengere i Amsterdam (svarprosent 23%)	3,7	22 000	1997-1998 15-34 år
Spania				4,8	12 488	1999 15-34 år
Stor-britannia	62	517	(1997) Undersøkelse om 'dop og dance' (1)	6,4	10 293	1998 16-34 år
	18 'crack'	100	(1999) klubbgjengere i Liverpool (2)			
Nord-Irland	45	106	(2000) Ecstasybrukere i Nord-Irland			

(1) Release (1997), «Release Dance and Drugs Survey: an insight into the culture». London.

(2) Henderson, S (2000) Protecting and Promoting the Health of Club-goers in Liverpool: An information campaign evaluation and Market Research Project 1999-2000.

Kilder: Nasjonale knutepunkter og referanser som vist ovenfor.

Utvalgte aspekter

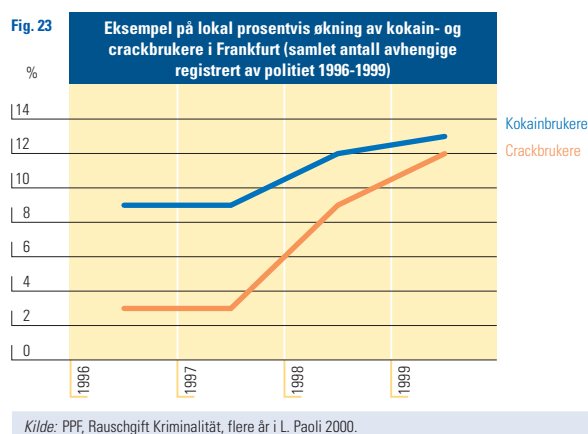
Kokainbruk er mye mer utbredt i undergrupper hvor bruk av andre narkotiske stoffer er vanlig, enn blant unge voksne i befolkningen generelt. Tabell 3 (*Utbredelse av langtidserfaring med kokain i målrettede brukermiljøer*) viser at det er en betydelig forskjell mellom unge som tilhører 'dance-/klubbmiljøer', hvor utbredelsen av langtidserfaring med kokain er relativt høy, og den generelle befolkningen av unge voksne, hvor utbredelsen er mye lavere. Den forholdsvis høye prisen på kokain sammen med den korte virkningen begrenser regelmessig rekreasjonsbruk, og høy disponibel inntekt kan være av vesentlig betydning for regelmessig bruk. I rekreasjons-sammenheng drikker enkelte personer betydelig mer alkohol når de bruker kokain, og kokain gjør folk mer selskapelige ved å moderere de uønskede virkningene av alkohol.

Problemer

Mellom 1994 og 1999 hadde Spania og Nederland en betydelig økning av antallet klienter som søkte behandling for problemer i forbindelse med kokain som hovedrusmiddel – sett i forhold til det totale antallet klienter som søkte behandling. Tyskland, Hellas og Italia hadde også en proporsjonal økning i behandling for kokain, og Irland hadde økning fram til 1998 (22). Storbritannia så vel som både den fransk- og den flamsktalende delen av Belgia rapporterte også en økning. Det finnes lite av sammenlignende forskning på kokainbrukere som søker behandling i EU, og den forholdsvis økningen av klienter som søker hjelp for kokainproblemer kan faktisk skyldes en reell forverring av kokainproblemet, men kan også skyldes at antallet klienter som søker hjelp for opiatproblemer har gått ned eller at tidligere opiatklienter har gått over fra et annet problematisk hovedrusmiddel til kokain. Utbyggingen av tilbud som er mer attraktive for kokainbrukere kan også påvirke behandlingstallene. Enkelte behandlingsinstitusjoner har rapportert at det for klienter som behandles for heroinavhengighet, har vært en økning i kokainbruk, særlig røykt som 'base/crack' eller tatt intravenøst sammen med heroin.

Figur 23 gir et eksempel på lokal økning i antallet brukere av 'base/crack' som ikke gjenfinnes på nasjonalt plan. Frankfurt hadde i perioden 1996-1999 en prosentvis fordobling av antallet 'crack'-brukere blant det totale antall avhengige som var registrert av politiet.

Det skjer sjelden at helsetjenester eller kokainbrukere rapporterer om dødsfall eller helseproblemer som direkte skyldes sniffing av kokainpulver, og ettersom rekreasjonsbrukere har en tendens til å bruke kokain sammen med store mengder alkohol, eventuelt andre narkotiske stoffer,



er det vanskelig å identifisere årsakene til negative erfaringer. Luxembourg, Nederland og Italia rapporterer imidlertid om en økning i antallet narkotikadødsfall, og Spania rapporterer en økning i antallet akuttinnleggelses der kokain er involvert i tillegg til andre narkotiske stoffer. Økt bevissthet blant medisinsk nødhjelpspersonell om kokainets potensielle rolle ved kardiovaskulære forstyrrelser kan føre til høyere rapporteringstall (4).

Det er påvist alvorlige helsemessige, sosiale og psykiske problemer i forbindelse med røyking av 'kokainbase/crack', særlig blant marginaliserte grupper som opiatmisbrukere, ungdommer som er hjemløse eller på annen måte er i en vanskelig situasjon, samt kvinnelige sexarbeidere. I den grad disse problemene direkte skyldes bruk av kokain i denne formen eller hyppighet og mengde eller allerede eksisterende sosiale/psykiske problemer og narkotikaproblemer, er ikke klart.

Marked

I 1999 økte antallet kokainbeslag betydelig i Luxembourg og Sverige mens det gikk ned i Østerrike, Belgia og Danmark. Detaljprisen for ett gram kokain lå på fra 24 euro i byer som Amsterdam og Frankfurt til 170 euro i medlemsstater som Sverige og Finland. I Storbritannia og Frankrike har detaljprisene gått ned, men renheten var fremdeles generelt høy – 55-70 % – fram til slutten av 1999, da Storbritannia hadde en klar nedgang i gjennomsnittlig renhet for crack (10). Geografiske forskjeller i prisen innenfor medlemsstatene er markert. Små kokainmengder, som f.eks. deler av et gram eller som 'balls' eller 'rocks' selges i enkelte byer for mindre enn 15 euro, særlig der hvor narkotika selges på gaten, og kokainkonsentrasjonene kan være betydelig lavere (f.eks. i Frankfurt, Milano, Paris, London, Manchester og Liverpool). Kokain distribueres hovedsakelig gjennom venners venner, men i enkelte byer skjer omsetningen åpent i partymiljøer og på

(22) Figur 15 OL (linjediagram): Kokain: utvikling av antallet nye klienter inntatt til behandling (nettutgaven).

gaten. Bruken av mobiltelefon har gjort det mye lettere å organisere salg og levering hjemmefra, samtidig som mobiltelefonen gir økt beskyttelse (anonymitet) (4,5,6,7).

Det er rapportert om økt tilgjengelighet av ferdigpreparert kokain ('base/crack') til røyking i flere europeiske byer (Amsterdam, Rotterdam, London, Liverpool, Manchester, Frankfurt, Milano og Paris), men metodene for tilberedning av stoffet (og påfølgende kokainkonsentrasjonsnivåer, som kan øke til 100 %) varierer og øker forvirringen i narkotikainformasjonsystemene, og mangelen på vitenskapelige definisjoner for gatebetegnelser som 'crack' og 'base' vanskeliggjør opplæring og forebygging. På gatenivå selges også kokain som allerede er blandet med heroin.

Spania, Belgia og Nederland rapporteres å være viktige transittpunkter for kokain fra Latin-Amerika (særlig Colombia, Brasil og Venezuela) til resten av EU. I 1999 ble seks kokainlaboratorier rapportert ødelagt i Spania, og de påfølgende økningene i engrosprisen på kokain i Spania tilskrives dette.

Intervensjonsprosjekter og nye tilnæringsmetoder

Som svar på den økte misbruken av kokain og 'crack' har EU fastsatt tre hovedtiltak for etterspørselsreduksjon. I løpet av 1990-tallet ble det i noen få byer etablert spesialtjenester som særlig skulle ta seg av primære kokainproblemer og spesielt utsatte grupper, som f.eks. 'Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.' i Frankfurt og 'Take Five' i Rotterdam. Enkelte medlemsstater rapporterer om forsøk på å tilpasse eksisterende strukturer til kokain- og crackmisbrukernes behov. For eksempel blir det i Frankrike og Storbritannia satset på tverrfaglige strategier mellom berørte fagmiljøer for å samle inn og utveksle informasjon om kokain- og crackmisbrukernes behov med sikte på å tilpasse opplæring, eksisterende modeller og behandlingstjenester mer effektivt til disse misbrukernes behov. For det tredje har enkelte medlemsstater sett nødvendigheten av å betrakte kriminalitet og helsekonsekvenser av blandingsbruk i et mer generelt perspektiv.

Det er vanskelig å få fram data om hvilke tiltak den private sektor har iverksatt i forhold til kokainproblemer, men denne sektoren vil nok uansett spille en vesentlig rolle i behandlingen av mer sosialt privilegerte misbrukere.

Eksempler på behandling av kokainproblemer

Få behandlingstiltak er beskrevet i rapportene fra medlemsstatene. Tyskland og Nederland har imidlertid beskrevet intervensjoner spesielt rettet mot kokainproblemer.

I Frankfurt tilbyr ungdomsorganisasjonen 'Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.' et behandlingsopplegg mot kokain-

avhengighet som skreddersys til den enkelte klients behov. Den innledende avrusningsfasen varer i noen få dager og skjer enten poliklinisk med psykososial støtte eller som en avgiftningsprosess på sykehus. Neste fase omfatter seks ukers innleggelse, hvor klienten følger et daglig program med gruppemøter og individuell behandling. Restitusjonsfasen varer et par dager og skjer enten poliklinisk eller på sykehus og tar sikte på å gjenopprette eller styrke kontakten og forholdet til familie, slektninger eller partnere.

I Rotterdam har 'Take Five', et behandlingsprogram for tunge brukere av 'base/crack', vært i drift siden 1996. Programmet administreres av den kommunale helsetjenesten og drives som en lavterskeltjeneste. I første fase kontakter gatearbeidere 'base/crack'-brukerne på forskjellige steder, f.eks. der det omsettes stoff, i sprøyterom eller på krisesentre. I andre fase kommer pasienten til et av de døgnåpne sentrene som tilbyr støtte og tilgang til allmennpraktiker og psykiater etter behov. Målet med tredje fase er å stabilisere klientens helse og starte rehabiliteringen. Rotterdam-forsøket rapporterer at akupunktur er meget populært blant klientene for avslapning.

'Policy'-spørsmål

EU har et marked av rekreasjonsbrukere med god inntekt som enten vet at innholdet i 'ecstasy'-tabletter kan være usikkert og kjenner til farene for akutte og langsiktige helse- og livsrisikoer som er relatert til 'ecstasy', eller som er lei av tidligere erfaringer med MDMA og de ubehagelige ettervirkningene i de påfølgende dagene. Forskning viser at rekreasjonsbrukere av kokain betrakter kokain som et mer forutsigbart, allsidig og mindre iøynefallende stoff enn 'ecstasy', og ettervirkningene av kokain anses som mindre alvorlige og ubehagelige og varer en kortere tid enn ettervirkningene av 'ecstasy' og amfetamin (3).

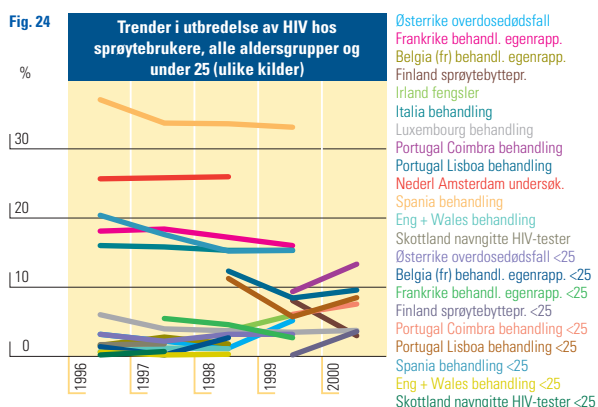
Forskning på kokainbrukere har identifisert klare sosiale skiller og klart atskilte subkulturer mellom de som bruker kokainpulver (hydroklorid) og de som røyker 'base/crack', men det er ikke sikkert at disse skillene vil overleve de pågående endringene i markedet og den nye trenden med å røyke 'kokainbase/crack' blandet med tobakk i 'joints' for rekreasjonsbruk og i partymiljøer. Resultatet av disse endringene kan svekke eksisterende tabuer mot å røyke 'base/crack', som har utgjort en uformell kontrollmekanisme som har forhindret at 'crack' har kommet inn i den generelle helgedopkulturen. Disse tegnene på at den uformelle kontrollmekanismen svekkes, gjør det desto viktigere å gripe tidlig inn.

Et positivt, nyttepreget og populært bilde av kokainpulver og kanskje også av 'kokainbase/crack' kan, sammen med tilstedeværelsen av velstående potensielle brukere, føre til en spredning av bruken av kokain, herunder 'base/crack', i EU. Denne potensielle spredningen bør behandles med varsomhet ettersom skjev nyhetsdekning om 'base/crack' kan føre til at det skapes myter rundt bruken av kokain, noe som kan avlede oppmerksomheten fra vedvarende strukturelle problemer som de indre byområdene står overfor.

Kilder

Rapporter for 2000 fra de nasjonale knutepunktene

- (1) The Forensic Science Service, *Drug abuse trends*, No 9, Metropolitan Forensic Science Laboratory, London 1999.
- (2) The 1999 ESPAD report, se side 10 for komplett referanse.
- (3) A. Boys o.a., *Cocaine Trends: A qualitative study of young people and cocaine use*, National Addiction Centre, London, 2001.
- (4) A. Ghuran og J. Nolan. 'Recreational drug misuse: issues for the cardiologist', *Heart* 83, 2000, pp. 627-633.
- (5) K. Brain, H. Parker og T. Bottomley, *Evolving Crack Cocaine Careers: New users, quitters and long-term combination drug users in NW England*, University of Manchester, 1998
- (6) L. Paoli, Pilot project to describe and analyse local drug markets: First-year report to the EONN, Max Planck Institute, Freiburg, 2000.
- (7) P. Blanken, C. Barendregt, L. Zuidmulder, 'Retail level drug dealing in Rotterdam' in *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*, EMCDDA Scientific Monograph Series No 4, 2000.
- (8) *Drug Abuse Trends*, Issue, No 10 New Series October/December 1999.
- (9) D. Hartman & A. Golub, 'The social construction of the crack epidemic in the print media' *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 31 (4) 1999
- (10) Home Office *Statistical bulletin* 2000.



Kilde: Nasjonale knutepunkter.
For primære kilder, se supplerende statistiske tabeller på <http://www.emcdda.org>.

Smittsomme sykdommer

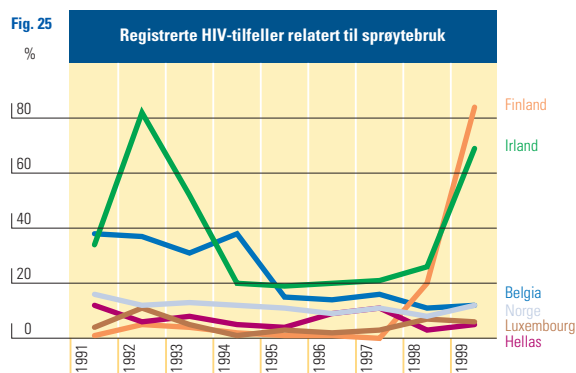
Utbredelse og trender

HIV

Utbredelsen av HIV varierer mye mellom landene, og innenfor hvert land mellom regioner og byer. Selv om ulike kilder og datainnsamlingsmetoder vanskeliggjør sammenligninger, viser tilgjengelige data at gjennomsnittlig smittenivå blant ulike undergrupper av sprøytebrukere varierer fra rundt 1 % i Storbritannia til 32 % i Spania (se figur 8, kapittel 1).

Utbredelsen av HIV synes å være stabilisert i de fleste landene siden midten av 1990-årene etter å ha gått kraftig ned etter den første store epidemien blant sprøytebrukere på 1980-tallet (se figur 24). I enkelte land (Østerrike, Luxembourg, Irland, Nederland, Portugal og Finland) er det mulighet for at smitten igjen øker blant undergrupper av sprøytebrukere. (Se boks på side 16 kapittel 1.)

Man får et klarere bilde av smitteoverføring i den senere tid ved å se på utbredelsen blant sprøytebrukere i alderen <25. HIV-smitte i denne gruppen må i snitt ha skjedd forholdsvis nylig, ettersom de fleste sprøytebrukere har satt sitt første 'skudd' i 16-20-årsalderen (1), (2). Trendene i denne aldersgruppen er, ut fra tilgjengelige data, mer utpreget enn den generelle utbredelsen og peker noen ganger til og med i motsatt retning. For eksempel hadde Finland et stort utbrudd i 1998/1999, som kan ses av antallet rapporterte HIV-tilfeller (figur 25). Etter 1999 gikk den generelle utbredelsen ned, noe som bekreftes av foreliggende data for sprøytebytte (figur 24). Men samtidig har utbredelsen blant unge sprøytebrukere økt fra 0 % i 1999 til rundt 4 % i 2000. Dette kan bety at så snart nye infeksjoner blant eldre sprøytebrukere begynte å gå ned som følge av metning (de fleste som er utsatt for risiko er smittet) og/eller endret atferd hos dem som var utsatt, oppsto nye infeksjoner, hovedsakelig blant yngre sprøytebrukere, som ofte har en mer utpreget risikoatferd.



Merknader: Data for Irland er positive HIV-tester blant sprøytebrukere.
Kilde: De nasjonale knutepunktene.

I flere land er utbredelsen av HIV gjennomgående høyere blant kvinnelige enn blant mannlige sprøytebrukere. Dette kan skyldes høyere grad av deling av sprøytespisser eller andre måter å dele sprøytespisser på og/eller større seksuell risiko for kvinnelige sprøytebrukere.

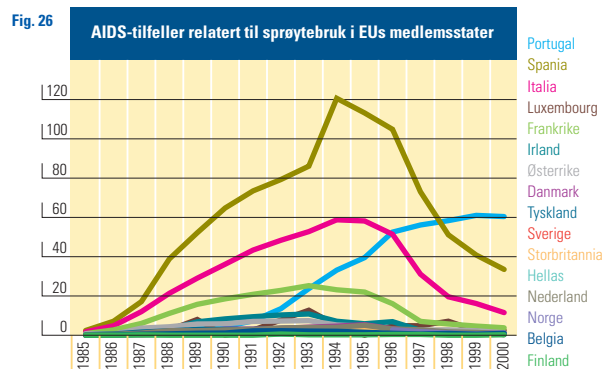
AIDS

AIDS blant sprøytebrukere har vært mest utbredt i de sørvestlige deler av EU, det vil si Portugal, Spania, Frankrike og Italia ⁽²³⁾. Antallet AIDS-tilfeller varierer sterkt mellom landene, som også er tilfellet for HIV-smitte, men den generelle trenden er nedadgående (figur 6). Denne nedgangen skyldes sannsynligvis de nye behandlingsmetodene for sprøytebrukere som forsinker utbruddet av AIDS. Antallet AIDS-tilfeller betraktes derfor nå som en mindre pålitelig indikator på overføring av HIV enn før rundt 1996. Spania, som hadde den høyeste årlige økningen av AIDS-tilfeller blant narkotikamisbrukere, har nylig blitt forbigått av Portugal, det eneste landet som ikke viser en nedgang. Dette kan være tegn på begrenset inntak til HIV-behandling (som vist av en nyere studie) og/eller økt HIV-smitte på 1990-tallet. Økningen i Portugal syntes imidlertid å avta i løpet av 2000.

Hepatitt C

Utbredelsen av hepatitt C-smitte er større og jevnere fordelt i hele EU enn utbredelsen av HIV. Mellom 40 % og over 90 % av sprøytebrukerne er smittet av hepatitt C-viruset (HCV), selv i land som har lav HIV-utbredelse, som Hellas (se figur 9, kapittel 1). Kronisk HCV-smitte fører til betydelige helseproblemer og kan på lang sikt (flere tiår) få alvorlige konsekvenser, herunder alvorlig leverskade og prematur død. Det er fremdeles meget usikkert hvor stor andel av de kroniske infeksjonene som medfører alvorlige helseproblemer, men nyere indikasjoner tyder på at utbredelsen blant sprøytebrukere kan være lavere (muligens 5-10 %) enn man tidligere har trodd (20-30 %) (3) (4). De ekstremt høye nivåene av HCV-smitte blant sprøytebrukere i Europa kan imidlertid de neste tiårene bli en betydelig belastning på helsevesenet på grunn av leversykdommer blant (tidligere) sprøytebrukere.

Trender for hepatitt C-smitte viser – for de få landene som kan framlegge dette – både kraftig nedgang og kraftig økning i Østerrike, Portugal og Hellas, alt etter hvilken kilde som legges til grunn (geografisk sted) og aldersgruppe (figur 27). Dette kan bety at forskjellige populasjoner av sprøytebrukere har forskjellig infeksjons-epidemiologi. Men det kan også være at trendene gjenspeiler forskjellige retningslinjer for testing i forbin-

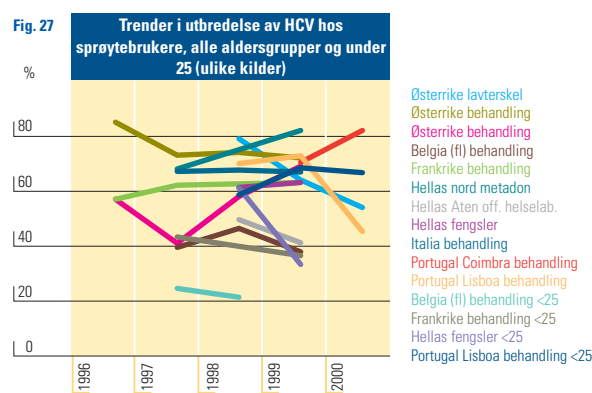


Merknader: Tilfeller rapportert pr. 30. juni 2000, justert for rapporteringsforsinkelser.
Kilde: Det europeiske senteret for epidemiologisk overvåking av AIDS.

delse med innføringen i den senere tid av HCV-tester. For eksempel vil de med høyest risiko delta først når det tilbys frivillig HCV-testing, og dermed kan det se ut som om utbredelsen går ned i påfølgende år. Bare ved å følge utviklingen over lengre tid kan man få en bekreftelse på de tilsynelatende trendene. Fordi HIV-testing har vært tilgjengelig i flere år, vil den potensielle statistiske fortegningen være mindre her.

Hepatitt B

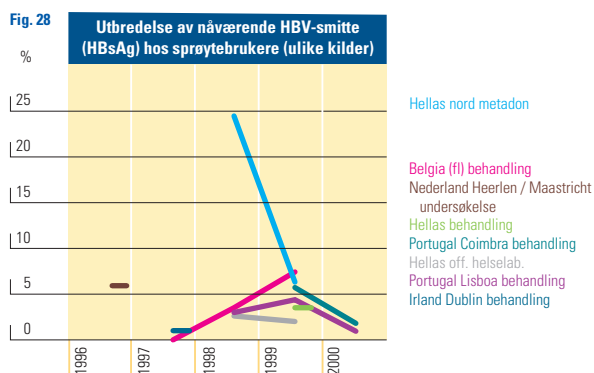
Utbredelsen av antistoffer mot hepatitt B-viruset (HBV) er også høy, men synes å være mindre jevnt fordelt i EU enn hva som er tilfellet med HCV. Når det gjelder hepatitt B, betyr tilstedeværelsen av antistoffer at man en gang har vært smittet, i motsetning til HCV og HIV, hvor en positiv antistofftest i de fleste tilfellene viser til nyere smitte. Antistoffer mot HBV kan imidlertid også være en indikasjon på vaksinasjon. Dette betyr at vaksinasjonspraksis, som kan variere svært mye landene imellom, må tas i betraktning når man fortolker utbredelsen av HBV-antistoffer. Sprøytebrukere som ikke har antistoffer kan fremdeles bli smittet og bør vaksineres. Vaksinasjon av



Kilde: De nasjonale knutepunktene.
For primære kilder, se supplerende statistiske tabeller på www.emcdda.org.

(23) Figur 16 OL (kart): AIDS-tilfeller diagnostisert i 1999 hos sprøytebrukere pr. million innbyggere (nettutgaven).

Utvalgte aspekter



Kilde: De nasjonale knutepunktene. For primære kilder, se supplerende statistiske tabeller på www.emcdda.org

sprøytebrukere er særlig viktig ettersom hepatitt B (på samme måte som hepatitt A eller D) kan være svært farlig og til og med dødelig for personer som allerede er smittet av et annet hepatittvirus, f.eks. HCV. I EU har rundt 20-60 % av alle sprøytebrukere antistoffer mot hepatitt B. Egenrapporterte data fra studier i enkelte land tyder på at bare rundt 10-30 % av alle sprøytebrukere er fullt vaksinert (5), (6), (7), (8). Dette betyr at det er et stort potensial for helsegevinst gjennom vaksinasjon (24).

Det er enklere å tolke utbredelsen av HBsAg (den serologiske markøren som viser om hepatitt B-viruset fremdeles er til stede) enn HBV-antistoffer. Påvises HBsAg, betyr det at pasienten er smittet av hepatitt B-viruset, og at smitten kan være av nyere dato eller kronisk. HBsAg-nivået indikerer dermed et potensial for alvorlige komplikasjoner på lang sikt og for spredning til andre ved risikoatferd som sprøytebruk eller seksuell overføring. Bare et begrenset antall land har levert data om utbredelse av HBsAg, men tallene synes svært ulike og i noen tilfeller høye (figur 28). I Nord-Hellas kan det ha vært et større utbrudd av hepatitt B før 1998 blant sprøytebrukere i metadonprogrammer, ettersom tallene er ekstremt høye for 1998, men så gikk kraftig ned mellom 1998 og 1999. I Belgia viser data fra sprøytebrukere som er under behandling en jevn økning i nåværende HBV-smitte (HBsAg) mellom 1997 og 1999. I Portugal viser nyere data en nedgang i nåværende HBV-smitte. I Norge viser rapporterte data en sterk økning i HBV- (og HAV-)smitte blant sprøytebrukere.

Andre seksuelt overførbare sykdommer, tuberkulose, endokarditt og clostridium

En annen smittsom sykdom sprøytebrukere kan få, er tuberkulose, som ikke overføres gjennom sprøytebruk, men som har særlig høy utbredelse blant narkotikabrukere i Spania og Portugal på grunn av dens sterke tilknytning til HIV-smitte og AIDS. Utbredelsen av andre seksuelt

overførbare sykdommer som syfilis og gonoré kan også være høy blant narkotikabrukere, da særlig blant gateprostituerte hvis de ikke har tilgang til lavterskelhelsetjenester. Dette kan føre til at disse sykdommene overføres til personer som ikke bruker stoff, samtidig som seksuelt overførbare sykdommer også utgjør en betydelig risikofaktor for HIV-smitte. Sprøytebrukere har ofte høy utbredelse av andre infeksjoner som kan være livstruende, f.eks. byller på injeksjonsstedene eller endokarditt (infeksjon i hjerteklaffene), som ofte er enkelt å behandle om de har et helsetilbud.

I Skottland, Irland, England og Wales var det et veldig stort utbrudd av *Clostridium novyi* fra april til august 2000, som førte til 104 av alvorlige sykdomstilfeller og 43 dødsfall blant yngre mennesker. Utbruddet skyldtes sannsynligvis uren heroin i kombinasjon med bestemte injeksjonsmåter (intramuskulær eller subkutan snarere enn intravenøs). Det illustrerte på dramatisk vis det store potensialet for alvorlige helseproblemer blant yngre narkotikamisbrukere, og at disse kan være mye større og mer livstruende enn helseproblemer som skyldes andre, mer utbredte mønstre for stoffbruk.

Determinanter og konsekvenser

Sprøytebruk

Blant narkotikamisbrukere overføres infeksjoner som HIV og hepatitt B og C hovedsakelig gjennom sprøytebruk. Dette skyldes i stor grad at brukerne deler sprøytespisser og sprøyter og utstyr som bomull, vann og skjeer. Det er sannsynlig at når sprøytebruken brer om seg, vil sprøytebrukere være spesielt utsatt for rask spredning av HIV og hepatitt.

Tidspunktet for og omfanget av AIDS-epidemiene i de ulike landene kan i stor grad være bestemt av tidspunktet for og omfanget av epidemiene av sprøytebruk. Sprøytebrukepidemiene bredte seg sannsynligvis tidligere i nordeuropeiske land som Nederland (1970- og 1980-tallet), men var da relativt begrenset, og kom noe senere og i større omfang i søreuropeiske land som Spania, Italia og Portugal (1980- og 1990-tallet). Utbredelsen av en HIV-epidemi kan derfor avhenge av en meget fin balanse mellom tidspunkt og omfang for epidemiene av sprøytebruk, bevissthet på AIDS (som ikke eksisterte de første årene) og tidspunkt for innføringen av forebyggende tiltak i stor skala.

Omfanget av sprøytebruk blant narkotikamisbrukere (i Europa injiseres hovedsakelig heroin, alene eller sammen med andre stoffer) kan også være påvirket av

(24) Figur 17 OL (kart): Utbredelse av HBV-smitte blant sprøytebrukere i EUs medlemsstater (nettutgaven).

preferanser og kulturelt betingede vaner blant narkotikamisbrukere samt av hvilken type heroin som er på markedet (om den er vannløselig og injiserbar eller ikke). Pris og renhet spiller nok også en rolle ettersom injisert heroin gir større virkning og dermed blir billigere enn hvis heroinen røykes. Man mener at frykten for AIDS har lite å si for beslutningen om å injisere eller ikke.

Man vet ennå ikke hvordan man skal forebygge sprøytebruk av stoff. Sprøytebruk – eller alle former for heroinbruk – kan ha sammenheng med en rekke personlige og samfunnsmessige faktorer som atferdsmessige og/eller familiære problemer og arbeidsledighet. Substitusjonsbehandling kan imidlertid være veldig effektivt når det gjelder å redusere sprøytebruk og risikoatferd blant heroinmisbrukere (9).

Sprøytebruken gikk kraftig ned i løpet av 1990-årene i de fleste, men ikke alle landene. Derfor varierer utbredelsen av sprøytebruk (målt blant opiatmisbrukere ved inntak til behandling) sterkt, fra bare ca. 10 % i Nederland til hele ca. 70 % i Hellas. Nyere trender for sprøytebruk finnes ikke, bortsett fra for Irland, der trenden fortsatt er oppadgående, noe som samsvarer med økningen i den senere tid i antallet positive HIV-tester blant sprøytebrukere.

Risikoatferd ved sprøytebruk

Spredningen av infeksjoner skyldes i hovedsak risikoatferd i forbindelse med bruken av sprøyter, særlig når sprøytespiss deles (at flere personer bruker samme sprøytespiss). Overføring kan også skje ved deling av sprøyteutstyr som vann, bomull og skjær, noe som nok er enda vanligere når det gjelder hepatitt B og C. Ved uhygienisk sprøytebruk kan hepatitt overføres til og med om det ikke deles utstyr, for eksempel via blodkontaminerte hender, bord eller andre flater.

Annen risikoatferd omfatter sprøyting av heroin fra en sprøyte til en annen, f.eks. for å måle like deler ('front-/backloading'). Foreløpige data om deling av sprøytespiss viser at dette generelt fortsatt er veldig vanlig blant sprøytebrukere, med fra 10-17 % i Nederland (har nylig lånt brukt sprøytespiss) til 64 % i Irland (har delt sprøytespiss i løpet av siste fire uker) og 75 % i England og Wales (deling av sprøytespiss og utstyr) (25). Mesteparten av disse dataene tar likevel ikke hensyn til utbredelsen av risikoatferd som indirekte deling ('front-/backloading'), deling av annet brukerutstyr osv. På den annen side kan deling av sprøytespiss være noenlunde trygt mellom faste partnere om man vet at den andre ikke er smittet.

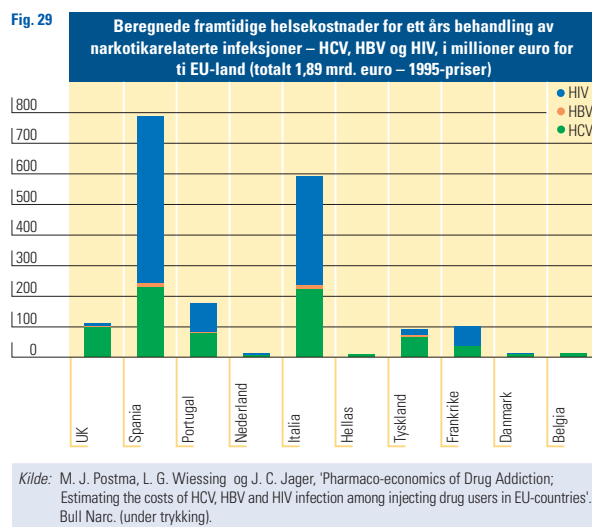
Seksuell risikoatferd

HIV og HBV overføres sjeldnere seksuelt enn ved deling av sprøytespiss, og seksuell overføring av HCV antas å være veldig lav. Når smittenivået (utbredelsen) er høyt blant sprøytebrukere, øker imidlertid faren for seksuell overføring og overføring fra mor til barn. Sprøytebrukere kan da utgjøre såkalte kjernegrupper eller 'smittelommer' for videre overføring til større deler av befolkningen. En effektiv måte å forebygge seksuell overføring på er å bruke kondomer. Bruken av kondomer har gått kraftig opp blant narkotikabrukere siden 1980-årene, særlig blant sexarbeidere, som vanligvis rapporterer om høy forekomst av kondombruk med kunder. Bruken av kondomer er imidlertid lav mellom private partnere, og disse utgjør derfor fortsatt en betydelig risikogruppe når det gjelder smitte.

Konsekvenser og kostnader

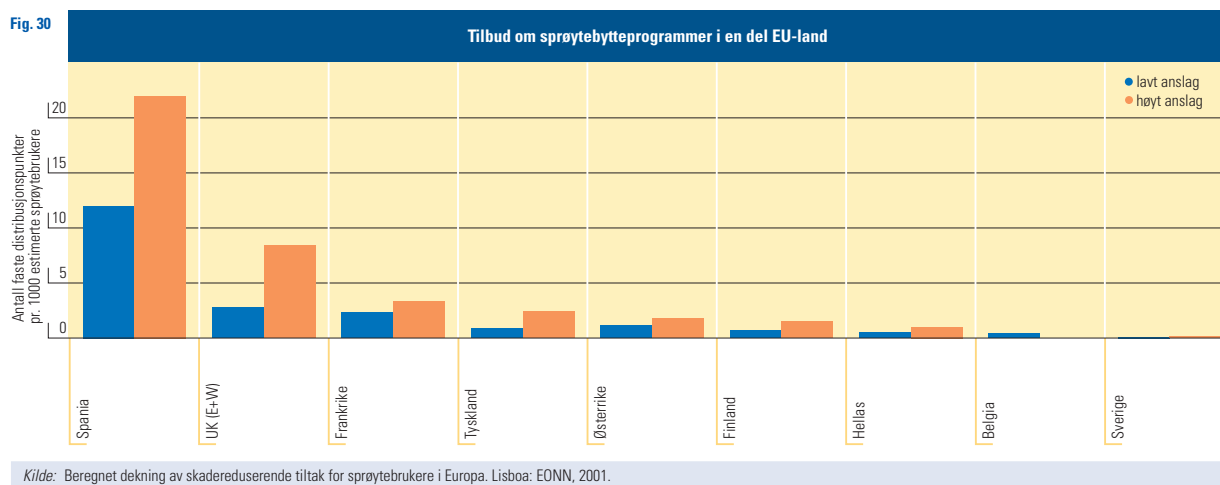
Konsekvensene ved HIV-smitte er alvorlige. HIV-smitte fører i snitt til AIDS i løpet av 10 år, og innen den tid er både individet og samfunnet påført store kostnader på grunn av kroniske sykdommer, sykehusinnleggelses og for tidlig død.

Hepatitt B-infeksjoner kureres vanligvis spontant, men for en stor del av tilfellene (2-8 % hos voksne, 10-15 % hos ungdommer og langt mer hos barn) fører det til en kronisk infeksjon som på lang sikt kan føre til alvorlig leversykdom og prematur død. Ettersom hepatitt B og HIV lett overføres seksuelt eller fra mor til barn, er disse infeksjonene blant sprøytebrukere en betydelig trussel mot befolkningen i sin helhet.



(25) Tabell 6 OL: Deling av sprøytespiss blant sprøytebrukere i en del EU-medlemsstater (nettutgaven).

Utvalgte aspekter



Hepatitt C er i de fleste tilfellene kronisk (muligens 70-80 %), og derfor utgjør sprøytebrukere fremdeles en potensielt stor smittekilde. I likhet med hepatitt B kan hepatitt C-smitte på lang sikt (flere tiår) føre til alvorlige leversykdommer og for tidlig død. Å ha flere hepatittinfeksjoner (herunder hepatitt A) samtidig kan være spesielt farlig og fører ofte til akutt leversvikt og død.

Et foreløpig anslag viser at framtidige helsekostnader for ett års behandling av narkotikarelaterte infeksjoner av typen HIV, HBV og HCV i EU utgjør rundt 0,5 % av EUs samlede helsebudsjett (figur 29).

Skadereduserende tiltak

I nesten alle landene i EU har innføringen av skadereduserende tiltak som økt tilgang til sterile sprøytespisser og sprøyter, større tilgjengelighet av kondomer, rådgivning og testing for HIV, bidratt til å kontrollere overføring av HIV blant sprøytebrukere. Substitusjonsbehandling, som i stor grad kan redusere injeksjonshyppigheten, er også tilgjengelig i alle medlemsstatene, vanligvis i form av peroralt metadon, men i de fleste landene er det fremdeles rom for betydelig forbedring når det gjelder dekningsgrad (se kapittel 2, Etterspørselsreduksjon, Behandling, Substitusjonsbehandling).

Samtidig som det er bevist at skadereduserende tiltak har bidratt til å redusere utbredelsen av hepatitt C blant sprøytebrukere, har man ikke greid å kontrollere spredningen (10). Utbredelsen av hepatitt C-smitte blant unge sprøytebrukere krever nytenkning når det gjelder tilnærmingen til skadereduksjon. Innføring av sprøyterom med tilsyn av medisinsk personell og kontrollert distribusjon av heroin er to slike tiltak som vurderes i enkelte EU-land.

Begge medfører imidlertid etiske og juridiske problemer som kan kreve endringer i narkotikalovgivning. I de landene som har sprøyterom (USA, Australia, Tyskland, Sveits og Nederland), er den skadereduserende effekten ennå ikke vurdert.

Omfanget av tjenester og dekningsgrad er viktige aspekter når tilgjengeligheten av skadereduserende tiltak skal måles hos sprøytebrukerne som gruppe. På grunnlag av anslag over problematisk stoffbruk og andelen sprøytebrukere blant opiatmisbrukere i behandling, er det gjort foreløpige anslag over antall sprøytebrukere i EU-landene. Ut fra disse anslagene får vi et grovt bilde av utbredelsen av sprøytebytteprogrammer (distribusjonspunkter) i hvert land (se figur 30) og antallet sprøytespisser som er byttet inn gjennom disse programmene pr. 1000 sprøytebrukere pr. år ⁽²⁶⁾. Selv om anslagene for det enkelte land ikke nødvendigvis er særlig pålitelige, ser det ut som om sprøytebytteprogrammene i de fleste landene det finnes data for, generelt sett fortsatt ikke har mange nok rene sprøytespisser for brukerne, med et mulig unntak av Storbritannia (England og Wales) og Spania.

En fransk studie beregnet det gjennomsnittlige antall injeksjoner pr. person som bruker sprøyter daglig (i foregående måned) til 3,6 pr. dag, noe som betyr mer enn 1300 injeksjoner pr. år pr. person. (93 % av brukerne som byttet inn sprøytespisser brukte sprøyter daglig). Dette gjennomsnittet avhenger imidlertid i stor grad av stoffene som injiseres (opiatbrukere som også injiserer kokain kan ha større injeksjonshyppighet) og av inntekt (sprøytebrukere med lite penger kan sette færre sprøyter). Bedre totale og nasjonale anslag over antallet sprøytebrukere og antallet injeksjoner er nødvendig for å vurdere dekningsgraden av sprøyte-

⁽²⁶⁾ Figur 18 OL: Sprøyter utdelt/byttet gjennom sprøytebytteprogrammer pr. sprøytebruker pr. år (nettutgaven).

bytteprogrammer og dermed deres potensial for effektiv forebygging av narkotikarelaterte infeksjoner ⁽²⁷⁾ ⁽²⁸⁾.

Kilder

- (1) S. Darke, S. Kaye, J. Ross, 'Transitions between the injection of heroin and amphetamines', *Addiction*, Vol. 94, 1999, s. 1795–1803.
- (2) M. C. Doherty, R. S. Garfein, E. Montoroso, 'Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults', *J Urban Health*, Vol. 77, 2000, s. 396–414.
- (3) D. L. Thomas, S. A. Strathdee, D. Vlahov, 'Long-term prognosis of hepatitis C virus infection', *JAMA*, Vol. 284, 2000, s. 2592.
- (4) A. J. Freeman, G. J. Dore, M. G. Law, o.a., 'Estimating progression to cirrhosis in chronic hepatitis C virus infection', *Hepatology*, 2001, (under trykking).
- (5) European network on HIV/AIDS and hepatitis prevention in prisons, second annual report, 1998.
- (6) T. L. Lamagni, K. L. Davison, V. D. Hope, o.a., 'Poor hepatitis B vaccine coverage in IDUs, England 1995 and 1996', *Comm Dis Public Health*, Vol. 2, 1999, s. 174–177.
- (7) M. Fitzgerald, J. Barry, P. O'Sullivan, L. Thornton, 'Blood-borne infections in Dublin's opiate users', *Ir J Med. Sci.*, Vol. 170, 2001, s. 32–34.
- (8) Nasjonalt knutepunkt for Italia (nasjonal rapport for 2000 til EONN).
- (9) E. Drucker, P. Lurie, A. Wodak, P. Alcabes, 'Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV', *AIDS*, Vol. 12 (Suppl. A), 1998, s. S217–S223.
- (10) A. Taylor, D. Goldberg, S. Hutchinson, o.a., 'Prevalence of hepatitis C virus infection among injecting drug users in Glasgow 1990–96: are current harm reduction strategies working?', *J Infect*, Vol. 40, 2000, s. 176–183.
- (11) M. Valenciano, J. Emmanuelli, F. Lert, 'Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France', *Addiction*, Vol. 4, s. 597–606.

Hva er syntetiske stoffer?

Betegnelsen 'syntetisk stoff' brukes bare om psykoaktive stoffer som produseres ved en kjemisk prosess hvor essensielle psykoaktive bestanddeler ikke utvinnes fra stoffer som forekommer i naturen. Betegnelsen 'syntetisk stoff' var i begynnelsen synonymt med narkotiske stoffer som ble brukt som rekreasjonsrusmiddel f.eks. i 'dance'-miljøer, i kjølvannet av at det syntetiske stoffet ecstasy (MDMA) og andre ringsubstituerte amfetaminer kom inn på dette markedet, selv om ikke-syntetiske stoffer som cannabis, kokain og 'magic mushrooms' også brukes i disse miljøene. Amfetaminer og lysergsyredietylamid (LSD) er syntetiske stoffer som lenge har vært ulovlige, mens ecstasy (MDMA) og andre narkotiske stoffer på Alexander Shulgins Pihkal-liste⁽¹⁾ er av langt nyere dato. Det er økende bekymring verden over når det gjelder produksjonspotensialet for andre og nyere syntetiske stoffer som selges som alternativer til MDMA eller som en tilsetning i MDMA-tabletter. Mange 'syntetisk stoffer' er enkle å produsere, og dette gjør det desto vanskeligere å kontrollere forsyningen ettersom laboratoriene settes opp og flyttes med største letthet.

Enkelte, men ikke alle, syntetiske stoffer er hallusinogener og kan virke enten stimulerende eller beroligende på sentralnervesystemet (CNS), det siste gjelder GHB. Det

finnes også syntetiske opiater som metadon, petidin (MPPP, MPTP), fentanyl, 3-metyl-fentanyl osv.

'Designerdop' har en kjemisk sammensetning som er analog med sammensetningen i kontrollerte stoffer. Illegale produsenter gjør små endringer i molekylstrukturen i et forbudt stoff for å få lignende eller sterkere farmakologiske virkninger, og dermed unngå straffeforfølgning. EUs Fellestilltak mot nye syntetiske stoffer (se boksen på side 46) ble lansert i juni 1997 med sikte på å forebygge og/eller begrense utbredelsen av 'designerdop'.

Amfetaminer er syntetiske stoffer. De kan injiseres, noe som er vanlig i Sverige og Finland, eller tas i pille- eller pulverform. Amfetamin blandes ofte i ecstasyliknende tabletter med MDMA eller ecstasyanaloger.

Metamfetaminer er metylderivater av amfetaminer (hovedsakelig av ikke-ringsubstituert type). De omfatter 'metedrin' så vel som 'crystal' og 'ice', som er former som kan røykes.

(1) A and A. Shulgin (1991): *Pihkal: A chemical love story*, Transform Press.

(27) Tabell 7 OL (søylediagram): Tilbud, bruk og dekning av sprøytebytteprogrammer for sprøytebrukere og apotekdekning i en del europeiske land ifølge de nasjonale knutepunktene, 2000 (nettutgaven).

(28) Tabell 8 OL: Tilbud om rådgivning og testing for HIV, HIV-behandling og HBV-vaksine for sprøytebrukere i en del europeiske land ifølge de nasjonale knutepunktene, 2000 (nettutgaven).

Syntetiske stoffer

I denne delen suppleres dataene og analysene fra de andre delene av årsrapporten med et sammendrag av de viktigste spørsmålene, problemene og utfordringene når det gjelder syntetiske stoffer.

Spredning av bruk

Mens det globale bildet i 2000 bekrefter at spredningen i bruken av syntetiske stoffer i EU generelt er stabilisert, ser man fremdeles en oppadgående trend for bruken av ecstasy i enkelte regioner hvor byer og feriesteder på grunn av sin plassering og et stort aktivitetstilbud rettet mot unge, tiltrekker seg mange unge europeiske turister. Mer generelt kan man si at byområder med etablerte ungdomskulturer fortsatt kan utgjøre et miljø hvor 'rekreasjonsbruk av stoff' kan få fotfeste og utvikle seg.

Kryssanalyser av kvalitative undersøkelser tyder på at forbruket av syntetiske stoffer har spredt seg ut over 'techno-miljøet' til diskoteker, nattklubber og også private miljøer. Det rapporteres også om andre omgivelser. En studie fra 1998 fant at i Hellas har f.eks. 35 % av studentene som har brukt ecstasy tatt stoffet på fotballkamp.

Atferd og bruksmønstre

Det er en økende tendens til ikke å foretrekke et bestemt stoff framfor et annet, men snarere til å bruke de ulike narkotiske stoffene alt etter behov og situasjon.

Enkelte medlemsstater har gjort videre undersøkelser av endringene i atferdsmønstre blant de unge.

- De fleste landene understreker et fenomen med raskt skiftende mønstre der store grupper eksperimenterer og/eller kombinerer forskjellige stoffer for å bli 'høy' og/eller for å kompensere for virkningene av andre stoffer.
- I Nederland vurderes for tiden fenomenet 'ecstasyslitasje'. Årsakene til denne trenden kan skyldes flere forhold, f.eks. at det ikke finnes noen garanti for innholdet i pillene, eller bevisstgjøring (gjennom media) om de alvorlige ettervirkningene på humør og følelsesliv. Man har også spurt seg om kokain faktisk nå spiller rollen som basisstimuli med forutsigbare, kjente virkninger. Kombinasjonen kokain og alkohol betraktes av erfarne brukere som en 'god blanding', mens kombinasjonen ecstasy og alkohol betraktes som vanskeligere å takle.
- Når det gjelder misbruk av ecstasy, viser enkelte avhengighetsstudier at potensialet for avhengighet av stoffet i seg selv kanskje spiller en mindre rolle enn de

ikke-kjemiske og atferdsmessige avhengighetsmønstre som er forbundet med det.

Medlemsstatenes strategier legger uten unntak opp til et skille mellom de ulike brukeregruppene av syntetiske stoffer. En innledende og svært bred differensiering av forbrukerne kan være som følger:

- Storbrukere. Selv om avhengighetspotensialet for MDMA er lavt, viser et mindretall av brukerne et kompulsivt bruksmønster – oftere enn én gang i uken, mer enn én pille om gangen, blandingsbruk, intens festing i helgene og søvnmangel. De inngår ofte i nettverk hvor misbruk av narkotika er veldig vanlig.
- Forsiktige brukere, med et mindre omfattende bruksmønster.
- Sporadiske brukere, med mindre kunnskap og viten om mulige risikoer.

Blandingsbruk av forskjellige stoffer, både legale og illegale, er et vanlig adferdsmønster blant unge mennesker som går mye ut (barer, diskoteker, 'rave-/techno'-fester, privatfester). Blandingsbruk – blande eller bytte mellom et stort spekter av stoffer, både syntetiske og ikke-syntetiske – er hovedtrenden. Et dominerende mønster er 'selvstyrt' blandingsbruk i en skiftende kontekst.

Bytte fra ett stoff til et annet og blandingsbruksmønstre er i en viss grad knyttet til de ulike stoffenes tilgjengelighet – opportuniste spiller her en ikke uvesentlig rolle. Personlige strategier eller gruppestrategier mobiliseres ofte for å få tak i et bestemt stoff, og gruppedynamikken spiller en stor rolle.

Det bør skilles mellom stoffer som har rykte for å være mer tilpasset musikktilstelningen i seg selv, og andre narkotiske stoffer (som f.eks. 'after-dancedop' og 'not-dancedop') og stoffer som det eksperimenteres med som ledd i en innvielse ledet av erfarne brukere som i det minste har en viss empirisk kunnskap om doseringer og bivirkninger. For et begrenset antall syntetiske stoffer kan det å ikke tilhøre et slikt miljø muligens utgjøre en større risiko.

Stoffenes tilgjengelighet

MDMA, som fortsatt er det foretrukne produktet på ecstasy-markedet, kommer under mange ulike logoer og mange ulike navn. Laboratoriet til det tyske kriminalpolitiet i Wiesbaden har f.eks. kontrollert tabletter merket med en 'Mitsubishi'-logo med tre romber i trekant og utstedt en liste med mer enn 200 forskjellige sluttprodukter.

Forebyggingsteam som har vært til stede på musikktilstelninger har beslaglagt tabletter som ved toksikologisk analyse eller testing på stedet viste seg å være overdoserte MDMA-piller. Dermed kunne informasjon om dem raskt spres til alle EU-landene gjennom EUs system for tidlig varsling.

En trend som må overvåkes nøye er det økende tallet psykotrope medisiner som f.eks. ketamin, som er avledet fra legale kilder.

For amfetamin (eller 'speed' – amfetaminsulfat) er det registrert lavere renhet og tilgjengelighet. Landene i Skandinavia er fremdeles det viktigste markedet for injisert amfetamin, og Storbritannia for ikke-injisert amfetamin.

Gjennomsnittlig forbruk av metamfetaminer er fortsatt svært begrenset i EU. I henhold til Europol (29) er det imidlertid funnet bevis på at produksjon har funnet sted (nedlagte laboratorier) i Tyskland og Nederland. Estland og særlig Den tsjekkiske republikk har også vært involvert i produksjon og smugling. Metamfetamin, sannsynligvis produsert i Den tsjekkiske republikk, har i økende grad erstattet amfetamin for brukere i Bayern og Sachsen, de to nærmeste delstatene i Tyskland. Flere beslag av dette stoffet ble rapportert til Europol i 1999 av politiet i Finland, Sverige, Tyskland og Nederland.

Selv om LSD og andre hallusinogener fortsatt finnes, har markedet for disse stoffene stabilisert seg eller flatet ut i de fleste landene i EU.

Behandlingsdata

Behandlingsdata, som en indikasjon på graden av problematisk stoffbruk, gir svært dårlig dekning for syntetiske stoffer, unntatt for injisert amfetamin. Ecstasy er omtrent aldri registrert som primærrusmiddel hos personer som søker behandling – pasientene er typisk blandingsbrukere. At behandlingsbehovet hos misbrukere som har

amfetaminer som primærrusmiddel er større i Sverige og Finland, kan forklares av disse landenes historiske tradisjoner for injisering av amfetaminsulfat.

Etter at Nederland i 1994 innførte en egen registreringspost for ecstasybruk, fikk man i 1995 fullstendig registrering av ecstasybruk i det polikliniske helsesystemet. Tallene viser en nedadgående trend i behandlingsbehovet for ecstasy siden 1997, og den tilsynelatende innledningsvise økningen i de to forutgående årene kan, i det minste delvis, tilskrives forbedret registrering. Ecstasybrukerne utgjør ikke mer enn 1 % av alle narkotikaklientene (amfetaminklienter 3,1 %). I 1999 var antallet klienter som rapporterte at de brukte ecstasy som sekundært rusmiddel dobbelt så høyt som antallet klienter som brukte ecstasy som primærrusmiddel, og dette stemmer med det faktum at ecstasybrukerne typisk er blandingsbrukere.

Helserisikoer

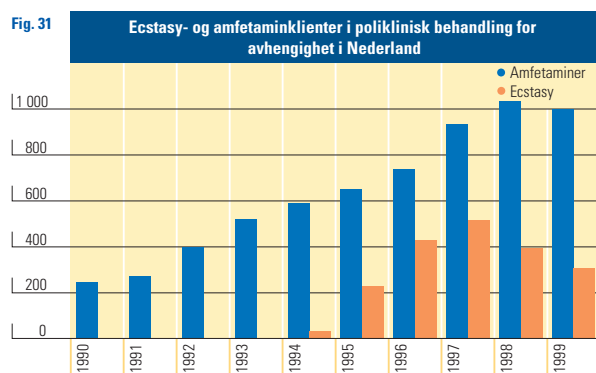
Selv om de er sjeldne og dårlig dokumentert, kan stoffer av typen ecstasy gi akutte virkninger, særlig inntatt sammen med andre legale eller illegale narkotiske stoffer (som f.eks. GHB og alkohol), når de blandes med andre narkotiske stoffer med mindre potensial for akutte skadevirkninger eller når pillene er sterkt overdosert og/eller tas gjentatte ganger i løpet av en kort periode.

Klinikere legger vekt på risikoatferdens betydning (f.eks. suget etter å bli 'høy' eller uvitenhet om sammensetning og/eller virkninger) framfor toksisiteten ved det enkelte stoff isolert fra sammenhengen eller fra bruksmønstrene. Personlig helsehistorie kan også være en bestemmende faktor.

I de fleste tilfellene er diagnosen kombinasjonsforgiftning, og det er vanskelig å trekke fram ett stoff framfor et annet.

For å forstå hva slag potensielle langsiktige risikoer og nevropsykiske aspekter det er snakk om ved ikke-dødelig toksisitet, prioriterer klinikere nå å følge opp tilfeller av akutt intoksikasjon blant unge personer som bruker ecstasy, vanligvis i kombinasjon med andre narkotiske stoffer.

Langvarig bruk kan medføre skadevirkninger. Reversible og/eller ikke-reversible effekter på hjernen er fortsatt gjenstand for diskusjon. Det foreligger stadig mer dokumentasjon på at det serotonerge system i hjernen hos tunge ecstasybrukere tar skade. Kliniske implikasjoner indikerer læringsproblemer, men det er fortsatt langt mellom forskningsprosjektene på dette området (på gang i Storbritannia og USA).



(29) Jaarverslag Europol 2000, Den Haag.

Utvalgte aspekter

Dødsfall

Etter at man begynte med oppsøkende virksomhet og andre forebyggende tiltak ved 'techno/house'-tilstelninger, ser man nå en nedgang i antallet dødsfall sammenlignet med tidlig på 1990-tallet, i hvert fall i de landene hvor nødtilfellene er registrert og dokumentert.

I Nederland i perioden 1994-97 ble overdoser av amfetaminer eller fenylpropanolaminderivater, hvor disse derivatene ble betraktet som viktigste dødsårsak, tilskrevet 50 % av tilfellene med dødelig utgang. I de resterende tilfellene ble det også funnet amfetaminderivater, men dødsfallet ble tilskrevet andre narkotiske stoffer og/eller alkohol eller ukjente årsaker.

Et nytt syntetisk stoff, 4-metyltioamfetamin (4-MTA, med gatenavnet 'flatliner') har vært involvert i en rekke dødsfall i EU (fire dødsfall i Storbritannia, ett i Nederland). Et annet 'nytt' syntetisk stoff, GHB (gammahydrobysyrat), har også vært knyttet til enkelte dødsfall, vanligvis i forbindelse med alkohol og/eller andre narkotiske stoffer. Disse to stoffene har vært gjenstand for overvåking og risikovurdering innenfor rammen av EUs Fellestiltak mot nye syntetiske stoffer (se boks på side 46).

Tiltak

Tiltak mot syntetiske stoffer organiseres på ulike intervensjonsnivåer:

Primær forebygging konsentreres til informasjon om syntetiske stoffer og foregår vanligvis gjennom offentlige kampanjer og tiltak på skolene.

Skadereduksjon/opsøkende virksomhet i fritidsmiljøer består av 'chill-out'-rom, pilletesting, informasjonsbrosjyrer og informasjonssentra på stedet. Det finnes også såkalte 'auto-support'-initiativer i 'techno'-miljøer som tar sikte på å gi informasjon om syntetiske og andre stoffer innenfor rammen av en rekke musikkorienterte aktiviteter.

Informasjon blant brukerne om risikoen ved å blande stoffer (særlig risikoen med alkohol) og tidlig påvisning av nye risikogrupper blant ungdommer betraktes nå som avgjørende.

Målet med raskere helsetiltak er å bidra med målrettet informasjon om forebygging for å sette medisinsk nødpersonell og giftinformasjonsenheter, allmennleger, helsearbeidere som jobber i felten osv. i stand til å oppdage og gi mer effektiv hjelp i tilfeller av akutt forgiftning. I Frankrike har 'Médecins du Monde' siden 1998 sikret medisinsk beredskap på raveparties og andre 'free parties'. Mangel på relevant klinisk litteratur om akutte intoksikasjons-

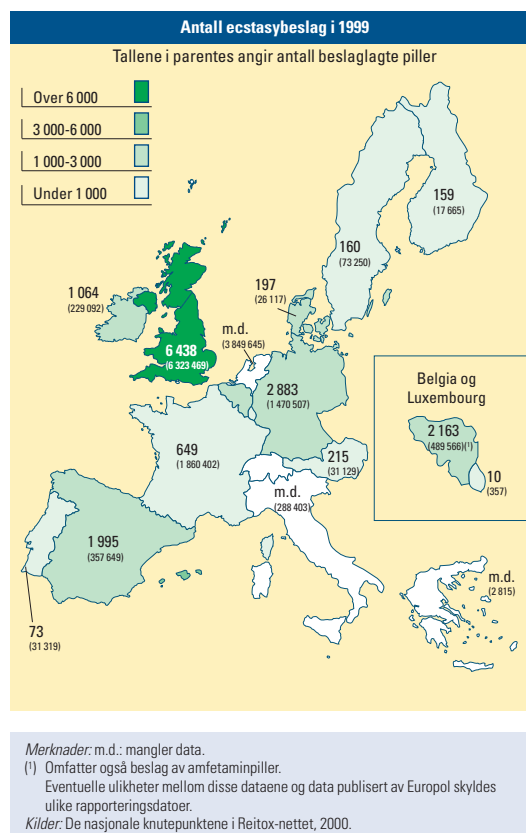
episoder og umuligheten av å sjekke den enkeltes sykehistorie, vanskeliggjør arbeidet.

Selv om 'nye' narkotikamisbrukere (nye eller erfarne misbrukere som ikke er kjent av behandlingstjenestene) har en mindre problematisk stoffbruksprofil, kan de tilbys ny, forbedret informasjon om hvordan de kan identifisere tegn på problematisk stoffbruk og behov for hjelp. Egen oppfatning av helse, bevissthet om tapet av kontroll over 'selvstyrt' bruk og kunnskap om tilgang til rådgivningstjenester er mulige indikatorer som kan kombineres med forebyggende, oppsøkende virksomhet. Mangelen på diversitet og/eller relevans innen det eksisterende behandlingstilbudet kan imidlertid begrense effekten av innsatsen på dette området.

Tilbudsreduksjon

I henhold til Europol (Årsrapport 2000) er Nederland fortsatt det viktigste landet for produksjon og eksport av ecstasy – 36 produksjonsanlegg ble identifisert i 1999. Samme år ble fire laboratorier ødelagt i Belgia, to i Spania og ett i Tyskland. Et av de største amfetaminlaboratoriene som noen gang er funnet, ble ødelagt i Hellas i februar 2000. Produksjon og eksport berører også et antall østeuropeiske land (Den tsjekkiske republikk, Polen og Bulgaria) samt De baltiske stater.

Fig. 32



For eksempel produseres 10-20 % av de syntetiske stoffene for Storbritannia i Storbritannia, mens resten antas å bli produsert på kontinentet (framfor alt Nederland og Belgia) og innføres til Storbritannia over havner i Den engelske kanal og via flyplasser.

Gjennomsnittlig engrospris (salg pr. kg) for tabletter som selges som ecstasy er mellom fire og fem euro pr. pille, med en minstepris på 1 euro i Portugal og en maksimumspris på 13 euro i Danmark ⁽³⁰⁾. Gjennomsnittlig detaljpris er fra 4 til 28 euro pr. gram, med en minstepris på 4 euro i Nederland og en maksimumspris på 34 euro i Danmark.

Nye initiativer og politiske utfordringer

Syntetiske stoffer er i det politiske søkelyset til tross for at det bare finnes begrensede vitenskapelige bevis for at de utgjør noen helserisiko for befolkningen generelt. Den utbredte bruken blant sosialt integrerte grupper, deres funksjon som rollebilder innen ungdomskulturen og det faktum at produksjon av og handel med stoffene skjer i Europa (både for innenlands- og utenlandsmarkedet), legger et sterkt press på EU om å treffe ansvarlige tiltak.

Syntetiske stoffer og risikovurderinger inngår i stadig større grad i et mer omfattende syn på skiftende mønstre og atferd, subkulturer og utvikling. Dette har resultert i følgende tiltak:

- opprettelse av effektive kommunikasjonskanaler mellom alle aktører som er involvert i systemer for raske tiltak,
- etablering av klarere forbindelser mellom vitenskapelig basert informasjon og politiske tiltak,
- forbedring av kapasiteten når det gjelder å innhente spesifikk informasjon om syntetiske stoffer og mer generelt om kommende trender innen stoffbruk via nasjonale utbredelsesanslag og registrering av behandlingsbehov, samtidig som det tas hensyn til at behandlingsapparatet primært skal ta seg av opiatmisbrukere.

EU's fellestiltak mot nye syntetiske stoffer

I løpet av perioden 1998-2000 har EU's fellestiltak 'system for tidlig varsling' for rask innsamling og utveksling av informasjon om nye syntetiske stoffer oppdaget en rekke nye stoffer på det illegale markedet i Den europeiske union. Felles framdriftsrapporter med et sammendrag av informasjonen som er samlet inn på dette foreløpige stadiet, er framlagt av EONN og Europol for Rådet for Den europeiske unions horisontale narkotikaarbeidsgrupper. I neste omgang har EONNs utvidede vitenskapelige komité på Rådets anmodning gjennomført en risikovurdering av fire av disse stoffene, MBDB, 4-MTA, GHB og ketamin.

På bakgrunn av risikovurderingsrapporten og en uttalelse fra Europakommisjonen er et nytt syntetisk stoff, 4-MTA, gjort til gjenstand for kontrolltiltak i alle EU's medlemsstater etter rådsvedtak av 13. september 1999.

Andre nye syntetiske stoffer, som f.eks. PMMA, 2-CT-5 og 2-CT-7, er nylig påvist av fellestiltakets 'system for tidlig varsling' og blir nå overvåket av EONN og Europol i fellesskap i tett samarbeid med Europakommisjonen og Det europeiske byrå for legemiddelvurdering (EMEA).

Samarbeidet skal være et verktøy for å bestemme om et bestemt stoff skal kontrolleres på EU-plan eller ikke, og skal gi medlemsstatene og europeiske institusjoner regelmessig innblikk i miljøet for rekreasjonsbruk av stoff og tidlige indikasjoner innen trender for handel med syntetiske stoffer. Risikovurderingene utgjør et solid grunnlag som politikere kan basere seg på i vurderingen av mulige alternativer for å sikre balanse mellom rettshåndhevelse og forebyggende tiltak.

⁽³⁰⁾ Nyeste data: 07/1999. Prisene varierer innenfor de ulike medlemslandene alt etter renhetsgrad, mengde som kjøpes og hvor det kjøpes (Kilde: Europol, Årsrapport 2000).

Narkotikaproblemet i Sentral- og Øst-Europa

Dette kapitlet er utarbeidet på grunnlag av ny informasjon som er framskaffet gjennom 'Phare'-programmet for narkotikabekjempelse i Sentral- og Øst-Europa. I dag er partnerskapet mellom EONN og søkerlandene i en overgangsfase hvor det direkte tekniske samarbeidet skal bygges ut for å sikre det institusjonelle grunnlaget for nasjonale informasjonssystemer om narkotika, for å styrke relasjonene og for å etablere permanente strukturelle forbindelser.

Situasjon og trender

De viktigste trendene identifisert i 2000 blir i det store og hele bekreftet:

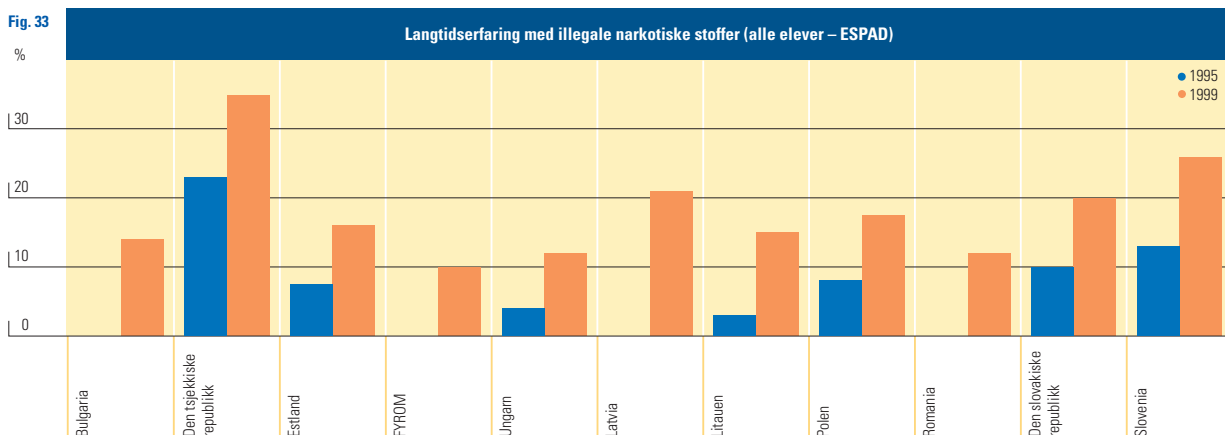
- en økning i andelen av den allmenne befolkning, særlig skoleelever, som har forsøkt illegale narkotiske stoffer minst én gang i livet,
- en økning i behovet for behandling, hovedsakelig for opiatavhengighet,
- endrede mønstre for narkotikabruk, hvor importert heroin i økende grad tar over for lokalt produserte opiater,
- en spredning av narkotikabruken fra de største bysentrene til alle regioner,
- en økning i problemene og utfordringene i forbindelse med handel og transitt av illegal narkotika.

Utbredelse av og mønstre for narkotikabruk

I henhold til data innsamlet gjennom Den europeiske skoleundersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD) i 1995 og 1996, var det en dobling i langtidserfaring med bruk av illegale narkotiske stoffer blant skoleelever (15-16-åringer) i denne perioden i alle land i Sentral- og Øst-Europa (CEEC), med unntak av Den tsjekkiske republikk, der utbredelsen allerede var ganske høy og økte en og en halv gang (se figur 33).

Denne økningen gjenspeiler hovedsakelig økningen i bruken av cannabis, som forblir det vanligste narkotiske stoffet blant tenåringer.

Parallelt har man oppdaget en betydelig men ikke fullt så stor økning i bruken av stoffer som ecstasy, amfetaminer og LSD (tabell 4).



Tabell 4

Langtidserfaring med bruk av ecstasy, amfetaminer og LSD blant skoleelever – ESPAD 1995 – 1999.

	Ecstasy		Amfetaminer		LSD	
	1995	1999	1995	1999	1995	1999
Bulgaria	—	1	—	1	—	1
Den tsjekkiske republikk	0	4	2	5	2	7
Estland	0	3	0	7	1	3
Den tidligere jugoslaviske republikken Makedonia	—	1	—	0	—	1
Ungarn	1	3	0	2	1	4
Latvia	0	6	0	4	0	4
Litauen	0	4	0	2	0	2
Polen	0	3	2	7	1	5
Romania	—	0	—	0	—	0
Den slovakiske republikk	—	2	0	1	0	4
Slovenia	1	4	0	1	1	3

Imidlertid viser enkelte data innsamlet på bynivå eller i mer målrettede undergrupper at utbredelsen av syntetiske stoffer kan være høyere enn det som framkommer av nasjonale tall, selv om nøyaktige data over antallet brukere i befolkningen mangler.

- I Litauen viste ESPAD-undersøkelsen for 1999 at utbredelsen av langtidserfaring med illegale narkotiske stoffer sett under ett blant skoleungdom var 22,7 % i Vilnius og 23,9 % i Klaipeda, mens det nasjonale gjennomsnittet var 15,5 %.
- I Den tsjekkiske republikk viste en undersøkelse som ble utført i 'techno'-partymiljøet i Praha i løpet av 1998 og 1999 at utbredelsen av langtidserfaring var 44,5 % for amfetaminer, 35,7 % for ecstasy og 47,7 % for hallusino-gener (sammenlignet med henholdsvis 5 %, 4 % og 7 % i ESPAD-undersøkelsen, som ble utført på nasjonalt nivå).

Behov for behandling

Behovet for behandling – hovedsakelig for opiatmisbruk – synes fremdeles å øke (tabell 5).

Det bør imidlertid understrekes at forbruksmønstrene, så vel som de problematiske stoffene i seg selv, kan variere kraftig fra land til land og fra region til region.

Tilgjengelighet

De store beslagene på Balkan-ruten og i Sentral-Europa i 1999 og 2000 bekrefter denne regionens rolle når det gjelder transit og oppbevaring av heroin. Det er verdt å merke seg at bulgarske myndigheter til sammen beslagla hele 2079 kg heroin i 2000, som er mer enn den totale beslagmengden for de seks foregående årene. De fleste beslagene gjøres på den største kontrollposten på grensen til Tyrkia. Man kan ikke se tilsvarende økninger andre steder langs Balkan-ruten. Etter hvert som heroinforbruket

øker, ser det imidlertid ut som om landene i Sentral- og Øst-Europa i økende grad også blir mål for herointransporten.

Sentral- og Øst-Europa fortsetter å være en transitregion for cannabis som skal til medlemsstatene i EU. I 2000 rapporterte de fleste landene om beslag. Studier viser at cannabis er det vanligste narkotiske stoffet i Sentral- og Øst-Europa, og mye tyder på at det, akkurat som i EU, har vært en merkbar økning ikke bare i den illegale narkotikahandelen, men også i dyrking av cannabis i regionen.

Sentral- og Øst-Europas rolle som transitregion for kokainhandelen synes å ha blitt ytterligere forsterket i løpet av 1999 og 2000. Det ble gjort store kokainbeslag i Ungarn, Den tsjekkiske republikk og Romania. Forbruket synes imidlertid fremdeles å være begrenset til bestemte deler av befolkningen, men omfanget er vanskelig å beregne med bruk av dagens overvåkingssystemer.

Syntetiske stoffer blir stadig mer populære blant ungdommer (tabell 4), og det er foruroligende tegn på at et økende antall ungdommer er involvert i narkotikahandel og salg av narkotiske stoffer. Produksjonen av syntetiske stoffer har økt, og forbruket påvirker livet til stadig flere ungdommer. De fleste landene i Sentral- og Øst-Europa har illegale laboratorier som produserer amfetaminer, og prekursorer for produksjonen smugles fra andre land i Sentral- og Øst-Europa, EU eller tredjeland.

Illegale laboratorier er blitt ødelagt i nesten alle landene i regionen. Særlig Polen, Den tsjekkiske republikk, Ungarn, Bulgaria og De baltiske stater synes å være store produsenter. For eksempel antar man at det til tross for at

Tabell 5

Totalt antall søknader om behandling i Sentral - og Øst - europeiske land etter 1993

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Albania	m.d.	m.d.	27	63	334	523	615
Bulgaria	m.d.	m.d.	254	449	582	974	1071
Den tsjekkiske republikk ⁽¹⁾	m.d.	m.d.	2 470	3 252	3 132	3 858	3 889
Estland	m.d.	246	366	755	m.d.	m.d.	m.d.
FYROM	82	116	242	301	431	m.d.	m.d.
Ungarn ⁽²⁾	m.d.	2 806	3 263	4 233	7 945	8 957	12 765
Latvia	m.d.	781	804	904	992	1 080	1 512
Litauen ⁽³⁾	m.d.	m.d.	m.d.	1 804	2 871	2 862	3 082
Polen	3 783	4 107	4 223	4 772	m.d.	m.d.	m.d.
Romania	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	646	650	m.d.
Slovakia	m.d.	1 189	1 239	1 594	2 074	2 199	2 236
Slovakia ⁽¹⁾	141	187	125	309	m.d.	m.d.	m.d.

Merknader: d.m. = data mangler.

⁽¹⁾ Førstegangs behandlingsbehov.

⁽²⁾ Antall personer i behandling (ikke-harmonisert indikator).

⁽³⁾ Antall registrerte brukere.

Narkotikaproblemet i Sentral- og Øst-Europa

syv laboratorier ble ødelagt i Polen på våren 2000, fortsatt er minst like mange i drift. Den globale utbredelsen av ecstasy har ført til at stoffet eksporteres fra EU til markeder i Sentral- og Øst-Europa. Politiet rapporterer at en betydelig del av den ecstasy som brukes i landene i Sentral- og Øst-Europa stammer fra Nederland.

Politiske og institusjonelle tiltak mot narkotika som fenomen

Siden midten av 1990-tallet har utviklingen av politikk og strategi i Sentral- og Øst-Europa (i likhet med EUs medlemsstater) vært basert på to hovedhensyn: for det første på narkotikafenomenets skiftende natur, som i økende grad berører bredere lag av samfunnet, og for det andre på problemets flerdimensjonale karakter, som krever nasjonale samordnede, tverrfaglige tiltak. Tiltakene fra ulike internasjonale organisasjoner, særlig Europakommisjonen, har vært en katalysator for utviklingen av nasjonale tiltak mot narkotika.

Innenfor denne rammen har landene i Sentral- og Øst-Europa gjort en betydelig innsats for å utvikle egnede lovmessige tiltak og administrasjons- og koordinasjonsstrukturer. Som et ledd i EUs utvidelsesprosess og tiltredelsesprosessen har de 10 søkerlandene i Sentral- og Øst-Europa ⁽³¹⁾ i tillegg justert eller reorientert sine narkotikakontrolltiltak i retning av å vedta og gjennomføre EUs *acquis communautaire*. En tilsvarende prosess gjennomføres i den tidligere jugoslaviske republikken Makedonia, selv om landet ennå ikke har søkt om medlemskap i EU.

Lovgivning

Alle søkerlandene i Sentral- og Øst-Europa har undertegnet og ratifisert de tre FN-konvensjonene om narkotikakontroll, som betraktes som uatskillelige fra målsetningene for EUs narkotikastrategi. Estland var i 2000 det siste landet som ratifiserte FNs konvensjon av 1998 mot illegal handel og omsetning av narkotiske og psykotrope stoffer. Alle søkerlandene i Sentral- og Øst-Europa har undertegnet og ratifisert Europarådets konvensjon av 1990 (Strasbourg-konvensjonen) om hvitvasking, ransaking, beslag og inndragning av økonomisk utbytte fra straffbare handlinger.

Prosesen med å vedta nasjonal lovgivning varierer i intensitet og tilnærming i hele regionen, fra godkjennelse av flere lover som omhandler bestemte narkotikarelaterte spørsmål – som tilfellet f.eks. er for Ungarn – til konseptet om en enkelt, vidtfavnende 'paraply'-narkotikalovgivning

– som Polens lov av 1997 om bekjempelse av narkotikaavhengighet. Sistnevnte ble endret i 2000 for å skjerpe bestemmelsene om besittelse av mindre mengder narkotika og for å styrke det etterspørselsreducerende aspektet. En tilsvarende lov er nylig vedtatt i Bulgaria (1999). I løpet av de siste to årene har Slovenia vedtatt tre viktige narkotikalover: om produksjon og handel av illegale narkotiske stoffer (1999), om prekursorer for illegale narkotiske stoffer (2000) og en lov som utelukkende handler om forebygging av narkotikabruk, behandling og reintegrasjon av narkomane (1999). Romanias lov av 2000 om bekjempelse av illegal handel og forbruk av narkotika er heller kort og vil sannsynligvis bli etterfulgt av en betydelig mengde sekundærlovgivning. Alle søkerlandene har vedtatt lovgivning om kontroll av konkrete prekursorer som i stor grad er forenlig med EUs lovgivning. For eksempel ble det i 2000 innført lover i Slovenia og Slovakia og forordninger om prekursorer i Litauen, Polen og Bulgaria.

Nasjonal samordning

I tråd med den nye lovgivningen er det gjennomført store endringer i de nasjonale strukturene for samordning og beslutningstaking i de fleste søkerlandene i Sentral- og Øst-Europa i 1999 og 2000. I 1999 godkjente Den tsjekkiske republikks nasjonale narkotikakommisjon statuttene til sitt eget samrådsorgan; styret av representanter for departementene, som fikk i oppgave å utarbeide en ny nasjonal strategi. Ungarns kommisjon for samordning av narkotikasaker har fått styrket sitt mandat og sine operative fullmakter. De nye lovene som er vedtatt i

Den slovenske loven om forebygging

Den slovenske loven om forebygging av bruken av illegale narkotiske stoffer og salg til forbrukere av illegale narkotiske stoffer (1999) har, ved siden av å innføre tiltak for å forebygge bruken av illegal narkotika, også innført tiltak som omfatter informasjon, medisinske aktiviteter, opplærings- og rådgivningsaktiviteter, medisinsk behandling, sosialtjenester og programmer for å løse sosiale problemer knyttet til bruken av illegale narkotiske stoffer, samt overvåking av forbruket av illegale narkotiske stoffer. Loven omhandler blant annet behovet for engasjement fra frivillige organisasjoner og samordning av deres aktiviteter med det nasjonale programmet. Det forutsettes at midlene til samfinansiering av gjennomføringen av forebyggingsprogrammene og overvåking av forbruket finansieres over statsbudsjettet.

⁽³¹⁾ Følgende land i Sentral- og Øst-Europa har søkt om medlemskap i EU: Bulgaria, Den tsjekkiske republikk, Estland, Ungarn, Latvia, Litauen, Polen, Romania, Slovakia og Slovenia

Slovenia og Bulgaria har innført interdepartementale samordningsorganer i disse landene og styrket deres rolle gjennom opprettelsen av permanente støttestrukturer – Det statlige narkotikakontor og Sekretariatet for Det nasjonale narkotikaråd – tilsvarende det som finnes i Den tsjekkiske republikk og Slovakia. I Romania ble den 'interdepartementale komité for kampen mot narkotika' opprettet i 1999 men er ennå ikke i full drift, mens Polen ikke har hatt noe slikt organ i funksjon siden 1998. Det meste av denne omorganiseringen har vært vellykket og har satt landene i stand til å opprette en struktur med sikte på å møte behovene til et samfunn i endring og problemene det står overfor.

Ledelsen av det interdepartementale samordningsorganet ivaretas normalt av et av de deltakende departementene. I de fleste landene vil det være et departement med ansvar for sosiale anliggender – i Bulgaria, Litauen og Slovenia helsedepartementet, i Estland sosialdepartementet, og i Ungarn departementet for ungdom og idrett. I andre land ligger det direkte inn under regjeringskontoret – ledet av statsministeren i Den tsjekkiske republikk og visestatsministeren i Slovakia – eller under innenriksministeren, som i Latvia. I Romania ligger det interdepartementale organet under statsministerens ledelse, men i praksis organiseres arbeidet av innenriksdepartementet.

For å gjennomføre og samordne nasjonal politikk på lokalt nivå ble lokale narkotikakommisjoner opprettet i Den tsjekkiske republikk i 1999 og i Bulgaria i 2000, og arbeidet med å opprette kommunale, tverrfaglige narkotikaråd ble igangsatt. Disse tilsvarende narkotikakommisjonene som ble opprettet på regionalt og distriktsnivå i Slovakia i 1997.

Nasjonale strategier og handlingsplaner

I de landene som har interdepartementale narkotikaorganer, som f.eks. Den tsjekkiske republikk og Slovakia, blir tverrfaglige strategier utarbeidet og gjennomført på en mer konsekvent måte. For eksempel har Den tsjekkiske republikk vedtatt sin tredje fortløpende nasjonale strategi. Prosessen med å utarbeide strategiske dokumenter og handlingsplaner ble intensivert i 1999 og 2000, og nasjonale narkotikastrategier er vedtatt i Slovakia (1999), Polen (1999), Ungarn (2000) og Den tsjekkiske republikk (2000).

Estlands program for forebygging av rusmiddelmissbruk (1997–2007), Latvias overordnede plan for nasjonal narkotikakontroll og forebygging av narkotikamisbruk (1999–2003) og Litauens nasjonale program for forebygging og kontroll av narkotika (1999–2003) blir nå revidert. I Slovenia er et nasjonalt program for forebygging av stoffmissbruk, som ble vedtatt i 1992, gjennomført

i løpet av de siste årene. Et nytt program basert på nyere lovgivning vil snart bli vedtatt. Omfattende strategier for kontroll og forebygging av narkotika er ennå ikke vedtatt i Romania og Bulgaria. Sistnevnte har for perioden 2001–2005 vedtatt et nasjonalt program for forebyggende behandling og rehabilitering av narkomane.

De nye strategiene er bevis på engasjement i den forstand at narkotikaproblemet er anerkjent på høyeste politiske og utøvende nivå. Strategiene danner også grunnlaget for de tverrfaglige programmene. Flesteparten av strategidokumentene som nylig er vedtatt, er konkrete handlingsplaner som fastsetter målsetninger, mål, oppnåelsesindikatorer osv. og har allerede sikret eller søkt om økte økonomiske ressurser. Behovet for bedre narkotikainformasjon og evaluering av intervensjonene blir i økende grad anerkjent og er tatt med som en integrerende del av de nasjonale tiltakene. Partnerskap mellom statlig og frivillig sektor innen utvikling av politikk og gjennomføring av programmene synes i økende grad å oppfylle individuelle og kollektive behov både i befolkningen generelt og for den delen av befolkningen som misbruker narkotika. Det er verdt å notere seg at alle de nye strategiene i søkerlandene bestreber seg på å sikre sammenheng mellom politikken på nasjonalt plan og strategier på EU-plan.

Den tsjekkiske republikk

I slutten av 2000 vedtok regjeringen i Den tsjekkiske republikk en *nasjonal strategi for narkotikapolitikk 2001–2004*. Strategien omfatter 82 bestemte oppgaver og fastsetter at alle berørte departementer med mandat på narkotikaområdet, så vel som myndigheter på regions- og distriktsnivå med ansvar for narkotikapolitikk, skal utarbeide en konkret handlingsplan mot narkotika for 2001–2004 i tråd med strategien. Strategien tar hensyn til den administrative omorganiseringen og at større administrative og territoriale enheter er etablert, og legger til rette for økt regional samordning.

Ungarn

Nasjonal strategi for bekjempelse av narkotikafænomenet, utarbeidet av departementet for ungdom og idrett, ble vedtatt av parlamentet i slutten av 2000. Dette er det første omfattende strategidokumentet som tar for seg narkotikafænomenet i Ungarn som er offisielt vedtatt. For å underbygge målene i den tverrfaglige tilnærmingen som er brukt, baserer strategien seg i all hovedsak på analyse av tilgjengelige data og tidligere nasjonale og internasjonale erfaringer. Strategien skiller mellom lang- (2009), mellom- (2002) og kortsiktige målsetninger og oppnåelsesindikatorer for å overvåke framgangen. Den etablerer også det nødvendige organisatoriske og økonomiske rammeverket for gjennomføring av tiltakene. Strategien omfatter fire hovedmålsetninger: effektive samfunns- og

Narkotikaproblemet i Sentral- og Øst-Europa

samordningsfunksjoner, tilgjengelighet av effektive forebyggende tiltak, tilgang til arbeidsterapi- og rehabiliteringstiltak samt redusert utbud av narkotika.

Polen

Til tross for at Polen ikke har noe interdepartementalt samordningsorgan, ble *nasjonalt program for bekjempelse av narkotikaavhengighet i Polen 1999–2001* vedtatt i slutten av 1999. I likhet med EUs handlingsplan mot narkotika (2000–2004) omfatter programmet åtte målsetninger med sikte på å styrke intervensjoner rettet mot etterspørselsreduksjon, øke effektiviteten ved tiltakene for reduksjon av illegal handel med narkotika og psykotrope stoffer, samt tiltak til å styrke de nasjonale samordningsstrukturene og internasjonalt samarbeid. Når det gjelder etterspørselsreduksjon, legger programmet særlig vekt på målsetninger som i høy grad er sammenfallende med målsetningene i EUs strategi, f.eks. forebyggende aktiviteter rettet mot unge mennesker, forbedring av ulike tiltak for rehabilitering og sosial reintegrasjon, reduksjon av helsekonsekvenser av stoffmisbruk osv. Behovet for å evaluere tiltakene og fastsette regler for overvåkingen blir også tatt opp.

Slovakia

Nasjonalt program for kampen mot narkotika fram til år 2003 med utsikt mot år 2008 er et 'policy'dokument som ble vedtatt i kjølvannet av gjennomføringen av det første nasjonale programmet (1995–1999). Programmet tar sikte på å oppnå balanse mellom tiltakene for å redusere etterspørsel og tilbud, og setter opp fire hovedmålsetninger: primær forebygging, behandling og reintegrasjon; reduksjon i tilbudet av narkotika og bruk av loven i kampen

mot narkotika; retningslinjer for massemedia og endelig internasjonalt samarbeid, der forberedelsene til tiltredelsen til EU og behovet for et kontinuerlig samarbeid med EU og EUs institusjoner, herunder EONN, prioriteres. Programmet tar også opp nødvendigheten av å gjennomføre vedtakene gjort i FNs Generalforsamlings 20. spesialsesjon. De viktigste kildene til finansiering av aktivitetene i programmet er 'statens helsefond' når det gjelder forebyggende aktiviteter, 'anti-narkotikafondet' når det gjelder NGO-aktiviteter knyttet til rehabilitering og ettervern, og statsbudsjettet når det gjelder departementer eller gjennomføring av prosjekter definert i programmet.

Hvitvasking av penger

De fleste søkerlandene i Sentral- og Øst-Europa har gjennomført tiltak mot hvitvasking av penger. Nesten alle har opprettet et juridisk, institusjonelt og rettslig rammeverk for bekjempelse av hvitvasking og en enhet for økonomisk etterretning som enten er kommet i drift eller er blitt styrket i løpet av de siste to årene. Videre har de fleste av disse enhetene blitt formelt godkjent som fullverdige medlemmer av 'Egmont'-gruppen⁽³²⁾ og kan dermed betraktes både som komplette med hensyn til samsvar med EUs standarder og praksis, og i stor grad i stand til å oppfylle sine framtidige forpliktelser overfor EU.

Ny lovgivning mot hvitvasking av penger trådte i kraft i Romania i 1999 og ble innført av parlamentet i Slovakia og Polen i 2000. I 1999 ble den bulgarske bankloven endret, og et tillegg til loven om hvitvasking av penger trådte i kraft i Den tsjekkiske republikk i 2000.

Sammenfatning

Til tross for det faktum at det juridiske og institusjonelle rammeverket i landene i Sentral- og Øst-Europa i det store og hele er på plass, er den generelle kapasiteten når det gjelder effektiv gjennomføring av vedtatte tiltak og allokerte ressurser fortsatt begrenset. Det lave operative nivået på nasjonale samordningsmekanismer i enkelte land hindrer effektiv gjennomføring av politikken, og det regionale samarbeidet er svakt utviklet. I de fleste landene virker dette inn på de berørte institusjonenes kapasitet til å håndtere problemet og begrenser deres evne til å delta effektivt i internasjonale samarbeidstiltak rettet mot de

grenseoverskridende truslene som både landene i Sentral- og Øst-Europa og EU står overfor. Det er derfor avgjørende at de berørte landene fortsetter å styrke sin politikk, sine institusjoner og samordningsmekanismer og bevilger de nødvendige ressursene for å oppnå dette. For ytterligere å styrke denne prosessen vedtok Europakommisjonen i 2000 en tilleggsbevilgning på 1 million euro til hvert søkerland for utviklingen av en spesifikk narkotikakomponent i sine nasjonale 'Phare'-programmer. Flesteparten av disse prosjektene skal utvikles gjennom bilateralt samarbeid med medlemsstatene i EU.

⁽³²⁾ Egmont-gruppen er en uformell organisasjon som ble opprettet i 1995 som et forum for enheter for økonomisk etterretning (FIU) for å styrke støtten til sine respektive nasjonale programmer mot hvitvasking av penger. Gruppen har i dag 53 medlemmer.

Nasjonale knutepunkter i Reitox-nettet

Austria — Ms Sabine Haas
ÖBIG — Österreichisches
Bundesinstitut für
Gesundheitswesen
Stubenring 6
A-1010 Wien
Tel. (43-1) 515 61-160
Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Belgique — Ms Denise Walckiers
Scientific Institute of Public
Health
Rue Juliette Wytsman 14
B-1050 Bruxelles
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Denmark — Mr Thomas Clement
National Board of Health
Amaliegade 13 — Post Box 2020
DK-1012 Copenhagen
Tel. (45-33) 48 76 82
Fax (45-33) 48 75 33
E-mail: tcl@sst.dk
Kari Grasaasen —
Tel. (45-33) 48 76 54
Fax (45-33) 48 75 33
E-mail: kag@sst.dk

Finland — Mr Ari Virtanen
National Research and
Development Centre for Welfare
and Health
PO Box 220
FIN-00531 Helsinki
Tel. (358-9) 39 67 23 78
Fax (358-9) 39 67 23 24
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

France — Mr Jean Michel Costes
French Observatory for Drugs and
Drug Addiction
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Tél. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Germany — Mr Roland Simon
Institut für Therapieforschung
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Tel. (49-89) 36 08 04-40
Fax (49-89) 36 08 04-49
E-mail: Simon@ift.de

Greece — Ms Manina Terzidou
Official address
University of Mental Health
Research Institute (UMHRI)
Eginitou 12
GR-11528 Athina
Tel. (30-10) 653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73
Postal address
Greek Reitox Focal Point
PO Box 66 517
GR-15601 Papagou
Tel. (30-10) 617 00 14/653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73
E-mail: ektepn@hol.gr

Ireland — Mr Hamish Sinclair
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Tel. (353-1) 676 11 76 extn 163
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@HRB.ie

Italy — Mr Franco Scarpino
'Prevention and Rehabilitation
Activities Coordination Unit'
of the Department for Social Affairs
of the Presidency of the Council
of Ministers
Via Veneto, 56
I-00187 Roma
Tel. (39) 06 48 16 14 95/16 16 30
Fax (39) 064 82 49 34
E-mail:
puntofocale@minwelfare.it

Luxembourg — M. Alain Origer
Direction de la santé —
EMCDDA Focal Point
Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Tel. (352) 478 56 25
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Portugal — Ms Elza Pais
(Responsible Head FP)
Ms Maria Moreira
(Operational contact person)
Instituto Português da Droga e da
Toxicodependência (IPDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000-179 Lisboa
Tel. (351) 213 10 41 00
(M. Moreira /41 26)
Fax: (351) 213 10 41 90
E-mail: mmoreira@mail.ipdt.pt

Spain —
Ms Elena Garzón
Government Delegation to the
National Plan on Drugs —
(DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Tel. (34) 915 37 27 25
Fax (34) 915 37 26 95
Ana Andrés Ballesteros —
direct tel. (34-91) 537 26 86
E-mail: egarzon@pnd.mir.es

Sweden — Mr Bertil Pettersson
National Institute of Public Health
S-103 52 Stockholm
Tel. (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
Mobile (46-70) 483 35 13
E-mail: Bertil.Pettersson@fhi.se

The Netherlands — Mr Franz Trautmann
Trimbos-instituut
Netherlands Institute of Mental Health
and Addiction
Da Costakade 45 — PO Box 725
3500 AS Utrecht
Netherlands
Tel. (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Norway — Mr Knut Brofoss
National Research Center (SIRUS) —
SIFA
Øvre Slottsgate 2B
N-0157 Oslo
Tel. (47-22) 34 04 00
Fax (47-22) 34 04 01
E-mail: postmaster@sirus.no

United Kingdom — Mr Nicholas Dorn
DrugScope
Waterbridge House
32-36 Loman Street
London SE1 OEE
United Kingdom
Tel. (44-20) 79 28 12 11
Fax (44-20) 79 28 17 71
E-mail: Nicholas@DrugScope.org.uk

European Commission — Mr Timo Jetsu
European Commission
Justice and Home Affairs DG — Drugs Coordination Unit
Rue de la Loi/Weststraat 200
(Lx — 46 3/186)
B-1049 Brussels
Tel. (32-2) 29-95784
Fax (32-2) 29-53205
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk

2001 Årsrapport om narkotikasituasjonen i Den europeiske union

Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner

2002 — 52 s. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-121-0

Venta • Salg • Verkauf • Πωλήσεις • Sales • Vente • Vendita • Verkoop • Venda • Myynti • Försäljning
<http://eur-op.eu.int/general/en/s-ad.htm>

BELGIQUE/BELGIË

Jean De Lannoy

Avenue du Roi 202/Koningslaan 202
B-1190 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 538 43 08
Fax (32-2) 538 08 41
E-mail: jean.de.lannoy@infoboord.be
URL: <http://www.jean-de-lannoy.be>

**La librairie européenne/
De Europese Boekhandel**

Rue de la Loi 244/Wetstraat 244
B-1040 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 295 26 39
Fax (32-2) 735 08 60
E-mail: mail@libeurop.be
URL: <http://www.libeurop.be>

Moniteur belge/Belgisch Staatsblad

Rue de Louvain 40-42/Leuvenseweg 40-42
B-1000 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 552 22 11
Fax (32-2) 511 01 84
E-mail: eusales@just.fgov.be

DANMARK

J. H. Schultz Information A/S

Herstedvang 12
DK-2620 Albertslund
Tlf. (45) 43 63 23 00
Fax (45) 43 63 19 69
E-mail: schultz@schultz.dk
URL: <http://www.schultz.dk>

DEUTSCHLAND

Bundesanzeiger Verlag GmbH

Vertriebsabteilung
Amsterdamer Straße 192
D-50735 Köln
Tel. (49-221) 97 66 80
Fax (49-221) 97 66 82 78
E-Mail: Vertrieb@bundesanzeiger.de
URL: <http://www.bundesanzeiger.de>

ΕΛΛΑΔΑ/GREECE

G. C. Eleftheroudakis SA

International Bookstore
Panepistimiou 17
GR-10564 Athina
Tel. (30-1) 331 41 80/1/2/3/4/5
Fax (30-1) 323 98 21
E-mail: elebooks@netor.gr
URL: elebooks@hellasnet.gr

ESPAÑA

Boletín Oficial del Estado

Tratfalgar, 27
E-28071 Madrid
Tel. (34) 915 38 21 11 (libros)
913 84 17 15 (suscripción)
Fax (34) 915 38 21 21 (libros),
913 84 17 14 (suscripción)
E-mail: clientes@com.boe.es
URL: <http://www.boe.es>

Mundi Prensa Libros, SA

Castelló, 37
E-28001 Madrid
Tel. (34) 914 36 37 00
Fax (34) 915 75 39 98
E-mail: libreria@mundiprensa.es
URL: <http://www.mundiprensa.com>

FRANCE

Journal officiel

Service des publications des CE
26, rue Desaix
F-75727 Paris Cedex 15
Tél. (33) 140 58 77 31
Fax (33) 140 58 77 00
E-mail: europublications@journal-officiel.gouv.fr
URL: <http://www.journal-officiel.gouv.fr>

IRELAND

Alan Hanna's Bookshop

270 Lower Rathmines Road
Dublin 6
Tel. (353-1) 496 73 98
Fax (353-1) 496 02 28
E-mail: hannas@iol.ie

ITALIA

Licosa SpA

Via Duca di Calabria, 1/1
Casella postale 552
I-50125 Firenze
Tel. (39) 055 64 83 1
Fax (39) 055 64 12 57
E-mail: licosa@licosa.com
URL: <http://www.licosa.com>

LUXEMBOURG

Messageries du livre SARL

5, rue Raiffaisen
L-2411 Luxembourg
Tél. (352) 40 10 20
Fax (352) 49 06 61
E-mail: mail@mdl.lu
URL: <http://www.mdl.lu>

NEDERLAND

SDU Servicecentrum Uitgevers

Christoffel Plantijnstraat 2
Postbus 20014
2500 EA Den Haag
Tel. (31-70) 378 98 80
Fax (31-70) 378 97 83
E-mail: sdu@sdu.nl
URL: <http://www.sdu.nl>

ÖSTERREICH

**Manz'sche Verlags- und
Universitätsbuchhandlung GmbH**

Kohlmarkt 16
A-1014 Wien
Tel. (43-1) 53 16 11 00
Fax (43-1) 53 16 11 67
E-Mail: manz@schwinge.at
URL: <http://www.manz.at>

PORTUGAL

Distribuidora de Livros Bertrand Ld.ª

Grupo Bertrand, SA
Rua das Terras dos Vales, 4-A
Apartado 60037
P-2700 Amadora
Tel. (351) 214 95 87 87
Fax (351) 214 96 02 55
E-mail: dlb@ip.pt

Imprensa Nacional-Casa da Moeda, SA

Sector de Publicações Oficiais
Rua da Escola Politécnica, 135
P-1250-100 Lisboa Codex
Tel. (351) 213 94 57 00
Fax (351) 213 94 57 50
E-mail: spoc@incm.pt
URL: <http://www.incm.pt>

SUOMI/FINLAND

**Akateeminen Kirjakauppa/
Akademiska Bokhandeln**

Keskuskatu 1/Centralgatan 1
PL/PB 128
FIN-00101 Helsinki/Helsingfors
P/ltn (358-9) 121 44 16
F/fax (358-9) 121 44 35
Sähköposti: sps@akateeminen.com
URL: <http://www.akateeminen.com>

SVERIGE

BTJ AB

Traktorvägen 11-13
S-221 82 Lund
Tlf. (46-46) 18 00 00
Fax (46-46) 30 79 47
E-post: btjeu-pub@btj.se
URL: <http://www.btj.se>

UNITED KINGDOM

The Stationery Office Ltd

Customer Services
PO Box 29
Norwich NR3 1GN
Tel. (44) 870 60 05-522
Fax (44) 870 60 05-533
E-mail: book.orders@theso.co.uk
URL: <http://www.itsofficial.net>

ISLAND

Bokabud Larusar Blöndal

Skólavörðustíg, 2
IS-101 Reykjavík
Tel. (354) 552 55 40
Fax (354) 552 55 60
E-mail: bokabud@simnet.is

NORGE

Swets Blackwell AS

Østenoieveien 18
Boks 6512 Etterstad
N-0606 Oslo
Tel. (47) 22 97 45 00
Fax (47) 22 97 45 45
E-mail: info@no.swetsblackwell.com

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

Euro Info Center Schweiz

c/o OSEC
Stampfenbachstraße 85
PF 492
CH-8035 Zürich
Tel. (41-1) 365 53 15
Fax (41-1) 365 54 11
E-mail: eics@ossec.ch
URL: <http://www.ossec.ch/eics>

BÁLGARÍJA

Europress Euromedia Ltd

59, blvd Vitosha
BG-1000 Sofia
Tel. (359-2) 980 37 66
Fax (359-2) 980 42 30
E-mail: Milena@mbox.cit.bg
URL: <http://www.europress.bg>

ČESKÁ REPUBLIKA

ÚVIS

odd. Publikací
Havelská 22
CZ-130 00 Praha 3
Tel. (420-2) 22 72 07 34
Fax (420-2) 22 71 57 38
URL: <http://www.uvis.cz>

CYPRUS

Cyprus Chamber of Commerce and Industry

PO Box 21455
CY-1509 Nicosia
Tel. (357-2) 88 97 52
Fax (357-2) 66 10 44
E-mail: demetrap@cci.org.cy

EESTI

Eesti Kaubandus-Tööstuskoda

(Estonian Chamber of Commerce and Industry)
Toom-Kooli 17
EE-10130 Tallinn
Tel. (372) 646 02 44
Fax (372) 646 02 45
E-mail: einf@koda.ee
URL: <http://www.koda.ee>

HRVATSKA

Mediatrade Ltd

Pavla Hatza 1
HR-10000 Zagreb
Tel. (385-1) 481 94 11
Fax (385-1) 481 94 11

MAGYARORSZÁG

Euro Info Service

Szt. István krt.12
II emelet 1/A
PO Box 1039
H-1137 Budapest
Tel. (96-1) 329 21 70
Fax (96-1) 349 20 53
E-mail: euroinfo@euroinfo.hu
URL: <http://www.euroinfo.hu>

MALTA

Miller Distributors Ltd

Malta International Airport
PO Box 25
Luqa LQA 05
Tel. (356) 66 44 88
Fax (356) 67 67 99
E-mail: gwirth@usa.net

POLSKA

Ars Polona

Krakowskie Przedmiescie 7
Skr. pocztowa 1001
PL-00-950 Warszawa
Tel. (48-22) 826 12 01
Fax (48-22) 826 62 40
E-mail: books119@arspolona.com.pl

ROMÂNIA

Euromedia

Str.Dionisie Lupu nr. 65, sector 1
RO-70184 Bucuresti
Tel. (40-1) 315 44 03
Fax (40-1) 312 96 46
E-mail: euromedia@mailcity.com

SLOVAKIA

Centrum VTI SR

Nám. Slobody, 19
SK-81223 Bratislava
Tel. (421-7) 54 41 83 64
Fax (421-7) 54 41 83 64
E-mail: europ@ttb1.sitk.stuba.sk
URL: <http://www.sitk.stuba.sk>

SLOVENIJA

Gospodarski Vestnik

Dunajska cesta 5
SLC 1000 Ljubljana
Tel. (386) 613 09 16 40
Fax (386) 613 09 16 45
E-mail: europ@gvestnik.si
URL: <http://www.gvestnik.si>

TÜRKIYE

Dünya Infotel AS

100, Yil Mahallesi 34440
TR-80050 Baglari-Istanbul
Tel. (90-212) 629 46 89
Fax (90-212) 629 46 27
E-mail: infotel@dunya-gazete.com.tr

ARGENTINA

World Publications SA

Av. Cordoba 1877
C1120 AAA Buenos Aires
Tel. (54-11) 48 15 81 56
Fax (54-11) 48 15 81 56
E-mail: wpbooks@infovia.com.ar
URL: <http://www.wpbooks.com.ar>

AUSTRALIA

Hunter Publications

PO Box 404
Abbotsford, Victoria 3067
Tel. (61-3) 94 17 53 61
Fax (61-3) 94 19 71 54
E-mail: jpdavies@ozemail.com.au

BRESIL

Livraria Camões

Rua Bittencourt da Silva, 12 C
CEP
20043-900 Rio de Janeiro
Tel. (55-21) 262 47 76
Fax (55-21) 262 47 76
E-mail: livraria.camoes@incm.com.br
URL: <http://www.incm.com.br>

CANADA

Les éditions La Liberté Inc.

3020, chemin Sainte-Foy
Sainte-Foy, Québec G1X 3V6
Tel. (1-418) 658 37 63
Fax (1-800) 567 54 49
E-mail: liberte@mediom.qc.ca

Renouf Publishing Co. Ltd

5369 Chemin Canotek Road, Unit 1
Ottawa, Ontario K1J 9J3
Tel. (1-613) 745 26 65
Fax (1-613) 745 76 60
E-mail: order.dept@renoufbooks.com
URL: <http://www.renoufbooks.com>

EGYPT

The Middle East Observer

41 Sherif Street
Cairo
Tel. (20-2) 392 69 19
Fax (20-2) 393 97 32
E-mail: inquiry@meobserver.com
URL: <http://www.meobserver.com.eg>

INDIA

EBIC India

3rd Floor, Y. B. Chavan Centre
Gen. J. Bhosale Marg.
Mumbai 400 021
Tel. (91-22) 282 60 64
Fax (91-22) 285 45 64
E-mail: ebicindia@vsnl.com
URL: <http://www.ebicindia.com>

JAPAN

PSI-Japan

Asahi Sanbancho Plaza #206
7-1 Sanbancho, Chiyoda-ku
Tokyo 102
Tel. (81-3) 32 34 69 21
Fax (81-3) 32 34 69 15
E-mail: books@psi-japan.co.jp
URL: <http://www.psi-japan.co.jp>

MALAYSIA

EBIC Malaysia

Suite 45.02, Level 45
Plaza MBI (Letter Box 45)
8 Jalan Yap Kwan Seng
50450 Kuala Lumpur
Tel. (60-3) 21 62 92 98
Fax (60-3) 21 62 61 98
E-mail: ebic@tm.net.my

MÉXICO

Mundi Prensa México, SA de CV

Río Pánuco, 141
Colonia Cuauhtémoc
MX-06500 México, DF
Tel. (52-5) 533 56 58
Fax (52-5) 514 67 99
E-mail: 101545.2361@compuserve.com

PHILIPPINES

EBIC Philippines

19th Floor, PS Bank Tower
Sen. Gil J. Puyat Ave. cor. Tindalo St.
Makati City
Metro Manila
Tel. (63-2) 759 66 80
Fax (63-2) 759 66 90
E-mail: eccpom@globe.com.ph
URL: <http://www.eccpom.com>

SOUTH AFRICA

Eurochamber of Commerce in South Africa

PO Box 781738
2146 Sandton
Tel. (27-11) 884 39 52
Fax (27-11) 883 55 73
E-mail: info@eurochamber.co.za

SOUTH KOREA

**The European Union Chamber of
Commerce in Korea**

5th Fl, The Shilla Hotel
202, Jangchung-dong 2 Ga, Chung-ku
Seoul 100-392
Tel. (82-2) 22 53-5631/4
Fax (82-2) 22 53-5635/6
E-mail: eucock@eucock.org
URL: <http://www.eucock.org>

SRI LANKA

EBIC Sri Lanka

Trans Asia Hotel
115 Sir Chittampalam
A. Gardiner Mawatha
Colombo 2
Tel. (94-1) 074 71 50 78
Fax (94-1) 44 87 79
E-mail: ebicsl@slnet.lk

UNITED STATES OF AMERICA

Bernan Associates

4611-F Assembly Drive
Lanham MD 20706-4431
Tel. (1-800) 274 44 47 (toll free telephone)
Fax (1-800) 865 34 50 (toll free fax)
E-mail: query@bernan.com
URL: <http://www.bernan.com>

ANDERE LÄNDER/OTHER COUNTRIES/
AUTRES PAYS

**Bitte wenden Sie sich an ein Büro Ihrer
Wahl/Please contact the sales office of
your choice/Veuillez vous adresser au
bureau de vente de votre choix**

Office for Official Publications of the European
Communities
2, rue Mercier
L-2985 Luxembourg
Tel. (352) 29 29-4245
Fax (352) 29 29-42758
E-mail: info-info-opoce@cec.eu.int
URL: <http://eur-op.eu.int>

Om EONN

Det europeiske overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN) er et av 12 desentraliserte byråer som er opprettet av Den europeiske union for å utføre spesialisert teknisk eller vitenskapelig arbeid.

Senteret ble opprettet i 1993 og har vært i drift siden 1995 og har som hovedmål å levere 'objektiv, pålitelig og sammenlignbar informasjon på europeisk nivå om narkotika og narkotikamisbruk og konsekvenser av dette'. Gjennom den statistiske, dokumentariske og tekniske informasjonen som EONN samler inn, analyserer og utbrer, gir senteret publikum – enten det nå er politikere, fagfolk i felten eller europeiske borgere – et samlet bilde av narkotikafenomenet i Europa.

Senterets viktigste oppgaver er å

- samle inn og analysere eksisterende data,
- forbedre metoder for sammenligning av data,
- utbre informasjon
- samarbeide med europeiske og internasjonale organisasjoner og med land som ikke er medlemmer av EU.

EONN arbeider bare med informasjon.

EONN på Internett

En interaktiv online-utgave av årsrapporten for 2001 finnes også på at <http://www.emcdda.org>. Her kan du finne 'linker' til datakilder, rapporter og bakgrunnsmateriale som er brukt i sammenstillingen av denne rapporten.

På EONNs nettsted kan du også få detaljert informasjon om bruken av narkotika i Europa, publikasjoner som kan lastes ned på EUs 11 offisielle språk, 'linker' til spesialiserte narkotikainformasjonssentre i Europa og andre steder samt gratis tilgang til spesialiserte databaser.



KONTORET FOR DE EUROPEISKE FELLESSKAPS
OFFISIELLE PUBLIKASJONER

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-121-0



9 789291 681211 >