



Europeisk overvåkingssenter
for narkotika og narkotikamisbruk

ÅRSRAPPORT 2003

NARKOTIKASITUASJONEN I
DEN EUROPEISKE UNION OG NORGE



Europeisk overvåkingscenter
for narkotika og narkotikamisbruk

ÅRSRAPPORT 2023

NARKOTIKASITUASJONEN I
DEN EUROPEISKE UNION OG NORGE

Juridisk meddelelse

Denne publikasjonen er utgitt av Europeisk overvåkingssenter 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. Innholdet i denne publikasjonen representerer ikke nødvendigvis de offisielle holdningene til EONNs partnere, medlemsstatene i EU eller andre institusjoner eller organer i Den europeiske union eller De europeiske fellesskap.

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

Europe Direct er en tjeneste som hjelper deg med å finne svar på dine spørsmål angående den europeiske union

Nytt gratis telefonnummer:

00 800 6 7 8 9 10 11

Rapporten foreligger på spansk, dansk, tysk, gresk, engelsk, fransk, italiensk, nederlandsk, portugisisk, finsk, 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, 2003

ISBN 92-9168-164-4

© Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, 2003

Gjengivelse er tillatt med kildeangivelse.

Printed in Belgium

TRYKT PÅ HVITT, KLORFRITT PAPIR



Europeisk overvåkingssenter
for narkotika og narkotikamisbruk

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, 1149-045 Lisboa, Portugal
Tlf. (351) 218 11 30 00 • Faks (+351) 218 13 17 11
info@emcdda.eu.int • <http://www.emcdda.eu.int>

Innhold

Forord	5
Takk og Innledning	7
Generelle trender og utvikling	9
Trender i narkotikasituasjonen	9
Utviklingen når det gjelder tiltak mot narkotikabruk	11
Kapittel 1: Narkotikasituasjonen	
Narkotikabruk i befolkningen generelt	15
Problematiske bruk av narkotika	18
Etterspørsel etter behandling	20
Narkotikarelaterte smittsomme sykdommer	24
Narkotikarelaterte dødsfall og dødelighet blant narkotikabrukere	28
Narkotikarelatert kriminalitet	33
Narkotikamarkeder og tilgjengelighet	36
Kapittel 2: Tiltak mot narkotikabruk	
Utviklingen i nasjonal narkotikapolitikk	41
Utviklingen av lovverket	42
Utvikling på EU-plan	43
Forebyggende arbeid	45
Skadereduksjon	46
Behandling	49
Tiltak rettet mot narkotikabrukere innenfor strafferettssystemet	51
Tilbudsreduksjon	53
Kapittel 3: Utvalgte aspekter	
Narkotika- og alkoholbruk blant unge mennesker	57
Sosial eksklusjon og reintegrasjon	65
Offentlige utgifter til etterspørselsreducerende tiltak	69
Kilder	75
Knutepunkter i Reitox-nettet	81



Forord

I Årsrapporten for 2003 presenterer Det europeiske overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN) til EU og EUs medlemsstater, en oversikt over narkotikafenomenet i Europa. Utgivelsen av rapporten faller sammen med EONNs 10-årsjubileum (forordningen om opprettelse av EONN er fra 1993), og dette er også siste gang vi vil fokusere bare på de 16 landene som pr. i dag er medlemmer (EUs 15 medlemsstater pluss Norge). Det kan derfor være på sin plass at vi gjør oss noen refleksjoner både omkring de forandringene som har skjedd når det gjelder narkotikasituasjonen i løpet av denne tiden, og omkring de framskritt EONN har gjort i forhold til sin oppgave, som er å gi beslutningstakere en pålitelig, oppdatert og innsiktsfull kommentar til utviklingen av narkotikaproblemet i Europa.

Et særtrekk ved narkotikaproblemet er dets dynamiske natur. Selv om vi begrenser oss til den korte tiden EONN har eksistert, har det vært store forskjeller i utviklingen, både med hensyn til narkotikaproblemet natur og de tiltakene medlemsstatene har iverksatt. Dette gir grunn til ettertanke. Mønstrene for narkotikabruk har til enhver tid variert fra et land til et annet, særlig når det gjelder omfang. Dette gjelder fortsatt, men som det framgår av dataene vi presenterer i rapporten, observeres i økende grad trender som viser at problemet både er globalt og europeisk. Tidligere ville enhver sammenligning av narkotikabruken i Europa vært mer preget av forskjeller enn av likheter, men dette er ikke lenger tilfelle. Selv om situasjonen i allmennhet er sammensatt og det finnes store lokale variasjoner, har vi også avdekket flere generelle og vanlige mønstre for narkotikabruken. Vi kan i stadig større grad konkludere med at vi som europeere har et felles problem med narkotika og også, mener vi, et felles ansvar for å trekke lærdom av erfaringer vi har gjort. Denne konklusjonen er vi ikke alene om. EUs handlingsplan mot narkotika er et håndfast bevis på hvilken politisk betydning problemet tillegges, og det er nå så godt som universell enighet om at politikken på dette området må funderes på en grundig forståelse av situasjonen.

Om narkotikaproblemene har utviklet seg i løpet av de siste ti årene, så har også, i samme grad, vår evne til å rapportere om dem. Vi i EONN skal ikke alene ta æren for dette, men dele den med de mange spesialistene i hele EU

som har arbeidet for å forstå problemets natur, for å utvikle effektive tiltak og foreta en kritisk gjennomgang av effekten av tiltakene. Vi mener imidlertid at EONNs rolle har vært avgjørende, både ved å fungere som katalysator for utviklingen av et solid evidensgrunnlag og ved å utgjøre det forum som er nødvendig for å sikre samarbeid og framskritt på europeisk plan. For ti år siden kunne ingen med sikkerhet eller autoritet ha snakket om narkotikasituasjonen i Europa. I dag viser denne rapporten at dette begynner å bli mulig. Vi er nå både bedre forberedt og bedre informert, ikke bare om hvordan vi bør håndtere det narkotikaproblemet vi i dag står overfor, men også om hvordan vi bør håndtere potensielle trusler som vi vil kunne komme til å stå overfor i framtiden. Vi er svært takknemlige for den enorme innsatsen som er nedlagt, både i medlemsstatene og på europeisk plan, for å utvikle verktøy og infrastruktur for å få dette evidensgrunnlaget på plass, og vil gjerne gi uttrykk for vår takknemlighet, særlig til kontaktpunktene i Reitox-nettet.

Denne rapporten gir en omfattende oversikt over narkotikasituasjonen i Europa. Ønsker du ytterligere opplysninger og mer detaljerte data, finner du det i den utvidede utgaven av rapporten som er lagt ut på Internett. I våre øyne markerer denne rapporten avslutningen på en første, vellykket fase i utviklingen av organisasjonens arbeid, og vi må nå vende blikket framover mot de utfordringer framtiden vil by på. Blant disse er behovet for å forbedre tilgjengelighet, kvalitet og sammenlignbarhet for de europeiske datasettene. Vi vil likeledes måtte bygge ut våre systemer og kapasitet for å sikre effektiv administrasjon av den stadig voksende kunnskapsbasen om narkotikasituasjonen i et utvidet EU. Vi er ikke i tvil om at rapportene i framtiden vil måtte behandle et stadig større, mer uensartet og komplekst narkotikaproblem. En sentral utfordring for organisasjonen vil være behovet for å sikre full utnyttelse av den informasjonen vi har tilgjengelig for, til rett tid, å legge fram en informert og policy-relevant analyse som gjenspeiler verdien av et EU-perspektiv og en harmonisert tilnærming til problemet.

Marcel Reimen
styreleder, EONN

Georges Estievenart
administrerende direktør, EONN



Takk

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 (HDG) – og Europakommisjonen
- Europarådets Pompidou-gruppe, United Nations Office on Drugs and Crime, Verdens helseorganisasjon (WHO), Europol, Interpol, Verdens tollorganisasjon (WCO) og Det europeiske senteret for epidemiologisk overvåking av AIDS
- Oversettelsessenteret for Den europeiske unions institusjoner og Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner
- Prepress Projects Ltd
- eLg Language Integration og Kaligram

Innledning

Årsrapporten er utarbeidet på grunnlag av de nasjonale rapportene innsendt til EONN fra medlemsstatene i EU og Norge (som har deltatt i EONNs arbeid siden 2001). De statistiske dataene som presenteres i kapittel 1 i rapporten, Narkotikasituasjonen, gjelder 2001 (eller siste år med tilgjengelige data), men kan vise til 2002 eller senere når det gjelder utviklingen innen områder som tiltak mot narkotikabruk og utvalgte aspekter.

Nasjonale rapporter fra kontaktpunktene i Reitox-nettet er tilgjengelige på http://www.emcdda.eu.int/infopoint/publications/national_reports.shtml.

En utvidet utgave av Årsrapporten er lagt ut på 12 språk på Internett, på <http://annualreport.emcdda.eu.int>. Internettutgaven inneholder store mengder tilleggsinformasjon og statistikker i form av tabeller, diagrammer og bokser. Den inneholder også ytterligere opplysninger om metodene som er brukt, samt lenker til datakilder, rapporter og bakgrunnsdokumentasjon som er brukt i sammenstillingen av rapporten.

Alle opplysninger i nettoutgaven og i den trykte utgaven av rapporten er oppført tematisk på Internett (<http://annualreport.emcdda.eu.int>).



Generelle trender og utvikling

Trender i narkotikasituasjonen

Cannabis

Cannabis er fortsatt det mest brukte narkotiske stoffet i Europa, og mange land rapporterer om en livstidsprevalens i overkant av 20 % for befolkningen generelt. Et forsiktig anslag kan tyde på at minst én av fem voksne i Europa har prøvd dette stoffet.

Det er indikasjoner på at cannabisbruken har økt i EU, selv om økningen i enkelte land synes å ha stabilisert seg på nivåer som må betraktes som historisk høye. Det er også funnet tegn til sammenfallende bruksmønstre, men omfanget varierer fortsatt svært meget. Særlig Frankrike, Spania og Storbritannia rapporterer om relativt høye bruksnivåer, mens Finland, Sverige og Portugal rapporterer forholdsvis lave tall. Anslagene over utbredelsen av nylig bruk (12-månedersprevalens) i den voksne befolkningen ligger fortsatt under 10 % i alle land. Når det gjelder unge voksne, stiger bruken betraktelig. Utbredelsen av nylig bruk (siste 12 måneder) er høyest i aldersgruppen 15–25, og både Frankrike, Tyskland, Irland, Spania og Storbritannia rapporterer at over 20 % i denne aldersgruppen har brukt cannabis i løpet av de siste 12 månedene. Anslag over bruk noen gang i løpet av livet er høyere, og de fleste land rapporterer om en anslått livstidsprevalens på mellom 20 % og 35 % blant unge mennesker. Antallet personer som bruker cannabis regelmessig er lite når vi snakker om befolkningen generelt (mindre enn 1 %), men regelmessig bruk forekommer oftere blant unge, og da særlig blant unge menn.

Det er en foruroligende trend at cannabis stadig oftere nevnes i sammenheng med indikatoren for etterspørsel etter behandling (TDI). I mange land er cannabis nå det stoffet som rapporteres oftest, nest etter heroin, og det er en jevn økning i etterspørselen etter cannabisrelatert behandling. Ettersom en rekke faktorer spiller inn her, må enhver fortolkning av disse dataene gjøres med varsomhet. Dette temaet blir for tiden gransket av EONNs tekniske arbeidsgruppe, og vil bli fokusert på i en publikasjon i 2004.

De fleste EU-land rapporterer at de fleste anmeldelsene for brudd på narkotikalovgivningen er knyttet til cannabis. Cannabisbeslagene har vist en stigende trend det siste tiåret, men det er ting som tyder på en stabilisering.

Europa er fortsatt verdens største marked for cannabisolje, og inntil tre firedeler av all cannabisolje som blir beslaglagt i verden, beslaglegges innefor EUs grenser. Mange land rapporterer også at cannabisplanten nå dyrkes i EU. Innholdet av tetrahydrocannabinol (THC), som er det kjemiske virkestoffet i cannabis, varierer mye i den cannabisen som selges på gaten. Gjennomsnittlig er THC-innholdet i cannabisolje og -planter det samme (hhv. 5–14 % og 5–11 %), men det finnes også eksempler, for begge former, på et svært høyt THC-innhold.

Amfetamin og ecstasy (MDMA)

Europa er fortsatt et viktig område når det gjelder produksjon og bruk av amfetamin og ecstasy, men ikke metamfetamin. Etter cannabis er ecstasy eller amfetamin de stoffene som oftest brukes i EU, og i den voksne befolkningen ligger livstidserfaring for disse stoffene på mellom 0,5 % og 5 %. Tidligere var amfetaminbruk generelt mer utbredt enn bruk av ecstasy, men forskjellen er blitt mindre. Blant skoleelever blir livstidserfaring med sniffestoffer bare forbigått av livstidserfaring med cannabis, og er generelt betydelig større enn erfaring med både ecstasy og amfetamin.

Som for cannabis er det unge voksne som har de høyeste nivåene av livstidserfaring med og nyere bruk av ecstasy og amfetamin. En rekke indikatorer tyder på at ecstasybruken har fortsatt å spre seg blant enkelte grupper unge mennesker i byene i Europa. Selv om det ikke er observert noen generell markant økning i bruken av ecstasy i befolkningen som helhet, har noen studier funnet ekstremt høye utbredelsestall i disse (ungdoms)gruppene.

Antallet personer som blir behandlet for amfetaminproblemer, varierer meget i Europa. En knapp tredel av narkotikabrukere i behandlingsapparatet i Sverige og Finland er amfetaminbrukere, sammenlignet med ca. 9 % i Tyskland og 3 % eller mindre i alle de andre landene. I nesten alle land er etterspørselen etter behandling for ecstasybruk svært lav. Et lite antall dødsfall i Europa kan knyttes direkte til ecstasybruk, og antallet holder seg generelt lavt sammenlignet med opioidrelaterte dødsfall.

Selv om antallet amfetaminbeslag og beslaglagte mengder har variert noe de senere årene, og det er tegn til en stabilisering i enkelte områder, har beslagene (både antall

og mengde) økt betraktelig i EU i løpet av siste tiår. I Finland, Sverige og Norge er amfetamin det nest vanligste narkotiske stoffet som beslaglegges (etter cannabis).

Kokain og crack

Data fra undersøkelser tyder på en oppgang i bruken av kokain i Storbritannia og i noen mindre grad, Danmark, Tyskland, Spania og Nederland. Kokainbruk og økningen i kokainbruk synes å være vanligst blant unge urbane mennesker. Nasjonale tall vil derfor bare i begrenset grad gjenspeile lokale trender i en del storbyer i Europa.

En rekke indikatorer tyder på at bekymringen angående omfanget av kokainbruken og de problemene dette medfører, er berettiget. Indikatorene omfatter bl.a. etterspørsel etter behandling, toksikologiske funn hos overdoseofre, narkotikabeslag og studier av risikoutsatte deler av befolkningen. Med unntak av en nedgang i 2000 har antallet kokainbeslag økt jevnt siden 1985. Likeledes har mengdene kokain som blir beslaglagt generelt vist en stigende trend i samme periode, selv om tallene svinger noe fra år til år. Behandlingsapparatet i Nederland og Spania rapporterer forholdsvis høye tall for behandling for kokainbruk (hhv. 30 % og 19 %), mens Tyskland, Italia, Luxembourg og Storbritannia har noe lavere tall (mellom 6 % og 7 %). Med unntak av i Nederland og Storbritannia synes det meste av etterspørselen etter behandling for kokainbruk å være knyttet til bruk av kokainpulver (kokainhydroklorid), og ikke crack (kokainbase).

Bruk av crack synes å være forholdsvis lite utbredt i Europa, men sporadiske lokale rapporter tyder på at det er et problem blant marginaliserte grupper i enkelte byer. Ettersom crack særlig assosieres med negative helsemessige og sosiale konsekvenser, selv når utbredelsen er lav, er det nødvendig å følge utviklingen nøye og avdekke eventuelle nye trender på området så tidlig som mulig fordi konsekvensene av selv en moderat økning i bruken kan få betydelige konsekvenser for folkehelsen.

Heroin og injeksjonsbruk

‘Problematisk bruk av narkotika’ defineres her som ‘injeksjonsbruk av narkotika eller langvarig/regelmessig bruk av opiater, kokain og/eller amfetamin’. Selv om antallet problembrukere er lavt sett i forhold til det totale antallet narkotikabrukere, står de for en uforholdsmessig stor andel av de helsemessige og samfunnsmessige problemene narkotikabruk medfører. I de fleste EU-land, med unntak av Sverige og Finland hvor amfetaminbruk er mer utbredt, kjennetegnes problematisk bruk av narkotika ved heroinbruk, ofte i kombinasjon med andre stoffer.

Ettersom det er vanskelig å gjøre anslag på dette området, og det er store variasjoner i nøyaktigheten og påliteligheten ved anslagene, må både tolking av trender og sammenligninger landene imellom, gjøres med varsomhet.

Nasjonale anslag over problematisk bruk av narkotika i den voksne befolkningen varierer fra 2 til 10 tilfeller pr. 1 000 (dvs. mellom 0,2 % og 1 %). Det er ikke observert noen felles trend for antallet problembrukere i EU, men studier tyder på at det har forekommet en økning i minst halvparten av EU-landene siden midten av 1990-årene.

Trolig er omkring halvparten av ‘problembrukerne’ i EU sprøytebrukere, dvs. rundt 500 000–750 000 av EUs anslagsvis 1–1,5 millioner problembrukere. Andelen sprøytebrukere varierer betraktelig landene imellom og har endret seg over tid. Sprøytebruken har gått ned i nesten alle land i løpet av 1990-årene, men det er dokumentert en økning i den senere tid. Nasjonale anslag over sprøytebruk varierer fra 2 til 5 tilfeller pr. 1 000 i den voksne befolkningen (dvs. fra 0,2 % til 0,5 %).

Til tross for en nedgang i opiumsproduksjonen i Afghanistan i 2001, er det ingenting som tyder på at dette har hatt noen direkte innvirkning på tilgjengeligheten av heroin på narkotikamarkedet i Europa, noe som trolig skyldes at det finnes lagre av heroin.

HIV (humant immunsviktvirus), hepatitt C (HCV) og hepatitt B (HBV)

Narkotikarelatert spredning av HIV, hepatitt C og hepatitt B, særlig på grunn av den atferden som knyttes til sprøytebruk, vekker bekymring i EU. Tilgjengelige data tyder på store variasjoner i utbredelsen av HIV-smitte blant sprøytebrukere i EU, både landene imellom og innenfor det enkelte land, fra ca. 1 % i Storbritannia til over 30 % i Spania. Enkelte land og regioner har hatt en svært høy utbredelse av HIV blant sprøytebrukere (over 25 %) siden midten av 1990-årene. Selv om dataene kan gjenspeile kjente epidemier, er det fortsatt viktig at spesielle forebyggende tiltak iverksettes for å unngå ytterligere smittespredning i disse områdene.

Ettersom trendene kan variere mye innenfor regioner og byer, kan det være misvisende å bare stole på nasjonale datasett, som generelt tilsier en temmelig stabil situasjon i EU. Det er i den senere tid rapportert om økt utbredelse av HIV i undergrupper av sprøytebrukere i enkelte regioner og byer i Spania, Irland, Italia, Nederland, Østerrike, Portugal, Finland og Storbritannia. Bildet er fortsatt sammensatt, for i noen av landene rapporteres det samtidig

om en nedgang i andre undergrupper, mens utbredelsen i andre land har vært stabil eller gått ned.

Data om HIV-smitte blant unge sprøytebrukere og nye sprøytebrukere er kanskje en bedre indikator på nyere smitte, og også disse dataene har gitt indikasjoner på at nye infeksjoner fortsatt oppstår i enkelte regioner. Forekomsten av AIDS har gått ned i EU etter at mer effektive behandlingsformer er tatt i bruk.

Hepatitt C-infeksjon kan gi alvorlige kroniske helseplager, og behandling av sykdomstilstander knyttet til hepatitt C-smitte vil sannsynligvis bli en stor utgiftspost for helsevesenet i Europa. Utbredelsen av hepatitt C er ekstremt høy blant sprøytebrukere i alle land, med en smitteprosent som varierer fra 40 % til 90 %. For de meldingsdata hvor risikokategori er kjent, er 90 % av hepatitt C-tilfellene og 40–80 % av hepatitt B-tilfellene relatert til sprøytebruk. Trendene over tid gir et sammensatt inntrykk, med økt utbredelse i enkelte regioner og en nedgang i andre. Utbredelsen av hepatitt C-smitte blant unge sprøytebrukere og nye sprøytebrukere er generelt høy (40 % eller høyere), noe som bekrefter at forekomsten av ny smitte er høy, og at sprøytebrukerne fortsatt pådrar seg sykdommen etter relativt kort tids sprøytebruk. I hele EU har rundt regnet 20–60 % av sprøytebrukerne antistoffer mot hepatitt B, noe som tyder på et stort vaksinasjonspotensial blant sprøytebrukerne.

Overdoser

Hvert år rapporteres 7 000–9 000 akutte, narkotika-relaterte dødsfall i EU. Den generelle trenden i EU har vært stigende i de senere år, selv om stigningen har vært mindre dramatisk enn på 1980-tallet og tidlig på 1990-tallet, og situasjonen på nasjonalt plan er på samme tid både mer sammensatt og mer divergerende. De fleste overdoseofre er unge mennesker i 20- eller 30-årene, og de representerer et betydelig tap, både i form av kostnader for samfunnet og i form av tapte liv.

I de fleste tilfeller (typisk over 80 %) påvises opioider i de toksikologiske analysene, ofte i kombinasjon med andre stoffer (f.eks. alkohol, benzodiazepiner eller kokain). I et mindre antall tilfeller påvises kokain eller ecstasy alene. Noen av de faktorene som synes å være knyttet til økt risiko for opioidrelaterte dødsfall er: sprøytebruk av narkotika, blandingsbruk og særlig samtidig bruk av alkohol eller beroligende midler, nedsatt toleranse samt mangel på kontakt med behandlingsapparatet. Det er kjent at hensiktsmessige tiltak som settes inn til riktig tid kan bidra til å forebygge mange overdoser med dødelig utfall, og dette er et argument for å bygge ut tiltak som setter personer som blir vitne til en overdose i stand til å handle riktig.

Utviklingen når det gjelder tiltak mot narkotikabruk

EUs politikk

Europakommisjonens midtveisevaluering av EUs handlingsplan mot narkotika 2000–04 fastslår at medlemsstatene prioriterer etterspørselsreduksjon og følger de retningslinjene som er nedsatt i handlingsplanen. Midtveisevalueringen påpeker imidlertid at EU må bestrebe seg ytterligere på å utvikle innovative forebyggende tiltak. Samtidig som Kommisjonen berømmer de framskritt som er gjort, understreket den at det fremdeles gjenstår mye arbeid, bl.a. utvikling av en evalueringsordning for nasjonale tiltak og EU-tiltak.

Spania og Danmark, som hadde formannskapet i Det europeiske råd i 2002, vedtok resolusjoner for å forplikte medlemsstatene til ytterligere investeringer i forebyggende tiltak i skolenes fagplaner, en intensivering av innsatsen for å forebygge rekreasjonsbruk av narkotika samt styrke behandlingen av narkotikabrukere i fengslene. I mai 2002 la Kommisjonen fram et forslag, utarbeidet i samarbeid med EONN, til en rådsrekommendasjon om forebygging og reduksjon av risiko forbundet med narkotika-avhengighet, med henvisning til målsettingen i EUs narkotikastrategi om å redusere forekomsten av narkotika-relatert helseskade ved hjelp av risikoreduserende tiltak hvis virkning er dokumentert.

Medlemsstatenes politikk

Trenden fra de senere årene med å organisere den nasjonale narkotikapolitikken gjennom nasjonale handlingsplaner og samordningssystemer, fortsatte i 2002. Sverige, Norge og noen østerrikske provinser gjorde som sine EU-partnere og vedtok en sammenhengende narkotikaplan, -program eller -strategi. Samtidig blir allmennheten stadig mer oppmerksom på narkotikamisbruket og hva det medfører, og interessen for nasjonal narkotikapolitikk er stigende. Undersøkelser viser at et klart flertall av allmennheten fortsatt er mot legalisering av cannabis. Den lave støtten til legalisering gjenspeiler nok oppfatningen om at cannabisbruk leder til bruk av andre stoffer. Ideen om å redusere straffen for bruk av cannabis i visse situasjoner, fikk imidlertid varierende grad av støtte.

En oversikt over utviklingen av tiltakene mot narkotikabruk innen utdanning-, helse-, sosial- og strafferettssystemer viser at verken problemene eller de problematiske gruppene er klart definert. Nasjonal og lokal politikk gjenspeiler en stadig økende bevissthet om fenomenets lumske karakter ved at grensene mellom systemene bygges ned og systemene gjøres mer fleksible for å sikre økt samarbeid og mangfold.

Helse-, utdannings- og sosialpolitikken blir stadig viktigere for arbeidet med å redusere de narkotikarelaterte problemene i videste forstand, og det er en økende erkjennelse av at narkotikaproblemet ikke alltid kan håndteres gjennom strafferettssystemet alene. Noen land, f.eks. Irland og Storbritannia, har mer enn andre forbundet håndteringen av sosial eksklusjon med narkotikaproblematikken. Flere EU-land har innført lovendringer for å gjøre det lettere for avhengige å få behandling og rehabilitering, og andre lovendringer har åpnet for muligheten for tidlig intervensjon overfor unge som eksperimenterer med narkotika. Danmark, Tyskland, Storbritannia og Norge har økt bevilgningene til helsevesenet i et forsøk på å redusere antallet narkotikarelaterte dødsfall. Og andre land, f.eks. Finland og Hellas, har i tråd med forpliktelsen i EUs handlingsplan om å tilby et spekter av omfattende og lett tilgjengelige behandlingsmuligheter, endret både finansieringsordningene og forskriftene som gjelder substitusjonsbehandling.

Som et ledd i tiltakene for å øke sikkerheten rapporterer en rekke land om lovendringer for å øke overvåkingen av smuglere og brukere, herunder overvåking av talekommunikasjon, kroppsvisitasjon og testing for narkotika. Andre lovendringer skal minske de samfunnsmessige konsekvensene av narkotikabruk ved å innføre strengere kontroll med offentlig ro og orden.

Tiltak

Det skolebaserte forebyggende arbeidet utgjør fortsatt grunnstammen i arbeidet rettet mot barn og unge, både før og i tenårene. Selv om det finnes en bred evidensbase som identifiserer effektive tilnærmingsmåter, f.eks. interaktiv undervisning med fokus på opplæring i både personlige og sosiale ferdigheter, er det bare noen få land, f.eks. Spania, Hellas og Irland, som har lagt dette systematisk inn i skolens fagplaner. Av de andre landene er det bare Sverige og Frankrike som vedgår at praksis for det forebyggende arbeidet i skolen langt fra er perfekt, men snarere basert på tilfeldige tiltak iverksatt av personer som ikke har den nødvendige faglige bakgrunnen.

Ut fra erkjennelsen av at skolen ikke når ut til de mest sårbare unge, har det kommet i stand egne forebyggende tiltak rettet mot grupper som eksperimenterer med narkotika i fritidsmiljøer som diskoteker, klubber og musikkarrangement. Rådgivning på stedet og av jevnaldrende synes å være en av de mest lovende tilnærmingsmåtene. Likeledes synes forebyggende tiltak og tidlig intervensjon i forhold til sosialt ekskluderte ungdommer og unge lovbrytere å være mest effektive når de gjennomføres på en personlig måte. Det rapporteres om gode resultater fra prosjekter i Tyskland,

Østerrike, Portugal og Storbritannia. Til tross for at sårbare familier, særlig der foreldrene er narkotikabrukere, anses for å være en høyrisikogruppe, er det få støtteiltak rettet mot disse familiene.

Sprøytebytteprogrammer er nå en etablert metode for å forebygge spredningen av smittsomme sykdommer ved injeksjon, men programmenes tilgjengelighet og dekningsgrad varierer, og det kan fortsatt være vanskelig å få fatt i sterilt utstyr. Det er bare Spania som systematisk har innført sprøytebytteordninger i fengslene. Spesialtiltak for å hindre overføring av hepatitt C samt vaksinasjon mot hepatitt B blir i stadig større grad betraktet som et viktig supplement til HIV-forebygging. Opplæring i førstehjelp og risikoreduksjon tillegges også stadig større vekt i arbeidet mot dødelige overdoser. At lavterskel helsetjenester i større grad blir tilgjengelig og integreres i de lokale narkotikatjenestene, er en annen viktig utvikling.

Narkotikarelatert behandling er fortsatt ofte ensbetydende med behandling for opiatbruk eller blandingsbruk der opiater er involvert. Unntakene er Sverige og Finland, hvor sprøytebruk av amfetamin fortsatt er utbredt. Nye utviklingstendenser innen problematisk narkotikabruk, delvis utenom opiat- og sprøytebruk, har ført til at det har vokst fram nye typer tidlige tiltak, som beskrevet over, i stedet for at de eksisterende behandlingsstrukturene reformeres. Substitusjonsbehandling er vanligst og er blitt ytterligere utbygget og diversifisert i de senere årene. I EU sett under ett har omfanget av substitusjonsbehandlingen anslagsvis økt med 34 %, og de største økningene rapporteres i land der tilbudet om substitusjonsbehandling i utgangspunktet var dårligst utbygd, f.eks. Hellas, Irland, Portugal, Finland og Norge. Pleie og omsorg for aldrende, vanskeligstilte langtidsbrukere av narkotika, ofte også med psykiatriske lidelser, er en alvorlig narkotikapolitisk utfordring, og det er ikke funnet tilfredsstillende løsninger på dette problemet. EONN vil i årene som kommer se nærmere på dette temaet.

Nytenkning innen straffepolitikken har ført til at det er innført alternativer til fengselsstraff, ved at narkotikabrukere overføres til halvtvungen behandling eller samfunnstjeneste ut fra antakelsen om at deres behov vil bli bedre ivaretatt med slike tiltak. Særlig for unge narkotikabrukere fører disse alternative tiltakene til at de unngår å komme i kontakt med den kriminelle subkulturen i fengslene. Behovet for alternativer til fengsel oppstod også på grunn av akutt overbefolkning i fengslene. Narkotikabruk og -brukere i fengsel et stadig viktigere problem, og det kreves fleksible tiltak. Helse- og velferdsmyndighetene involveres i stadig større grad og tar ansvar for tjenestetilbudet for narkotikabrukere i fengslene, men det er fortsatt rom for forbedring. Behandling som ellers er standardtilbud i

samfunnet for øvrig, er ofte ikke tilgjengelig i fengslene. I de fleste land er de skadereduserende tiltakene som iverksettes i fengslene forholdsvis begrenset.

Kvalitetssikring

En rekke nyere studier fokuserer på innovative og kontroversielle intervensjoner, som brukerrom, forskrivning av heroin og pilletesting. Samtidig som slike intervensjoner fortsatt er kontroversielle har beslutningstakere behov for informasjon om effekten av slike strategier for å kunne legge grunnlaget for en mer opplyst debatt.

Det finnes lite europeisk forskning på psykososiale tiltak innen forebygging og behandling. Innenfor forebygging vises det ofte til nordamerikansk forskningsdokumentasjon. Imidlertid har ikke Nord-Amerika og Europa samme målsetning for det forebyggende arbeidet, og heller ikke samme syn på hvor tiltakene skal settes inn. Det har likevel vært mulig å kopiere en del vellykkede tilnærmingsmåter, og denne dokumentasjonen blir i stadig større grad tatt i betraktning når politiske beslutninger tas. Selv om det er gjort mye

forskning på og det finnes evidensbasert kunnskap om legemiddelassistert behandling, delvis finansiert av legemiddelindustrien, gir store nasjonale evalueringsstudier lite veiledning med hensyn til hva som er beste praksis for andre behandlingsmåter.

Omsetningen av vitenskapelig dokumentasjon til politikk og praksis kan bli bedre. Det er et skrikende behov for nærmere samarbeid og større gjensidig forståelse mellom forskere og beslutningstakere. Bare noen få land har foretatt en gjennomgang av praksis innen det skolebaserte forebyggende arbeidet på grunnlag av vitenskapelig dokumentasjon. Mens vitenskapelig dokumentasjon tillegges stadig større betydning i forebyggingen av smittsomme sykdommer, virker det i mange tilfeller som om det ikke tas tilstrekkelig hensyn til kvaliteten på pleie og omsorg når det gjelder narkotikarelatert behandling og tjenester for narkotikabrukere i fengslene. Det finnes også lite vitenskapelig dokumentasjon når det gjelder alternativer til fengselsstraff. Med etableringen av retningslinjer, kvalitetsstandarder og akkrediteringssystemer for en mer formalisert kvalitetssikring vinner imidlertid terreng i medlemsstatene.

Kapittel 1

Narkotikasituasjonen

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

Narkotikabruk i befolkningen generelt ⁽¹⁾ ⁽²⁾

Pålitelig informasjon om omfanget av og mønstrene for narkotikabruk og alder ved første gangs bruk i befolkningen generelt og blant unge, samt hva som karakteriserer brukere og risikooppfatninger, er viktig for å kunne utforme og evaluere narkotikapolitikken og forebyggende tiltak. Narkotikabruk i befolkningen generelt måles i spørreundersøkelser som gir estimater over hvor stor andel av befolkningen som noen gang har brukt narkotika. De vanligste målene er:

- enhver bruk av narkotika i løpet av en persons liv (livstidsprevalens), også kalt 'livstidserfaring',
- enhver bruk av narkotika i løpet av det siste året (12-månedersprevalens), også kalt 'nylig bruk', og
- enhver bruk av narkotika i løpet av den siste måneden (30-dagersprevalens), også kalt 'aktuell bruk'.

Tallene for 'livstidserfaring' vil alltid være høyere enn for de to andre gruppene ettersom denne gruppen omfatter alle som noen gang har prøvd narkotika, uansett hvor lenge siden dette er. Tallene for 'nylig bruk' er som regel lavere, men gir et bedre bilde av den nåværende situasjonen. 'Aktuell bruk' kan være en indikator på antallet mennesker som jevnlig bruker narkotika, men dette tallet vil normalt være lavt. En kombinasjon av livstidserfaring og nylig eller aktuell bruk kan gi informasjon om mønstrene for narkotikabruk (f.eks. fortsettelsesrater).

Mange undersøkelser ser også på alder ved første gangs bruk og bruksfrekvens, som gjør det mulig å gjøre overslag over forekomst og avdekke ulike bruksmønstre, f.eks. høyere doser eller hyppigere bruk (som innebærer høyere risiko). I tillegg kan det avdekkes sammenhenger mellom narkotikabruk og sosiodemografiske faktorer, meninger og risikooppfatninger, livsstil, helseproblemer osv.

En rekke faktorer må tas i betraktning ved en vurdering av forskjellene i de nasjonale tallene. Noen av forskjellene kan forklares med at befolkningen er ulikt fordelt på byer og distrikter. Andre forskjeller kan skyldes generasjonsrelaterte faktorer (f.eks. den fødselskohorten der narkotikabruk ble utbredt) eller graden av tilnærming i livsstil mellom unge menn og kvinner. Sosial og kulturell kontekst kan også påvirke egenrapporteringen av narkotikabruk. Og til sist, resultatene kan påvirkes av faktorer knyttet til metodikk, f.eks. utvalgsfeil og manglende svar. Sammenlignende analyser landene imellom bør utføres med forsiktighet, særlig der hvor forskjellene er små, og utformingen og evalueringen av narkotikapolitikken bør blant annet ta hensyn til spesifikke aldersgrupper, fødselskohorter, kjønn og bosted (dvs. by kontra land) for den undersøkte befolkningen.

Utbredelse av og mønstre for narkotikabruk i befolkningen generelt

Til tross for metodologiske begrensninger i sammenligningen av resultater fra undersøkelser gjort i flere land, er det mulig å identifisere enkelte felles mønstre for narkotikabruken i hele EU. Grunnmønstrene har holdt seg forholdsvis uendret siden forrige årsrapport ble utgitt.

Cannabis er fortsatt det illegale stoffet som brukes mest i alle EU-land. Livstidserfaring er mye mer utbredt enn nylig eller aktuell bruk. Dette tilsier at bruken av cannabis vanligvis er sporadisk eller avsluttes etter en tid ⁽³⁾. Aktuell narkotikabruk er uvanlig i aldersgruppen over 40. Enkelte land rapporterer om en liten andel voksne (0,5–1 %) som bruker stoffet nesten daglig, og denne gruppen bør vies særlig oppmerksomhet.

Langt færre har brukt andre ulovlige stoffer enn cannabis, men det er betydelige forskjeller landene imellom ⁽⁴⁾. Også for disse er jevnlig eller vedvarende bruk uvanlig – for de

⁽¹⁾ For ytterligere informasjon, se boks 1 OL: Metoder brukt for å anslå narkotikabruk i befolkningen generelt (nettutgaven).

⁽²⁾ Se EONNS retningslinjer for nøkkelindikatoren 'utbredelse av og mønstre for narkotikamisbruk i befolkningen generelt – befolkningsundersøkelser' (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/population_survey_handbook.pdf).

⁽³⁾ Figur 1 OL: Mønstre for cannabisbruk i befolkningen generelt – livstidserfaring kontra aktuell bruk (siste 30 dager), nasjonal prevalensundersøkelse (rusmiddelbruk) 2001 (Nederland) (nettutgaven).

⁽⁴⁾ Figur 2 OL: Nylig bruk (siste 12 måneder) av cannabis, amfetamin, ecstasy og kokain blant unge voksne (15-34 år) i europeiske land, ifølge nasjonale befolkningsundersøkelser (nettutgaven).

fleste er narkotikabruk en forholdsvis kortlivet affære (dvs. livstidserfaring er klart høyere enn nylig bruk) ⁽⁵⁾.

Bruken av ulovlige stoffer er størst blant unge voksne (f.eks. 15–34 år), hvor utbredelsen er om lag dobbelt så høy som blant alle voksne. I alle land og i alle aldersgrupper er sannsynligheten for at menn noen gang har brukt narkotika større enn for kvinner. Narkotikamisbruk er mest utbredt i byområder, men bruken kan være i ferd med å bre seg til mindre byer og til distriktene.

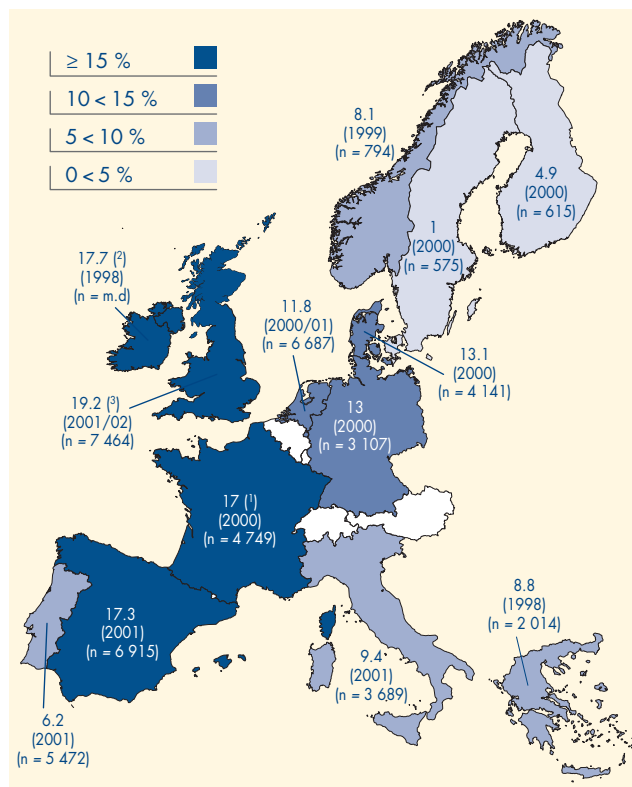
For den voksne befolkningen sett under ett, rapporteres livstidserfaring med cannabisbruk å variere fra 7–10 % (Portugal og Finland) til ca. 30 % (Danmark og Storbritannia), med hovedvekten i området 20–25 %. Innrapporterte bruksrater for andre narkotiske stoffer enn cannabis ligger på 0,5–6 % for amfetamin (bortsett fra i Storbritannia, der tallet er 11 %) og 0,5–5 % for kokain og ecstasy ⁽⁶⁾. Heroin har generelt blitt prøvd av mindre enn 1 % av befolkningen, selv om enkelte land rapporterer at inntil 2–3 % av unge menn har eksperimentert med dette stoffet.

Av alle voksne rapporterer 1–10 % nylig cannabisbruk, men i de fleste land (10) varierer utbredelsen mellom 5 % og 10 %. Nylig bruk av amfetamin, kokain eller ecstasy ligger generelt under 1 % for den voksne befolkningen. I Spania, Irland og Storbritannia er bruksratene for alle disse stoffene noe høyere, mens Danmark og Norge har relativt høyere bruk av amfetamin, og i Nederland er bruk av ecstasy mer vanlig ⁽⁷⁾.

Narkotikabruk (målt som livstidserfaring og nylig bruk) er høyere blant unge voksne enn blant befolkningen generelt. Nylig cannabisbruk rapporteres av 5–20 % unge voksne (Sverige 1–2 %), mens et betydelig antall land ⁽⁷⁾ rapporterer om rater mellom 10 % og 20 % (fig. 1). Nylig amfetaminbruk rapporteres generelt av 0,6 %, kokainbruk av 0,5–4,5 % og ecstasybruk av 0,5–5 % (fig. 2).

Til sammenligning; i den amerikanske spørreundersøkelsen om narkotikabruk (United States National Household Survey on Drug Abuse) fra 2001, rapporterte 36,9 % voksne (12 år og eldre) om livstidserfaring med cannabisbruk, 12,3 % rapporterte livstidserfaring med kokainbruk og 3,6 % livstidserfaring med ecstasy. Nylig bruk av cannabis (siste 12 måneder) ble rapportert av 9,3 %, kokainbruk av 1,9 %

Figur 1: Nylig bruk (siste 12 måneder) av cannabis blant unge voksne (15–34 år) i europeiske land ifølge nasjonale befolkningsundersøkelser



Merknader: Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale undersøkelsene som er tilgjengelig i hvert land. Utvalgsstørrelsene (n) viser til totalt antall respondenter i aldersgruppen 15–34. For ytterligere opplysninger om antall respondenter for hele undersøkelsen, se statistisk tabell 2: Prevalens siste 12 måneder (LYP) ifølge nyere landsomfattende befolkningsundersøkelser i EU-landene og Norge (nettutgaven). EONNs standarddefinisjon av unge voksne er aldersgruppen 15–34 år. I Danmark og Storbritannia regnes unge voksne å være i alderen 16–34 år og i Tyskland og Irland 18–34 år. Variasjoner i aldersspredningen kan til en viss grad medføre enkelte nasjonale forskjeller. Enkelte land har beregnet de nasjonale tallene på nytt for i størst mulig grad å tilpasse dem til EONNs standardaldersgruppe.

⁽¹⁾ Frankrike gjennomførte en ny undersøkelse i 2002, men med et betydelig mindre utvalg (2 009 respondenter). Se statistisk tabell 1: Livstidsprevalens (LTP) for narkotikabruk ifølge nyere landsomfattende befolkningsundersøkelser i EU-landene og Norge (nettutgaven).

⁽²⁾ I Irland er utvalget for hele undersøkelsen (18–64 år) 6 539 respondenter.

⁽³⁾ England og Wales.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter for 2002, hentet fra undersøkelsesrapporter eller vitenskapelige artikler. Se også statistisk tabell 1: Livstidsprevalens (LTP) for narkotikabruk ifølge nyere landsomfattende befolkningsundersøkelser i EU-landene og Norge (nettutgaven).

og ecstasybruk av 1,4 % ⁽⁸⁾. Livstidserfaring med og nylig bruk av cannabis er høyere i USA enn i noen av EU-landene. Det samme gjelder kokain, der nylig bruk er

⁽⁵⁾ Dette uttrykkes som 'fortsettelsesrate', dvs. den delen av befolkningen som ikke bare har brukt et stoff en gang i løpet av livet, men også har brukt det i løpet av siste 12 måneder eller siste 30 dager.

⁽⁶⁾ Se statistisk tabell 1: Livstidsprevalens (LTP) for narkotikabruk ifølge nyere landsomfattende befolkningsundersøkelser i EU-landene og Norge (nettutgaven).

⁽⁷⁾ Se statistisk tabell 2: Prevalens siste 12 måneder (LYP) ifølge nyere landsomfattende befolkningsundersøkelser i EU-landene og Norge (nettutgaven).

⁽⁸⁾ Kilde: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Household Survey on Drug Abuse, 2001 (<http://www.samhsa.gov/oas/nhsda/oas.html>). Merk at aldersspredningen i den amerikanske undersøkelsen (12 år og eldre) er større enn aldersspredningen som er brukt av EONN i undersøkelsene i EU (15–64 år). Ettersom narkotikabruk er lite utbredt blant 12–15-åringene, og enda mindre blant folk over 65 år, vil den amerikanske undersøkelsen selvfølgelig gi lavere tall.

høyere i USA enn i de fleste EU-landene, med unntak av Spania (2,6 %) og Storbritannia (2,0 %). Bruken av ecstasy er høyere i USA enn i alle EU-landene unntatt Spania, Irland, Nederland og Storbritannia.

Trender for narkotikabruk i befolkningen generelt

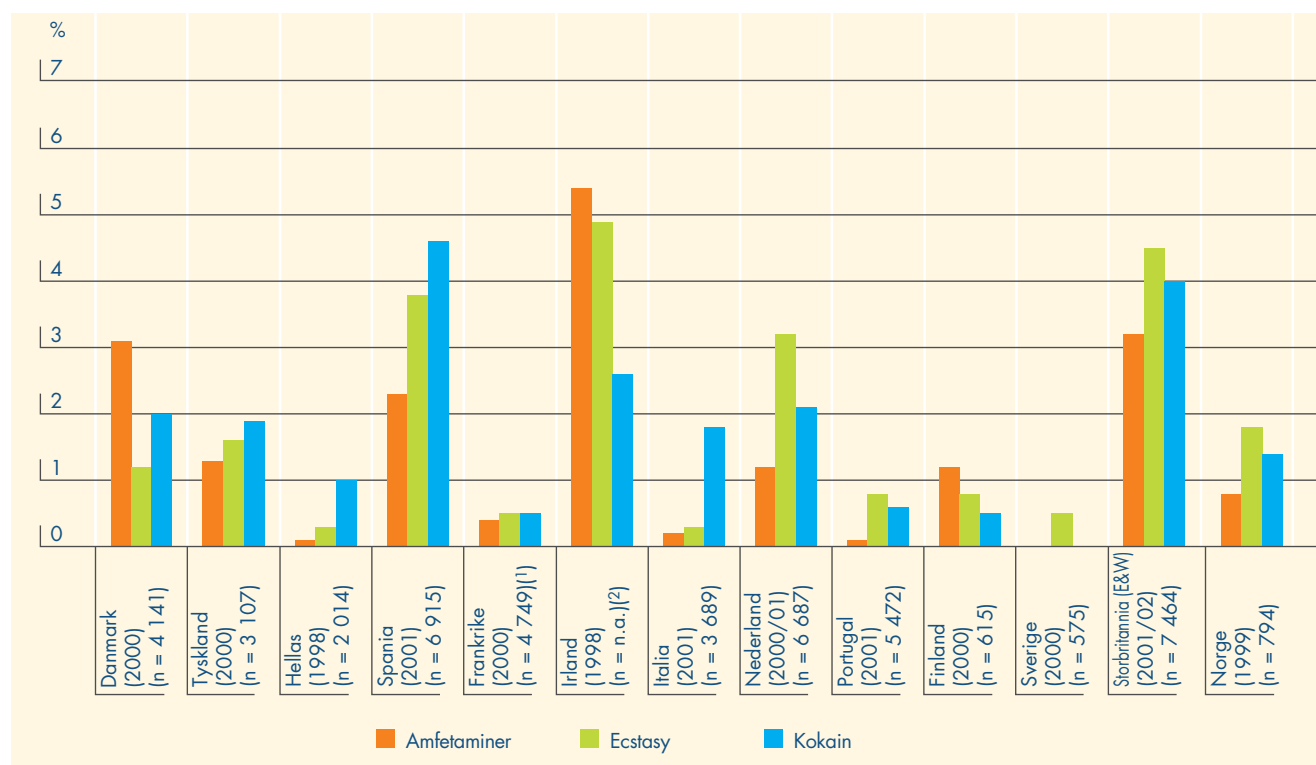
Det er vanskelig å definere helt klare trender som gjelder for hele EU. Sammenhengende serier av undersøkelser er utført bare i noen få land og selv der bare over noen få år. I tillegg er det store sosiale og kulturelle forskjeller mellom EU-landene. Livstidserfaring har begrenset verdi i forbindelse med trendanalyser ettersom det er et kumulativt mål som kan øke som følge av generasjonseffekter selv om aktuell narkotikabruk er stabil eller går ned. På den annen side vil livstidserfaring blant unge (13–15 år) gjenspeile nylig bruk.

Ulike typer spørreundersøkelser (nasjonale eller lokale, blant vernepliktige eller skolebarn) viser at cannabisbruk, særlig blant unge, økte markant i løpet av 1990-tallet i nesten alle landene i EU. Samtidig er det avdekket et stadig større sammenfall i cannabisbruken landene imellom – mange land rapporterer om ca. 20–25 % livstidserfaring og 5–10 % nylig bruk.

Selv om mange land rapporterer en fortsatt stigende trend for cannabisbruk, er det verdt å merke seg at en rekke land (Irland, Italia, Nederland, Finland, Sverige og Norge) rapporterer at bruken ifølge studier gjennomført blant skoleelever, vernepliktige og tenåringer, kan være i ferd med å flate ut.

Det er vanskeligere å avdekke europeiske trender for bruk av andre stoffer (f.eks. kokain, ecstasy og amfetamin), dels fordi undersøkelsesmaterialet i mange tilfeller er lite, dels fordi bruken av disse stoffene generelt er langt mindre

Figur 2: Nylig bruk (siste 12 måneder) av amfetamin, ecstasy og kokain blant unge voksne (15–34 år) i europeiske land ifølge nasjonale befolkningsundersøkelser



Merknader: E&W, England og Wales

Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale undersøkelsene som er tilgjengelig i hvert land. Utvalgsstørrelsene (n) viser til totalt antall respondenter i aldersgruppen 15–34. For ytterligere opplysninger om antall respondenter for hele surveyundersøkelsen, se statistisk tabell 2: Prevalens siste 12 måneder (LYP) ifølge nyere landsomfattende befolkningsundersøkelser i EU-landene og Norge (nettutgaven). EONNs standarddefinisjon av unge voksne er aldersgruppen 15–34 år. I Danmark og Storbritannia regnes unge voksne å være i alderen 16–34 år og i Tyskland og Irland 18–34 år. Variasjoner i aldersspredningen kan til en viss grad medføre enkelte nasjonale forskjeller. Enkelte land har beregnet de nasjonale tallene på nytt for i størst mulig grad å tilpasse dem til EONNs standardaldersgruppe.

⁽¹⁾ Frankrike gjennomførte en ny undersøkelse i 2002, men med et betydelig mindre utvalg (2 009 respondenter). Se også statistisk tabell 2: Prevalens siste 12 måneder (LYP) ifølge nyere landsomfattende befolkningsundersøkelser i EU-landene og Norge (nettutgaven).

⁽²⁾ I Irland er utvalget for hele undersøkelsen (18–64 år) 6 539 respondenter.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter for 2002, hentet fra undersøkelsesrapporter eller vitenskapelige artikler. Se også statistisk tabell 2: Prevalens siste 12 måneder (LYP) ifølge nyere landsomfattende befolkningsundersøkelser i EU-landene og Norge (nettutgaven).

utbredt. I tillegg har nye trender en tendens til å konsentreres i utvalgte grupper. Å fastslå slike trender og vurdere hvor utbredt de faktisk er, forutsetter en fokusert analyse (f.eks. av narkotikabruk blant unge menn i urbane strøk). Ideelt sett burde undersøkelsene suppleres med målrettede antropologiske studier.

Bruken av ecstasy hadde en klar økning på 1990-tallet (og ser fortsatt ut til å spre seg) blant visse ungdomsgrupper, men bare fire land (Spania, Irland, Nederland og Storbritannia) rapporterer om rater på over 3 % for nylig bruk (siste 12 måneder) blant unge voksne.

Det er foruroligende at indikatorene på narkotikabruk (behandlingsetterspørsel, beslag, toksikologiske funn etter obduksjon) tyder på økt bruk av kokain i noen land. Selv om kokainbruken i befolkningen generelt fortsatt er lav, synes det å være en konsekvent økning i nylig bruk (siste 12 måneder) blant unge (1994–2000) i Storbritannia (*) og muligens også – i noen mindre grad – i Danmark, Tyskland, Spania og Nederland. På grunnlag av lokale og kvalitative opplysninger (Hellas, Irland, Italia og Østerrike) har andre land (Nasjonale Reitox-rapporter for 2001 og 2002), rapportert om en økning. Dette fenomenet bør kartlegges nøye, særlig når det gjelder unge mennesker i urbane strøk (fig. 3).

Se <http://annualreport.emcdda.eu.int> for statistiske tabeller til denne delen:

Statistisk tabell 1: Livstidsprevalens (LTP) for narkotikabruk ifølge nyere landsomfattende befolkningsundersøkelser i EU-landene og Norge

Statistisk tabell 2: Prevalens siste 12 måneder (LYP) ifølge nyere landsomfattende befolkningsundersøkelser i EU-landene og Norge

Statistisk tabell 3: Skoleundersøkelser – livstidsprevalens blant skoleelever, 15–16 år

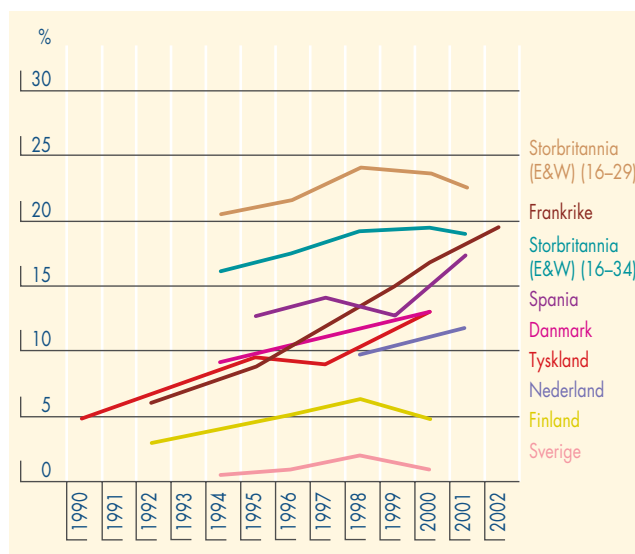
Problematisk bruk av narkotika

‘Problematisk bruk av narkotika’ defineres her som ‘injeksjonsbruk av narkotika eller langvarig/regelmessig bruk av opiat, kokain og/eller amfetamin’⁽¹⁰⁾.

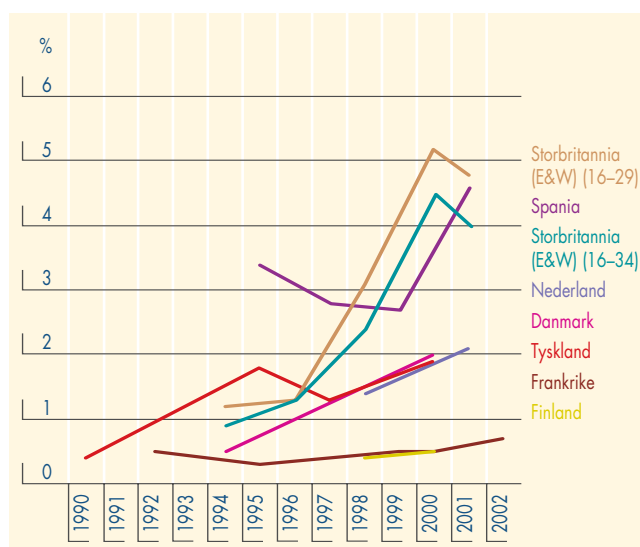
Graden av pålitelighet ved dagens beregningsmetoder, datakvalitet og datatilgjengelighet gjør at det ikke alltid er mulig å tolke trender på en pålitelig måte. I tillegg finnes det ingen metode som tillater pålitelige beregninger for alle

Figur 3: Utviklingen av nylig bruk (siste 12 måneder) av cannabis og kokain blant unge voksne (15–34 år) i noen EU-land

Figure 3 (A): Utviklingen av cannabisbruk



Figur 3 (B): Utviklingen av kokainbruk



Merknader: E&W, England og Wales

Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale undersøkelser som er tilgjengelig i hvert land. Tallene og metodene for de enkelte undersøkelserne finnes i statistisk tabell 2 (nettutgaven).

EONNs standarddefinisjon av unge voksne er aldersgruppen 15–34 år. I Danmark og Storbritannia regnes unge voksne å være i alderen 16–34 år og i Tyskland og Irland 18–34 år. I Frankrike er aldersspredningen 25–34 (1992) eller 18–39 (1995).

Uvalg størrelsen (antall deltakere) for hver undersøkelse finnes i statistisk tabell 2 (nettutgaven).

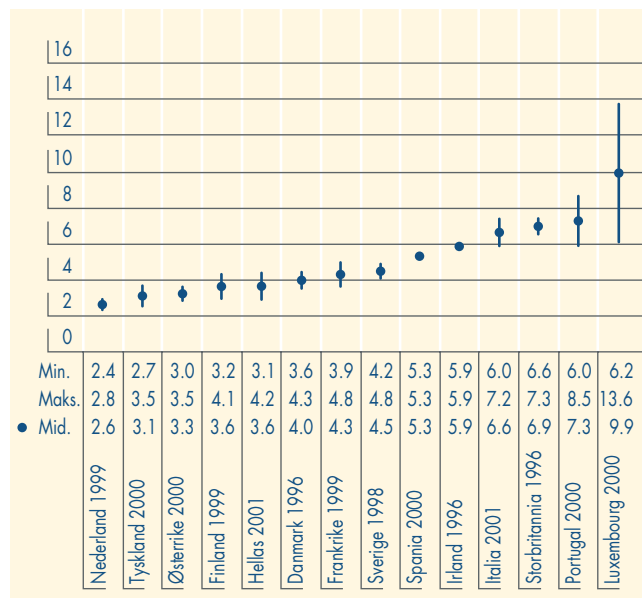
I Danmark gjelder tallet for 1994 bruk av ‘harde stoffer’.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter for 2002, hentet fra undersøkelsesrapporter eller vitenskapelige artikler. Se enkeltkilder i statistisk tabell 2 (nettutgaven).

(*) Selv om økningen ifølge det britiske innenriksdepartementet ser ut til å flate ut (se fig. 3). Studier gjennomført i England og Wales blant unge i aldersgruppen 16–29 år fant signifikante endringer (omkring 5 %) fra 1996 til 1998 og fra 1998 til 2000. Forskjellene fra 2000 til 2001–02 var imidlertid ikke signifikante.

(10) For ytterligere informasjon, se boks 2 OL: Definisjon på og metoder brukt for å anslå omfanget av problematisk bruk av narkotika (nettutgaven).

Figur 4: Anslag over problematisk bruk av narkotika i forskjellige medlemsstater i EU (nyeste anslag over ettårsprevalens pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64 år)



Merknader: Tallene viser kombinert prevalens for de forskjellige estimatene for hvert land. De kan være delvis basert på ulike metoder og datakilder og bør derfor tolkes med varsomhet (se statistiske tabeller i nettutgaven for de enkelte estimatene og ytterligere opplysninger). Punktet viser middelverdien for anslagene, mens linjen representerer usikkerhetsområdet eller 95 % konfidensintervall. Jo lengre linjen er, jo bredere er utbredelsesanslagene (ikke tilgjengelig for Spania og Irland). Alle anslag samsvarer med EONNs definisjon av problematisk bruk av narkotika. Det svenske anslaget er justert for å samsvare med denne definisjonen.

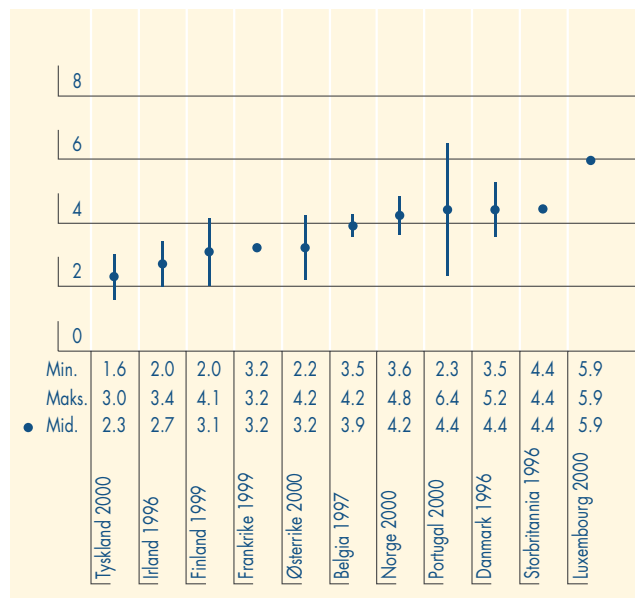
Kilder: Nasjonale kontaktpunkter gjennom EONN-prosjektet: 'Nasjonale anslag over utbredelsen av problematisk bruk av narkotika i Den europeiske union, 1995–2000', CT.00.RTX.23, Lisboa, EONN, 2003. Samordnet av Institut für Therapieforschung, München.

land, derfor må sammenligninger landene imellom gjøres med forsiktighet.

Flere land rapporterer at de har måttet justere estimatene, noe som tyder på en økning i problematisk bruk siden midten av 1990-tallet. Av 16 land rapporterer åtte høyere estimater for problematisk bruk av narkotika (Tyskland, Spania, Italia, Luxembourg, Finland, Sverige) eller injeksjonsbruk (Belgia og Norge) i løpet av 1990-årene, selv om økningen som Sverige rapporterer på nasjonalt plan ikke synes å bli bekreftet av to lokale studier⁽¹¹⁾.

Anslagene over utbredelsen av problematisk bruk av narkotika ligger alle på mellom 2 og 10 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64 (på grunnlag av middelverdiene av anslagene). Italia, Luxembourg, Portugal og Storbritannia rapporterer høyest utbredelse (6–10 pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64). Tyskland, Nederland og Østerrike rapporterer de laveste tallene, med ca. 3 problembbrukere pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64. Belgia og Norge har ikke tilgjengelige tall (fig. 4).

Figur 5: Anslag over sprøytebruk av narkotika i EUs medlemsstater (nyeste anslag over ettårsprevalens pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64 år)



Merknader: Tallene viser kombinert prevalens for de forskjellige estimatene for hvert land. De kan være delvis basert på ulike metoder og datakilder og bør derfor tolkes med varsomhet (se statistiske tabeller i nettutgaven for de enkelte estimatene og ytterligere opplysninger). Punktet viser middelverdien for anslagene, mens linjen representerer usikkerhetsområdet eller 95 % konfidensintervall. Jo lengre linjen er, jo bredere er utbredelsesanslaget (ikke tilgjengelig for Frankrike, Luxembourg og Storbritannia).

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter gjennom EONN-prosjektet: 'Nasjonale anslag over utbredelsen av problematisk bruk av narkotika i Den europeiske union, 1995–2000', CT.00.RTX.23, Lisboa, EONN, 2003. Samordnet av Institut für Therapieforschung, München.

I Finland og Sverige er de fleste problembbrukere primært amfetaminbrukere (anslagsvis 70–80 % i Finland i 1999). Dette er det motsatte av hva som er tilfellet i andre land, hvor problembbrukerne for det meste primært bruker opiat (men ofte er blandingsbrukere). I Spania er kokain blitt en viktig faktor i forhold til registrerte narkotikaproblemer (data for behandling og akuttinntak), og dette bekreftes av de siste anslagene over utbredelse. Noen land (Tyskland, Nederland) rapporterer om høy utbredelse av crack-bruk blant problembbrukerne, dog hovedsakelig i større byer og først og fremst blant dem som har opiat som hovedrusmiddel.

Det er lagt fram egne estimater over sprøytebruk, en underkategori av problematisk bruk av narkotika. Estimaten er beregnet ved hjelp av multiplikatormetoder og baserer seg på dødelighetsdata og utbredelsen av HIV- eller hepatitt C-infeksjon. Ettersom det er vanskelig å skille mellom utbredelsen av aktuell sprøytebruk (representeres trolig best ved estimater basert på dødelighet) og livstidserfaring med sprøytebruk (fra HIV/hepatitt C-estimatene), er det vanskelig å sammenligne estimatene. Anslag over sprøytebruk ligger

⁽¹¹⁾ Se boks 3 OL: Trender og mønstre for problematisk bruk av narkotika etter land (nettutgaven).

generelt på mellom 2 og 5 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64 år (data mangler for fem av medlemsstatene). Anslaget for Luxembourg er høyere, nesten 6 pr. 1 000 innbyggere. Anslagene over sprøytebruk gir en indikasjon på hvor stor del av befolkningen som risikerer å få alvorlige helseskader eller står i faresonen for narkotikarelaterte dødsfall (fig. 5).

En analyse av andelen sprøytebrukere blant heroinbrukere som mottar behandling, tyder på en klar forskjell i utbredelsen av sprøytebruk landene imellom samt varierende trender over tid (fig. 6). I enkelte land synes sprøytebruk å være lite utbredt (Portugal, Nederland), mens utbredelsen av sprøytebruk blant heroinbrukere i behandling i andre land er høy (Hellas, Luxembourg). I nesten alle land synes sprøytebruken blant heroinbrukere som har fått behandling å ha gått ned i løpet av 1990-årene, selv om data for enkelte land tyder på en økning siden 1996 og i den senere tid (Irland, Finland), som – hvis det blir bekreftet – er foruroligende og som det bør reageres på. I Storbritannia gikk andelen sprøytebrukere ned fram til 1996, men den gikk opp igjen året etter og har siden holdt seg stabil.

De samme dataene for prosent av aktuell sprøytebruk blant opiatbrukere i behandling, vektet mot estimert absolutt antall problembbrukere (se statistisk tabell 4), tyder på at grovt regnet 60 % av problembbrukerne i EU er sprøytebrukere, men med store variasjoner landene imellom (ikke vist). Dersom utbredelsen av problematisk bruk i EU sett under ett ligger på mellom 4 og 6 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64, betyr dette at EU har mellom 1 og 1,5 millioner problembbrukere, hvorav 600 000–900 000 er sprøytebrukere.

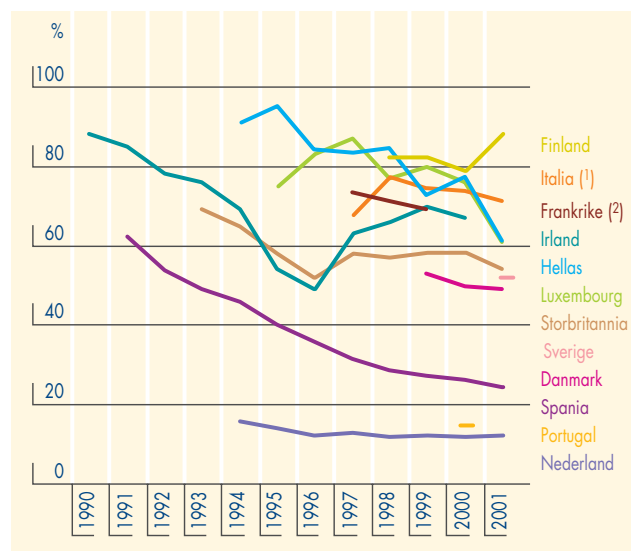
Etterspørsel etter behandling

Karakteristika (f.eks. sosiale karakteristika) for klienter som påbegynner behandling og deres bruksatferd (f.eks. andelen sprøytebrukere eller opiatbrukere), er potensielle indikatorer for bredere trender for problematisk bruk av narkotika. Data for behandlingsetterspørsel gir også et inntrykk av hvordan behandlingssentrene i Europa er organisert. Forskjeller i metodene for innsamling av informasjon og forskjeller i behandlingstilbudet landene imellom kan imidlertid fortegne bildet noe. Datainnsamlingen er for andre gang basert på en felles europeisk protokoll (Indikator for etterspørsel etter behandling – TDI) og omfattet informasjon om ca. 150 000 pasienter ⁽¹²⁾.

Stoffer

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

Figur 6: Trender for sprøytebruk av narkotika i EUs medlemsstater, 1990–2001 (% av nåværende sprøytebrukere blant heroinbrukere under behandling)



(1) Italia: data fra standardtabell 04 (2002).

(2) Data er ikke tilgjengelig for Frankrike for 1998. Tallet er basert på interpolasjon. Dataene representerer flere tusen tilfeller årlig i hvert land, og omfatter i de fleste land nesten alle behandlede tilfeller på nasjonalt plan.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter gjennom EONN-prosjektet: 'Indikator for etterspørsel etter behandling' (TDI) (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/demand_treatment.shtml).

Se <http://annualreport.emcdda.eu.int> for statistiske tabeller til denne delen:

Statistisk tabell 4: Anslag over antall problembbrukere i EUs medlemsstater, 1995–2001

Statistisk tabell 5: Anslag over antall problembbrukere i EUs medlemsstater, 1995–2001 (antall pr. 1000 i aldersgruppen 15–64 år)

Informasjonskilder

I 2002 – som i 2001 – ble to informasjonskilder brukt: den utvidede TDI-protokollen for behandlingssentre hvor slike data var tilgjengelig, og en kort utgave av TDI-protokollen, som er inkludert i tabellene innsamlet siden 1993. For å sikre konsekvens med tidligere år og se trender over tid, er det den siste informasjonskilden som er brukt. Nettutgaven inneholder opplysninger om antallet tilfeller i hvert land som er omfattet av den enkelte datakilde ⁽¹⁾.

(1) Tabell 1 OL: Antall tilfeller som er omfattet av den enkelte datakilde (nettutgaven).

⁽¹²⁾ En fullstendig rapport om Indikator for etterspørsel etter behandling (TDI) er lagt ut på internett (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf).

Som i foregående år har alle land også i 2001 rapportert om en økning i det totale antallet personer som har fått behandling for narkotikaproblemer. Ifølge de nasjonale rapportene er det flere grunner til dette: forbedrede registreringsmetoder (flere personer som mottar behandling blir registrert), flere behandlingsplasser tilgjengelig (særlig innen substitusjonsbehandling og lavterskeltjenester), differensiering av tilbudene (det finnes nå spesialtilbud for bestemte målgrupper, og andre stoffer er tatt i bruk i substitusjonsbehandlingen, f.eks. buprenorfin i tillegg til metadon), lengre behandlingstid for eksisterende klienter samt en økning i antallet personer som får behandling i områder utenom de større byene (nasjonale rapporter, 2002).

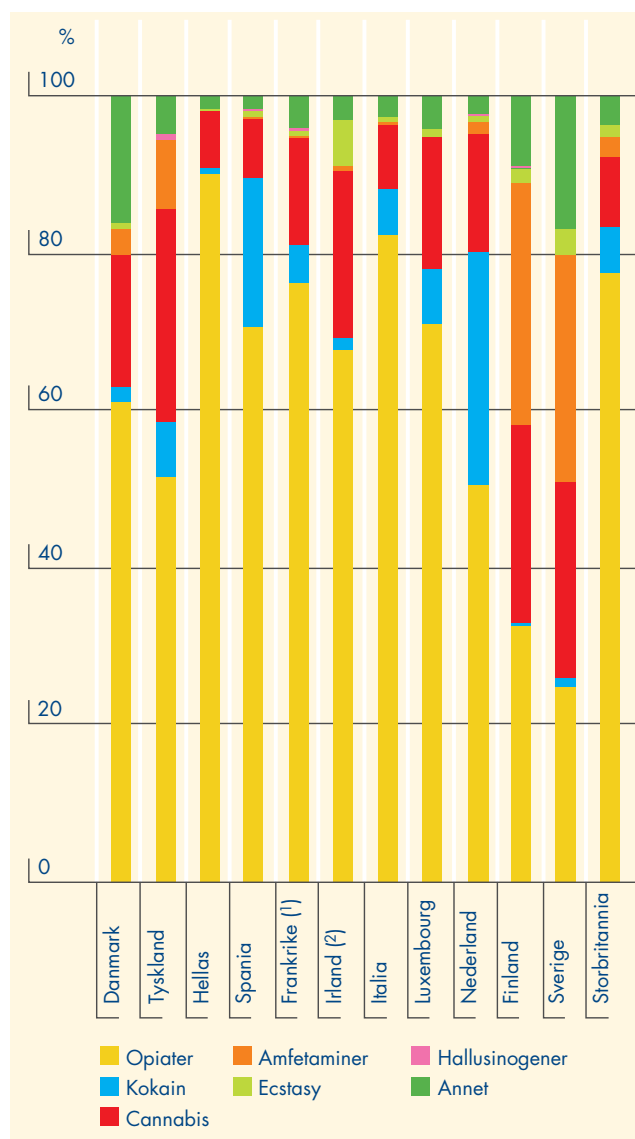
Narkotikabrukere søker vanligvis behandling spontant eller fordi de blir presset av familien. Andre kilder står for bare en liten del av henvisningene ⁽¹³⁾. Det er flere grunner til at antallet henvisninger til behandling varierer fra land til land: forskjeller i fordelingen på de ulike stoffene misbrukt gjelder, forskjeller i hvordan det nasjonale helse-, sosial- og rettsvesenet er oppbygd foruten sosiale og kulturelle forskjeller. For eksempel har Tyskland høyest andel av klienter henvist fra domstoler, politi eller rettslige myndigheter, sannsynligvis fordi Tyskland har en høy andel cannabisbrukere ⁽¹⁴⁾. I Sverige, som har et svært strukturert velferdssystem, spiller derimot sosialvesenet en viktig rolle når det gjelder henvisning av narkotikabrukere til spesialtjenestene. I Hellas er familien en sentral samfunnsinstitusjon og vil derfor være viktig som henvisningskilde (nasjonal rapport, 2002) ⁽¹⁵⁾.

I de fleste landene er det fortsatt opiatater (spesielt heroin) de fleste klientene søker behandling for (fig. 7). I de fleste EU-landene er mellom 50 % og 70 % av de behandlingssøkende heroinbrukere, men tallene varierer mye. EUs medlemsstater kan deles inn i fire kategorier ut fra hvor stor andel av henvisningene til behandling som kan tilskrives opiatmisbruk:

- under 50 % (Finland, Sverige),
- 50–70 % (Danmark, Tyskland, Frankrike, Irland, Nederland),
- 70–80 % (Spania, Luxembourg, Storbritannia), og
- over 80 % (Hellas, Italia, Portugal) ⁽¹⁶⁾.

Det virker som om klientellet ved polikliniske behandlingssentre tenderer til å være mer forskjelligartet enn klientellet ved andre behandlingstilbud ⁽¹⁷⁾, enten fordi

Figur 7: Alle klienter inntatt til behandling – presentert etter hovedrusmiddel



Merknader: n = 300 414.

(1) 1999 data.

(2) 2000 data.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2002). Se også statistisk tabell 6: Karakteristika for personer som behandles for narkotikaproblemer i EU (nettutgaven).

poliklinikkene har spesialisert seg på bestemte narkotikarelaterte problemer, eller fordi klinikkene har utviklet seg i forhold til etterspørselen etter behandling for ulike typer narkotikamisbruk (f.eks. cannabis- eller kokainmisbruk) (Molinae *et al.*, 2002).

Nest etter heroin er cannabis i mange land det stoffet det oftest søkes behandling for, og andelen cannabisbrukere er

⁽¹³⁾ Figur 3 OL: Nye klienter inntatt til behandling etter henvisningskilde (nettutgaven).

⁽¹⁴⁾ Av forskjellige årsaker (herunder f.eks. administrative straffetiltak som kjøreforbud) tilsvarer ikke andelen brukere som henvises av det strafferettslige systemet, nødvendigvis andelen lovbrøyttere.

⁽¹⁵⁾ Figur 4 OL: Henvisningskilde for nye klienter i noen land (nettutgaven).

⁽¹⁶⁾ Se statistisk tabell 6: Karakteristika for personer som behandles for narkotikaproblemer i EU (nettutgaven); og statistisk tabell 7: Karakteristika for personer i EU som førstegang behandles for narkotikaproblemer (nettutgaven).

⁽¹⁷⁾ Figur 5 OL: Primærrusmiddel blant alle klienter etter behandlingstype (nettutgaven).

størst blant nye klienter (24,7 % av totalt antall nye klienter inntatt til behandling er cannabisbrukere) ⁽¹⁸⁾. Behandling av klienter som bruker cannabis skjer hovedsakelig poliklinisk eller i institusjon ⁽¹⁹⁾. Cannabis brukes ofte i tilknytning til andre stoffer og da som sekundært rusmiddel ⁽²⁰⁾. Andelen personer som søker behandling for cannabisbruk varierer mye landene imellom, med fra 7,3 % i Hellas til 27,2 % i Tyskland (fig. 7).

Spania og Nederland har fortsatt høyest andel klienter som søker behandling for kokain som hovedrusmiddel (hhv. 19 % og 29,9 %). Tallene er lavere i andre land, fra 0,8 % i Hellas til 7 % i Luxembourg. En nederlandsk studie av behandlingsdata fant at de to største gruppene behandlingssøkende for kokainbruk de siste årene var kokainbase/crackbrukere og brukere av kokain i kombinasjon med heroin eller metadon. Kokainbase/crack-brukere kan være en særlig utfordring for behandlingsapparatet ettersom crack assosieres med et høyt avhengighetsnivå og store problemer, og de som bruker crack, enten alene eller i kombinasjon med heroin, ofte er dårlig sosialt integrert (Mol og van Vlaanderen, 2002).

Den stoffgruppen som representerer størst variasjon når det gjelder behandlingsetterspørsel landene imellom, er amfetamin. Amfetaminbrukere utgjør 3 % av behandlingsetterspørselen i Danmark, 8,7 % i Tyskland, 1,5 % i Nederland, 31,1 % i Finland, 29 % i Sverige, 2,7 % i Storbritannia og mindre enn 1 % i de øvrige landene.

Behandlingsdataene viser at blandingsbruk blir stadig vanligere. I alle land bruker over 50 % av alle klientene i tillegg til hovedrusmiddelet, minst ett stoff, hovedsakelig cannabis (18,4 %) eller kokain (19 %). De rusmiddelkombinasjonene som rapporteres oftest er; heroin i kombinasjon med kokain eller cannabis og kokain i kombinasjon med alkohol eller cannabis (nasjonale rapporter, 2002).

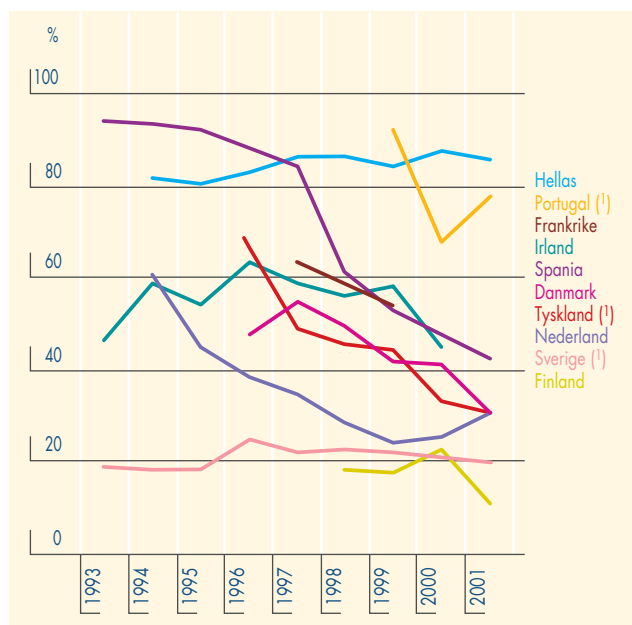
Trender

Rapportene avslører felles trender over hele Europa når det gjelder etterspørsel etter behandling for heroin- og cannabisbruk. Heroinbruken ser ut til å være stabil eller synkende i alle land, mens cannabisbruken øker nesten over alt, særlig blant nye klienter (fig. 8).

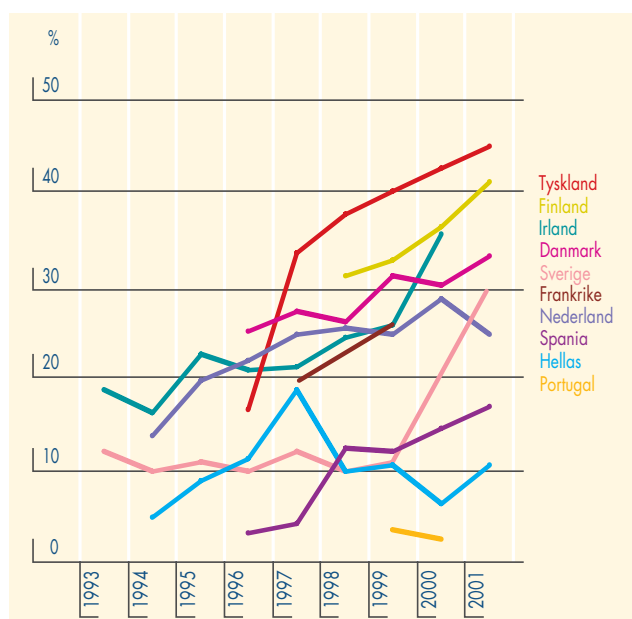
Mulige grunner for den tilsynelatende nedgangen i antallet heroinbrukere kan blant annet være: at vi ser slutten på heroinepidemien fra slutten av 1980-tallet og begynnelsen av 1990-tallet med påfølgende nedgang i etterspørselen etter behandling, en metning av behandlingstilbudet for heroinbrukere og en økt differensiering i

Figur 8: Nye klienter inntatt til behandling for (A) heroin-/opiatbruk eller (B) cannabisbruk

Figur 8 (A): Heroin-/opiatbruk



Figur 8 (B): Cannabisbruk



Merknader: Det foreligger ikke data for Belgia, Italia, Luxembourg, Østerrike og Storbritannia. Se statistisk tabell 7 for antall tilfeller (nettutgaven).

⁽¹⁾ Heroin omfatter alle opiater.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2002). Se også statistisk tabell 7: Karakteristika for personer i EU som førstegang behandles for narkotikaproblemer.

behandlingsprogrammene, med flere plasser for klienter som bruker andre stoffer (inkludert cannabis).

⁽¹⁸⁾ Figur 6 OL: Fordeling av nye klienter og alle klienter etter primærrusmiddel (nettutgaven).

⁽¹⁹⁾ Figur 5 OL: Primærrusmiddel blant alle klienter etter behandlingstype (nettutgaven).

⁽²⁰⁾ Figur 7 OL: Mest brukte sekundærrusmiddel blant alle klienter (nettutgaven).

Det kan være flere årsaker til den økte etterspørselen etter behandling for cannabisbruk (fig. 9): økt utbredelse av regelmessig cannabisbruk, økning i antallet tilfeller som rapporteres av rettsvesenet, markedsfaktorer (som større tilgjengelighet eller lavere priser) og en økning i antallet ungdommer med sosiale eller psykologiske problemer som ikke finner andre passende tilbud. Økningen i antallet nye klienter som søker behandling for cannabisbruk synes å være særlig markant i noen land som ser ut for å ha en parallell utvikling i utbredelse, cannabisbeslag, cannabislovbrudd og behandlingsetterspørsel for cannabisbruk (nasjonale rapporter, 2002). Pågående forskning i Tyskland fokuserer på de gruppene som av rettsvesenet og/eller sosialvesenet henvises til behandling for cannabisbruk, og de første resultatene antyder at en del unge cannabisbrukere oppfyller kriteriene for avhengighet i henhold til ICD-10-kodene (R. Simon, personlig innlegg, 2002).

De nasjonale trendene for bruk av kokain ⁽²¹⁾ og andre stoffer er mindre ensartet. I Spania og Nederland synes den kraftige økningen de siste årene å gå langsommere og behandlingsetterspørselen er nå stabil eller bare svakt økende, hovedsaklig blant førstegangsklienter.

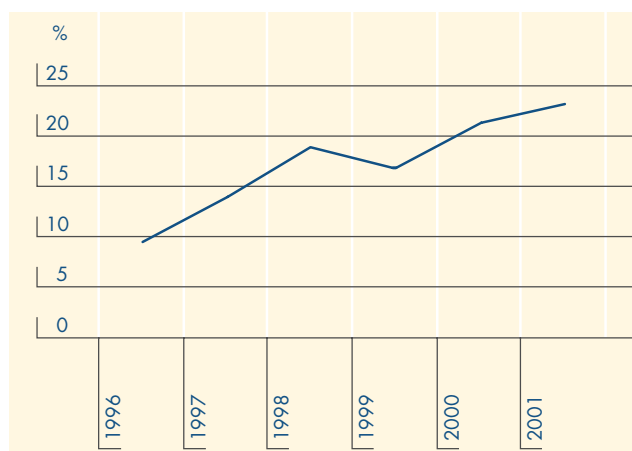
Bruksmønstre og -måter

Vanligvis har brukere prøvd rusmidler for første gang i ungdomsårene (mellom 15 og 29 år og særlig i alderen 15–19). Debutalder varierer imidlertid fra stoff til stoff: 33,6 % av klientene begynte å bruke cannabis før 15-årsalderen, 56,3 % i 15–19-årsalderen og 63,3 % brukte sentralstimulerende stoffer for første gang i samme alder (15–19 år). Til sammenligning er debutalder for bruk av heroin og kokain høyere (over 40 % av klientene hadde brukt heroin og kokain for første gang i 20–29-årsalderen, og én gruppe enda senere) ⁽²²⁾.

Heroin-, kokain- og cannabisbrukere som søker behandling har – hvis de har brukt stoff de siste 30 dagene – brukt stoff daglig, mens sentralstimulerende stoffer typisk tas 2–6 ganger i uken ⁽²³⁾.

Den vanligste måten å ta hovedrusmiddelet på er; injeksjon og røyking for heroin, sniffing og røyking/inhalering for kokain og spising/drikking for sentralstimulerende stoffer (fig. 10). Når de metodologiske begrensningene tas i betraktning (utvalget var ikke nøyaktig det samme som året før (2001), og det var færre ukjente data i 2001) er det i 2001 rapportert en endring i bruksmønsteret, idet færre

Figur 9: Trend i etterspørselen etter behandling for cannabisbruk, 1996–2001



Merknader: Gyldig % vektet for antall klienter pr. land. Bare nye tilfeller. Ytterligere detaljer finnes i tabell 1 OL. Antall 'n' varierer årlig fra 31 143–56 394.
Kilde: Nasjonale Reitox-rapporter (1996–2001).

klienter injiserer heroin og flere sniffer eller røyker kokain. Grunnene for dette kan muligens knyttes til markedsfaktorer, særlig prisen på og tilgjengeligheten av heroin og crack/kokain som kan røykes, samt virkningene av forebyggende og skadereduserende tiltak (EONN, 2002a; nasjonale rapporter, 2002).

Sosiale karakteristika

Klienter som påbegynner behandling er oftest menn i 20- eller 30-årsalderen. Middelalder for alle klienter er 29,8 år og 26,9 år for førstegangsklienter. Tyskland, Irland og Finland har den yngste befolkningen i behandling, mens de eldste klientene som søker behandling er å finne i Spania, Italia og Nederland ⁽²⁴⁾. Alderfordelingen blant klientene som søker behandling synes å være forbundet med typen stoff de bruker – generelt er cannabisbrukerne yngre, og heroin- og kokainbrukerne eldre. Tyskland har den høyeste andelen cannabisbrukere, mens den største andelen kokain- og heroinbrukere er å finne i henholdsvis Spania og Italia. Den høye andelen unge narkotikabrukere i Finland kan kanskje delvis forklares med at stoffkulturen utviklet seg forholdsvis sent i dette landet. Kjønnfordelingen mann:kvinn varierer fra 2:1 til 6:1 ⁽²⁵⁾. Den forholdsvis høye andelen menn kan gjenspeile generelt høyere nivåer av narkotikabruk blant menn enn blant kvinner, eventuelt at de ikke har samme tilgang til tjenestene (EONN, 2002a). Fordelingsmønstrene mellom kjønnene synes å følge breddegradene i den forstand at andelen mannlige

⁽²¹⁾ Figur 8 OL: Nye klienter inntatt til behandling for kokainbruk (nettutgaven).

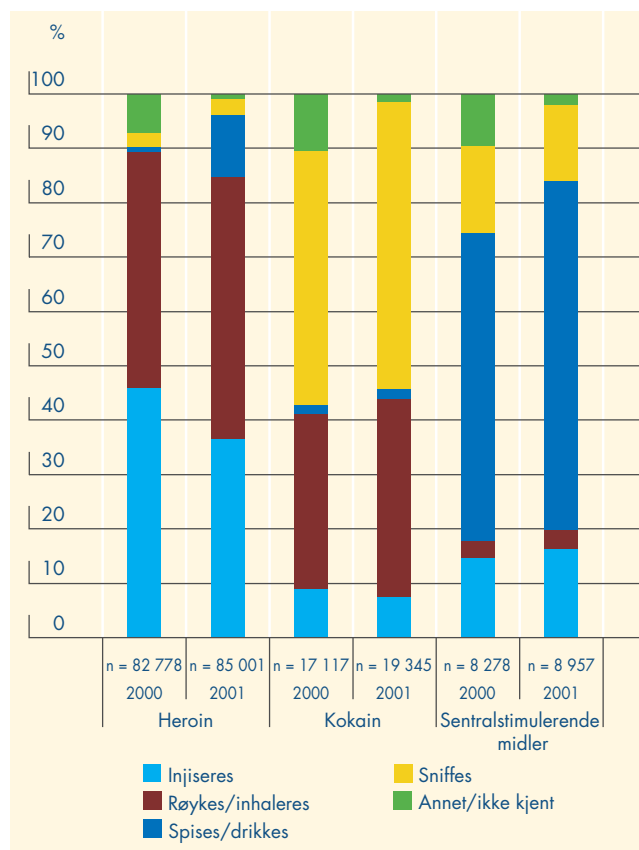
⁽²²⁾ Figur 10 OL: Alder ved førstegangs bruk av primærrusmiddel for alle klienter (nettutgaven).

⁽²³⁾ Figur 9 OL: Bruksfrekvens for primærrusmiddel blant alle klienter (siste 30 dager før behandlingsstart) (nettutgaven).

⁽²⁴⁾ Tabell 2 OL: Middelalder for klienter i behandling (nettutgaven).

⁽²⁵⁾ Se statistisk tabell 8: Karakteristika for kvinner som behandles for narkotikaproblemer i EU; og statistisk tabell 9: Karakteristika for menn som behandles for narkotikaproblemer i EU (nettutgaven).

Figur 10: Ulike måter rusmidler tas på blant alle klienter



Merknader: Gyldig %. Det foreligger ikke data for Frankrike, Irland, Østerrike og Portugal for 2000, og for Belgia, Frankrike, Italia og Portugal for 2001.
Kilde: Nasjonale Reitox-rapporter (2001, 2002). TDI-data (2000, 2001) fra polikliniske behandlingssentre.

brukere f.eks. er høyere i Sør-Europa. Dette skyldes at bruksmønstrene for de enkelte stoffene er forskjellig i nord og sør (landene i sør har en høyere andel heroinbrukere, som hovedsakelig er menn), foruten kulturelle og sosiale forskjeller.

Se <http://annualreport.emcdda.eu.int> for statistiske tabeller til denne delen:

Statistisk tabell 6: Karakteristika for personer i EU som behandles for narkotikaproblemer

Statistisk tabell 8: Karakteristika for kvinner i EU som behandles for narkotikaproblemer

Statistisk tabell 7: Karakteristika for personer i EU som første gang behandles for narkotikaproblemer

Statistisk tabell 9: Karakteristika for menn i EU som behandles for narkotikaproblemer

De sosiale forholdene for klienter som søker behandling, f.eks. utdanning, levestandard og arbeidsstatus, synes å forverres i forhold til befolkningen generelt i forskjellige områder ⁽²⁶⁾.

Narkotikarelaterte smittsomme sykdommer ⁽²⁷⁾

Utbredelse og trender for HIV og AIDS

Smittsomme sykdommer relatert til sprøytebruk av narkotika har stor innvirkning på de økonomiske og samfunnsmessige kostnadene ved narkotikabruk, selv i land hvor utbredelsen av HIV er lav (Postma *et al.*, 2001; Godfrey *et al.*, 2002). Sykdommene kan forebygges ved at sprøytebrukerne gis informasjon om smitteoverføring, rene sprøytespisser (Hurley *et al.*, 1997; Commonwealth of Australia, 2002) og vaksinasjon mot hepatitt A og B. Det finnes nå effektive behandlingsmetoder for HIV og hepatitt C, og ettersom utbredelsen av infeksjonssykdommer ofte er svært høy blant sprøytebrukere, er tiltak som sikter på forebygging og behandling av infeksjoner blant de mest kostnadseffektive på narkotikaområdet.

EONN kartlegger systematisk utbredelsen av HIV samt hepatitt B og C blant sprøytebrukere i Den europeiske union. Informasjon om samlet utbredelse (totalt og for hver undergruppe) samles rutinemessige inn fra forskjellige miljøer (f.eks. behandlingsmiljøer, sprøytebytteprogrammer, fengsler osv.) samt fra spesialstudier ⁽²⁸⁾. Selv om dataene kan være vanskelige å sammenligne fordi de kommer fra forskjellige kilder, gir de likevel et generelt bilde av forskjellene mellom land, regioner og miljøer. Og hva som er viktigere, ved å følge trendene over tid, særlig trendene for utbredelse blant unge og nye sprøytebrukere, får man viktig informasjon om spredningen av infeksjonssykdommer blant sprøytebrukerne og effekten av de forebyggende tiltakene som settes inn. Målet på lang sikt er å forbedre datakvaliteten og sammenlignbarheten for eksisterende rutinemessige kilder og gjennomføre reelt sammenlignbare lokale undersøkelser av HIV-utbredelsen blant sprøytebrukere i Europa.

Tilgjengelig data tyder på at utbredelsen av HIV blant sprøytebrukere varierer svært mye både landene imellom og innenfor hvert land. Smittenivåene som rapporteres av de ulike kildene ligger fra ca. 1 % i Storbritannia (undersøkelser og uavhengig, anonym screening) til ca. 30 % i Spania (rutinemessige diagnostiseringstester i narkotikabehandlingen), men nivåene er generelt stabile ⁽²⁹⁾. Bildet har ikke forandret seg stort i de senere årene (figur 11).

For en del lands og regioners vedkommende, har det vært en ekstremt høy utbredelse av HIV siden 1995. Selv om dette i de fleste tilfeller gjenspeiler gamle epidemier, er det svært viktig at

⁽²⁶⁾ Se 'Sosial eksklusjon og reintegrasjon', s. 65.

⁽²⁷⁾ En mer detaljert beskrivelse finnes i Årsrapport for 2001, kapittel 3, Utvalgte aspekter – Narkotikarelaterte smittsomme sykdommer. Tilgjengelig på (<http://ar2001.emcdda.eu.int>).

⁽²⁸⁾ Se EONNs nettside (http://www.emcdda.org/situation/themes/infectious_diseases.shtml) for ytterligere opplysninger om metoder og retningslinjer.

⁽²⁹⁾ For ytterligere opplysninger om disse dataene og originalkilder, se statistisk tabell 10: Sammendrag over prevalens av HIV-smitte blant sprøytebrukere i EU; og statistisk tabell 12: Prevalens av HIV-smitte (prosent smittet) blant sprøytebrukere i EU og Norge (nettutgaven).

det settes inn spesielle forebyggende tiltak (f.eks. for å forebygge smitteoverføring til nye sprøytebrukere, til sprøytebrukernes seksualpartnere og fra mor til barn). I noen regioner og byer var utbredelsen over 25 % ⁽³⁰⁾.

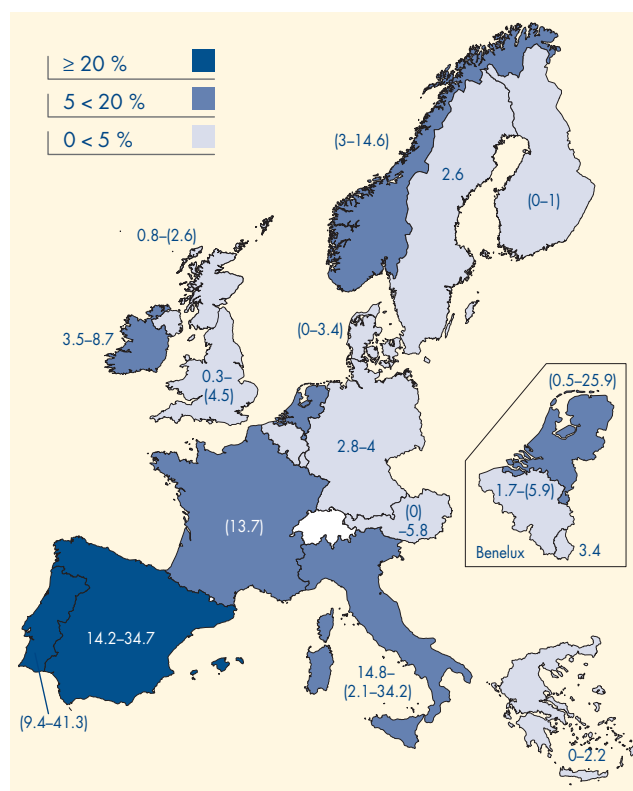
Trendene for HIV-utbredelse gir informasjon som er viktig for utformingen og evalueringen av narkotikapolitikken. Det er nødvendig med flere tiltak dersom trendene antyder at smittenivåene øker, men ikke dersom smittenivåene synes å gå ned. Det betyr likevel ikke at det ikke kan oppstå nye infeksjoner i områder med stabil eller synkende utbredelse. I de senere årene kan det ha vært en økning i HIV-smitte blant (undergrupper av) sprøytebrukere i regioner eller byer i Spania, Irland, Italia, Nederland, Østerrike, Portugal, Finland og Storbritannia, selv om det i noen av disse landene er registrert stor nedgang i smittespredningen ⁽³¹⁾. Opplysningene fra Italia viser at nasjonale gjennomsnitt har svært begrenset verdi i land med et signifikant antall HIV-smittede, og at en oppdeling i mindre regioner eller byer i slike tilfeller vil gi bedre mulighet for å vurdere effekten av det forebyggende arbeidet ⁽³²⁾. Det er imidlertid få land som så langt kan legge fram nasjonale data etter region. For å gjøre det lettere å fange opp trendene over tid, bør utbredelsesdata ideelt sett suppleres med meldinger om nye diagnostiserte tilfeller. Selv om det foreløpig ikke finnes meldingsdata for de landene som er hardest rammet, og mye avhenger av mønstrene for testing som brukes, har meldingsdataene fra Finland bidratt til å avdekke en ny smitteøkning i Finland. Portugal har nylig begynt å legge fram meldingsdata for HIV og avdekker dermed langt høyere utbredelse pr. million innbygger enn andre land som rapporterer til EONN ⁽³³⁾.

Utbredelsen av HIV blant unge sprøytebrukere kan være en ytterligere indikasjon på hvor effektive de forebyggende tiltakene er, ettersom smitten hos unge sprøytebrukere typisk vil være av nyere dato enn hos sprøytebrukerbefolkningen som helhet. Selv om utvalgsstørrelsene er små, tyder disse dataene på at det i de senere årene har forekommet smitte hos unge sprøytebrukere i flere regioner ⁽³⁴⁾.

Enkelte land har informasjon om utbredelsen av HIV blant nye sprøytebrukere. Dette er en langt bedre indikator på antallet nye smittetilfeller og kan gjenspeile HIV-insidens, og er dermed et bedre mål på hvor effektive de forebyggende tiltakene er. Hvis man antar at sprøytebrukere som har brukt sprøyter i mindre enn 2 år, i gjennomsnitt har injisert i 1 år, kan utbredelsen i gruppen gi et estimat over insidens. Tilgjengelige data tyder på at insidensen, forekomsten, pr. 100 personårs eksponering blant nye

sprøytebrukere (95 % konfidensintervall) varierer fra 0–3,7 i England og Wales (0/122, 1998) til 0,8–11,4 i den flamske delen av Belgia (3/77, 1998–1999), 4,4–14,5 i Coimbra, Portugal (12/127, 1999–2000) til 4,4–15,5 i

Figur 11: Utbredelse av HIV-smitte blant sprøytebrukere i EUs medlemsstater og Norge



Merknader: Tall i parentes er lokale data. Forskjellene landene imellom bør tolkes med varsomhet ettersom ulike typer kilde er brukt, og i noen tilfeller lokale eller egenrapporterte data. Fargen til et land indikerer middelverdien for utbredelsesanslagene fra de ulike datakildene.

Dette oversiktskartet gir en samlet oversikt over utbredelsen av HIV blant sprøytebrukere i EU. På kartet er data rapportert for det siste året det foreligger data for. Data fra utvalg uten informasjon om status blant sprøytebrukere er utelatt. Der dette har ført til at kilder er utelukket som klart ville ha bedret mulighetene for generalisering (f.eks. nasjonale data, data hentet utenfor behandlingsapparatet), er data for mer enn ett år kombinert. Data for Italia, Portugal og Norge gjelder bare utbredelsen av HIV blant sprøytebrukere i behandling og er ikke representative for utbredelsen av HIV blant sprøytebrukere utenfor behandlingsapparatet. Det å ha helseproblemer er et av utvalgsriteriene for inntak til narkotikabehandling i enkelte land eller byer (Hellas, Portugal, Roma), og på grunn av lange ventelister eller egne programmer for smittede sprøytebrukere, kan dette gi for høye anslag over utbredelsen. Utbredelsen slik den framkommer på dette kartet må ikke sammenlignes med tidligere utgaver med sikte på å følge endringer over tid fordi kildevalget kan variere ut fra datatilgjengelighet. For tidstrender og nærmere opplysninger om metoder og kilder, se statistisk tabell 12: Prevalens av HIV-smitte (prosent smittet) blant sprøytebrukere i EU og Norge; og boks 6 OL: Datakilder – prevalens (nettutgaven).

Kilde: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet. For utfyllende opplysninger og primærkilder, se statistisk tabell 10: Sammendrag over prevalensen av HIV-smitte blant sprøytebrukere i EU; og Statistisk tabell 12 (nettutgaven).

⁽³⁰⁾ Se boks 4 OL: Områder med høy HIV-utbredelse, økning og nedgang i overføring av HIV blant sprøytebrukere i noen EU-land, HIV-utbredelse blant unge sprøytebrukere (nettutgaven).

⁽³¹⁾ Se boks 4 OL (nettutgaven).

⁽³²⁾ Se figur 11 OL: Utbredelse av HIV-smitte blant italienske sprøytebrukere i behandling, etter region (nettutgaven).

⁽³³⁾ Se statistisk tabell 15: Nylig diagnostisert HIV-smitte blant sprøytebrukere i EU og Norge (nettutgaven).

⁽³⁴⁾ Se boks 4 OL: Områder med høy HIV-utbredelse, økning og nedgang i overføring av HIV blant sprøytebrukere i noen EU-land, HIV-utbredelse blant unge sprøytebrukere (nettutgaven).

Frankrike (11/111, egenrapportert HIV-status for deltakere i sprøytebytteprogrammer, 1998) ⁽³⁵⁾. Opplysningene fra Belgia, Frankrike og Portugal er imidlertid hentet fra rutinemessige tester og kan være påvirket av bias i utvalget. (Dataene for Portugal kan være overvurdert på grunn av de utvelgelseskriteriene avrusningsenhetene anvender, idet de prioriterer problembrukere og/eller HIV-positive brukere.)

AIDS-data gir egentlig lite informasjon om trenden for nye tilfeller av HIV-smitte pga. den lange inkubasjonstiden før AIDS-symptomene viser seg, samt de store framskrittene som er gjort i behandlingen av HIV som forsinker utbruddet av AIDS. Forekomsten av AIDS gjenspeiler imidlertid trendene i sykdomsbyrden av HIV i de ulike landene. Som et resultat av forbedrede behandlingsmetoder og muligens lavere smittetall på 1990-tallet, har forekomsten av AIDS gått ned i de fleste landene siden rundt 1996. I Portugal viser de nyeste dataene at insidensen av AIDS blant sprøytebrukere har gått tilbake siden 1999 ⁽³⁶⁾. Dette kan tyde på at HIV-behandlingen har hatt et gjennomslag som er i tråd med rapportene fra behandlingsapparatet.

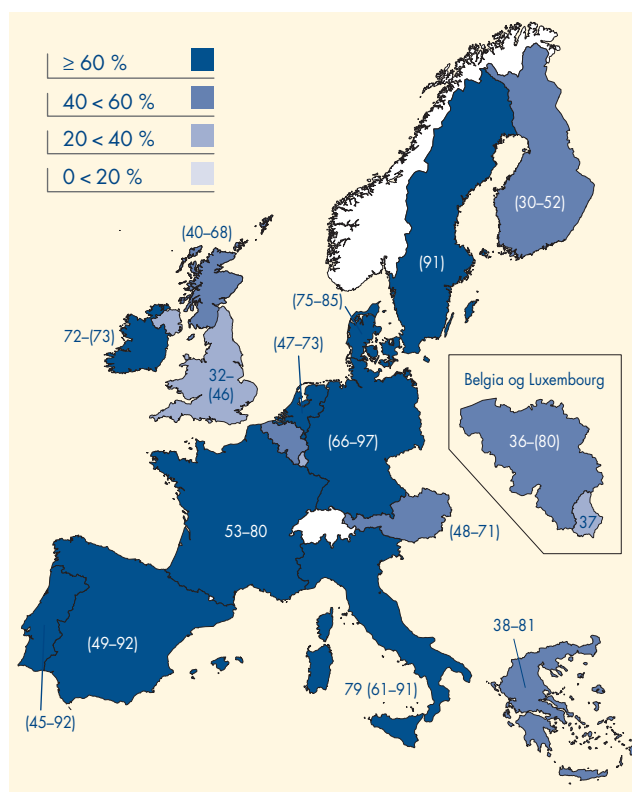
Utbredelse og trender – hepatitt C-smitte

Data om utbredelsen av hepatitt C-virus (HCV) blant sprøytebrukere er ikke fullt så lett tilgjengelige, og der slike data finnes, gjelder de samme begrensningene som for HIV-data. Men det generelle bildet er klart – utbredelsen av HCV er ekstremt høy i alle land og miljøer, med tall fra 40 % til 90 % i de forskjellige land og undergrupper av sprøytebrukere (fig. 12).

Selv om alle prevalensestimaterne viser svært høye smittenivåer, er variasjonene store. Akkurat som for HIV kan dette til en viss grad skyldes forskjeller i utvelgelsesmekanismer for de ulike datakildene. Sammenligninger bør derfor gjøres med varsomhet. I 2000 og 2001 ble det rapportert om nivåer over 75 % i Antwerpen, Belgia (80 % av sprøytebrukerne som er i behandling eller benytter lavterskeltjenester, 2001), Frankfurt og Berlin, Tyskland (82–90 % i ett lavterskeltilbud og to fengsler), Nord-Hellas og Hellas nasjonalt (83 % av sprøytebrukerne i metadonbehandling), de italienske regionene Piemonte, Trentino, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Basilicata og Sardinia samt byene Trento og Bolzano (klienter i behandling for narkotikabruk), samt i Lisboa og noen mindre portugisiske byer (klienter i behandling for narkotikabruk) ⁽³⁷⁾.

Hepatitt C-prevalens kan være en langt mer følsom indikator på høyrisikoatferd blant sprøytebrukere (f.eks.

Figur 12: Utbredelse av hepatitt C-smitte blant sprøytebrukere i EUs medlemsstater og Norge



Merknader: Tall i parentes er lokale data.

Forskjellene landene imellom bør tolkes med varsomhet ettersom ulike typer kilde er brukt, og i noen tilfeller lokale eller data eller spyttprøver, som gir lavere utbredelsesanslag. Fargen til et land indikerer middelverdien for utbredelsesanslagene fra de ulike datakildene.

Dette oversiktskartet gir en samlet oversikt over utbredelsen av HCV blant sprøytebrukere i EU. På kartet er data rapportert for det siste året det foreligger data for. Data fra utvalg uten informasjon om status blant sprøytebrukere samt egenrapporterte testresultater er utelatt. Der dette har ført til at kilder er utelukkert som klart ville ha bedret mulighetene for generalisering (f.eks. nasjonale data, data hentet utenfor behandlingsapparatet), er data for mer enn ett år kombinert. Data for Irland og Luxembourg gjelder bare sprøytebrukere i fengsel, mens data for Italia bare gjelder utbredelsen av HCV blant sprøytebrukere i behandling og er derfor ikke representative for utbredelsen av HCV blant sprøytebrukere som ikke er i kontakt med behandlingsapparatet. Det å ha helseproblemer er et av utvalgskriteriene for inntak til narkotikabehandling i enkelte land eller byer (Hellas, Portugal, Roma), og på grunn av lange ventelister eller egne programmer for smittede sprøytebrukere, kan dette gi for høye anslag over utbredelsen. Utbredelsen slik den framkommer på dette kartet må ikke sammenlignes med tidligere utgaver med sikte på å følge endringer over tid i og med at kildevalget kan variere ut fra datatilgjengelighet. For tidstrender og nærmere opplysninger om metoder og kilder, se statistisk tabell 16 og boks 6 OL.

Kilde: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet. For primærkilder, se statistisk tabell 16: Prevalens av hepatitt C-smitte blant sprøytebrukere i EU (nettutgaven).

deling av sprøytespisser eller annet utstyr) og på effekten av det forebyggende arbeidet, enn trendene for HIV. Hepatitt C-viruset er mer smittsomt enn HIV og overføres lettere via annet brukerutstyr enn sprøyter, som bomull, skjeer og vann (men risikoen for seksuell overføring er mindre). Avhengig av region er det påvist både oppgang og nedgang i hepatitt C-prevalens ⁽³⁸⁾.

⁽³⁵⁾ Se statistisk tabell 15: Nylig diagnostisert HIV-smitte blant sprøytebrukere i EU og Norge (nettutgaven).

⁽³⁶⁾ Figur 12 OL: Forekomst av AIDS relatert til sprøytebruk i medlemsstatene i EU (nettutgaven).

⁽³⁷⁾ Boks 5 OL: Trender for utbredelse av hepatitt C (nettutgaven).

⁽³⁸⁾ Se boks 5 OL: Trender for utbredelse av hepatitt C (nettutgaven).

I den grad de er tilgjengelige tyder data fra behandlingsprogrammer på at utbredelsen av hepatitt C-smitte hos sprøytebrukere under 25 år varierer fra 12 % i Tampere, Finland (2001) til ca. 60 % i Dublin, Irland (1997) og Italia (1999). Utbredelsen blant unge sprøytebrukere synes å gå ned i Belgia og Hellas, men opp i England og Wales (1998–2001).

De fleste kilder har ennå ikke informasjon tilgjengelig om utbredelsen av hepatitt C-smitte hos nye sprøytebrukere (de som har injisert i mindre enn 2 år). Der data er tilgjengelig, tyder de generelt på at prevalensen er svært høy – 40 % eller mer – selv om lavere tall er rapportert fra Belgia og Storbritannia (fig. 13).

Utbredelse og trender – hepatitt B-smitte

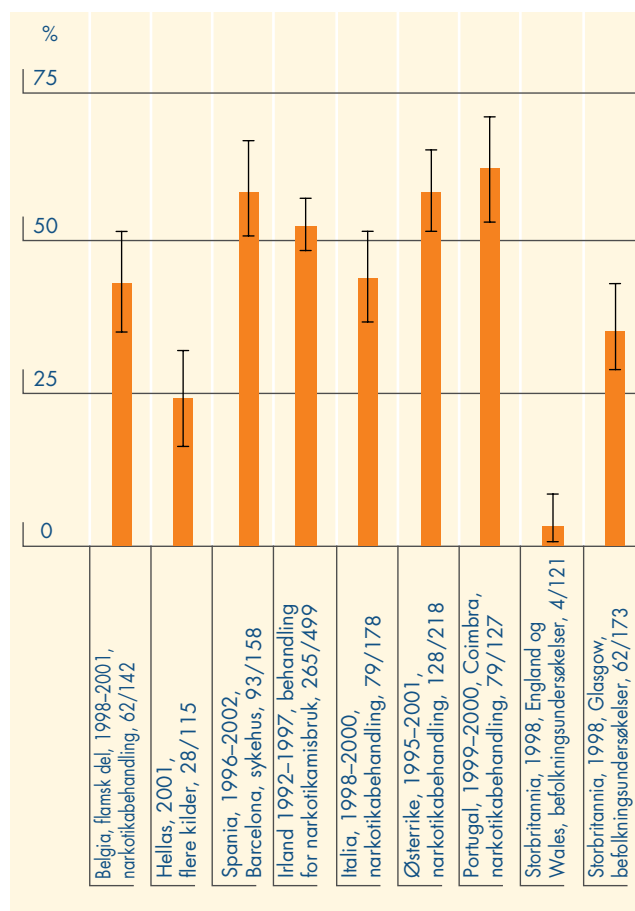
Dersom det finnes antistoffer mot et virus i blodet indikerer det at vedkommende på et tidspunkt har vært smittet av eller blitt vaksinert mot viruset. I motsetning til HIV og hepatitt C finnes det en effektiv vaksine mot hepatitt B-viruset (HBV). Når det gjelder hepatitt B, er det derfor den andelen av sprøytebrukere som ikke har antistoffer (aHBs or aHBc) i blodet, som potensielt trenger å vaksineres, og som derfor utgjør en viktig indikator på behovet for et vaksinasjonsprogram. I EU er det større variasjon i den delen av sprøytebrukere som har (et eller annet) antistoff mot hepatitt B enn i den delen som har antistoffer mot hepatitt C. I hele EU har rundt regnet 20–60 % av sprøytebrukerne antistoffer mot hepatitt B. Vaksinasjonspotensialet skulle altså være stort (40–80 %).

En person som har hepatitt B-viruset, kan enten nylig ha blitt smittet eller ha en kronisk infeksjon. Den serologiske markøren som viser om hepatitt B-viruset er til stede, er HBsAg. Høye smittenivåer for aktuell HBV indikerer risiko for alvorlige, langsiktige komplikasjoner i framtiden og for stor smittespredning til andre gjennom risikoatferd blant sprøytebrukere eller ubeskyttet sex. Bare noen få land har data om utbredelse av aktuell hepatitt B-smitte, men tallene synes å variere mye, og er i noen tilfeller høye.

Meldte tilfeller av hepatitt B og C

Meldingsdata for HBV og HCV foreligger nå for enkelte land. Selv om definisjonene varierer og ikke alltid tillater direkte sammenligning, kan trendene over tid gi en del nyttig informasjon. I Danmark, Finland og Sverige synes antallet meldte hepatitt C-tilfeller å ha gått ned over tid, mens det har gått opp i Nederland og Storbritannia. Når det gjelder hepatitt B, har det også vært nedgang i Danmark og Finland, mens antallet tilfeller har gått opp i Norge og Storbritannia. Økt omfang av testingen kan nok delvis forklare de stigende trendene. Av alle tilfeller er andelen sprøytebrukere svært høy (rundt 90 % for HCV og 40–70 % for HBV) i de fleste land, noe som tyder på at

Figur 13: Utbredelse av hepatitt C-smitte blant sprøytebrukere som har injisert i mindre enn 2 år



Merknader: Klammer indikerer 95 % konfidensintervall.

Kilde: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet. For primærkilder, se statistisk tabell 18: Prevalens av hepatitt C-smitte blant nye sprøytebrukere i EU (nettutgaven).

majoriteten av HBV-tilfeller og nesten alle tilfeller av HCV-smitte i EU skyldes injeksjonsbruk av narkotika (³⁹).

Se <http://annualreport.emcdda.eu.int> for ytterligere informasjon om temaene i denne delen:

Boks 6 OL: Datakilder – prevalens (for statistiske tabeller 10–14, 16–20)

Boks 7 OL: Datakilder – meldte tilfeller (for statistiske tabeller 21 og 22)

Statistisk tabell 10: Sammendrag over prevalensen av HIV-smitte blant sprøytebrukere i EU

Statistisk tabell 11: Sammendrag over prevalensen av HCV-smitte blant sprøytebrukere i EU

Statistisk tabell 12: Prevalens av HIV-smitte (prosent smittet) blant sprøytebrukere i EU og Norge

(³⁹) Se statistisk tabell 21: Meldte tilfeller av hepatitt C-smitte blant sprøytebrukere i EU; og statistisk tabell 22: Meldte tilfeller av hepatitt B-smitte blant sprøytebrukere i EU og Norge (nettutgaven).

Statistisk tabell 13: Prevalens av HIV-smitte blant sprøytebrukere under 25 år i EU

Statistisk tabell 14: Prevalens av HIV-smitte blant nye sprøytebrukere i EU

Statistisk tabell 15: Nylig diagnostisert HIV-smitte blant sprøytebrukere i EU og Norge

Statistisk tabell 16: Prevalens av hepatitt C-smitte blant sprøytebrukere i EU

Statistisk tabell 17: Prevalens av hepatitt C-smitte blant sprøytebrukere under 25 år i EU

Statistisk tabell 18: Prevalens av hepatitt C-smitte blant nye sprøytebrukere i EU

Statistisk tabell 19: Prevalens av aktuell hepatitt B-smitte (HBsAg) blant sprøytebrukere i EU

Statistisk tabell 20: Prevalens av antistoffer mot hepatitt B-virus blant sprøytebrukere i EU

Statistisk tabell 21: Meldte tilfeller av hepatitt C-smitte blant sprøytebrukere i EU

Statistisk tabell 22: Meldte tilfeller av hepatitt B-smitte blant sprøytebrukere i EU og Norge

Statistisk tabell 23: Insidens av hepatitt C-smitte blant sprøytebrukere i EU

Narkotikarelaterte dødsfall og dødelighet blant narkotikabrukere ⁽⁴⁰⁾

Nasjonale statistikker over 'narkodødsfall' viser vanligvis til akutte dødsfall som er direkte relatert til narkotikabruk eller 'overdoser', selv om det selvsagt er forskjeller landene imellom ⁽⁴¹⁾. EONNs nøkkelindikator 'narkotikarelaterte dødsfall' er også definert som slike dødsfall ⁽⁴²⁾. Utviklingen av denne nøkkelindikatoren har fått de ulike medlemsstatene til å igangsette arbeid for å forbedre rapporteringsprosedyrene for narkotikarelaterte dødsfall.

På grunn av varierende definisjoner, rapporteringskvalitet og dekning skal man fortsatt være varsom med å foreta direkte sammenligninger av nasjonale statistikker. Men dersom registreringsmetodene innenfor et land er konsekvente over tid, kan antallet narkotikarelaterte dødsfall være en nyttig indikator på trender i de tunge

brukermiljøene, særlig når dataene analyseres sammen med andre indikatorer.

Overdose er en viktig dødsårsak blant unge mennesker, særlig unge menn, i de fleste EU-land. Dødsfall på grunn av AIDS og andre årsaker (vold, ulykker osv.) står for en annen type narkotikarelatert dødelighet, med store forskjeller fra land til land og by til by. Slike dødsfall rapporteres generelt fra andre datakilder.

Narkotikarelaterte dødsfall forekommer langt oftere blant sprøytebrukere og opiatbrukere enn i befolkningen generelt, og problematisk narkotikabruk er en viktig dødsårsak blant unge voksne i de fleste EU-land. Studier utført på 1990-tallet i noen byer i EU (Glasgow, Madrid, Roma) fant at en signifikant andel av dødsfallene blant unge voksne kunne tilskrives problematisk narkotikabruk (særlig injeksjon av opiater). Selv om antallet dødsfall som skyldes AIDS synker, holder antallet overdosedødsfall seg stabilt eller fortsetter å øke, og det må friske studier til for å gi ny informasjon om narkotikarelatert dødelighet i andre byer.

Konsekvensene av narkotikarelaterte dødsfall

I løpet av de siste ti årene har årlig antall, akutte narkodødsfall rapportert av landene i EU totalt sett ligget mellom 7 000 og 9 000 ⁽⁴³⁾. Disse tallene kan betraktes som minimumsestimater ettersom det er sannsynlig at det er en viss underrapportering i de fleste land (som i noen tilfeller kan være vesentlig). De fleste ofrene er unge mennesker, og dessuten kunne mange av disse dødsfallene vært forhindret.

Til tross for oppmuntrende funn som tyder på at antallet narkotikarelaterte dødsfall har stabilisert seg eller minsker i en del EU-land, fortsetter antallet overdosedødsfall å stige i mange andre EU-land (og andre deler av verden).

Risikofaktorer

Det er opiater til stede i blodet til de fleste ofrene hvor overdosedødsfall skyldes ulovlige stoffer, men konsentrasjonene i de toksikologiske prøvene varierer mye, og andre stoffer er også ofte til stede ⁽⁴⁴⁾.

Mange av risikofaktorene for opiatoverdoser er kjent: stoffet er tatt ved injeksjon, samtidig bruk av andre sentralnerveberoligende midler (f.eks. alkohol eller

⁽⁴⁰⁾ Boks 8 OL: Metoder og definisjoner anvendt for å anslå narkotikarelaterte dødsfall og dødelighet (nettutgaven).

⁽⁴¹⁾ Boks 9 OL: Definisijoner på 'akutte narkotikarelaterte dødsfall' i EUs medlemsstater ifølge EONNs årsrapport og nasjonale rapporter (nettutgaven).

⁽⁴²⁾ Boks 10 OL: Narkotikarelaterte dødsfall – EONNs definisjon (nettutgaven). Se også EONNs protokoll for narkotikarelaterte dødsfall (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/drd_standard_3.pdf).

⁽⁴³⁾ Se statistisk tabell 24: Antallet 'akutte narkotikarelaterte dødsfall' registrert i EU-land (i henhold til nasjonale definisjoner som er brukt til å rapportere tilfeller til EONN), 1985-2001 (nettutgaven).

⁽⁴⁴⁾ Figur 13 OL: Andel av narkotikarelaterte dødsfall med eller uten tilstedeværelse av opiater, i EU-landene i 2000-2001; og statistisk tabell 25: Sammendrag av karakteristika for ofrene for akutte narkotikarelaterte dødsfall i EU-landene (nettutgaven).

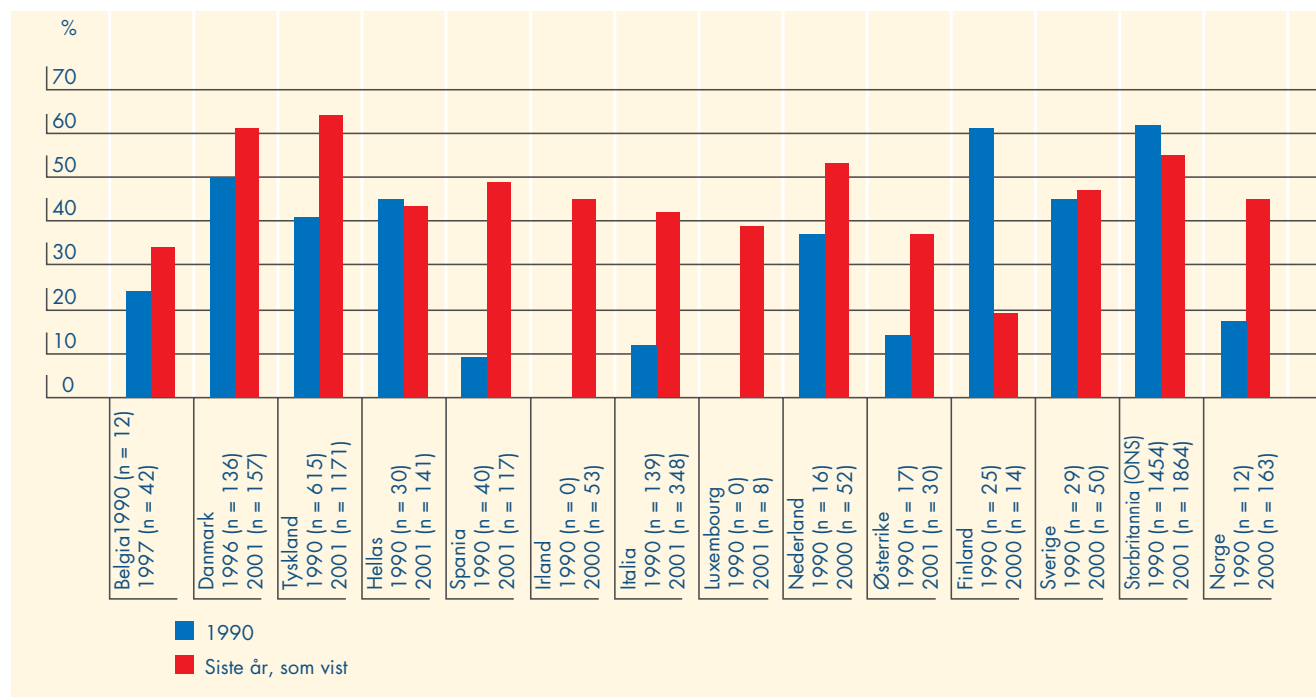
benzodiazepiner), nedsatt toleranse etter en rusfri periode (f.eks. ved løslatelse fra fengsel eller utskriving fra behandlingsprogram), sprøytebruk på offentlig sted (som kan være assosiert med bruk av utestet stoff), lang historikk som opiatavhengig, høy alder (kanskje som følge av samtidig lever- eller luftveissykdom) og kanskje også uventede svingninger i renhet (selv om resultatene her varierer fra en studie til en annen). I tillegg finner de fleste opiatverdoser sted i nærvær av andre brukere, og ettersom døden vanligvis ikke inntreffer umiddelbart, er det tid for å gripe inn. Dessverre er imidlertid andre tilstedeværende ofte ute av stand eller uvillige til å hjelpe, enten fordi de mangler kunnskap eller er redde for at politiet skal gripe inn.

Den kjensgjerning at risikofaktorene er godt kjent, og at døden ikke inntreffer umiddelbart, burde gjøre det mulig å forebygge en stor del av overdosene, eller i mange tilfeller i det minste forhindre dødelig utgang. Det understreker også behovet for å iverksette hensiktsmessige tiltak, særlig for eldre sprøytebrukere og de som har lavere toleranse etter en relativt rusfri periode.

Karakteristiske trekk ved ofrene

I de fleste EU-land er flertallet (80–90 %) av overdoseofrene menn (69–90 %) ⁽⁴⁵⁾. Ettersom noen studier antyder at risikoen for overdose er like stor for kvinner som for menn, skulle dette bety at en stor andel av de opiatavhengige er menn. I mange tilfeller er imidlertid andelen menn blant overdoseofrene høyere enn andelen menn blant klientene som tas inn til behandling. De fleste overdoseofre er i slutten av 20-årene eller i 30-årene og har brukt opiater i flere år. I EU ligger middelalderen for ofre for narkotikarelaterte dødsfall i området 30,2–40 år, og i de fleste land er tendensen at alderen på ofrene stiger (fig. 14). Også land utenfor Europa rapporterer om en slik trend. Finland, og til en viss grad også Storbritannia, har imidlertid hatt en økning i andelen yngre ofre, et funn som bør undersøkes nærmere ettersom det kan være en indikasjon på økt insidens av injeksjonsbruk eller opiatbruk i de senere år. I Hellas og Sverige var det ingen tegn som tyder på at ofrene blir eldre.

Figur 14: Endringer i andel narkotikarelaterte dødsfall i aldersgruppen over 35 år i EU-land fra 1990 ⁽¹⁾ til 2000–2001



⁽¹⁾ Danmark 1996. Årene som vises er de som har nødvendig spesifisering eller som tillot en komparativ analyse (samme aldersfordeling). For en del land kan aldersspredningen variere alt etter år (Hellas: 1990 ≥ 31 og 2001 ≥ 30; Tyskland: 1990 og 2001 ≥ 30). Irland og Luxembourg hadde 0 % dødsfall over 35 år i 1990.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter for 2002, hentet fra generelle dødelighetsregistre eller spesialregistre (rettsmedisinske registre eller politiregistre). Basert på nasjonale definisjoner iht. boks 9 OL: Definisjoner på 'akutte narkotikarelaterte dødsfall' i EUs medlemsstater ifølge EONNs årsrapport og nasjonale rapporter (nettutgaven). Se også statistisk tabell 25: Sammendrag av karakteristika for ofrene for akutte narkotikarelaterte dødsfall i EU-landene (nettutgaven).

⁽⁴⁵⁾ Figur 14 OL: Fordeling på kvinner og menn blant ofre for narkotikarelaterte dødsfall i EU-landene i 2000-2001.

Dødsfall som skyldes andre stoffer enn opiatrer

Overdosedødsfall på grunn av kokain, amfetamin eller ecstasy, uten at opiatrer er involvert, forekommer sjelden i Europa. En rekke land (Spania, Frankrike, Italia, Nederland og Storbritannia) har imidlertid rapportert om nasjonale eller lokale økninger av tilfeller hvor det er funnet kokain (vanligvis i tillegg til andre stoffer), men rapporteringen er uensartet. Noen land (f.eks. Spania og Portugal) rapporterer at kokain ofte er påvist hos ofre for opiatroverdosier. I tillegg kan kokain føre til dødsfall på grunn av hjerte-karsykdommer, og slike dødsfall blir ikke alltid rapportert.

Selv om dødsfall forbundet med ecstasy vekker betydelig bekymring i samfunnet, forekommer de relativt sjelden sammenlignet med dødsfall knyttet til opiatbruk, til tross for at ecstasybruk er langt mer utbredt. Antallet tilfeller hvor toksikologiske funn påviser ecstasy, har økt i takt med at bruken av ecstasy er blitt mer populær, men ofte er også andre stoffer til stede, og det er ikke klart om døden alene kan tilskrives ecstasy. Både kort- og langtidsrisikoene knyttet til ecstasybruk må undersøkes langt grundigere. Selv om bivirkningene av ecstasy synes å være uforutsigbare, kan en del dødsfall forhindres med forholdsvis enkle midler som tilgang til vann på dansearrangementer og forbedret helseopplysning.

Dødsfall som følge av misbruk av løsningsmidler vekker generelt mindre oppmerksomhet, men i land som har informasjon tilgjengelig, er antallet slike dødsfall langt fra beskjedent. For eksempel har Storbritannia i løpet av perioden 1992–2000 hatt 64–85 slike dødsfall hvert år, og de fleste ofrene har vært svært unge (Field-Smith *et al.*, 2002). Andre land bør forbedre innsamlingen av informasjon om slike dødsfall.

Forskning viser tydelig at substitusjonsbehandling reduserer risikoen for overdosedødsfall blant deltakerne i slike programmer. I en rekke EU-land og -byer er det funnet metadon i et betydelig antall ofre for narkotikarelaterte dødsfall. Flere studier har funnet at dødsfallene oftere kan knyttes til bruk av ulovlig metadon enn til forskrevet metadon, mens andre studier har funnet at risikoen er større i de tidlige fasene av substitusjonsbehandling med metadon. Disse funnene tilsier at det er behov for å kvalitetssikre substitusjonsbehandlingsprogrammene.

Trender for akutte narkotikarelaterte dødsfall

Trendene for narkotikarelaterte dødsfall varierer fra land til land, ja til og med mellom regioner og byer innenfor samme land. Med disse begrensningene i tankene kan vi likevel skissere noen generelle trender for EU-landene. I løpet av 1980-årene og begynnelsen av 1990-årene så vi en markant økning i antallet narkotikarelaterte dødsfall (fig. 15 A). I perioden 1990–2000 fortsatte trenden med en generell økning, men i noen mindre grad. I 2000 ble det rapportert om 8 731 akutte narkotikadødsfall i hele EU, mens tallet i 1990 var 6 394 (en økning på 36,5 %) (fig. 15 B) ⁽⁴⁶⁾.

Disse generelle trendene kan gjenspeile den kraftige økningen i heroininjisering i mange europeiske land på 1980-tallet og begynnelsen av 1990-tallet. Trendene den siste tiden kan være relatert til at utbredelsen av problematisk bruk av narkotika tilsynelatende har stabilisert seg i en del land, at en del andre land har hatt en nedgang i sprøytebruk og sannsynligvis at behandlingstilbudet, substitusjonsprogrammer innbefattet, er utvidet. På den annen side kan økningen i antallet dødsfall også skyldes at problembrukerne blir eldre, samt blandingsbruk.

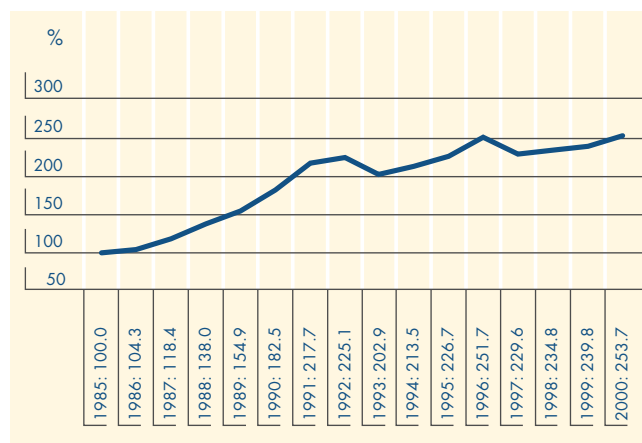
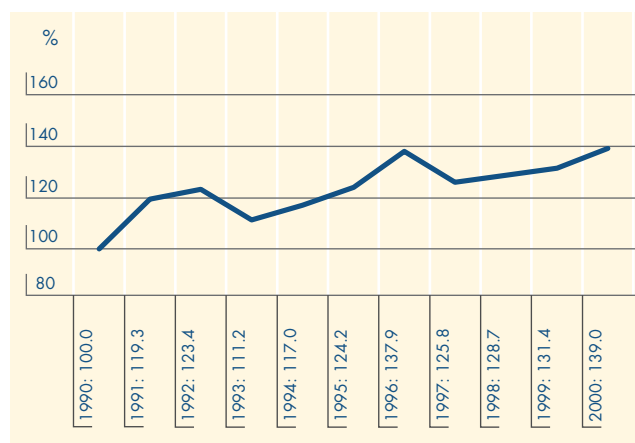
Det bør understrekes at det innen EU finnes forskjellige – noen ganger divergerende – nasjonale trender ⁽⁴⁷⁾. Mange EU-land har fram til nå eller inntil svært nylig, rapportert om et økende antall narkotikadødsfall, mens andre rapporterer om stabilisering eller reduksjon i antallet. Endringer i rapporteringsrutiner og rapporteringskvalitet bør alltid tas i betraktning når nasjonale eller lokale trender tolkes.

I siste halvdel av 1990-tallet rapporterte en rekke land om en stabil eller nedadgående trend for antallet akutte narkotikadødsfall. Frankrike og Spania hadde en tilsynelatende konsekvent nedadgående trend. Selv om disse funnene kan ha begrenset verdi på grunn av underrapportering (for Frankrikes vedkommende) eller begrenset dekning (bare fem større byer i Spania), er det viktig at de bakenforliggende årsakene til disse trendene blir utredet ytterligere. Trendene kan f.eks. være påvirket av endringer i måten heroin tas på så vel som en betydelig utbygging av behandlingsprogrammene (særlig substitusjonsbehandling) ⁽⁴⁸⁾. I andre land (Tyskland, Italia og Østerrike) har antallet narkotikadødsfall svingt de senere årene, og selv om antallet narkotikadødsfall synes å ha stabilisert seg (på et høyt nivå), er det ingen garanti for at nedgangen de siste to-tre årene ikke blir etterfulgt av en økning.

⁽⁴⁶⁾ Merk at antall og trender for narkotikarelaterte dødsfall i EU som helhet bare er tilgjengelig fram til 2000. Ni land rapporterte data for 2001, mens syv land bare hadde data for 2000 tilgjengelig på det tidspunkt dataene ble samlet inn (høsten 2002). Hvor mulig er informasjon for 2001 benyttet for de landene som har inngitt rapport.

⁽⁴⁷⁾ Figur 15 OL: Trender i akutte narkotikarelaterte dødsfall i EU-landene, 1985-2001 (nettutgaven).

⁽⁴⁸⁾ Se EONNs Årsrapport (2002a, s. 17), fig. 10 (I Spania tas heroin på følgende måter), og punktet 'Behandling' (s. 49) samt tabell 3 (Utvikling av substitusjonsbehandling i de 15 medlemsstatene i EU og Norge) i denne rapporten.

Figur 15: Trender i akutte narkotikarelaterte dødsfall i EU, 1985–2000 ⁽¹⁾**Figur 15 (A):** Generell historisk trend i akutte narkotikarelaterte dødsfall i EU, 1985–2000 (indeksert: 1985 = 100 %)**Figur 15 (B):** Generell trend i akutte narkotikarelaterte dødsfall i EU, 1990–2000 (indeksert: 1990 = 100 %)

⁽¹⁾ Noen få land la ikke fram data for enkelte år (se statistisk tabell 24: Antallet 'akutte narkotikarelaterte dødsfall' registrert i EU-land (i henhold til nasjonale definisjoner som er brukt for å rapportere tilfeller til EONN), 1985–2001 (nettutgaven)). For å bote på dette har man benyttet beregningsmetoden definert i Prosjekt CT99.RTX.04, EONN (2001) (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/guidelines_deaths_report.pdf).

Ti land la fram informasjon for 2001 og seks land gjorde ikke. Det er ikke beregnet indeks for 2001. Trendene for de landene som la fram informasjon, finnes i figur 15 OL: Trender i akutte narkotikarelaterte dødsfall i EU-landene, 1985–2001 (nettutgaven). Antall tilfeller pr. land pr. år presenteres i statistisk tabell 24.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter for 2002, hentet fra generelle dødelighetsregistre eller spesialregistre (rettsmedisinske registre eller politiregistre). Basert på nasjonale definisjoner iht. boks 9 OL: Definisjoner på 'akutte narkotikarelaterte dødsfall' i EUs medlemsstater ifølge EONNs årsrapport og nasjonale rapporter (nettutgaven).

Andre land har rapportert om kraftig stigende trender i andre halvdel av 1990-årene (f.eks. Hellas, Irland, Portugal, Finland og Norge). I noen tilfeller kan nok dette delvis skyldes forbedret rapportering. I Portugal ble denne trenden reversert i 2000, og det samme synes å være tilfelle i Finland i 2001. Denne oppgangen kan være forbundet med at bruken av heroin bredte seg senere i disse landene, men forbedrede rapporteringssystemer kan i noen tilfeller ha spilt en viss rolle.

Trenden i Storbritannia viste en stabil, om enn moderat, økning i antallet akutte narkotikadødsfall fram til 2000 i henhold til den tradisjonelle definisjonen (som omfatter en del legemiddelrelaterte tilfeller, Office for National Statistics), men dersom heroin/morfindødsfallene betraktes

separat, er trenden langt tydeligere oppadgående, med en femdobling i 2000 i forhold til 1993 i England og Wales (Griffiths, 2003) ⁽⁴⁹⁾.

Endelig, trendene kan i andre land være mindre klart definert, eller så har endringene vært vanskeligere å tolke på grunn av overgangen fra ICD-9- til ICD-10-koder, fordi de nasjonale definisjonene er endret eller fordi det statistiske grunnlaget er for lite.

Det er ingenting som tyder på en generell nedgang på EU-plan, og narkotikarelaterte helseskader er altså fortsatt et stort problem. Risikofaktorene ved narkotikarelaterte dødsfall må derfor utredes nærmere, og det er klart at behovet for hensiktsmessige, målrettede tiltak fortsatt er stort.

⁽⁴⁹⁾ Den nylig framlagte 'Drug Strategy Definition' fokuserer på rusmidler som misbrukes (dvs. rusmidler som er regulert iht. lov om misbruk av rusmidler av 1971, men ikke indirekte relaterte dødsfall som AIDS-dødsfall) og er forholdsvis lik EONNs definisjon. Innføringen av Drug Strategy Definition ga en dobling i antallet meldte tilfeller i England og Wales mellom 1993 (864) og 2001 (1 623). Dersom EONNs definisjon legges til grunn, blir antallet tilfeller i England og Wales 1 606 i 2000 og 1 443 i 2001.

Total dødelighet blant problembrukere

Selv om problembrukerne utgjør mindre enn 1 % av EUs voksne befolkning, har de mer enn sin andel av helsemessige og sosiale problemer.

Kohortstudier av dødelighet viser at problembrukere har inntil 20 ganger høyere dødelighet enn samme aldersgruppe i befolkningen generelt. Mange av dødsfallene kan tilskrives ufrivillige overdoser, men andre dødsårsaker er AIDS og andre infeksjonssykdommer, ulykker og selvmord. I områder med lav utbredelse av HIV blant narkotikabrukerne står overdoser og ulykkesdødsfall for en stor del av dødeligheten, mens AIDS spiller en viktig rolle i land med høy sprøyterelatert HIV-utbredelse.

Dødeligheten er to til fire ganger høyere blant sprøytebrukere enn blant andre problembrukere, mens den for HIV-positive narkotikabrukere (inntil nylig) var to til seks ganger høyere enn for brukere uten HIV. HIV-behandlingen forbedres stadig, noe som synes å ha jevnet ut forskjellene.

Trender for dødelighet blant problembrukere

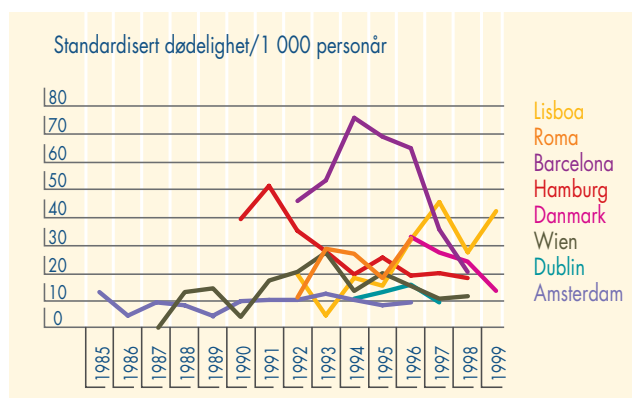
Multisenterstudien koordinert av EONN⁽⁵⁰⁾ har avdekket forskjeller i total dødelighet og i fordelingen av dødsårsaker mellom studiestedene. Studien avdekker også relevante endringer over tid i total og årsaksspesifikk dødelighet⁽⁵¹⁾.

I henhold til rapporten hadde Barcelona høyest dødelighet og Wien og Dublin lavest. Mange steder er dødeligheten redusert siden tidlig eller midt på 1990-tallet. Barcelona hadde spesielt høy dødelighet i perioden 1992–1996, etterfulgt av en kraftig nedgang de senere år, hovedsakelig som følge av nedgangen i antallet AIDS-dødsfall. I Lisboa har dødeligheten økt helt fram til de senere årene (fig. 16).

I og med at behandlingssentrene hvor kohortene rekrutteres, tilbyr forskjellige typer behandling – selv om de generelt representerer de vanlige behandlingstypene som finnes – bør direkte sammenligninger mellom de forskjellige studiestedene gjøres med varsomhet. Standardiserte dødelighetstall etter alder og kjønn blant narkotikabrukere kan være et nyttig mål på hvilke konsekvenser problematisk narkotikabruk har for dødeligheten i ulike land.

En analyse av standardiserte mortalitetsrater (SMR)⁽⁵²⁾ i kohorter som deltok i multisenterstudien viste at risikoen for dødsfall blant mannlige og kvinnelige problembrukere i Barcelona var henholdsvis 24 og 64 ganger større enn for

Figur 16: Total dødelighet blant problembrukere i en rekke byer og land i EU



Merknader: Standardisert dødelighet, menn og kvinner. Dødelighet uansett årsak i kohorter av opiatbrukere rekruttert i behandlingssentre. Det er visse forskjeller når det gjelder typer rekrutteringsmiljøer (behandlingssentre) og behandlingsmetoder fra et sted til et annet, selv om behandlingssmiljø og -metoder synes å representere de behandlingstypene som er vanlig på hvert sted, og kohortene vil derfor kunne være representative for den behandlingssøkende befolkningen på stedet. For ytterligere informasjon, se statistisk tabell 26: Dødelighetskohorter som deltok i EONNs multisenterstudie – karakteristika for deltakere og resultater (nettutgaven). EONNs multisenterstudie omfattet også en svensk kohort (se karakteristika for deltakerne i statistisk tabell 26 og Bargagli et al., 2002). Presentasjonen av ytterligere resultater fra denne kohorten er utsatt for å gi rom for en svensk gjennomgang av kohorten og ytterligere dataanalyse.

Kilder: EONN-prosjektene CT.99.EP.07 og CT.00.EP.13, 'Dødelighet blant narkotikabrukere i EU', som blir koordinert av Department of Epidemiology, Rome E Health Authority.

personer i samme aldersgruppe i Spanias befolkning generelt. I Lisboa, Hamburg og Roma var risikoen for dødsfall blant kvinnelige problembrukere 30–40 ganger høyere enn i befolkningen generelt. De høye SMR-tallene for kvinnelige problembrukere kan til en viss grad forklares med lav baseline-dødelighet blant unge kvinner i befolkningen generelt.

Se <http://annualreport.emcdda.eu.int> for ytterligere informasjon om temaene i denne delen:

Boks 9 OL: Definisjoner på 'akutte narkotikarelaterte dødsfall' i EUs medlemsstater ifølge EONNs årsrapport og nasjonale rapporter

Boks 10 OL: Narkotikarelaterte dødsfall – EONNs definisjon

Statistisk tabell 24: Antallet 'akutte narkotikarelaterte dødsfall' registrert i EU-land (i henhold til nasjonale definisjoner som er brukt til å rapportere tilfeller til EONN), 1985–2001

Statistisk tabell 25: Sammendrag av karakteristika for ofrene for akutte narkotikarelaterte dødsfall i EU-landene

⁽⁵⁰⁾ EONN-prosjektene CT.99.EP og CT.00.EP.13, Mortality of drug users in the EU, som blir koordinert av Department of Epidemiology, Rome E Health Authority (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/death_mortality.shtml).

⁽⁵¹⁾ Se statistisk tabell 26: Dødelighetskohorter som deltok i EONNs multisenterstudie – karakteristika for deltakere og resultater (nettutgaven).

⁽⁵²⁾ SMR måler dødelighetsoverskuddet (antall ganger) hos problembrukere i forhold til samme aldersgruppe og samme kjønn i befolkningen for øvrig.

Statistisk tabell 26: Dødelighetskohorter som deltok i EONNs multisenterstudie – karakteristika for deltakere og resultater

- (A) Karakteristika for opiatbrukere inntatt i kohortene etter studiested
- (B) Standardiserte mortalitetsrater (SMR) etter kjønn og studiested
- (C) Fordeling av dødsårsak for kohortdeltakerne

Narkotikabruk og kriminalitet: noen data ⁽¹⁾

En rekke kilder viser at et flertall av narkotikabrukerne som er i behandling har vært i kontakt med rettsvesenet. Undersøkelser gjort i Hellas (Aristoteles-universitetet i Thessaloniki, 2000) og i England og Wales (Bennett, 2000) blant personer som er tiltalt for kriminelle handlinger og dømt til fengselsstraff, viser at narkotikabrukere i større grad enn ikke-brukere har begått flere typer kriminelle handlinger. Innbrudd er den typen lovbrudd narkotikabrukere oftest begår (Aristoteles-universitetet i Thessaloniki, 2000; Bennett, 2000; Meijer *et al.*, 2002).

Når det gjelder sammenhengen mellom narkotikabruk og kriminalitet fant en studie av den irske fengselsbefolkningen (Hannon *et al.*, 2000) at 51 % av mennene og 69 % av kvinnene hevdet å ha vært påvirket av rusmidler når de begikk den straffbare handlingen som de ble fengslet for. En annen studie i Irland (Millar *et al.*, 1998) blant mindreårige mistenkt for lovbrudd, anslo at 42 % av tilfellene var relatert til alkoholbruk, 17 % til narkotikabruk og 4 % til begge, der alkohol i størst grad var knyttet til ordensforstyrrelser og narkotika oftest til ran/innbrudd.

Uansett hvor interessante de er, bør resultatene av disse studiene snarere betraktes som eksempler enn som representative for sammenhengen mellom narkotikabruk og kriminalitet. For det første fordi de stammer fra studier utført i bestemte befolkningsgrupper, for det andre fordi de kan variere betraktelig alt etter hvilken type rusmiddel som brukes og for det tredje fordi en sammenheng – særlig en årsakssammenheng – mellom narkotikabruk og kriminalitet er spesielt vanskelig å fastslå.

⁽¹⁾ Resultatene som vises i boksen er hentet fra de nasjonale rapportene for 2002 fra Hellas, Irland, Nederland og Storbritannia til EONN.

Narkotikarelatert kriminalitet

Narkotikarelatert kriminalitet omfatter straffbare brudd på nasjonal narkotikalovgivning, forbrytelser begått under påvirkning av illegale stoffer, forbrytelser begått av brukere for å finansiere sine rusmiddelvaner (hovedsakelig vinningsforbrytelser og narkotikahandel) og forbrytelser begått som et ledd i driften av illegale markeder (kamp om territorier, bestikkelse av offentlig tjenestemenn osv.). Med unntak av brudd på narkotikalovgivningen gir ikke rutinemessig innsamlede data informasjon om disse kategoriene, og når de er tilgjengelige, kommer de fra ad hoc-studier og egner seg ikke for ekstrapolering.

Brudd på narkotikalovgivningen

‘Anmeldelser’ ⁽⁵³⁾ for brudd på narkotikalovgivningen (bruk, besittelse, smugling osv.) gjenspeiler ikke bare forskjeller i lovgivningen, men også hvordan lovene håndheves og anvendes og hvordan konkrete problemer prioriteres av rettsvesenet samt hvilke ressurser som blir bevilget. I tillegg varierer informasjonssystemene for narkotikalovbrudd/-lovbrytere betraktelig landene imellom, særlig når det gjelder registreringsprosedyrer, definisjoner og statistiske enheter. Disse forskjellene gjør det svært vanskelig å sammenligne data fra flere EU-land. Der hvor det er mulig, sammenlignes derfor trender i stedet for absolute tall.

De fleste anmeldte brudd på narkotikalovgivningen gjelder bruk eller besittelse av narkotika til eget bruk ⁽⁵⁴⁾ – fra 39 % i Portugal ⁽⁵⁵⁾ til 89 % i Østerrike. I Spania, Italia og Nederland, der narkotikabruk ikke anses som en forbrytelse, gjelder alle narkotikalovbrudd omsetning eller smugling. Og til slutt, Luxembourg og Norge ⁽⁵⁶⁾ rapporterer at de fleste narkotikalovbruddene gjelder både bruk/omsetning og smugling av narkotika.

I 2001 var cannabis fremdeles det rusmiddelet som oftest var involvert i brudd på narkotikalovgivningen – med 34 % av lovbruddene i Portugal og Sverige, og helt opp i 86 % i Frankrike. I Luxembourg er heroin det rusmiddelet som oftest er involvert, mens de fleste narkotikalovbrudd i Nederland gjelder ‘harde stoffer’ (andre narkotiske stoffer enn cannabis og cannabisstoffer) ⁽⁵⁷⁾.

Trender

I EU generelt har antallet ‘anmeldelser’ for brudd på narkotikalovgivningen gått jevnt opp i løpet av de 15 årene fra 1985 til 2001 ⁽⁵⁸⁾. Antallet anmeldelser ble firedoblet i EU

⁽⁵³⁾ ‘Anmeldelser’ for brudd på narkotikalovgivningen defineres forskjellig i medlemsstatene (begrepet kan f.eks. referere til mistanke om eller siktelse for brudd på narkotikalovgivningen osv.). Se boks 11 OL: Definisjon av ‘anmeldte brudd på narkotikalovgivningen’ i EU-landene og Norge (nettutgaven) for nøyaktig definisjon i hvert land. (Tidligere årsrapporter har brukt begrepet ‘arrestasjoner’.)

⁽⁵⁴⁾ Statistisk tabell 27: Type lovbrudd som oftest er involvert i ‘anmeldte’ brudd på narkotikalovgivningen i EU-land og Norge (nettutgaven).

⁽⁵⁵⁾ Portugal avkriminaliserte narkotikabruk i juli 2001. Andelen av narkotikalovbrudd som var forbundet med bruk, var derfor lavere i 2001 enn i 2000 (55 %).

⁽⁵⁶⁾ Norge skiller ikke mellom ‘narkotikaomsetning/smugling’ på den ene siden og ‘narkotikabruk/omsetning og smugling’ på den andre. Øvrige brudd på narkotikalovgivningen er knyttet til ‘narkotikabruk’ alene.

⁽⁵⁷⁾ Statistisk tabell 28: Narkotisk stoff som oftest er involvert i ‘anmeldte’ brudd på narkotikalovgivningen i EU-land og Norge (nettutgaven).

⁽⁵⁸⁾ Statistisk tabell 29: Antall ‘anmeldte’ brudd på narkotikalovgivningen i EU-land og Norge, 1985-2001 (nettutgaven).

sett under ett, med under en dobling i Danmark, Luxembourg og Nederland og mer enn en seksdobling i Irland og Finland.

I løpet av de tre årene vi har data fra, har antallet narkotikarelaterte 'anmeldelser' gått opp i de fleste EU-land. Den største økningen er rapportert i Irland, Finland og Norge. Danmark, Frankrike, Italia, Luxembourg og Portugal (⁵⁹) rapporterte imidlertid en nedgang i 2001 i antallet narkotikarelaterte 'anmeldelser' (⁶⁰) (fig. 17).

Av alle brudd på narkotikalovgivningen gikk andelen 'narkotikabruk/besittelse til eget bruk' generelt opp mellom 1996 og 1999–2000 i alle land som hadde informasjon tilgjengelig (⁶¹). Siden den gang har trendene skilt lag, med en vedvarende oppadgående trend i Frankrike, Tyskland og Norge, en nedadgående trend i Luxembourg, Østerrike, Portugal og Sverige og stabilisering i Storbritannia (⁶²).

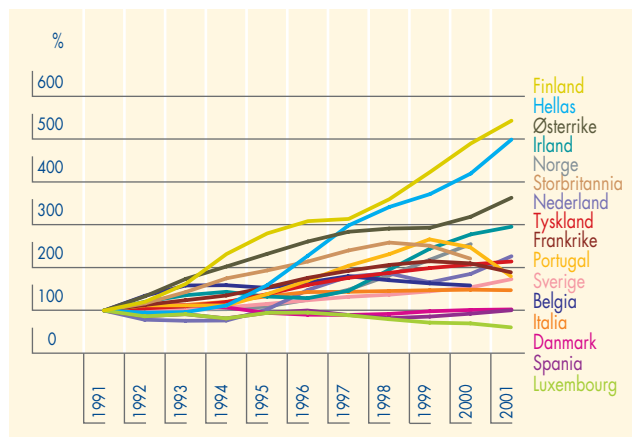
10 medlemsstater i EU har data tilgjengelig som gjør det mulig å beregne trender for perioden 1996–2001 for de stoffene som er involvert i anmeldelser for brudd på narkotikalovgivningen. I løpet av denne perioden gikk andelen cannabisrelaterte lovbrudd generelt opp i Frankrike, Tyskland, Italia, Luxembourg, Portugal og Spania, og ned i Irland, Østerrike og Storbritannia, mens den var stabil i Sverige (⁶³). I 2001 ble det rapportert om markante økninger i Spania, Luxembourg og Portugal (⁶⁴).

I samme femårsperiode gikk andelen anmeldelser for heroinrelaterte narkotikalovbrudd ned i alle medlemsstater i EU som har tilgjengelige data, med unntak av Storbritannia, der heroinrelaterte lovbrudd har økt for hver år siden 1996 (⁶⁵). Når det gjelder kokainrelaterte lovbrudd, ser vi en motsatt trend, med økning i alle land unntatt Tyskland og Portugal (⁶⁶).

Narkotikabrukere i rettssystemet: innsatte

Det foreligger lite rutineinformasjon på nasjonalt plan om typer av narkotika, bruksmønstre og konsekvenser for de innsatte. De fleste data som er tilgjengelige i EU, kommer fra ad hoc-studier utført lokalt blant et utvalg av innsatte som varierer betraktelig i størrelse, men som generelt er lite. Ut over dette er de innsatte som deltar i studiene ofte ikke representative for fengselsbefolkningen som helhet, og mangel på oppfølgingsstudier gjør at trendene i de fleste land ikke kan analyseres. Disse faktorene gjør ekstrapolering av resultatene svært vanskelig.

Figur 17: 'Anmeldte' brudd på narkotikalovgivningen i EU-land og Norge, 1991–2001 – 3-årig glidende gjennomsnitt, indeksert (1991=100)



Merknader: For definisjoner av anmeldelser for brudd på narkotikalovgivningen, se statistisk tabell 29: Antall 'anmeldte' brudd på narkotikalovgivningen i EU-land og Norge, 1985–2001 (nettutgaven). Faktiske tall er lagt inn for alle land for 2001, for Belgia for 1995 og 1997, for Spania for 1996 og for Storbritannia og Norge for 2000, ettersom tilgjengelige data for deres vedkommende ikke tillater beregning av glidende gjennomsnitt. Serien for Belgia har avbrudd i 1996 (manglende data).

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

Studier viser imidlertid at narkotikabrukere er overrepresentert i fengselsbefolkningen i forhold til samfunnet forøvrig (⁶⁷). Andelen innsatte i EU som rapporterer at de noen gang har brukt et illegalt narkotisk stoff, varierer fra 29 % til 86 % (over 50 % i de fleste studier) alt etter hvilket fengsel og hvilket land studien er fra (fig. 18). Som i samfunnet ellers er cannabis det mest brukte stoffet, men en rekke studier viser også at et stort antall har brukt heroin (bortimot 50 % av innsatte, i en del tilfeller mer).

Ifølge flere ulike studier rapporterer 6–69 % av de innsatte om en mer regelmessig og/eller skadelig bruk, f.eks. sprøytebruk, regelmessig bruk eller avhengighet. Mer spesifikt viser flere studier i EU at omkring en tredel av alle voksne mannlige innsatte er sprøytebrukere (Bird og Rotily, 2002).

De fleste brukerne slutter eller reduserer narkotikabruken når de fengsles. Noen fortsetter imidlertid, mens andre først begynner når de blir fengslet. 12–60 % av innsatte rapporterer at de bruker narkotika i fengsel, mens 10–42 % rapporterer regelmessig bruk. Mellom 3 % og 34 % av fengselsbefolkningen har brukt sprøyte mens de var inne til soning (⁶⁸).

(⁵⁹) Nedgangen i Portugal skyldes i hovedsak at narkotikabruk ble avkriminalisert i juli 2001.

(⁶⁰) Når denne rapporten skrives, forelå ingen data for 2001 for Belgia, Norge og Storbritannia.

(⁶¹) Se figur 16 OL: Andel 'anmeldelser' for bruk/besittelse av totalt antall narkotikalovbrudd, 1996–2001 (nettutgaven).

(⁶²) Fram til 2000, ettersom data for 2001 i skrivende stund ikke er tilgjengelig for Storbritannia.

(⁶³) Fram til 2000, ettersom data for 2001 i skrivende stund ikke er tilgjengelig for Storbritannia.

(⁶⁴) Se figur 17 OL: Andel anmeldelser for cannabisrelaterte lovbrudd av totalt antall narkotikalovbrudd, 1996–2001 (nettutgaven).

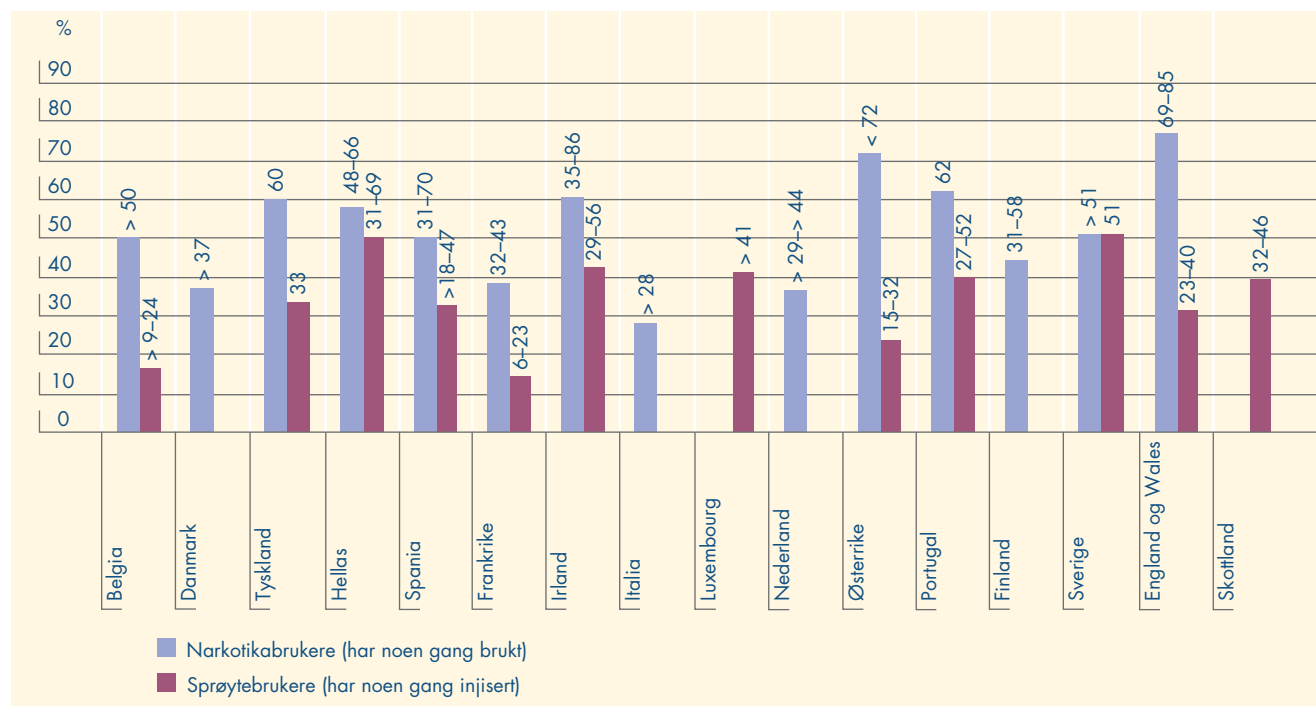
(⁶⁵) Se figur 18 OL: Andel anmeldelser for heroinrelaterte lovbrudd av totalt antall narkotikalovbrudd, 1996–2001 (nettutgaven).

(⁶⁶) Se figur 19 OL: Andel anmeldelser for kokainrelaterte lovbrudd av totalt antall narkotikalovbrudd, 1996–2001 (nettutgaven).

(⁶⁷) Se statistisk tabell 30: Andel narkotikabrukere i fengslene i EU-land og Norge (nettutgaven).

(⁶⁸) Se figur 20 OL: Anslag over nivå av narkotikabruk i fengsler i EU-land og Norge (nettutgaven).

Figur 18: Estimater over livstidsprevalens blant narkotikabrukere i fengsel i EU



Merknader: Der det er mulig, refererer dataene til voksne innsatte, selv om noen tall også kan omfatte unge lovbytere. Verdiene i figuren er basert på nedenstående data. Ettersom definisjonene, referanseperioder og metoder varierer mye mellom undersøkelser og land, bør man være forsiktig med å trekke sammenligninger. De fleste dataene kommer fra lokale ad hoc studier (ikke sammenlignbare). For ytterligere informasjon om den enkelte undersøkelse, se statistisk tabell 30: Andel narkotikabrukere i fengslene i EU-land og Norge.

Belgia

- 50 % narkotikamisbruk siste måned før fengsling, 1999 (n = 246)
- 9 % regelmessig sprøytebruk før fengsling, 1999 (n = 246); 24 % sprøytebruk før fengsling, 1997 (n = 115).

Danmark

- 37 % gjentatt narkotikabruk siste 6 måneder før fengsling, 2001 (n = 3 445).

Tyskland

- 60 % narkotikamisbrukere, 1966 (n = 16)
- 33 % sprøytebruk før fengsling, 1997 (n = 437)

Hellas

- 48 % livstids erfaring med narkotikabruk før fengsling (n = 136), 2000; 66 % livstids erfaring med heroinbruk før fengsling, 1995 (n = 544).
- 34 % livstids erfaring med sprøytebruk, 1996 (n = 861); 31 % sprøytebrukere, 1995 (n = 1 183); 69 % sprøytebrukere før fengsling, 1995 (n = 544).

Spania

- 43 % bruk av cannabis siste måned før fengsling, 2000 (n = 5 028); 31 % bruk av kokain siste måned før fengsling, 1998 (n = 2 223); 70 % (kvinner) livstids erfaring med rusmiddelbruk (alkohol inkludert), 1998 (n = 356); 35 % (kvinner) regelmessig rusmiddelbruk (alkohol inkludert), 1998 (n = 356); 56 % narkotikabrukere, 1998 (n = 1 011).
- 18 % sprøytebruk av heroin siste måned før fengsling, 1998 (n = 2 223); 47 % sprøytebruk før fengsling, 1997 (n = 101).

Frankrike

- 43 % narkotikabruk siste år før fengsling, 1998 (n = 1 212); 32 % regelmessig narkotikabruk siste år før fengsling, 1997 (n = 8 728); 35 % cannabisbruk siste år før fengsling, 1997 (n = 960).
- 12 % livstids erfaring med sprøytebruk før fengsling, 1998 (n = 1 212); 9 % sprøytebruk siste år før fengsling, 1998 (n = 1 212); 6 % sprøytebruk siste år før fengsling, 1997 (n = 8 728); 14 % sprøytebruk før fengsling, 1997 (n = 960); 23 % livstids erfaring med sprøytebruk før fengsling, 1996 (n = 574).

Irland

- 35 % livstids erfaring med heroinbruk, 1999 (n = 607); 52 % livstids erfaring med heroinbruk, 1998 (n = 1 205); 70 % livstids erfaring med heroinbruk, 1997 (n = ikke tilgj.); 86 % (menn) livstids erfaring med narkotikabruk, 1996 (n = 108).
- 29 % livstids erfaring med sprøytebruk, 1999 (n = 607); 43 % livstids erfaring med sprøytebruk, 1998 (n = 1 205); 56 % (menn) livstids erfaring med sprøytebruk, 1996 (n = 108).

Italia

- 28 % livstids avhengighet før fengsling, 2001 (n = 55 275)

Luxembourg

- 41 % regelmessige sprøytebrukere, 1998 (n = 362); 32 % regelmessig sprøytebruk før fengsling, 1998 (n = 362)

Nederland

- 29 % problemer med narkotikaavhengighet, 1997 (n = 528); 44 % narkotikaavhengige, 1997 (n = 319).

Østerrike

- 72 % livstids misbruk (i ett spesialfengsel for narkotikarelaterte lovbrudd), 1994 (n = 307)
- 26 % (menn) og 32 % (kvinner) sprøytebruk før fengsling, 1999 (n = hhv. 143 og 69); 15 % intravenøs bruk av narkotika, 1996 (anslått av eksperter).

Portugal

- 62 % livstids misbruk, 2001 (n = 2 057)
- 27 % livstids erfaring med sprøytebruk før fengsling, 2001 (n = 2 057); 52 % sprøytebruk før fengsling, 1997 (n = 535).

Finland

- 58 % livstids misbruk, 2001 (n = 825); 31 % livstids misbruk, 1995 (n = m.d.)

Sverige

- 51 % injeksjon eller daglig narkotikamisbruk siste år før fengsling, 2000 (n = 3 352)
- 51 % injeksjon eller daglig narkotikamisbruk siste år før fengsling, 2000 (n = 3 352).

England og Wales

- 84 % (kvinner) livstids erfaring med narkotikabruk før fengsling, 2001 (n = 301); 69-85 % livstids erfaring med narkotikabruk før fengsling, 1997 (n = 3 140).
- 38 % (kvinner) livstids erfaring med sprøytebruk før fengsling, 2001 (n = 301); 24 % (menn) og 29 % (kvinner) livstids erfaring med sprøytebruk, 1997-98 (n = hhv. 2 769 og 407); 23-40 % livstids erfaring med sprøytebruk, 1997 (n = 3 139).

Skottland

- 32 % (menn) og 46 % (kvinner) livstids erfaring med sprøytebruk, 1991-96 (n = hhv. 2 286 og 132).

Kilder:

Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet. Se også statistisk tabell 30: Andel narkotikabrukere i fengslene i EU-land og Norge (nettutgaven).

Se <http://annualreport.emcdda.eu.int> for statistiske tabeller til denne delen:

Statistisk tabell 27: Type lovbrudd som oftest er involvert i 'anmeldte' brudd på narkotikalovgivningen i EU-land og Norge

Statistisk tabell 28: Narkotisk stoff som oftest er involvert i 'anmeldte' brudd på narkotikalovgivningen i EU-land og Norge

Statistisk tabell 29: Antall 'anmeldte' brudd på narkotikalovgivningen i EU-land og Norge, 1985–2001

Statistisk tabell 30: Andel narkotikabrukere i fengslene i EU-land og Norge

Narkotikamarkeder og tilgjengelighet

Antallet narkotikabeslag i et land betraktes vanligvis som en indirekte indikator 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. Mengdene som beslaglegges ⁽⁶⁹⁾ kan variere fra år til år, for eksempel hvis noen av beslagene et år er svært store. Av den grunn betrakter mange land antallet beslag ⁽⁷⁰⁾ som en bedre indikator på trender ⁽⁷¹⁾. I alle land omfatter antallet beslag en stor del små beslag på detaljnivå ⁽⁷²⁾. Der dette er kjent, vil opprinnelse og destinasjon for beslaglagte stoffer gi en indikasjon på smuglerruter og produksjonsområder. De fleste medlemsstatene i EU rapporterer om pris og renhet på stoffene på detaljnivå. Opplysningene kommer imidlertid fra en rekke ulike kilder som ikke alltid er sammenlignbare eller pålitelige, og dette gjør det vanskelig å foreta nøyaktige sammenligninger landene imellom.

På grunn av at det i skrivende stund ikke foreligger data over beslag i 2001 ⁽⁷³⁾ fra Belgia, Italia, Nederland og Storbritannia, er analysene av situasjonen i 2001 og trendene fram til 2001 ufullstendige. I tabell 1 er det gitt nærmere opplysninger om narkotikabeslagene i EU og Norge i 2001. I teksten under er trendene for 2000 og 2001 avledet av utviklingen av samlede tall for EU beregnet ut fra tallene fra de landene som hadde data tilgjengelig for begge årene.

Ifølge Europol viser global statistikk en konsentrasjon av narkotikabeslagene – godt og vel 75 % av beslagene på

Tilgjengelighet av narkotika for 15–24-åringer

Eurobarometer-undersøkelsen (EORG, 2002) fra 2002, som målte meninger om og holdninger til rusmidler hos unge i EU, gir data om eksponeringen for cannabis samt oppfatninger om tilgjengelighet av illegale rusmidler. I EU sett under ett svarer 65 % av de spurte at de kjenner personer som bruker cannabis, og 46 % er allerede blitt tilbudt cannabis. Avhengig av land mener 34–69 % (55 %) ⁽¹⁾ at det er lett å få tak i narkotika i nærheten av skole/universitet, 39–71 % (62 %) i nærheten av hjemmet, 46–90 % (72 %) på puber/klubber og 49–90 % (76 %) på fester.

⁽¹⁾ Tallene i parentes er gjennomsnitt for EU.

verdensbasis av alle typer ulovlige rusmidler blir gjort i bare noen få land, dvs. Spania, Nederland og Storbritannia i tillegg til Marokko og Pakistan når det gjelder smugling av cannabisolje, Spania sammen med USA, Colombia, Mexico og Panama når det gjelder kokainsmugling, Nederland og Storbritannia sammen med USA, Thailand og Kina når det gjelder syntetiske stoffer ⁽⁷⁴⁾.

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 – mer enn halvparten av den totale beslaglagte mengden i EU. Fram til 2000 rapporterte Storbritannia et større antall cannabisbeslag enn Spania, men de beslaglagte mengdene var gjennomsnittlig små ⁽⁷⁵⁾.

I 2001 var mesteparten av cannabisoljen som ble beslaglagt i EU produsert i Marokko. Cannabis kan smugles direkte fra Marokko, men i mange tilfeller kommer stoffet via Den iberiske halvøy. Cannabisolje blir også smuglet fra de nordiske og baltiske landene til Finland og fra Albania til Italia og Hellas. De fleste cannabisplantene som blir beslaglagt i Belgia, Tyskland, Frankrike, Luxembourg og Nederland stammer fra Nederland ⁽⁷⁶⁾. Frankrike oppgir at eget territorium, Italia og Belgia er andre forsyningskilder

⁽⁶⁹⁾ Se figur 21 OL: Beslaglagte mengder narkotika i EU-landene og Norge (indeks, 1996 = 100), 1996–2000; og figur 22 OL: Beslaglagte mengder cannabis, kokain, heroin og amfetamin i EU-landene og Norge, 1985–2000 (nettutgaven).

⁽⁷⁰⁾ Se figur 23 OL: Antall narkotikabeslag i EU-landene og Norge (indeks, 1996 = 100), 1996–2000; og figur 24 OL: Antall beslag av cannabis, heroin, kokain, amfetamin, ecstasy og LSD i EU-landene og Norge, 1985–2000 (nettutgaven).

⁽⁷¹⁾ Trendene på EU-plan må analyseres med varsomhet, ettersom seriene ikke starter samme år i alle land. For ytterligere informasjon se statistiske tabeller 31–43 (nettutgaven).

⁽⁷²⁾ Se figur 25 OL: Beslaglagte mengder og antall narkotikabeslag i EU-landene (indeks: 1996 = 100), 1996–2000 (nettutgaven).

⁽⁷³⁾ Italia og Nederland mangler data for 2001 om antall beslag. Belgia og Storbritannia mangler data for 2001 om antall beslag og beslaglagte mengder.

⁽⁷⁴⁾ Ytterligere informasjon fra Europol finnes i boks 12 OL: Narkotikasmugling i EU.

⁽⁷⁵⁾ Dette bør kontrolleres opp mot data fra Storbritannia når de blir lagt fram.

⁽⁷⁶⁾ Ifølge de nasjonale rapportene fra disse landene.

Tabell 1: Narkotikabeslag i EU-landene og Norge, 2001

Land	Amfetaminer		Kokain		Cannabis		Heroin		LSD		Ecstasy	
	Antall	Mengde (kg)	Antall	Mengde (kg)	Antall	Mengde (kg)	Antall	Mengde (kg)	Antall	Mengde (doser)	Antall	Mengde (tabletter)
Belgia	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.
Danmark	954	161	815	26	5 788	1 763	1 304	25	29	159	331	150 080
Tyskland ⁽¹⁾	3 459	263	4 044	1 288	29 824	8 942	7 538	836	289	11 441	4 290	4 576 504
Hellas ⁽²⁾ ⁽³⁾	m.d.	0.078	m.d.	297	m.d.	11 926	m.d.	330	m.d.	577	m.d.	58 845
Spania ⁽⁴⁾	4 574	18	26 127	33 681	74 391	518 620	11 800	631	m.d.	26 535	11 947	860 164
Frankrike	111	57	1 583	2 094	45 789	62 121	2 652	351	115	6 718	1 589	1 503 773
Irland ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾	162	18	300	5	6 233	10 157	802	30	6	323	1 485	469 862
Italia	m.d.	0.6	m.d.	1 808	m.d.	53 078	m.d.	2 005	m.d.	1 139	m.d.	m.d.
Luxembourg	7	0	58	8	490	16	211	1	1	1	17	8 359
Nederland ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾	m.d.	579	m.d.	8 389	m.d.	33 419	m.d.	739	m.d.	28 731	m.d.	3 684 505
Østerrike	161	3	768	108	5 249	456	895	288	32	572	352	256 299
Portugal ⁽¹⁰⁾ ⁽¹¹⁾ ⁽¹²⁾	4	0	1 100	5 575	2 411	6 707	2 430	316	6	3 588	160	126 451
Finland ⁽¹³⁾	3 778	137	55	7	5 846	622	557	8	14	1 026	465	81 228
Sverige	5 513	231	328	39	6 935	739	1 271	32	28	629	595	86 336
Storbritannia	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.
Norge	4 214	93	477	21	10 254	861	2 501	68	52	417	829	61 575
Sum	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.	m.d.

m.d. – mangler data.

⁽¹⁾ Data for amfetamin omfatter også metamfetamin.

⁽²⁾ Et lite antall amfetamintabletter ble også beslaglagt i 2001.

⁽³⁾ En tablett LSD ble også beslaglagt i 2001.

⁽⁴⁾ 11 026 tabletter amfetamin ble også beslaglagt i 2001.

⁽⁵⁾ 23 beslag og 0,975 kg metylamfetamin ble også beslaglagt i 2001.

⁽⁶⁾ 10 tabletter LSD ble også beslaglagt i 2001.

⁽⁷⁾ 20 592 tabletter amfetamin ble også beslaglagt i 2001.

⁽⁸⁾ 884 609 'nederwietplanter' (cannabis) ble også beslaglagt i 2001.

⁽⁹⁾ 113 gram ecstasy ble også beslaglagt i 2001.

⁽¹⁰⁾ 25 tabletter amfetamin ble også beslaglagt i 2001.

⁽¹¹⁾ Antallet heroinbeslag omfatter også beslag av heroin i flytende form.

⁽¹²⁾ 100 gram ecstasy ble også beslaglagt i 2001.

⁽¹³⁾ Antallet cannabisbeslag omfatter bare hasj.

Kilde: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

for cannabisplanten. Cannabisplanten finner også veien til Hellas og Italia fra Albania og til Portugal fra Angola. Det blir rapportert om lokal produksjon av cannabis i de fleste medlemsstatene i EU.

I 2001 ble detaljprisen på cannabis rapportert i snitt å ligge mellom 2,3 (Storbritannia) og 26,6 EUR (Norge) pr. gram for cannabisolje og mellom 1,9 (Spania) og 8 EUR (Belgia, Sverige) pr. gram for cannabisblader. Innholdet av virkestoffet, tetrahydrocannabinol (THC), i cannabisolje ligger vanligvis mellom 5 % and 14 %, selv om det i EU i 2001 er rapportert partier med et THC-innhold på

0,15–39 %. Gjennomsnittlig THC-innhold i cannabisblader er omtrent det samme, rundt 5–11 %, selv om det i Norge typisk er lavere (1–3 %) og det i Tyskland er funnet partier med et THC-innhold på 34 %.

Trender

Antallet cannabisbeslag ⁽⁷⁷⁾ har gått jevnt opp i EU siden 1985, men synes å ha stabilisert seg siden 1999. I Danmark, Spania, Irland, Luxembourg, Østerrike, Finland, Sverige og Norge gikk antallet cannabisbeslag opp i 2001. Mengdene som er beslaglagt ⁽⁷⁸⁾ har også økt siden 1985, men har holdt seg stabile siden 1995.

⁽⁷⁷⁾ Se figur 26 OL: Cannabisbeslag – antall, 1996-2001 (indekser) (nettutgaven).

⁽⁷⁸⁾ Se figur 27 OL: Cannabisbeslag – mengder, 1996-2001 (indekser) (nettutgaven).

Detaljprisen på cannabis har vært noenlunde stabil i EU, unntatt i Storbritannia, hvor det rapporteres at trenden har vært nedadgående de siste fire årene. Prisene steg i 2001 i Belgia, Frankrike, Luxembourg, Nederland (blader) og Norge (olje). Portugal og Storbritannia rapporterte samme år om økt renhet i både cannabisolje og -blader på gateplan. Cannabisoljen ble også renere i Belgia og Italia.

Heroin

I 2000 ble nesten ni tonn heroin beslaglagt i EU, hvorav mer enn en tredel bare i Storbritannia. Heroin som beslaglegges i EU kommer hovedsaklig fra Afghanistan (og Pakistan) eller fra sørasiatiske land via Iran, Tyrkia og Balkanruten. Det rapporteres imidlertid om økt smugling via landene i Øst-Europa (Russland, Estland, Hviterussland, Bosnia) og sentralasiatiske land i det tidligere Sovjet.

I 2001 lå snittprisen på gaten for ett gram heroin i EU på mellom 31 og 194 EUR. De høyeste prisene ble rapportert i de nordiske landene og Irland. Renheten på heroin (hvit eller brun) varierer fra 14–48 % i gjennomsnitt, men Norge rapporterte i 2001 om høyere gjennomsnittlig renhet på hvit heroin.

Trender

På EU-nivå gikk antallet heroinbeslag ⁽⁷⁹⁾ opp fram til 1991–92, da vi fikk en stabilisering. I 2001 gikk antallet beslag ned i Danmark, Tyskland, Frankrike, Luxembourg og Portugal. Sammenlignet med situasjonen i 1985 har også mengden som beslaglegges ⁽⁸⁰⁾ i EU økt. Den beslaglagte mengden stabiliserte seg i perioden 1991–98 men har siden økt igjen. I 2001 rapporterte de fleste landene om en økning i mengden heroin som beslaglegges. Ifølge Europol har den kraftige nedgangen i afghansk opiumsproduksjon i 2001 ikke gitt seg like store utslag i tilgjengeligheten av heroin på EUs narkotikamarked, noe som trolig skyldes store opiums- og heroinlagre etter rekordavlingene i 1999 og 2000.

Gateprisene på heroin er generelt stabile eller fallende, men det ble rapportert om en økning i 2001 i Belgia (brun heroin) og Danmark. Det rapporteres generelt om stabil eller redusert renhet på heroinen i alle land, selv om renheten på brun heroin har økt i Belgia, Danmark, Irland og Storbritannia.

Kokain

Spania er fortsatt det EU-landet som beslaglegger mest kokain, og sto i 2001 for over halvparten ⁽⁸¹⁾ av alle beslag i EU, både når det gjelder antallet beslag og beslaglagte mengder. Kokainen som beslaglegges i Europa, kommer fra Latin-Amerika (hovedsaklig fra land i Andesfjellene, som Peru og Colombia, men også Ecuador). Stoffet kommer enten direkte eller via Sentral-Amerika, Spania og/eller Nederland. Selv om enkelte EU-land har rapportert at Spania er transitland for kokain til EU, forsikrer de spanske myndighetene at det ikke foreligger noe bevis på store forsendelser av kokain som tilsier internasjonal smugling i Spania. Ifølge Europol kommer hvert år over 200 tonn kokain inn i EU med båt eller fly, og smuglingen lettes ved at havner og flyplasser er store og uoversiktlige ⁽⁸²⁾.

Detaljprisen på kokain varierte i 2001 fra 47 til 187 EUR pr. gram i snitt. Spania hadde de laveste prisene og Finland og Norge de høyeste. Kokainen er vanligvis svært ren, med en renhet på mellom 45 % og 80 % i de fleste landene, bortsett fra i Irland, der renheten i 2001 gjennomsnittlig var lavere (23 %).

Trender

Det totale antallet kokainbeslag ⁽⁸³⁾ i EU har steget jevnt siden midten av 1980-tallet, med unntak av en nedgang i 2000, og stigningen synes å ha fortsatt i 2001 ⁽⁸⁴⁾. De beslaglagte kokainmengdene ⁽⁸⁵⁾ har variert innenfor en generelt oppadgående trend i perioden 1985–2001, men i 2001 ble det rapportert om en klar nedgang – hovedsakelig som følge av en kraftig nedgang i beslaglagte kvanta kokain i Spania.

Gateprisen på kokain har stabilisert seg eller gått ned i alle land de siste årene, men økte i Norge i 2001. Renheten på kokain er generelt stabil eller synkende i alle medlemsstatene, men det ble rapportert om en økning i 2001 i Danmark, Tyskland, Portugal og Storbritannia.

Syntetiske stoffer: amfetamin, ecstasy og LSD

I Finland, Sverige og Norge er amfetamin det nest vanligste narkotiske stoffet som beslaglegges (etter cannabis). Ecstasy er det nest mest beslaglagte stoffet i Irland. De siste fem årene er det Storbritannia som har beslaglagt de største mengdene amfetamin og ecstasy ⁽⁸⁶⁾.

⁽⁷⁹⁾ Figur 28 OL: Heroinbeslag – antall, 1996-2001 (indekser) (nettutgaven).

⁽⁸⁰⁾ Figur 29 OL: Heroinbeslag – mengder, 1996-2001 (indekser) (nettutgaven).

⁽⁸¹⁾ Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for 2001 når de blir lagt fram.

⁽⁸²⁾ Ytterligere informasjon fra Europol finnes i boks 13 OL: Kokainsmugling (nettutgaven).

⁽⁸³⁾ Se figur 30 OL: Kokainbeslag – antall, 1996-2001 (indekser) (nettutgaven).

⁽⁸⁴⁾ Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for 2001 når de blir lagt fram.

⁽⁸⁵⁾ Se figur 31 OL: Kokainbeslag – mengder, 1996-2001 (indekser) (nettutgaven).

⁽⁸⁶⁾ Dette bør kontrolleres opp mot data fra Storbritannia for 2001 når de blir lagt fram.

Ifølge Europol ⁽⁸⁷⁾ har antallet produksjonssteder for syntetiske stoffer som hvert år påvises i EU, ligget stabilt mellom 50 og 70. Men selv om antallet produksjonssteder er forholdsvis uendret, fører bedre produksjonsmetode og -utstyr samt et økende engasjement av spesialister til stadig høyere produksjonseffektivitet og -kapasitet. For tiden er Nederland, og i noen mindre grad Belgia, de to viktigste produsentene av ecstasy, amfetamin og lignende stoffer, men det rapporteres også om produksjon i andre medlemsstater (Spania, Frankrike, Storbritannia) og i sentral- og østeuropeiske land (Den tsjekkiske republikk, Estland, Litauen, Polen) samt i Thailand. Ifølge Europol skjer mesteparten av ecstasyproduksjonen fortsatt i Den europeiske union, men samtidig sprer produksjonen seg til hele verden, og det er funnet produksjonsanlegg i Sørøst-Asia, Kina, Nord-Amerika, Sør-Afrika og Sør-Amerika.

Prisen på amfetamin rapporteres i snitt å ligge på 12–40 EUR pr. gram, mens ecstasytabletter i snitt koster 6–20 EUR pr. stykk. Data for 2001 viser at syntetiske stoffer er billigst i Belgia og Storbritannia. Renheten på amfetamin varierer mye, fra 2 % i Irland til 52 % i Norge. De fleste tablettene som selges som ecstasy inneholder faktisk ecstasy eller ecstasylignende stoffer (MDMA, MDEA, MDA), men dette varierer fra 58 % av tablettene analysert i Finland til 99 % i Tyskland, Spania, Storbritannia og Norge og 100 % i Portugal. 2–20 % av tablettene inneholder amfetamin (eller metamfetamin), men forskjellige andre psykoaktive stoffer (2-CB, 2-CT7, 4-MTA, MDE, PMA og PMMA) finnes også.

Trender

For hele EU ble det gjort både flere og større amfetaminbeslag i perioden 1985–1998 eller 1999 ⁽⁸⁸⁾ ⁽⁸⁹⁾. Antallet amfetaminbeslag gikk ned i 1999 og 2000, noe som framfor alt kan tilskrives nedgangen i Storbritannia, for siden tilsynelatende å øke igjen i 2001 på EU-nivå ⁽⁹⁰⁾. Beslagmengdene gikk ned mellom 1998 og 2000, men økte igjen i 2001 i de fleste land ⁽⁹¹⁾.

Antallet ecstasybeslag ⁽⁹²⁾ har gått opp i de fleste EU-landene siden 1985 – unntatt i 1997 og 1998 – med en markant økning i 2001, særlig i Spania, som rapporterte om 11 947 ecstasybeslag i 2001 (i forhold til 3 750 i

2000). Mengden ecstasy som beslaglegges ⁽⁹³⁾ har fulgt en oppadgående trend fra 1985 til 1993, da den stabiliserte seg. Deretter kom det en topp i 1996, og mengdene som beslaglegges har vært økende siden 1999. På EU-plan synes antallet ecstasytabletter som beslaglegges å ha flatet ut i 2001, men denne trenden må bekreftes av data fra Storbritannia, ettersom Storbritannia tradisjonelt er størst på ecstasybeslag i EU. Beslag av LSD forekommer sjeldnere. På EU-plan har både antall beslag ⁽⁹⁴⁾ og beslaglagt mengde ⁽⁹⁵⁾ økt fram til 1993, for siden å gå ned ⁽⁹⁶⁾, bortsett fra en svak økning i 2000.

Etter en betydelig nedgang i 1990-årene har prisene på amfetamin og ecstasy stabilisert seg i EU. Norge rapporterte imidlertid i 2001 om en signifikant nedgang i prisen på amfetamin på gatenivå. Gjennomsnittsprisen på ecstasytabletter gikk også ned i 2001 i de fleste land. I de senere årene har andelen tabletter som inneholder ecstasy eller ecstasylignende stoffer økt i Belgia, Danmark, Portugal og Spania, mens andelen tabletter som inneholder amfetamin (og metamfetamin) har gått ned. Finland rapporterte om det motsatte, samt en stor andel tabletter med buprenorfin (23 %).

Se <http://annualreport.emcdda.eu.int> for statistiske tabeller til denne delen:

Statistisk tabell 31: Antall beslag og beslaglagte mengder (alle typer rusmidler), 2001

Statistisk tabell 32: Antall amfetaminbeslag, 1985–2001

Statistisk tabell 33: Antall cannabisbeslag, 1985–2001

Statistisk tabell 34: Antall kokainbeslag, 1985–2001

Statistisk tabell 35: Antall ecstasybeslag, 1985–2001

Statistisk tabell 36: Antall heroinbeslag, 1985–2001

Statistisk tabell 37: Antall LSD-beslag, 1985–2001

Statistisk tabell 38: Beslaglagte kvanta av amfetamin, 1985–2001 (kg)

Statistisk tabell 39: Beslaglagte kvanta av cannabis, 1985–2001 (kg)

Statistisk tabell 40: Beslaglagte kvanta av kokain, 1985–2001 (kg)

Statistisk tabell 41: Beslaglagte kvanta av ecstasy, 1985–2001 (tabletter)

Statistisk tabell 42: Beslaglagte kvanta av heroin, 1985–2001 (kg)

Statistisk tabell 43: Beslaglagte kvanta av LSD, 1985–2001 (doser)

⁽⁸⁷⁾ Ytterligere informasjon fra Europol finnes i boks 14 OL: Smugling av syntetiske stoffer (nettutgaven).

⁽⁸⁸⁾ Se figur 32 OL: Amfetaminbeslag – antall, 1996–2001 (indekser) (nettutgaven).

⁽⁸⁹⁾ Se figur 33 OL: Amfetaminbeslag – mengder, 1996–2001 (indekser) (nettutgaven).

⁽⁹⁰⁾ Denne trenden bør kontrolleres opp mot data for 2001 (særlig for Storbritannia) når de blir lagt fram.

⁽⁹¹⁾ Denne trenden bør kontrolleres opp mot data for 2001 (særlig for Storbritannia) når de blir lagt fram.

⁽⁹²⁾ Se figur 34 OL: Ecstasybeslag – antall, 1996–2001 (indekser) (nettutgaven).

⁽⁹³⁾ Se figur 35 OL: Ecstasybeslag – mengder, 1996–2001 (indekser) (nettutgaven).

⁽⁹⁴⁾ Se figur 36 OL: LSD-beslag – antall, 1996–2001 (indekser) (nettutgaven).

⁽⁹⁵⁾ Se figur 37 OL: LSD-beslag – mengder, 1996–2001 (indekser) (nettutgaven).

⁽⁹⁶⁾ Denne trenden bør imidlertid kontrolleres opp mot data for 2001 når de blir lagt fram.

Kapittel 2

Tiltak mot narkotikabruk

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

Utviklingen i nasjonal narkotikapolittikk

Omorganisering av narkotika-samordningssystemene

Trenden fra de senere årene med å organisere den nasjonale narkotikapolitikken gjennom nasjonale handlingsplaner og samordningssystemer fortsatte i 2002 ⁽⁹⁷⁾. Tyskland, Italia, noen østerrikske provinser, Sverige og Norge gjorde som andre EU-partnere og vedtok en sammenhengende narkotikaplan, -program eller -strategi. Det er imidlertid interessant å merke seg hvordan det stadig skjer endringer på dette området. Skifte av regjering fører ofte til en endring i narkotikastrategien eller i organiseringen av ansvarlige, offentlige organer.

Den nye regjeringen som tok over i Portugal i 2002, slo sammen Institutt for narkotika og narkotikaavhengighet (IPDT) og Kontoret for forebygging og behandling av narkotikamisbruk (SPTT) til IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência) og overførte ansvaret for det nye organet fra Presidentskapet i ministerrådet til Helsedepartementet. Etter gjenvalget i 2001 presenterte den britiske regjeringen i desember 2002 en oppdatert narkotikastrategi for England, og foretok også en viss omstrukturering innenfor ordningen 'Local Crime Reduction Partnership'. I 2000 ble 'Drug action teams' restrukturert for å samsvare med de lokale administrative grensene. I Norge ble den sentrale helse- og sosialforvaltningen omorganisert for å sikre økt vektlegging på kunnskap og erfaring som grunnlag for strategisk planlegging og utvikling av narkotikapolitikken, mens den nye irske regjeringen (2002) overførte ansvaret for den nasjonale narkotikastrategien 2001–08 til det nyopprettede 'Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs'. Den nye statsråden fikk ansvar for den nasjonale narkotikastrategien og samfunnsforhold, samt for bolig- og byfornyingspolitikken, som i Irland betraktes som to sider av samme sak. I tillegg har regjeringen som et ledd i innsatsen for å 'bygge et samfunn som bryr seg', fokusert på initiativer med sikte på å bekjempe narkotikamisbruk og kriminalitet samt fornye vanskeligstilte kommuner. Østerrike

har opprettet et nytt føderalt kriminalorgan under Innenriksdepartementet som skal sikre bedre samordning av arbeidet mot kriminalitet. Og i tillegg ble det for første gang i Østerrike opprettet særskilte stillinger innenfor Den føderale narkotika-samordningsenheten, som har ansvaret for samordningen av narkotikapolitikken på føderalt plan.

EONN driver kontinuerlig overvåking av disse trendene, mønstrene og endringene, og offentliggjorde i desember 2002 på Internett en sammenlignende studie av narkotikastrategier og samordning på narkotikaområdet ⁽⁹⁸⁾.

Allmennhetens oppfatninger om narkotika og av narkotikapolitikken

Allmennheten blir stadig mer oppmerksom på narkotikamisbruket og hva det medfører, og interessen for nasjonal narkotikapolittikk er stigende. Resultatene fra en rekke spørreundersøkelser og meningsmålinger viser imidlertid at holdningene til narkotika langt fra er ensartede i Europa.

En undersøkelse i Vorarlberg i Østerrike viste at 63 % av studentene og 40–45 % av voksne er imot straff for cannabisbruk for personer over 18. I Wien mente 78 % av de spurte at cannabis burde være forbudt og samtidig at narkotikaavhengige burde avkriminaliseres. Disse utgjør dermed en stor del av de 86 % som mente at narkotikaavhengige burde få behandling snarere enn straff. En annen undersøkelse fra Spania (2002), utført av 'Centro de Investigaciones Sociológicas', fant at narkotika og alkohol oppfattes som et alvorlig samfunnsproblem, rangert etter arbeidsledighet og terrorisme, men foran ungdomskriminalitet og utrygghet i samfunnet. I Frankrike steg andelen som mener at cannabis bør selges åpent, fra 17 % i 1999 til 24 % i 2002, og nesten tre firedeler av franskmennene (Beck *et al.*, 2002) mener at det ikke er mulig å få til en verden uten rusmidler. Halvparten av respondentene mente imidlertid at det er farlig å eksperimentere med cannabis, to tredeler av de som ble spurt mente at bruk av cannabis er et trinn på veien til bruk av andre stoffer ⁽⁹⁹⁾, og 65 % var imot avkriminalisering av cannabis selv på visse vilkår (mens 86 % var imot

⁽⁹⁷⁾ Denne rapporten fokuserer på det som er nytt. Nasjonale strategier og samordning på narkotikaområdet beskrives i nærmere detalj på: http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/strategies.shtml.

⁽⁹⁸⁾ Tilgjengelig på http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/strategies.shtml.

⁽⁹⁹⁾ I henhold til 'trappetrinnsteorien' utvikler bruken av narkotika seg trinnvis. For ytterligere opplysninger, se ODCCP (2000).

avkriminalisering av heroinbruk). Ifølge en undersøkelse angående holdningene til cannabisbruk, som ble gjennomført i Irland av Lansdowne Market Research (personlige intervjuer med et nasjonalt representativt utvalg på 1 159 voksne i alderen 15 år og eldre), er meningene om dette svært delte. Mens nærmere to tredeler av de stemmeberettigede (18 år og mer) mente at cannabis burde være tillatt for medisinske formål (forutsatt at medisinske fordeler var dokumentert), var bare et lite mindretall (1 av 7) for full legalisering. Den lave støtten til legalisering gjenspeiler nok oppfatningen om at cannabisbruk leder til bruk av andre stoffer. I Storbritannia førte reklassifiseringen av cannabis fra B- til C-preparat til utbredt debatt, med enkelte for og andre imot reklassifiseringen.

Utviklingen av lovverket

I løpet av rapporteringsperioden har det vært en utvikling på det rettslige og juridiske området når det gjelder bedre behandlings- og rehabiliteringsforhold for de avhengige, statlig overvåking av smuglere og brukere samt strengere reaksjoner ved brudd på allmenn orden og forstyrrelser på grunn av narkotika på offentlige plasser.

Behandling og rehabilitering

Flere EU-land innførte i fjor lovendringer for å gjøre det lettere for avhengige å få behandling og rehabilitering. Luxembourg har vedtatt et nasjonalt dekret som gir nasjonal hjemmel for substitusjonsbehandling, med en autorisasjonsordning for leger, inntakskriterier for pasienter og en komité som skal føre tilsyn med programmet. I Hellas ble det gjennomført et pilotprosjekt som tillot bruk av buprenorfin i substitusjonsbehandling på det offentlige allmennsykehuset på Rhodos. I Finland har opiatavhengige krav på avrusning og substitusjonsbehandling supplert med vedlikeholdsbehandling, og dette har ført til en økning i antallet enheter som vurderer behov og tilbyr narkomane legemiddelassistert behandling. Og i Tyskland har narkotikaavhengige med den 9. revisjonen av den tyske trygdeloven i juli i fjor, fått styrket sine rettigheter med en lovgivning som klarere definerer hvordan og når helseforsikringen skal betale for avrusning og pensjonsordningene skal betale for rehabilitering.

I april 2002 opphevet det danske Folketinget lovbestemmelser som, selv om de aldri hadde vært gjennomført, tidligere hadde gitt de amtskommunale myndigheter hjemmel for å holde narkomane i behandling. I tråd med Italias nasjonale narkotikaplan ble det i juni i fjor vedtatt en departementsforordning som gir private behandlingstjenester myndighet til å vurdere narkotikaavhengighet med sikte på å

utvide tilbudet om behandling fokusert på rusfrihet. Som en følge av dette kan behandlingssentrene nå ta inn narkotikaavhengige fra alle deler av landet og på grunnlag av dokumentert avhengighet kreve at brukerens lokale 'SerT' (tjeneste for narkotikaavhengige) betaler for den behandlingen som gis. Men etter en forfatningsendring som innebar at ansvaret for helse og sosial ble overført fra sentrale til regionale myndigheter, har forfatningsdomstolen fastslått at dekretet var forfatningsstridig ettersom det gjaldt forhold som lå under regionenes myndighet. I Norge overtok staten i 2002 eierskap og driftsansvar for sykehusene, og ansvaret for lavterskelhelsetjenester og legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere ligger nå hos Helse- og sosialdepartementet. Det fylkeskommunale ansvaret for spesialisthelsetjenester for rusmiddelmissbrukere vil bli overført til staten i 2004, og Sosialdepartementet har foreslått at det fylkeskommunale ansvaret for spesialiserte sosiale tjenester samt rusmiddelomsorgen skal overføres til kommunene i 2004. Målet er å sikre rusmiddelmissbrukerne et mer komplett og sammenhengende sett med behandlings- og omsorgstiltak.

I Østerrike har man problemer med å tilby de helserelaterte tiltakene hjemlet i artikkel 11 i lov om narkotiske stoffer. Offisielt skal innsatsen fokusere på å eliminere (organisert) narkotikasmugling, men likevel gjelder en stor del av lovbruddene cannabisbruk, som distriktshelsemyndighetene med hjemmel i artikkel 11 møter med helserelaterte tiltak. Behandlingssentrene for narkotika har derfor ikke tilstrekkelige ressurser til å møte etterspørselen og, er ute av stand til å ivareta sine oppgaver.

Overvåking av smuglere

Som et ledd i tiltakene for å øke sikkerheten rapporterer en rekke land om lovendringer for å øke overvåkingen av smuglere og brukere. I Danmark krever en lov som trådte i kraft i juni 2002 at leverandører av telekommunikasjonstjenester skal registrere og lagre i ett år data om all telekommunikasjon og internettkommunikasjon som kan være relevant for politiets etterforskning. Forutsatt at de har rettslig kjennelse kan politiet nå ved hjelp av dataprogrammer eller annet utstyr få tilgang til ikke-offentlige data på datamaskiner. I januar 2002 innførte Portugal en ny lov som åpnet for spesialtiltak (på områdene bevisopptak, fortrolig informasjon og inndragning av midler) med sikte på å bekjempe organisert økonomisk kriminalitet og annen alvorlig kriminalitet, bl.a. narkotikasmugling. I Finland ga en endring i Polislagen politiet rett til å innhente informasjon om telekommunikasjon (f.eks. i saker der det er mistanke om narkotikarelatert kriminalitet) og til å iverksette teknisk

overvåking. I 2002 la regjeringen også fram en lov om bruk av tvangsmidler. Denne vil utvide mulighetene for teleovervåking og overvåking av kommunikasjon, men detaljene er ennå ikke på plass.

I januar 2002 ble den nederlandske straffeprosessloven endret og åpner nå for bruk av røntgen og ultralyd i tillegg til undersøkelser av hulrom i kroppen, hos enhver som er mistenkt for å ha svelget små pakker narkotika, forutsatt at disse prosedyrene utføres av lege. Metodene for å avsløre brukere ble også forbedret, og sist sommer ble det britiske pilotprogrammet for narkotikatesting i England og Wales utvidet. Ordningen tillater at det tas prøver av voksne som holdes i politiets varetekt siktet for et 'utløsende' lovbrudd (hovedsakelig vinnings- og narkotikakriminalitet), for å kunne påvise heroin og kokain. De som tester positivt, får anledning til å møte en spesialarbeider fra kriminalomsorgen ('arrest referral worker') for å bli vurdert for behandling, og prøveresultatene oversendes til domstolene og får innvirkning på kausjonskjennelser og straffeutmåling. De første resultatene fra pilotstudien ble publisert i mars 2003. Narkotikatesting ved siktelse ble i 2003 utvidet til 30 svært kriminelt belastede Police Basic Command Units (politiområder innenfor et politidistrikt) i Storbritannia.

Tiltak mot ordensforstyrrelser

I løpet av det siste året har enkelte medlemsstater innført lovbestemmelser som skal minske de samfunnsmessige konsekvensene av narkotikabruk ved å innføre strengere kontroll med offentlig ro og orden.

Irlands nye straffelov, Criminal Justice (Public Order) Bill, 2002, ble innført for å styrke loven av 1994 på området offentlig ro og orden. Personer som dømmes i henhold til loven av 1994 for brudd på offentlig ro og orden, herunder beruselse (pga. narkotika) på offentlig sted, og som kan sette seg selv og andre i fare, kan ilegges forbud mot adgang til eller opphold på visse steder, bl.a. steder med skjenkebevilling, dansesteder eller serveringssteder.

I Storbritannia er § 8 i loven om rusmiddelmissbruk (Drug Misuse Act), som kommer til anvendelse for personer som oppholder seg på eller driver visse typer lokaler, endret til også å gjelde ulovlig inntak av alle typer illegale rusmidler (mens den tidligere bare gjaldt røyking av cannabis og opium) i et forsøk på å få bukt med de såkalte 'crackhusene'. Men dette innebærer vide fullmakter, og regjeringen har siden funnet at forslagene vedrørende § 8 kanskje ikke vil være effektive nok for å få bukt med problemet. Derfor prøver den nå å innføre nye bestemmelser i form av en lov om asosial atferd – Anti-Social Behaviour Bill, som retter seg mot lokaler snarere

enn mot personer, slik at politiet, i samråd med lokale myndigheter, vil kunne stenge 'crackhus' på 48 timer. Storbritannia har derfor ikke til hensikt å gjennomføre endringen i § 8(d) på det nåværende tidspunkt, selv om dette likevel kan skje dersom det i løpet av de to kommende årene viser seg at sanksjonene som loven om asosial atferd åpner for, ikke er virkelig effektive.

I Nederland ga Victoria-loven av 1997 borgermestrene i byene myndighet til å stenge steder der bruk eller omsetning av narkotika forårsaker ordensforstyrrelser. Men ettersom stenging av bygninger kan få negative konsekvenser for gatebildet og den sosiale strukturen i nærmiljøet, åpnet den nye Victor-loven av mai 2002 for at kommunene kan overføre stengte lokaler til andre, f.eks. tillate at nye leietakere flytter inn. Venlo kommune har igangsatt et 4-årig pilotprosjekt i samarbeid med politi, påtalemyndighet og regjeringen med sikte på å redusere ordensforstyrrelsene som følger med de mange narkoturistene som kjøper cannabis i kaffebarer som ikke har bevilling. Og i juli 2002 benyttet borgermesteren i Rotterdam seg av sin myndighet i henhold til Kommuneloven til å illegge et femtitalls narkomane et seks måneders oppholdsforbud i et lokalmiljø hvor de hadde skapt problemer for beboerne. Distriktsdomstolen fant imidlertid at, til tross for at borgermesteren hadde myndighet til å bekjempe ordensforstyrrelser, 6 måneders oppholdsforbud var for langt og ikke berettiget. Rotterdam vil likevel fortsette sin politikk med oppholdsforbud.

I Danmark trådte en lov som forbyr besøk i visse lokaliteter i kraft i juni 2001. Lovens formål er å kunne gripe mer effektivt inn overfor cannabisklubber og andre typer organisert kriminalitet som begås på slike steder og fører til bekymring i nabolaget. Etter forutgående advarsel kan politiet med hjemmel i denne loven, til eierne utstede et pålegg som hindrer gjester i å komme inn eller bli værende på stedet. Brudd på dette pålegget kan straffes med bøter, og gjentatte brudd kan gi fengselsstraff i inntil 4 måneder.

Utvikling på EU-plan

I november 2002 kom Europakommisjonen med en melding om midtveisevalueringen av EUs handlingsplan mot narkotika (2000–04) ⁽¹⁰⁰⁾. Målet med denne rapporten var å evaluere hvor langt man var kommet i gjennomføringen av aktivitetene på handlingsplanen. Ettersom EUs handlingsplan omfatter tiltak som skal gjennomføres av medlemsstatene, Europakommisjonen, EONN og Europol, var midtveisevalueringen basert på supplerende verktøy, herunder medlemsstatenes svar på et spørreskjema og en oppfølgingskalender for resultatene av Kommisjonens,

⁽¹⁰⁰⁾ COM(2002) 599 endelig.

EONNs og Europol's arbeid. Disse ble supplert med resultatene av ekspertgjennomgangen av medlemsstatenes ulike ordninger for håndheving av loven og informasjon om narkotikarelaterte initiativer på EU-plan.

Kommisjonsmeldingen oppsummerte resultatene på hvert område handlingsplanen omfatter, og understreket på hvilke områder det må gjøres en ytterligere innsats på hvert nivå.

Samtidig som Kommisjonen berømmer de framskrittene som er gjort, understreket den at det fremdeles gjenstår mye arbeid, bl.a. utvikling av en evalueringsordning for nasjonale tiltak og EU-tiltak. Den understreket også behovet for et nært samarbeid med søkerlandene for å sikre at de i framtiden kan bidra til EUs narkotikastrategi. Rapporten inneholder også et metodegrunnlag for den endelige evalueringen. I den anledning foreslo Kommisjonen å styrke evalueringsprosessen med en styringsgruppe bestående av representanter fra bl.a. Kommisjonen, Europaparlamentet, formannskapet for Rådet, Europol og EONN. Styringsgruppen skal delta i arbeidet på premissene for den endelige evalueringen. Som et ledd i den endelige evalueringen skal EONN sammenligne tilgjengelige data på narkotikaområdet for 2004 med baseline (1999), som ble utarbeidet i samarbeid med Europol. EONN skal også bistå Kommisjonen i gjennomføringen av den andre Eurobarometer-studien av unges holdninger og narkotika samt oppdatere oppfølgingskalenderen med hensyn til EONNs aktiviteter. Det skal bemerkes at ifølge en egen Eurobarometer-undersøkelse med tittelen 'Attitudes and opinions of young people in the European Union on drugs' (2002) ⁽¹⁰¹⁾, vil de to mest effektive måtene å håndtere narkotikarelaterte problemer i Europa på, være å skjerpe tiltakene mot narkotikalangere og smuglere (støttet av 59,1 % av utvalget, EU15) samt forbedre behandlings- og rehabiliteringstjenestene for narkotikabrukere (støttet av 53,2 %, EU15) ⁽¹⁰²⁾.

Det europeiske råd har også vedtatt en plan for gjennomføring av tiltak angående syntetiske stoffer. Denne omhandler en rekke problemstillinger med tilknytning til forsyningen av syntetiske stoffer, som Den europeiske union bør vie ytterligere oppmerksomhet i løpet av de kommende år. Planen inneholder forslag til tiltak for å håndtere de

problemene som er identifisert, og definerer hvilke organer som vil være hensiktsmessige for å føre dette arbeidet framover innenfor de oppsatte tidsrammer.

Den 28. februar 2002 traff Det europeiske råd en beslutning om kontrolltiltak og strafferettslige sanksjoner med hensyn til et nytt syntetisk narkotisk stoff, PMMA. PMMA er pr. i dag ikke oppført i noen av tilleggene til FN-konvensjonen av 1971 om psykotrope stoffer, men som følge av denne beslutningen er PMMA nå gjenstand for kontrolltiltak og strafferettslige bestemmelser i medlemsstatene ⁽¹⁰³⁾.

En annen viktig utvikling er europaparlaments- og rådsbeslutning nr. 1786/2002/EF av 23. september 2002, som lanserer et program for fellesskapstiltak på området folkehelse (2003–2008) ⁽¹⁰⁴⁾. Programmets målsetting er:

- å forbedre informasjon og kunnskap med sikte på utvikling av folkehelsen,
- å øke evnen til å reagere raskt og samordnet på helsetrusler,
- å drive helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid ved å ta for seg helsedeterminanter på tverrpolitisk og tverrfaglig plan.

Programmet skal blant annet støtte gjennomføringen av ordninger og tiltak med sikte på bevoktning og rask reaksjon i forhold til ulike helsedeterminanter. Begge områder bør følges opp med initiativer fra aktører i medlemsstatene innenfor rammen av programmet for fellesskapstiltak med sikte på forebygging av narkotikaavhengighet i forbindelse med tiltakene på folkehelseområdet (1996–2000 og utvidet til 2002)

I 2002 la Europakommisjonen i tillegg fram en del forslag på narkotikaområdet som ble drøftet i Rådet i løpet av rapporteringsperioden (mars 2003): ett gjelder reduksjon av risiko knyttet til narkotikaavhengighet, det andre gjelder prekursorer ⁽¹⁰⁵⁾. I desember inngikk Det europeiske fellesskap en avtale med Den tyrkiske republikk om prekursorer og kjemiske stoffer som ofte brukes i ulovlig framstilling av narkotiske rusmidler og psykotrope stoffer ⁽¹⁰⁶⁾.

⁽¹⁰¹⁾ Se http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/eb/ebs_172_en.pdf.

⁽¹⁰²⁾ Holdninger og meninger blant unge mennesker i alderen 15–24 i et utvalg som er representativt for EU.

⁽¹⁰³⁾ 2002/188/JHA: Rådsbeslutning av 28. februar 2002 om kontrolltiltak og strafferettslige sanksjoner når det gjelder det nye syntetiske stoffet PMMA (Den Europeiske Unions Tidende L 63, 6.3.2000, s. 14). Forslag til rådsbeslutning om definisjon av PMMA som et nytt syntetisk stoff som skal gjøres til gjenstand for kontrolltiltak og strafferettslige bestemmelser (COM(2001) 734 endelig).

⁽¹⁰⁴⁾ Europaparlaments- og rådsbeslutning nr. 1786/2002/EF av 23. september 2002 om vedtak av et program for fellesskapstiltak på området folkehelse (2003–2008) (Den Europeiske Unions Tidende L 271, 9.10.2002, s. 1–12).

⁽¹⁰⁵⁾ Forslag til rådsrekommendasjon om forebygging og reduksjon av risiki forbundet med narkotikaavhengighet (COM/2002/0201 endelig). Forslag til europaparlaments- og rådsforordning om prekursorer til framstilling av narkotika (COM(2002) 494 endelig, Den Europeiske Unions Tidende C 20 E, 28.1.2003, s. 160–170).

⁽¹⁰⁶⁾ Avtale mellom Det europeiske fellesskap og Den tyrkiske republikk om prekursorer og kjemiske stoffer som hyppig brukes i ulovlig framstilling av narkotiske eller psykotrope stoffer (Den Europeiske Unions Tidende L 64, 7.3.2003, s. 30–35).

Forebyggende arbeid

Det forebyggende arbeidet blir ofte inndelt i 'generelt' forebyggende arbeid (med barn og unge som målgruppe og med avholdenhet som mål) og 'målrettet' eller 'indisert' forebyggende arbeid (rettet mot bestemte høyrisikogrupper). Sistnevnte drøftes i kapittel 3 (s. 63). Det generelle forebyggende arbeidet blir fortrinnsvis rettet mot skoler siden dette miljøet sikrer kontinuerlig, langsiktig tilgang til store grupper unge. Et nytt forskningsprosjekt på god praksis innen skolebasert forebyggende arbeid, finansiert av Europakommisjonen ⁽¹⁰⁷⁾, skisserte anbefalinger både for skolebaserte forebyggende programmer og for nødvendige rammebetingelser, dvs. skolepolitikk og skolemiljø. Internasjonal litteratur inneholder en omfattende evidensbase som identifiserer tilnærningsmåter som er lovende eller som har vist seg å være effektive ⁽¹⁰⁸⁾.

Alle medlemsstater har forebyggende arbeid på fagplanen i den forstand at emnet 'rusmidler' på en eller annen måte tas opp, men dette kan simpelthen bety at lærere eller polititjenestemenn gir informasjon om rusmidler og risikofaktorer. Tilnærningsmåter som er rent informerende og ustrukturerte har vist seg å være lite effektive (Hansen, 1992; Tobler, 2001). Bare et fåtall medlemsstater har nasjonale planer for skolebasert, forebyggende arbeid som i detalj tar for seg hvilke tiltak som skal iverksettes (og unngås) og av hvem ⁽¹⁰⁹⁾. Andre land har foretrukket kommunale eller fylkeskommunale planer hvor skolebasert forebyggende arbeid inngår ⁽¹¹⁰⁾. Enda færre medlemsstater har klare standarder for hva det skolebaserte forebyggende arbeidet skal omfatte (obligatorisk bare i Irland og Storbritannia) ⁽¹¹¹⁾. EU-landene begynner imidlertid å erkjenne behovet for å tilby forebyggende tiltak av høy kvalitet i stedet for bare å gjenta hvor viktig forebyggende arbeid er, i sine nasjonale strategier. Sverige er ett av de få landene som innrømmer at det skolebaserte forebyggende arbeidet 'svært ofte var organisert etter metoder som forskningen har vist har liten eller ingen virkning, mens effektive metoder sjelden ble brukt' (Skolverket, 2000), og at manglende kvalitetskontroll førte til en situasjon 'der enhver rektor kunne bestemme hvordan opplæringen om narkotika skulle gjennomføres'. Hele strategien blir nå omarbeidet og fokus rettet mot 'ordinære programmer som baserer seg på evaluerte, effektive

metoder'. Likeledes har 'den relative tausheten ... i lover og forskrifter og det at frivillige foreninger trekkes inn på et tidlig stadium ... resultert i et mangfold av aktive deltakere i det forebyggende arbeidet ... uten at en bestemt modell eller handlingsplan blir påtvunget eller spesielt oppmuntret (Nasjonal rapport for Frankrike). Denne beskrivelsen passer i realiteten til mange flere medlemsstater. Til forskjell har Spania, Irland og Storbritannia utviklet en klar kvalitetskontroll og lagt et evidensbasert utgangspunkt til grunn for sin forebyggingspolitikk og har til hensikt å styrke dette ytterligere ⁽¹¹²⁾. I tillegg blir det nå innført strengere kvalitetskrav i Portugal.

Systematisk kartlegging og dokumentering av programmene blir stadig viktigere som hjørnesteiner i kvalitetsforbedringen ⁽¹¹³⁾. Danmark, Tyskland og Portugal har nylig igangsatt pilotprosjekter med sikte på å utvikle overvåkingssystemer som ligner på dem som allerede eksisterer i Belgia, Hellas, Spania, Frankrike, Nederland og Storbritannia.

Tiltak som legges inn i fagplanen (dvs. formelle, forebyggende programmer med detaljert innhold og retningslinjer for undervisningen) er ifølge eksisterende kunnskap (Tobler, 2001) den nyttigste metoden for å formidle kunnskap på en kontrollert måte og åpner også for evaluering av både prosess (god gjennomføring) og produkt (positive resultater). Andelen skoler som dekkes av slike fagplaner er forholdsvis liten i en del medlemsstater, enten fordi de nødvendige informasjonssystemene mangler (Tyskland, Italia) eller fordi man foretrekker å behandle forebygging i skolehverdagen, utenom fagplanene (Østerrike og Finland) ⁽¹¹⁴⁾ ⁽¹¹⁵⁾.

Fordi det er et forholdsvis veldefinert konsept, er skolebasert forebygging det området som er lettest tilgjengelig for kartlegging og måling av deknningen av det forebyggende arbeidet. I så måte begynner informasjonssystemene i EU å gi resultater, mens informasjonen på andre viktige områder fortsatt trenger strukturering og forbedring ⁽¹¹⁶⁾.

Nærmiljøbasert forebygging er på den annen side et svært uensartet konsept, delvis fordi det pr. definisjon er desentralisert. Det eneste fellestrekket er de ytre rammene: 'nærmiljøet'. Tiltakene omfatter generelle aktiviteter (som opplæring av personell og opplæringspersonell), strukturelle

⁽¹⁰⁷⁾ Se <http://www.school-and-drugs.org>.

⁽¹⁰⁸⁾ Se Fokus på narkotika nr. 5 på http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_no.pdf.

⁽¹⁰⁹⁾ Se figur 38 OL: Nasjonale planer for skolebasert forebyggende arbeid (nettutgaven).

⁽¹¹⁰⁾ Se figur 39 OL: Organisering av det forebyggende arbeidet (nettutgaven).

⁽¹¹¹⁾ Se tabell 3 OL: Oversikt over politikk og rammeverk for forebygging (nettutgaven).

⁽¹¹²⁾ Se Fokus på narkotika nr. 5 på http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_no.pdf.

⁽¹¹³⁾ Se Fokus på narkotika nr. 5 på http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_no.pdf.

⁽¹¹⁴⁾ Se Fokus på narkotika nr. 5 på http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_no.pdf.

⁽¹¹⁵⁾ Se tabell 4 OL: Viktigste kvantitative parametre for de forebyggende programmene (nettutgaven).

⁽¹¹⁶⁾ Se tabell 5 OL: Forebyggende programmer på skoler og i barnehager (nettutgaven).

tiltak (utvikling av lokal politikk og lokale nettverk samt engasjement fra beslutningstakernes side) og konkrete tiltak som opprettelse av lokale sentre for forebygging av avhengighet og marginalisering (Frankrike) eller foreldrepatruljer/ 'Natteravnere' (Danmark, Sverige og Norge) ⁽¹¹⁷⁾. Tiltakene blir ikke nødvendigvis organisert av grupper i nærmiljøet, men kan – som tilfellet er i Luxembourg – ledes ovenfra og ned av et nasjonalt organ som har ansvar for å igangsette prosjekter, blant annet bevisstgjøringskampanjer mot rusmidler. Tiltakene mangler ofte et solid grunnlag og et klart mål. Det er bare i Hellas at målsettingene og strukturen i nærmiljøbaserte prosjekter er gjenstand for noen overvåkingsprosess. Med unntak av Luxembourg og Irland er det ikke rapportert om noen evalueringsinnsats av betydning.

Familiebasert forebygging – til tross for at dette ofte nevnes som et nøkkelelement i nasjonale strategier – synes å være utviklet på et uensartet, intuitivt og improvisert grunnlag, uten noen nevneverdig erfarings- eller evidensbase. Et aspekt som ofte forekommer, er opplæring i foreldreferdigheter og/eller informasjonsformidling (Belgia, Danmark, Tyskland, Frankrike, Italia, Portugal og Norge). Bare Irland, Nederland og Storbritannia har fokuserte prosjekter på plass som retter seg mot familier i faresonen og konsentrerer seg om sosialt vanskeligstilte områder. Spania har imidlertid utfordret en systematisk, utfyllende oversikt over praksis innen familiebasert forebygging ⁽¹¹⁸⁾, mens Hellas har bygget ut velorganiserte og veldokumenterte familieprosjekter over hele landet.

Til nå har det ikke vært mulig å sammenligne hvilke pengesummer som er brukt i de ulike medlemsstatene, selv om det bare fokuseres på ressurser til skolebasert forebygging.

Til tross for at evidensgrunnlaget er tynt når det gjelder hvilken virkning mediekampanjer, når de brukes alene, har på brukeratferden (Paglia og Room, 1999), og det faktum at de er kostbare, er slike kampanjer fortsatt viktige bærebjelker i de forebyggende strategiene.

Skadereduksjon

Tiltak for å minimere narkotikarelaterte helseskader, redusere antall dødsfall og unngå ordensforstyrrelser ⁽¹¹⁹⁾ er blitt en integrert del av mange nasjonale narkotikastrategier og en klar politisk prioritet i de fleste land ⁽¹²⁰⁾. Gjennomføringen av skadereduserende tiltak blir av de nasjonale kontaktpunktene beskrevet som 'svært viktig', 'av avgjørende betydning', 'grunnleggende' 'en prioritet' eller 'et sentralt punkt i vår nasjonale narkotikastrategi'.

Sprøytebytteprogrammer, oppsøkende virksomhet og lavterskeltjenester bygges stadig ut og har i forskjellige land utviklet seg til å omfatte grunnleggende medisinsk behandling, vaksinasjon, opplæring i 'sikrere bruk', akutt hjelp ved overdoser, førstehjelpskurs for narkotikabrukere eller brukerrom under tilsyn. Tabell 2 gir en oversikt over utvalgte skadereduserende tiltak i EUs medlemsstater og Norge. Økt geografisk dekning for sprøytebytteprogrammene er blant de viktigste tiltakene for å redusere infeksjoner knyttet til sprøytebruk. Andre tiltak er generelt mindre utbredt og presenteres her som 'indikatorer' på at narkotikatjenestene rettes mot marginaliserte narkotikabrukere grunnleggende helsebehov. I alle land utgjør behandling av narkotikabrukere, særlig substitusjonsbehandling, en viktig del av arbeidet for å redusere narkotikarelaterte helseskader.

⁽¹¹⁷⁾ Det gis mer informasjon om 'Natteravnene' på side 63.

⁽¹¹⁸⁾ http://www.mir.es/pnd/publica/pdf/intervencion_familiar.pdf.

⁽¹¹⁹⁾ Se EONNs Årsrapport for 2002; EONNs Fokus på narkotika nr. 4; Rådsrekommendasjon om forebygging og reduksjon av helserelaterte skader forbundet med narkotikaavhengighet (Cordroque 32).

⁽¹²⁰⁾ Se tabell 6 OL: Det skadereduserende arbeidets rolle (nettutgaven).

Tabell 2: Geografisk dekning av sprøytebytteprogrammer og tilgjengelighet av andre utvalgte helsetjenester for narkotikabrukere i EUs medlemsstater og Norge

Land	Geografisk dekning for sprøytebytte-programmene ⁽¹⁾	Medisinske lavterskeltjenester ⁽²⁾	Opplæring i sikrere bruk ⁽³⁾	Førstehjelpskurs for narkotikabrukere ⁽⁴⁾	Sprøyterom med tilsyn	Heroin på resept
Belgia	> 40 steder, større byer		Ja	Ja		Prøveprosjekt drøftes
Danmark	10 av 14 amt		Ja	Ja		
Tyskland	Nesten alle byer	Ja	Ja	Ja	20 steder i 11 byer	Treårig medisinsk studie innledet 2002
Hellas	Athen	Ja	Ja	Ja		
Spania	18 av 19 regioner, fengsler	Ja	Ja	Ja	2 steder	Forsøk i Andalusia og Catalonia
Frankrike	87 av 100 'departementer'	Ja	Ja	Ja		
Irland	20 steder og oppsøkende tjeneste hovedsakelig Dublin-området		Ja			
Italia	SerT og frivillige organisasjoner i 'mange byer', sprøyteautomater i mindre byer	Ja		Ja		
Luxembourg	Spesialtjenester i tre byer, sprøyteautomater i fem byer	Ja	Ja	Ja	1 (planlagt)	Juridiske rammer utarbeidet
Nederland	> 95 % av de større byene	Ja	Ja	Ja	21 rom i 11 byer	Randomisert klinisk forsøk fullført, 300 klienter fortsetter behandlingen
Østerrike	13 byer fordelt på de fleste provinser	Ja	Ja	Ja		
Portugal	Nasjonal dekning gjennom apotekbasert program, nettverk av sprøytebytte-programmer og oppsøkende tjenester under oppbygging	Ja	Ja	Ja	Juridisk mulig, ikke forutsett	
Finland	Mer enn 70 % av byer > 50 000 innb., pluss fem mindre byer	Ja	Ja	Ja		
Sverige	Malmö og Lund			Ja (ifm. sprøytebytte-progr.)		
Storbritannia	Større programmer i de fleste byer i England og Skottland, sprøyte-bytteprogrammer etablert i Nord-Irland i 2001		Ja	Ja	Anbefalt av parlamentsnedsatt utvalg – ikke støttet av innenriksdept.	Begrenset forskrivning av heroin pågår Parlamentsnedsatt utvalg anbefaler utvidelse (støttes i prinsippet av regjeringen)
Norge	Oslo siden 1988 og de fleste større kommuner	Ja		Ja		

⁽¹⁾ Se tabell 7 OL: Tilbud om og type sprøytebytteprogrammer, apotekenes deltakelse, antall sprøyter utdelt/solgt (nettutgaven).

⁽²⁾ Minst ett medisinsk lavterskeltilbud.

⁽³⁾ Minst en tjeneste tilbyr regelmessig opplæring i sikrere bruk.

⁽⁴⁾ Regulære førstehjelpskurs for narkotikabrukere i minst én by.

Se tabell 11 OL: Strategier og utvalgte tiltak for å redusere antallet narkotikarelaterte dødsfall i EUs medlemsstater og Norge.

Forebygging av smittsomme sykdommer

Sprøytebytteprogrammer finnes i alle land, men dekningen er svært begrenset i Sverige og Hellas. I Sverige er det nylig lagt fram forslag om å videreføre de to eksisterende programmene og utvide dem til å bli riksdekkende. I mange andre land har tilgjengeligheten til sterile sprøyter blitt stadig bedre, og det er oppnådd bedre dekning i distriktene ved at det er utplassert sprøyteautomater og ved at apotekene er involvert ⁽¹²¹⁾.

HIV

Frivillig rådgivning og testing (voluntary counselling and testing = VCT) for HIV er allment tilgjengelig i alle EU-land og er for det meste gratis ⁽¹²²⁾. Det gjøres stadig mer for å nå 'vanskelig tilgjengelige' narkotikabrukere og oppmuntre dem til å benytte seg av VTC gjennom lavterskeltilbud og oppsøkende arbeid, selv om tilgjengeligheten til gratis testing i full anonymitet er begrenset i flere land.

I alle EU-land tilbyr helsevesenet trippel antiviral behandling (HAART ⁽¹²³⁾), men det er observert alvorlige problemer med både tilgjengelighet og pasientsamtykke for HIV-smittede narkotikabrukere. Aktive narkotikabrukere er ikke godt dekket av HIV-behandlingen, særlig gjelder dette de som er hjemløse eller fører et ustabilt liv. Andre hindringer som ligger i veien er holdningene blant behandlere og mangelen på informasjon blant narkotikabrukerne om den dramatiske reduksjonen i sykkelighet og dødelighet som kan oppnås ved behandling. Noen land (f.eks. Belgia, Tyskland, Østerrike, Portugal og Finland) har tatt i bruk innovative tilnærmingsmåter, som f.eks. å gi HIV-behandling i forbindelse med rusmiddeltjenester og lavterskeltilbud eller ved å endre rutinene for utlevering av legemidler slik at de passer bedre til klientenes livsstil, men utfordringen er fortsatt å øke antallet klienter som begynner og som fullfører behandling.

Hepatitt B

Flere land igangsetter for tiden kampanjer for gratis vaksinasjon mot hepatitt B ⁽¹²⁴⁾. Rusmiddeltjenestene har gått mer aktivt ut og tilbudt vaksinasjon og økt innsatsen for å gjøre vaksinene lettere tilgjengelig gjennom kontaktpunkter for høyrisikogrupper. Pilotprosjekter i Tyskland, Nederland og Østerrike har vist seg å ha lyktes i

å øke vaksinasjonsdekningen. Narkotikabrukere anbefales en kombinert vaksine for hepatitt A og B (BAG, 1997).

Selv om vaksinasjon er tilgjengelig og dekkes av helsevesenet i de fleste land, rapporteres det om lav vaksinasjonsdekning.

Narkotikabrukerne holder ikke kontakten med ett behandlingstilbud lenge nok til at vaksinasjonsregimet fullføres og det oppnås full immunisering. Det er gjort ulike forsøk på finne en løsning på problemet, blant annet at vaksinene gis ved ulike tjenestetilbud, hurtigvaksinasjon og spesialiserte programmer for å øke tilgjengeligheten.

Hepatitt C

Alle land tilbyr behandling av hepatitt C, men behandlingen er i praksis vanskelig tilgjengelig for narkotikabrukere (Wiessing, 2001). I henhold til gjeldende retningslinjer bør narkotikabrukere ikke behandles før de er rusfrie eller har fått peroral substitusjonsbehandling i minst 1 år på grunn av risikoen for reinfeksjon for aktive brukere. Mange land rapporterer om begrenset tilgang til behandling eller lavt behandlingssamtykke ⁽¹²⁵⁾. Nye muligheter til å bedre gjennomslag og samtykke blant narkotikabrukere omfatter pegylert interferon, som medfører et mindre krevende regime samt utvikling av evidensbaserte retningslinjer for behandling.

Det finnes få nasjonale handlingsplaner for reduksjon av hepatitt C-infeksjon. Flere land har iverksatt opplæring i og informasjon om sikrere bruk og bevisstgjøringskampanjer for narkotikabrukere. Noen land rapporterer om programmer som skal øke bevisstheten omkring infeksjonssykdommer blant innsatte, samt tiltak for å bedre kunnskapen om hepatitt C-forebygging blant fagpersonell som arbeider med narkotikabrukere.

Reduksjon av narkotikarelaterte dødsfall

Omkring 8 000 akutte narkotikarelaterte dødsfall registreres hvert år i EU og Norge, de fleste er unge mennesker. Hvilken belastning dette medfører for samfunnet blir enda tydeligere når det uttrykkes i 'tapte leveår' ⁽¹²⁶⁾. Beregnet på denne måten utgjorde i 1995

⁽¹²¹⁾ Se tabell 7 OL: Tilbud om og type sprøytebytteprogrammer, apotekenes deltakelse, antall sprøyter utdelt/solgt. (Data for 2001 er presentert i tabell 8 OL i Årsrapport for 2002 på: <http://ar2002.emcdda.eu.int/no/popups/oltab08-no.html>.)

⁽¹²²⁾ Se tabell 8 OL: Tilbud om frivillig HIV-rådgivning og -testing (VCT) og behandling (nettutgaven).

⁽¹²³⁾ Highly active anti-retroviral treatment.

⁽¹²⁴⁾ Se tabell 9 OL: Tilbud om hepatitt B-vaksine til sprøytebrukere i noen europeiske land (nettutgaven).

⁽¹²⁵⁾ Se tabell 10 OL: Behandling av hepatitt C-smittede sprøytebrukere (nettutgaven).

⁽¹²⁶⁾ Tapte leveår: basert på den levealder et individ kan forventes å nå dersom vedkommende ikke hadde død på grunn av narkotikabruk (ACMD, 2000, s. 56).

narkotikarelaterte dødsfall i England og Wales 70 % av belastningen av trafikkulykker (ACMD, 2000).

Funn tyder på at det er betydelig potensial for å redusere antallet dødsfall ved medisinske tiltak og opplæring ⁽¹²⁷⁾. Økt tilgjengelighet av substitusjonsbehandling, som har en betydelig forbyggende effekt på dødelighet (WHO, 1998), har vist seg å korrelere med reduksjonen i overdosedødsfall i Frankrike og Spania, selv om redusert sprøytebruk i Spania også kan ha bidratt til nedgangen (EONN, 2002a). Opplæringsprogrammer for narkotikabrukere for å identifisere risiko, gjenkjenne overdosesymptomer og reagere korrekt har hatt positiv virkning ved å øke de narkomanes evne til å hjelpe når de blir vitne til overdoser.

Lokale strategier for å redusere antallet overdosedødsfall i Oslo, København, Amsterdam og Frankfurt har vært tema for en studie som fant at selv om eksisterende brukernivåer og -mønstre setter begrensninger for hva som kan oppnås, kan en lokal tiltakspolitikk bidra til å redusere antallet dødsfall (Reinås *et al.*, 2002).

En reduksjon i antallet narkotikarelaterte dødsfall – et nøkkelpunkt i målsetting 2 i EUs narkotikastrategi (2000–04) – blir i stadig større grad betraktet som et oppnåelig mål. Det er identifisert som prioritert område i de nye nasjonale narkotikastrategiene i Tyskland, Hellas, Irland, Luxembourg, Portugal, Finland og Storbritannia. Det rapporteres også om lokale strategier for å redusere antallet overdosedødsfall ⁽¹²⁸⁾.

Informasjonsressurser for forebyggende arbeid mot overdoser er tilgjengelig i de fleste land. Rusmiddel- og helsetjenestene tilbyr narkotikabrukere opplæring i grunnleggende gjenopplivning, men den geografiske dekningen for disse førstehjelpskursene er ofte begrenset til større byområder ⁽¹²⁹⁾.

Utdeling av opiatantagonisten naloxon er et tiltak som iverksettes i enkelte land for å redusere antallet heroinoverdoser (Sporer, 2003). I Italia gir et betydelig antall *Unità de Strada* (oppsøkende enheter) narkotikabrukerne naloxon, som kan gis som et midlertidig akutttiltak i påvente av legehjelp. En pilotstudie i Berlin om kombinert førstehjelpsoplæring og utdeling av naloxon fant økt kompetanse til å reagere hensiktsmessig i overdosesituasjoner og at det i et stort flertall av tilfellene (93 %) var medisinsk grunnlag for å bruke antagonisten (Dettmer, 2002). Samme studie påpekte også at naloxon var relevant i nødsituasjoner som oppstår i hjemmene.

Overdosedødsfall på offentlig sted har vært et stort problem i europeiske byer med store, åpne narkotikamiljøer. I enkelte tyske og spanske byer er det åpnet brukerrum med tilsyn, som har vært særlig rettet mot de ofte marginaliserte gruppene i gatemiljøene. Brukerrom med tilsyn finnes også i Nederland. Blant andre tjenester tilbyr de akutt nødhjelp i overdosetilfeller. En studie av sprøyterom i Tyskland (Poschadel *et al.*, 2003) fant at sprøyterommene bidrar til en betraktelig reduksjon i antallet narkotikarelaterte dødsfall på bynivå og bedrer tilgangen til videre helse- og behandlingstjenester for problembrukere hvor andre tjenester ikke når fram.

Behandling

Legemiddelassistert behandling og stoff-fri behandling er de to viktigste behandlingsmåtene når det gjelder bruk av illegale narkotiske stoffer. Legemiddelassistert behandling blir nesten utelukkende gitt poliklinisk, mens stoff-fri behandling kan gis i institusjoner eller poliklinisk. I EU brukes i praksis bare antagonister (f.eks. metadon) eller en kombinasjon av antagonister/agonister (f.eks. buprenorfin) i langtidsbehandling, mens antagonister (f.eks. naloxon) kan brukes i avvenningsbehandling.

Legemiddelassistert behandling

Metadon er det langt vanligste stoffet som brukes i substitusjonsbehandling. Buprenorfin, i mange år det mest brukte substitusjonsstoffet i Frankrike, forskrives også av privatpraktiserende leger i Portugal og Luxembourg. Sverige forbereder restriksjoner på buprenorfin-forskrivning. I Finland forekommer også etterspørsel etter behandling for ulovlig misbruk av buprenorfin, og et par dødsfall er rapportert å være knyttet til misbruk av buprenorfin og beroligende midler. Pr. i dag brukes buprenorfin i langt mindre grad enn metadon i Belgia, Danmark, Tyskland, Hellas, Spania, Østerrike og Storbritannia.

Informasjon om antallet personer som får substitusjonsbehandling har vært tilgjengelig i noen år (Farell *et al.*, 1996, 2000), og det er nå mulig å følge utviklingen på dette området. Tabell 3 sammenligner informasjonen om substitusjonsbehandling rapportert i 1997/1998 med de nyeste opplysningene fra medlemsstatene. Tabell 3 viser at det har vært en betydelig økning i total tilgjengelighet av legemiddelassistert behandling. På EU-plan har den totale økningen vært på ca. 34 % i løpet av ca. 5 år.

⁽¹²⁷⁾ Det er forsket på toksikologiske aspekter, sosiale og personlige korrelater og risikoer, og de omstendigheter dødsfallene og ikke-dødelige overdoser oppstår under, samt forebyggingsstrategier, f.eks. Varescon-Pousson *et al.* (1997), Hariga *et al.* (1998), Seaman *et al.* (1998), Villalbi og Brugal (1999), ACMD (2000), Ferrari *et al.* (2001), Lepère *et al.* (2001), Brugal *et al.* (2002), Buster (2002), Kraus og Püschel (2002), Origer og Delucci (2002) samt Pant og Dettmer (2002).

⁽¹²⁸⁾ Tabell 11 OL: Strategier og utvalgte tiltak for å redusere antallet narkotikarelaterte dødsfall i EUs medlemsstater og Norge (nettutgaven).

⁽¹²⁹⁾ Tabell 11 OL: Strategier og utvalgte tiltak for å redusere antallet narkotikarelaterte dødsfall i EUs medlemsstater og Norge (nettutgaven).

Tabell 3: Utvikling av substitusjonsbehandling i de 15 medlemsstatene i EU og Norge

	Rapportert estimat over antall personer i substitusjonsbehandling ⁽¹⁾		Endring (%)
	1997/1998	2001/2002	
Belgia	6 617	7 000	5.8
Danmark	4 298	4 937	14.9
Tyskland ⁽²⁾	45 300	49 300	8.8
Hellas	400	1 060	165.0
Spania	51 000	78 806	54.5
Frankrike	53 281	85 757	61.0
Irland	2 859	5 865	105.1
Italia	77 537	86 778	11.9
Luxembourg ⁽³⁾	931	1 007	8.2
Nederland	13 500	13 500	0
Østerrike	2 966	5 364	80.8
Portugal	2 324	12 863	453.5
Finland	200	400	100.0
Sverige	600	621	3.5
Storbritannia ⁽⁴⁾	28 776	35 500	23.4
Norge	204	1 853	808.3
Sum	290 793	390 611	34.3

⁽¹⁾ For en del lands vedkommende viser tallene til klienter, for andre land til anslag over plasser.

⁽²⁾ For Tysklands vedkommende inkluderer tallene også pasienter som får dihydrokodein, dvs. ca. 8 800 pasienter i 1998 og 3 700 i 2000.

⁽³⁾ 186 og 156 klienter ble registrert i det statsdrevne metadonprosjektet i hhv. 1998 og 2001, mens 745 og 849 fikk substitusjonsbehandling hos allmennlege.

⁽⁴⁾ Bare England og Wales.

Kilder: EONNs Årsrapport for 1998 (med data fra nasjonale rapporter for 1997 eller tidligere) samt nasjonale rapporter for 2001 og 2002.

Heroinassistert behandling

Nederland har allerede gjennomført et forsøk med medisinsk forskrivning av heroin, og funnene ble presentert i februar 2002 (<http://www.ccbh.nl>; Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts, 2002). Klientene som deltok i forsøket fikk både metadon og heroin. Evalueringen viste at klientene i forsøksgruppen fikk betydelige helsegevinster sammenlignet med kontrollgruppen, som fikk ren metadonbehandling.

I tidsrommet mars 2002-februar 2003 igangsatte de tyske byene Bonn, Köln, Frankfurt, Hamburg, Hannover, Karlsruhe

og München et heroinassistert behandlingsprogram innenfor rammene av et vitenskapelig randomisert, kontrollert forsøk. Til sammen 1 120 klienter ble inntatt i heroinforsøket, som vil bli nøye overvåket og evaluert av Senter for tverrfaglig avhengighetsforskning (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung), Hamburg. Forsøket skal gå over to studieperioder à 12 måneder (<http://www.heroinstudie.de/>).

I Spania forbereder de selvstyrte regionene Catalonia og Andalusia forsøk med kontrollert forskrivning av heroin. I Barcelona (Catalonia) vil total kohort for studien være 180 mannlige klienter i alderen 18–45. Heroinen som forskrives administreres peroralt.

I Luxembourg tillater en forordning av 30. januar 2002 at det kan gjennomføres et forsøk med forskrivning av heroin innenfor rammen av et pilotprosjekt ledet av helsedirektoratet.

I Storbritannia forskrives heroin av allmennleger til ca. 500 klienter.

Stoff-fri behandling

Stoff-fri behandling omfatter bruk av psykososiale teknikker og opplæring for å oppnå langsiktig avholdenhet fra rusmidler.

Tilgjengelige data om stoff-fri behandling tillater ikke kvantitative sammenligninger, delvis fordi dataene stammer både fra sentre som utelukkende behandler brukere av illegale stoffer, og sentre som behandlinger avhengighet generelt, dvs. alkoholisme og andre former for misbruk. Delvis også fordi 'behandling' ikke så lett lar seg definere (f.eks. som et minste antall ganger vedkommende har møtt opp) og heller ikke kan måles i kvantifiserbare enheter, f.eks. registrerte forskrivninger, som tilfellet er med legemiddelassistert behandling.

Det er tendens til et skille mellom nord og sør når det gjelder innen hvilke rammer behandlingen skjer, idet behandling for en stor del gis av spesialtjenester for brukere av illegale rusmidler i den sørlige delen av Europa, og gjennom generiske tilbud til rusmiddelavhengige i nord (unntatt i Danmark). En forklaring på dette kan være at landene i nord (unntatt Danmark) har en lengre tradisjon med stoff-fri behandling av alkoholisme enn landene i sør. Og når bruken av illegale stoffer begynte å spre seg, ble håndteringen av denne brukergruppen tilpasset innenfor allerede eksisterende behandlingstilbud. Ettersom de andre landene ikke hadde de samme behandlingsnettverkene, ble nye spesialiserte tjenester etablert for brukere av illegale narkotiske stoffer ⁽¹³⁰⁾.

Standard og kvalitet på behandling

Etablering av akkrediteringssystemer og kvalitetsstandarder, utarbeidelse av retningslinjer, opplæring av personell samt

⁽¹³⁰⁾ Se figur 40 OL: Problembbrukere i stoff-fri behandling (nettutgaven).

overvåking og evaluering er eksempler på tiltak som har som mål å sikre en viss standard og kvalitet på behandlingen i forbindelse med illegale rusmidler.

Akkrediterings- eller sertifiseringsordninger finnes i Tyskland, Frankrike, Luxembourg, Østerrike og Portugal og innebærer at et autorisert, uavhengig, eksternt organ fører tilsyn med tjenestene for å sikre at de innfrir bestemte krav som er fastsatt på forhånd. I noen land, f.eks. Frankrike og Luxembourg, må behandlingsinstitusjonene være sertifisert eller akkreditert for å motta finansiering. I andre land er nasjonal sertifisering mulig, men valgfri, selv om det finnes sertifiseringsmuligheter i henhold til internasjonale standarder, som ISO, i hele Europa.

Mange medlemsstater, f.eks. Hellas, Italia, Nederland, Østerrike og Finland, rapporterer at de har retningslinjer for gjennomføring av behandling som ivaretar kvalitetssikringsaspektet. I hvilken grad retningslinjene benyttes og gjennomføres, samt deres karakter, varierer imidlertid. Retningslinjer kan være veiledende i form av lett tilgjengelig eller delvis bindende prinsipper som må etterleves for at finansiering skal komme i betraktning. På EU-plan er det utarbeidet ikke-obligatoriske retningslinjer for levering av metadonbehandling, som er tilgjengelige på tysk, engelsk, fransk og spansk ⁽¹³¹⁾.

Alle medlemsstater har opplæringstilbud til behandlingspersonell, men ingen medlemsstater rapporterer om nasjonalt dekkende, systematisk opplæring av personell. Tilgjengeligheten, mangfoldet og nivået på opplæringen varierer mye landene imellom, noe som også gjelder i hvilken grad de berørte myndigheter er involvert i organiseringen av opplæringen.

Evaluering og forskning

Alle land rapporterer at det i ulike former foregår evaluering av og forskning på rusmiddelbehandling. Det store flertallet av studier er imidlertid i liten skala, gjennomført på institusjonsnivå eller lokalt plan. I Storbritannia er det gjennomført en landsomfattende undersøkelse i England og Wales av behandlingsresultater over 5 år ⁽¹³²⁾. Italias VEdette-studie, som omfatter nærmere 12 000 klienter i 118 polikliniske behandlingssentre (SerT), pågår fremdeles, og hittil foreligger bare preliminnære resultater. Ut fra de foreløpige resultatene var daglig gjennomsnittsdose metadon 40 mg, og bare 10 % av klientene mottok 60 mg eller mer, som er nødvendig dose ifølge vitenskapelig litteratur. Årlig

frafallsrate for stoff-fri behandling og vedlikeholdsbehandling med metadon var henholdsvis 52 % og 35 %. Det synes også som om større doser metadon reduserer risikoen for frafall. Studien bekreftet også at psykososial intervensjon er effektivt ⁽¹³³⁾. Den danske DANRIS-studien ⁽¹³⁴⁾, som startet opp i mai 2000, tar sikte på å kartlegge behandling og behandlingseffektivitet ved ca. 40 sentre hvor klientene innlegges til behandling. På europeisk plan har Treat 2000-prosjektet, som delfinansieres av det 5. rammeprogrammet for forskning, til målsetting å analysere og sammenligne helse- og omsorgsordninger og deres effektivitet når det gjelder håndtering av opioidavhengige i seks europeiske regioner.

Tiltak rettet mot narkotikabrukere innenfor strafferettssystemet

Politiske rammer

Narkotikaavhengighet spiller en sentral rolle i forbindelse med narkotikalovbrudd og mindre grove vinningsforbrytelser. En stor andel av narkotikabrukerne arresteres, og mange fengsles. I tillegg begynner en del innsatte å bruke narkotika under soning. Strafferettssystemene i alle EUs medlemsstater og Norge tar hensyn til disse kjensgjerningene. De fleste EU-landene har i sine narkotikastrategier fokusert på å bedre kvaliteten på de psykososiale tilbudene og helsetjenestene rettet mot narkotikaavhengige i fengslene.

På grunn av det stigende antallet innsatte narkotikabrukere og påfølgende overbefolkning i fengslene, har det vokst fram et behov for et fleksibelt strafferettssystem. I erkjennelse av at fengsel kanskje ikke er det beste miljøet for narkotikabrukere, har det blitt satset på en utbygging av alternativene til domfellelse og fengsling. Samarbeidet mellom strafferettslige strukturer, dvs. fengselsvesen og kriminalomsorg, og mellom disse og helsevesenet, betraktes generelt å trenge forbedring, og hensiktsmessige tiltak på området blir nå utviklet ⁽¹³⁵⁾.

Fengselsbaserte psykologiske og helsemessige intervensjoner

Tilbudet til innsatte som bruker narkotika utvides, og de fleste land der behandling av avhengighet er generelt tilgjengelig i fengslene, har også skadereduserende tiltak (tabell 4). En analyse av fengselsbaserte programmer i EDDRA (Exchange on European Drug Demand Reduction Action) ⁽¹³⁶⁾ fant at den overordnede målsettingen for

⁽¹³¹⁾ Retningslinjene er lagt ut på Euromethworks nettside på <http://www.q4q.nl/methwork/home2.htm>.

⁽¹³²⁾ <http://www.ntors.org.uk>.

⁽¹³³⁾ <http://www.studio-vedette.it/publicazioni.htm>.

⁽¹³⁴⁾ <http://www.crf-au.dk/danrisenglish/default2.asp>.

⁽¹³⁵⁾ Se tabell 12 OL: Nyere narkotikastrategier rettet mot innsatte, direktiver fra departementene samt servicestandarder i EU og Norge (nettutgaven).

⁽¹³⁶⁾ <http://eddra.emcdda.eu.int>.

Tabell 4: Helse- og sosialtjenester tilgjengelig for narkotikabrukere i fengsel i EU ⁽¹⁾ ⁽²⁾

% av fengsler som har et helse- og sosialtilbud	Avvenningsbehandling			Substitusjonsbehandling	Skadereduksjonsorientert behandling				
	Avrusning	Stoff-frie enheter	Behandlingsmiljøer i fengslene		Blodscreening	Vaksinasjonsprogrammer	Utdeling av desinfiserende midler	Sprøytebytte	Utdeling av kondomer
Alle	Belgia, Danmark, Spania, Frankrike, Luxembourg, Nederland, Østerrike, Portugal, Sverige			Belgia, Danmark, Spania, Frankrike, Østerrike, Portugal	Belgia, Hellas, Spania, Frankrike, Irland, Luxembourg, Nederland, Østerrike, Portugal, Sverige	Danmark, Hellas, Spania, Frankrike, Irland, Luxembourg, Østerrike, Portugal	Belgia, Danmark, Spania, Frankrike, Østerrike, Portugal, Norge		Belgia, Danmark, Spania, Frankrike, Østerrike, Portugal, Sverige, Norge
Mer enn halvparten	Irland, Finland, Storbritannia	Finland, Storbritannia		Luxembourg	Finland	Finland, Storbritannia	Finland		Luxembourg, Finland, Storbritannia
Under halvparten	Hellas, Italia, Norge	Danmark, Nederland, Belgia, Hellas, Spania, Irland, Østerrike, Portugal, Sverige, Norge	Belgia, Danmark, Spania, Hellas, Østerrike, Portugal, Finland, Norge	Irland, Italia, Finland, Storbritannia			Storbritannia	Tyskland, Spain	
Ingen		Italia, Frankrike, Luxembourg	Frankrike, Irland, Italia, Luxembourg, Nederland, Sverige, Storbritannia	Hellas, Nederland, Sverige	Danmark, Storbritannia, Norge	Belgia, Nederland, Sverige	Hellas, Irland, Italia, Luxembourg, Nederland, Sverige	Belgia, Danmark, Hellas, Frankrike, Irland, Italia, Luxembourg, Nederland, Østerrike, Portugal, Finland, Sverige, Storbritannia, Norge	Hellas, Irland, Italia, Nederland

⁽¹⁾ Data fra Tyskland mangler pga. rettssystemets føderale struktur.

⁽²⁾ En utvidet utgave av denne tabellen er tilgjengelig som tabell 13 OL: Fengselsbaserte tiltak for narkotikabrukere (nettutgaven).

Kilde: Nasjonale Reitox-rapporter (2002).

intervensjonene ikke er helserelatert, men sikter mot reduksjon av narkotikarelatert kriminalitet ⁽¹³⁷⁾.

Det generelle bildet er at det i hvert land finnes spesialtjenester enten i nesten alle fengsler eller i nesten ingen. Dette gjelder spesielt skadereduksjonstiltakene, som vist i tabell 4. Blodscreening og vaksinasjonsprogrammer er tilgjengelig, og desinfiserende midler og kondomer deles ut i nesten alle fengselsinstitusjoner i om lag to tredeler av landene, men disse tjenestene mangler fullstendig i om lag

en tredel av medlemsstatene. Dette viser hvor viktig den nasjonale politikken er for tjenestenes tilgjengelighet i fengslene. Det blir imidlertid vanligvis gjennomført pilotprosjekter i enkeltfengsler før en nasjonal politikk vedtas.

Avrusning er det tiltaket som oftest blir iverksatt. Det er tilgjengelig i nesten alle fengsler i ni land, og litt mindre utbredt i bare tre land: Hellas (data for 2001), Italia og Norge. Sprøytebytte er det minst vanlige av de tiltakene

⁽¹³⁷⁾ EONN: Strafferettsbaserte tiltak for etterspørsels- og skadereduserende tiltak i EU – en analyse av programmer på politistasjonsnivå, domstolsnivå og fengselsnivå (http://eddrapdf.emcdda.eu.int/eddra_cjs.pdf).

som er undersøkt, idet sprøytebytteprogrammer bare finnes i Spania (11 av 68 fengsler) og i Tyskland (4 av 222 fengsler). Tilgjengeligheten av substitusjonsbehandling følger samme mønster som i samfunnet for øvrig (unntatt i Nederland), og tjenesten er tilgjengelig i nesten alle fengsler i seks medlemsstater. I andre land tilbys slike tjenester i svært få eller ingen av fengselsinstitusjonene ⁽¹³⁸⁾.

Alternativer til fengsling

Tilgjengeligheten av nærmiljøbaserte alternativer til fengsling ⁽¹³⁹⁾ for lovbrøtere som bruker narkotika, har økt i EUs medlemsstater siden slutten av 1990-tallet ⁽¹⁴⁰⁾. Alternativene er utviklet innenfor en bred ramme av nyskapende straffepolitiske tiltak, hvis to andre hovedkomponenter består i meklings og erstatning (dvs. en trend i retning samfunnstjeneste). Alternativene består i grunnen av tilbud om behandling. Det er dokumentert at behandling effektivt reduserer narkotikabruk og kriminalitet (Stevens *et al.*, 2003). Behandling kan ha særlig kriminalitetsreducerende effekt dersom den rettes mot langtidsnarkomane, som står for flertallet av forseelsene. I tillegg er det funnet at fengselsstraff har liten avskrekkende effekt når det gjelder mindre forseelser (Brochu, 1999).

Det foreligger ingen entydige beviser for at behandling som i realiteten er tvungen, lykkes. Europeisk forskning har en tendens til å være mer skeptisk med hensyn til dette enn amerikansk forskning, som siden 1970-tallet har rapportert om positive resultater. Det er behov for å forske mer på prosess og resultat, og forskningen bør omfatte både kvantitative og kvalitative studier. Evaluering av en dansk ordning som lar lovbrøtere sone i en egen behandlingsenhet i fengselet, viste at kriminaliteten gikk ned, særlig for langtidskriminelle som ble tilbudt denne alternative soningformen (Nasjonal rapport for Danmark, 2002). Triple Ex-prosjektet i Haag, en tvungen form for behandling, fant at lengre behandlingstider var assosiert med redusert tilbakefallsrate (Vermeulen *et al.*, 1999).

Mange av de faktorene som fører til at alternativer til straff mislykkes, er knyttet til mangel på samordning mellom de forskjellige sektorene som er involvert, dvs. rettsvesen, helsevesen og sosialvesen. Det er typisk at evalueringer avslører; hull i finansieringen av behandlingen ⁽¹⁴¹⁾, mangel på klare skillelinjer mellom dommerens og behandlingspersonalets roller med hensyn til hvem som skal bestemme hvilken type behandling som er best egnet og et

utilfredsstillende behandlingstilbud i nærmiljøet ⁽¹⁴²⁾ (EONN, 2003a). En evaluering av samfunnstjenesten, som er et av de virkemidlene det irske rettsystemet har for å omdirigere narkotikabrukere til alternative former for straff, viser at formelt og/eller uformelt samarbeid på tvers av faglig grenser er avgjørende for at behandlingen skal lykkes (Ekspertgruppen på velferd og kriminalomsorg i frihet, 1999).

Rettsystemene i medlemsstatene har utformet særskilte tiltak rettet mot unge narkotikabrukere, som også omfatter tidlig intervensjon og alternativer til strafforfølgning. Tidlig intervensjon tar sikte på å forebygge kriminalitet ved å settes inn på et tidlig stadium i den kriminelle løpebane. Et av de tiltakene som oftest settes inn i medlemsstatene, er å få de unge ut av det strafferettslige systemet og inn i et alternativt sosial-/helseprogram og derved unngå eller utsette den første fengselsdommen. I Portugal er Kommisjonene til avvergelse av rusmiddelmissbruk et eksempel på en slik struktur som er opprettet for å gjennomføre alternativer til strafforfølgning. Kommisjonene ble opprettet i forbindelse med at besittelse av narkotika for eget bruk ble avkriminalisert i 2001. Evalueringen etter ett år viser positive resultater med hensyn til å forebygge utviklingen av et rusmiddelproblem og redusere tiden fra den problematiske bruken av narkotika oppstår til vedkommende kommer i kontakt med en behandlingsinstitusjon (Nasjonal rapport for Portugal 2002).

Tilbudsreduksjon

Forbudstiltak

Ifølge Europols rapport om organisert kriminalitet er produksjon og smugling av narkotika fortsatt den viktigste virksomheten for kriminelle grupper i EU. Ikke noe annet område innen organisert kriminalitet gir så enorm fortjeneste ⁽¹⁴³⁾.

‘Interpol i arbeid 2001’ rapporterer at økt internasjonalt samarbeid har resultert i en rekke politioperasjoner. Project Exit, som var basert på utveksling av etterretningsopplysninger, resulterte for eksempel i store ecstasybeslag i Europa. I tillegg ble store forsendelser fra europeiske lufthavner til Nord-Amerika avslørt. Programmet for utveksling av narkotikaopplysninger (Drug Data Sharing Program), der Interpol, FNs program for narkotikakontroll (UNCDP) og Verdens tollorganisasjon (WCO) deltar med utveksling av etterretningsopplysninger, fortsatte å spille en nøkkelrolle i kampen mot smugling av syntetiske stoffer.

⁽¹³⁸⁾ Se tabell 13 OL: Fengselsbaserte tiltak for narkotikabrukere (nettutgaven).

⁽¹³⁹⁾ Figur 41 OL: Alternativer til fengsel – konseptuelle rammer (nettutgaven).

⁽¹⁴⁰⁾ Se tabell 14 OL: Alternativer til fengsling rettet mot lovbrøtere som bruker narkotika – en sammenlignende beskrivelse for EU (nettutgaven).

⁽¹⁴¹⁾ Evalueringen av et svensk prosjekt med alternativ til fengsel avdekket mangel på økonomiske midler til å betale for behandlingen etter avsluttet soning (Nasjonal rapport for Sverige, 2003).

⁽¹⁴²⁾ http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/alternatives_prison_expert.pdf.

⁽¹⁴³⁾ Ytterligere opplysninger er gitt i boks 15 OL: Forbudstiltak (nettutgaven).

Tiltak mot hvitvasking av penger

Estimater fra Europol viser at kokainhandelen genererer milliarder av euro i EU. Hvitvaskingsmetodene omfatter både fysiske og elektroniske pengebevegelser. Det er fortsatt vanskelig å finne forbindelsene mellom pengestrømmene og tilhørende forretningstransaksjoner relatert til narkotika. Interpol har utviklet verktøy til bekjempelse av ulike hvitvaskingssystemer. I 2001 ble det igangsatt spesialopplæring for etterforskere slik at de kunne bli bedre kjent med disse ⁽¹⁴⁴⁾ ⁽¹⁴⁵⁾.

Ifølge OECDs særskilte arbeidsgruppe mot økonomisk kriminalitet (Financial Action Task Force – FATF) årsrapport for 2001–02 ⁽¹⁴⁶⁾, etterkommer bare syv medlemsstater fullstendig 28 av arbeidsgruppens 40 anbefalinger som krever konkrete nasjonale tiltak, de andre landene etterkommer ikke anbefalingene fullstendig ⁽¹⁴⁷⁾.

Tiltak mot avledning av kontrollerte kjemikalier

FNs internasjonale kontrollråd for narkotika (INCB) bemerker i sin rapport for 2002 om 'kontrollerte kjemikalier' at de største eksportlandene nå framlegger eksportdata, men at Frankrike, som tidligere la fram utfyllende data om sin eksport av kontrollerte stoffer, dessverre ikke hadde levert slike data for 2001. De fleste eksportlandene framla opplysninger om prekursorer som brukes i framstillingen av sentralstimulerende stoffer av amfetamintypen. Danmark, Spania, Tyskland og Storbritannia la fram eksportdata for norefedrin, som i 2000 for første gang var oppført i tabell I i INCB-rapporten (som krever forhåndsmelding ved eksport). I tillegg framla de fleste landene i EU som produserer fenyl-2-propanon og safrol data ⁽¹⁴⁸⁾. Særlig gjennom Operation Purple lyktes det regjeringene å hindre avledning av kaliumpermanganat ⁽¹⁴⁹⁾, som brukes i ulovlig framstilling av kokain. I 2001 gikk antallet forsendelser og overvåket volum ned ⁽¹⁵⁰⁾.

Syv ulovlige laboratorier for framstilling av kaliumpermanganat ble ødelagt i Colombia under Operation Purple, fra april til september 2002. I og med at kaliumpermanganat etter hvert blir vanskeligere å avlede fra den lovlige omsetningen, prøver kokainprodusentene å framstille dette kjemikaliyet selv.

Den internasjonale Operation Topaz, som overvåker smugling av eddiksyre ⁽¹⁵¹⁾, fungerer fortsatt godt med hensyn både til internasjonal sporing av lovlige forsendelser og politietterspøring som skal etterspore opprinnelsen til kjemikalieforsendelser som ble beslaglagt eller fanget opp. I perioden januar-november 2002 ble det rapportert om 2 800 eksportforsendelser som omfattet nærmere 300 000 tonn eddiksyre. Belgia og Nederland, som de fleste forsendelsene stammet fra, bidro særlig til å sikre at det internasjonale sporingsprogrammet fungerte så godt. De fleste transaksjonene skjer mellom medlemsstater i EU, og hele 92 % av de overvåkede forsendelsene ble rapportert av medlemsstater i EU. Konsentrasjonen av lovlig handel innen EU og suksessen for Operation Topaz' kontrollprosedyrer har ført til at det skal foretas en gjennomgang for å finne et gangbart alternativ til sporingen av enkeltforsendelser i EU.

Ifølge Europol stammer inntil 90 % av den heroinen som beslaglegges på EU-markedet fra Sørvest-Asia (Afghanistan). Til tross for innsatsen som er gjort for å få slutt på opiumsdyrkingen, er produksjonen i 2002 anslått til 3 400 tonn. Ut fra den kjensgjerning at noe av den eddiksyren som avledes fra lovlige leveringskanaler smugles til Afghanistan, ble det opprettet en internasjonal arbeidsgruppe fra Tyskland, Storbritannia og USA som skal bistå med teknisk assistanse i kampen mot smugling i denne regionen.

I løpet av 2001 ble det beslaglagt over 200 tonn eddiksyre. Dette er den største mengden for ett år som noen gang er rapportert. Det største enkeltbeslaget ble gjort i Storbritannia, der det ble avslørt et forsøk på å avlede 70 tonn til Jugoslavia. Andre europeiske land som rapporterer om beslag av eddiksyre er Belgia, Tyskland, Italia og Slovenia.

For å hindre avledning av kjemiske prekursorer som brukes i framstillingen av amfetaminlignende stimulerende stoffer som efedrin, norefedrin og 3,4-MDP-2-P, har INCB i samarbeid med Europakommisjonen og USA inngått avtale om et frivillig internasjonalt prosjekt, Project Prism, som skal hjelpe regjeringene til å nå dette målet ⁽¹⁵²⁾ ⁽¹⁵³⁾.

⁽¹⁴⁴⁾ <http://www.interpol.int/Public/FinancialCrime/MoneyLaundering/EthnicMoney/default.asp>.

⁽¹⁴⁵⁾ Ytterligere opplysninger er gitt i boks 16 OL: Tiltak mot hvitvasking av penger (nettutgaven).

⁽¹⁴⁶⁾ http://www.fatf-gafi.org/pdf/AR2002_en.pdf.

⁽¹⁴⁷⁾ Boks 17 OL: Grad av compliance (FATF) (nettutgaven).

⁽¹⁴⁸⁾ Boks 18 OL: Tiltak mot avledning av kontrollerte kjemikalier (INCB) (nettutgaven).

⁽¹⁴⁹⁾ Kaliumpermanganat er en lovlig kjemisk forbindelse som er en viktig reagent i analytisk og syntetisk organisk kjemi. Det brukes i blekemidler, desinfiserende midler og antibakterielle og soppdrepende midler. Det brukes til vannrensing.

⁽¹⁵⁰⁾ Boks 19 OL: Operation Purple (nettutgaven).

⁽¹⁵¹⁾ Eddiksyre er et acetylerende og uttørrkende middel som brukes i kjemisk og farmasøytisk industri til framstilling av celluloseacetat, til tekstilproduksjon, kaldbleking og polering av metall og i framstillingen av bremsevæske, fargestoffer og eksplosiver.

⁽¹⁵²⁾ http://www.incb.org/e/ind_ar.htm.

⁽¹⁵³⁾ Boks 20 OL: INCB (nettutgaven).



Kapittel 3

Utvalgte aspekter

Dette kapittelet fokuserer på tre problemstillinger knyttet til narkotikaproblemet i Europa: bruk av narkotika og alkohol blant unge, sosial eksklusjon og reintegrasjon samt offentlige utgifter til reduksjon av etterspørselen etter narkotika.

Narkotika- og alkoholbruk blant unge mennesker

Unge mennesker er ofte i forkant av samfunnsmessige endringer, og stigende trender for bruk av alkohol og ulovlige narkotiske stoffer blant unge er noe av det som preger samfunnsutviklingen i Europa. Det at alkoholbruk behandles i denne delen av rapporten er nytt og en følge av bekymring over de sammensatte mønstrene for rusmiddelbruk og avhengighet, helseskader og kriminell atferd som dette fører med seg. Mønstrene for bruk av psykoaktive stoffer representerer en særskilt utfordring for beslutningstakere om å utvikle et tilstrekkelig bredt spekter av effektive tiltak som settes inn til rett tid.

EU har satt seg som mål over en femårsperiode å redusere utbredelsen av ulovlig narkotikabruk og rekrutteringen til slik bruk, særlig blant unge under 18 år samt å utvikle nye tilnærmingmåter til forebygging (COR 32).

Materialet som dette kapittelet bygger på, omfatter blant annet nasjonale Reitox-rapporter og befolkningsundersøkelser. Sammenlignbare data om unge mennesker er stort sett hentet fra 1995- og 1999-rapportene fra Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD), som ble utført blant 15–16-årige skoleelever i ni medlemsstater. Dataene fra Nederland som framkom i ESPAD-undersøkelsen, er ikke direkte sammenlignbare med dataene fra de andre medlemsstatene som deltok i undersøkelsen. Publisert forskning, grå litteratur ⁽¹⁵⁴⁾ og offentlige utredninger om narkotika- og alkoholbruk blant unge mennesker (særlig fra Frankrike og Storbritannia) er også brukt som referansemateriale.

Utbredelse, holdninger og trender

Utbredelse

Med unntak av tobakk og koffein er alkohol det psykoaktive stoffet som blir mest brukt blant unge mennesker i EU. Andelen av 15–16 år gamle skoleelever som én gang i livet

har vært beruset varierer fra 36 % i Portugal til 89 % i Danmark ⁽¹⁵⁵⁾ (fig. 19) ⁽¹⁵⁶⁾. De fleste unge i EU har aldri brukt ulovlige rusmidler, men blant de som har, er cannabis det mest brukte stoffet, etterfulgt av snifffestoffer/løsningsmidler ⁽¹⁵⁷⁾. Ifølge ESPAD-undersøkelsen i Hellas og Sverige i 1999 er livstidserfaringen med bruk av snifffestoffer/løsningsmidler like høy eller høyere enn livstidserfaringen med bruk av cannabis blant 15–16-årige skoleelever ⁽¹⁵⁸⁾.

Nasjonale skoleundersøkelser måler ikke problematisk stoffbruk blant unge mennesker, men de er en svært verdifull kilde for vurdering av eksperimentell narkotikabruk og holdninger blant unge mennesker. Ifølge Reitox-rapporter og data fra ESPAD 1999 var livstidsprevalensen for cannabisbruk lavest i Portugal (8 %), Sverige (8 %), Hellas (9 %) og Finland (10 %). Livstidsprevalensen var høyest i Frankrike (35 %), Storbritannia (35 %) og Irland (32 %), etterfulgt av Spania, med 30 %. Utvalgsstørrelsen i skoleundersøkelsene er presentert i statistisk tabell 3 ⁽¹⁵⁹⁾. Sammenlignbarheten for dataene i denne tabellen er begrenset ettersom ikke alle medlemsstater benytter samme metode for skoleundersøkelser.

Blant 15–16 år gamle skoleelever er livstidsprevalensen for cannabisbruk, snifffestoffer, beroligende midler og sedativa (uten resept) generelt høyere enn for bruk av stimulerende og hallusinogene stoffer. I hele EU er det relativt sjelden at skoleelever eksperimenterer med kokain og heroin, og livstidserfaringen med disse stoffene varierer fra 0 % til 4 % (statistisk tabell 3).

De fleste unge som har prøvd cannabis har en viss erfaring med alkohol og tobakk. Unge som bruker ecstasy, amfetamin, kokain og hallusinoener har tendens til å skille seg ut og tilhøre bestemte sosiale grupper. Forholdet mellom bruk av ulike stofftyper vises i tabell 15 OL (nettutgaven) basert på data fra en spansk skoleundersøkelse (Observatorio Español

⁽¹⁵⁴⁾ Definert som 'et dokument som ikke er publisert i tidsskrift hvor innholdet er gjennomgått av ekspert'. For ytterligere informasjon, se QED network journal (<http://qed.emcdda.eu.int/journal/bulletin27.shtml>).

⁽¹⁵⁵⁾ Basert på svar på spørsmål om de har vært 'beruset etter å ha drukket alkoholholdige drikker'.

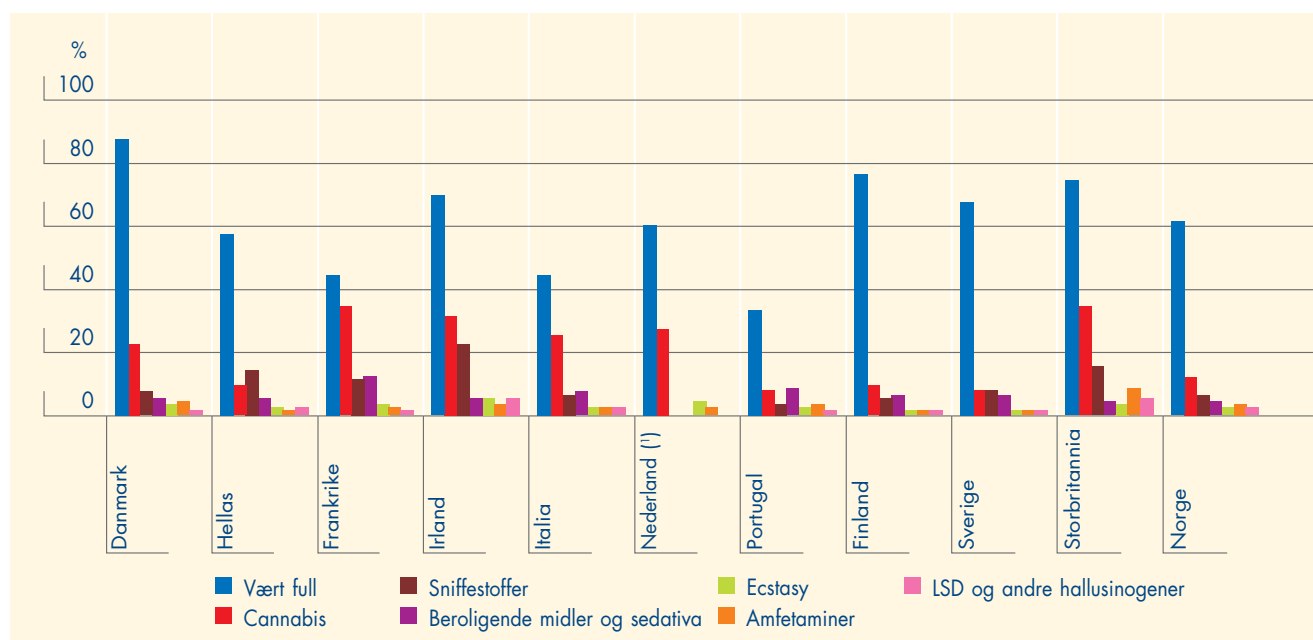
⁽¹⁵⁶⁾ Figur 42 OL: Sammenligning mellom 'overstadig beruselse' og cannabisbruk siste 30 dager.

⁽¹⁵⁷⁾ Basert på svar på spørsmål om de har 'sniffet et stoff (lim, aerosoler osv.) for å bli ruset'.

⁽¹⁵⁸⁾ Statistisk tabell 3: Skoleundersøkelser – livstidsprevalens blant skoleelever, 15–16 år (nettutgaven).

⁽¹⁵⁹⁾ Statistisk tabell 3: Skoleundersøkelser – livstidsprevalens blant skoleelever, 15–16 år (nettutgaven).

Figur 19: Livstidsprevalens for å ha vært full og for å ha brukt ulovlige stoffer (15–16 år gamle skoleelever)



(¹) Begrenset sammenlignbarhet.

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

sobre Drogas, 2002) ⁽¹⁶⁰⁾. En av de største utfordringene er å kunne iverksette tiltak som tar hensyn til at de ulike bruksmønstrene er svært sammensatte og alle har sine særegenheter (Calafat *et al.*, 1999; Parker og Eggington, 2002; Smit *et al.*, 2002).

At rusmiddelbruk er mer utbredt blant menn enn kvinner, kommer mye klarere fram i den voksne befolkningen enn blant skoleelever. Blant disse er imidlertid kjønnsforskjellene størst i Hellas, Frankrike, Italia og Portugal. Med ett unntak; at bruken av beroligende midler og sedativer uten resept og alkohol kombinert med 'piller' er generelt høyere blant jenter.

Det forekommer også variasjoner i utbredelse regionene imellom innenfor den enkelte medlemsstat. I Tyskland minsker skillet mellom øst og vest raskere blant skoleelever enn blant voksne. For andre aspekter ved utbredelsen av narkotika, som spredning av cannabis til distriktene, gjelder de samme observasjoner blant skoleelever som blant voksne.

Holdninger

Holdningene til ulike rusmidler kan bidra til å forutsi framtidig utbredelse av narkotikabruk. I 1999 varierte motstanden mot å drikke seg full én gang i uken mye, fra relativt liten motstand i Danmark (32 %) til stor i Italia (80 %). Motstanden mot eksperimentering med cannabis varierte mindre, og var minst i Frankrike (42 %) og størst i Portugal (79 %) og Sverige (78 %) ⁽¹⁶¹⁾. Holdninger bidrar til å forutsi trender, men andre faktorer er også involvert.

I alle medlemsstater var motstanden mot og oppfatningen av at det er knyttet 'stor risiko' til eksperimentering med rusmidler som ecstasy, kokain og heroin, generelt svært stor blant 15–16-åringene. Motstanden mot å prøve ecstasy varierte fra 71 % i Hellas til 90 % i Danmark.

Trender

Det knytter seg stadig større bekymring til de økende nivåene av beruselse og 'overstadig' rekreasjonsbruk av alkohol ⁽¹⁶²⁾. Fra 1995 til 1999 var det i Hellas og Norge en markant økning i livstidserfaring med beruselse pga. alkohol (fig. 20). Det finnes ikke direkte sammenlignbare data for alkoholbruk for de medlemsstatene som ikke deltar i ESPAD-undersøkelsene, men data om trender fra både Tyskland og Spania viser at det den siste tiden har vært en nedgang i alkoholkonsumet blant unge mennesker (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, 2002; Observatorio Español sobre Drogas, 2002). Imidlertid kan det totale forbruket gå ned selv om mønstre med 'overstadig beruselse' på grunn av alkohol brer om seg.

I løpet 1990-tallet steg livstidserfaringen med cannabisbruk til et slikt nivå at den nærmest må betraktes som utbredt i en rekke medlemsstater. I 1999 hadde imidlertid bruken av cannabis blant unge i Irland, Nederland og Storbritannia gått ned. Dette kan tyde på at utbredelsen har nådd et metningspunkt i disse landene, og at trenden tilsier en stabilisering rundt 30 %.

⁽¹⁶⁰⁾ Se tabell 15 OL: Forholdet mellom bruk av ulike stoffer blant spanske skoleelever (14–18 år) (nettutgaven).

⁽¹⁶¹⁾ Se figur 43 OL: Prosentandel av 15–16-årige skoleelever som er mot å drikke seg full sammenlignet med å prøve cannabis og ecstasy (nettutgaven).

⁽¹⁶²⁾ Figur 44 OL: Endringer i drikkevaner (5 drinker eller mer på rad) i løpet av siste 30 dager.

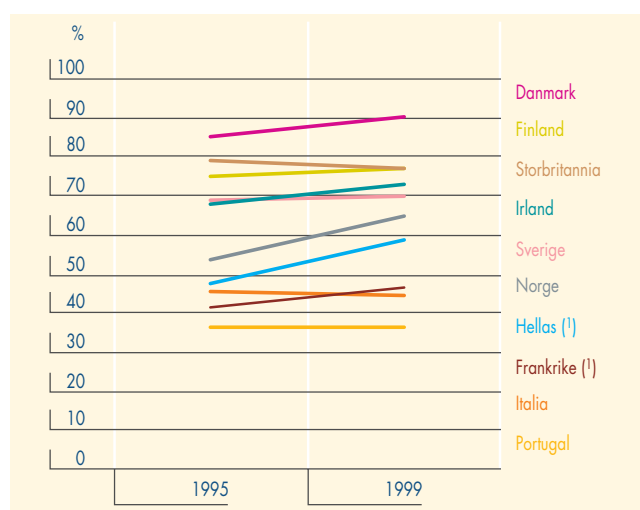
Det er også indikasjoner på at livstidsbruk av ecstasy har stabilisert seg på langt lavere nivåer enn det som er tilfellet for cannabis. For Storbritannias del ble nedgangen i livstidsprevalens for både cannabis og ecstasy ledsaget av en nedgang i oppfatninger om tilgjengelighet ⁽¹⁶³⁾ ⁽¹⁶⁴⁾ og en økning i motstand ⁽¹⁶⁵⁾. I 1999 var andelen elever som mente at risikoen forbundet med å prøve ecstasy en eller to ganger, høyest i de to medlemsstatene (Irland og Storbritannia) hvor livstidsprevalensen for ecstasy også var størst ⁽¹⁶⁶⁾, og hvor et relativt lite antall ecstasyrelaterte dødsfall hadde fått bred dekning i media. Mediadekning, sammen med et stadig mer negativt image, synes å ha ført til at ecstasybruk er blitt mindre utbredt i disse to medlemsstatene.

Unge mennesker bedømmer hverandre på bakgrunn av image, stil og statussymboler. Disse symbolene, som også kan være rusmidler, skifter hele tiden. Det at heroinbrukere for tiden har et negativt image, og at andre stoff er lett tilgjengelige, er viktige faktorer for valg av rusmiddel (FitzGerald *et al.*, 2003). En nyere analyse av tekster som omhandler rusmidler i engelskspråklig popmusikk fra etter 1960, viser at dagens musikere understreker skadevirkningene av cannabis mer enn deres forgjengere gjorde ⁽¹⁶⁷⁾ (Markert, 2001).

Resultatene fra en nyere undersøkelse blant 878 unge mennesker opp til 19 år gjennomført i 10 byer i EU

Figur 20: Livstidsprevalens for (A) å ha vært full, (B) bruk av cannabis, (C) bruk av ecstasy, 15–16 år gamle skoleelever

Figur 20 (A): Vært full



(!) Dataene for Frankrike og Hellas for 1995 er basert på surveyundersøkelser gjennomført i 1993.
Kilde: ESPAD Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner (1995 og 1999).

signaliserer en mulig tendens i hovedstrømningen i urban kultur til redusert amfetamin- og ecstasybruk og økt kokainbruk. Imidlertid var dette utvalget verken representativt eller stort nok til at det var mulig å trekke endelige konklusjoner. Denne studien fant også at deltakerne bruker mer penger på alkohol enn på narkotika eller noen annen enkeltkategori rekreasjonsforbruk, slike som inngangspenger til diskoteker, klubber eller kinoer, mobiltelefoner og tobakk (Calafat *et al.*, 2003) ⁽¹⁶⁸⁾.

Figure 20 (B): Brukt cannabis

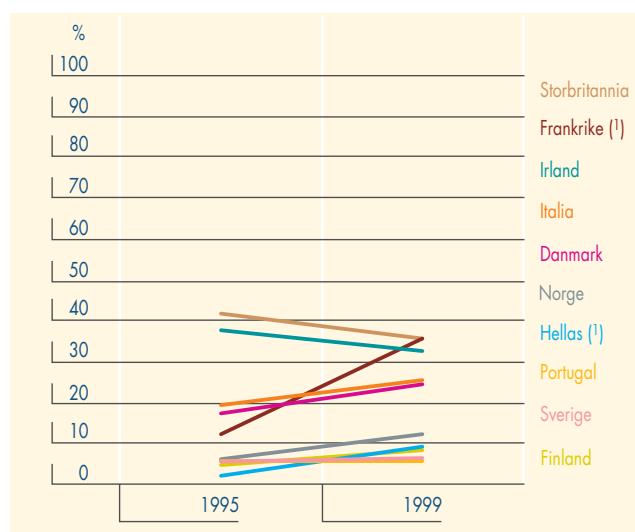
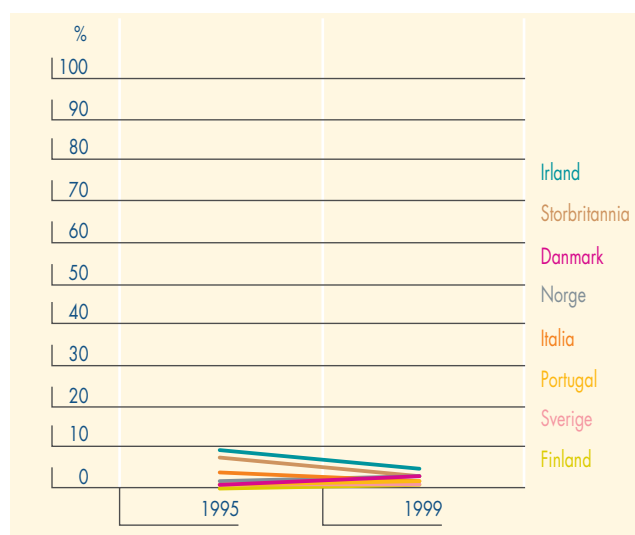


Figure 20 (C): Brukt ecstasy



⁽¹⁶³⁾ Basert på svar om at stoffet er 'svært lett' eller 'ganske lett' å få tak i om ønsket.

⁽¹⁶⁴⁾ Figur 45 OL: Endringer i oppfatning om tilgjengelighet av (A) cannabis og (B) ecstasy (nettutgaven).

⁽¹⁶⁵⁾ Figur 46 OL: Endring i prosentandelen av 15-16-åringene som er mot å (A) drikke seg full én gang i uken eller (B) prøve cannabis én eller to ganger eller (C) prøve ecstasy én eller to ganger (nettutgaven).

⁽¹⁶⁶⁾ Figur 47 OL: Prosentandel av 15-16-årige skoleelever som mener at det er 'stor risiko' forbundet med å bruke ecstasy én eller to ganger og livstidsprevalens for ecstasybruk (nettutgaven).

⁽¹⁶⁷⁾ Figur 48 OL: Prosentandel av positive framstillinger i moderne popmusikk, 1960-1990-tallet (nettutgaven).

⁽¹⁶⁸⁾ Figur 49 OL: Beløp i euro brukt hver uke av 13-19-åringene i 10 byer i EU i 2001-2002 (nettutgaven).

Nesten alle medlemsstatene i EU (Belgia, Danmark, Tyskland, Spania, Frankrike, Luxembourg, Italia, Nederland, Østerrike, Portugal og Storbritannia) rapporterer om økende bekymring over et mulig større kokain- og base/crackmarked for unge problembrukere. Ytterligere informasjon om trender for tilgjengelighet finnes på s. 36.

Førstegangsbruk, mønstre og risikofaktorer

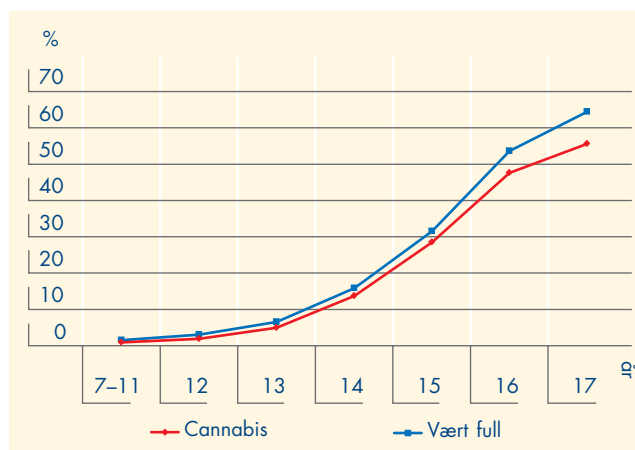
Generelt kan det sies at sannsynligheten for at unge mennesker i alderen 12–18 år drikker seg fulle eller blir tilbudt cannabis, eller andre ulovlige stoffer, samt deres villighet til å prøve rusmidler øker kraftig med alderen. Data fra den franske ESCAPAD-undersøkelsen (Beck, 2001) illustrerer dette. Figur 21 (A) viser at blant gutter i 13–14-årsalderen var andelen som hadde livstidserfaring med å være full 15,9 %, og andelen som hadde eksperimentert med cannabis var 13,8 %. Blant 17–18-åringer hadde andelen steget til henholdsvis 64,5 % og 55,7 %.

I en nyere undersøkelse blant unge mennesker i EU ble 'nysgjerrighet' oppgitt som viktigste grunn for å prøve narkotika (EORG, 2002). Flertallet av de som eksperimenterer med narkotika vil ikke fortsette å bruke stoff regelmessig. I et lite, men signifikant, mindretall vil bruken øke til intensive nivåer. Dette illustreres i figur 21 (B), som viser fordelingen av cannabisbruk blant den generelle befolkningen av 18-åringer i Frankrike. Undersøkelser i befolkningen generelt viser at livstidserfaring med ulovlige rusmidler er signifikant høyere enn nylig eller aktuell bruk ⁽¹⁶⁹⁾. Den sammenlignbare informasjonen om bruksmønstre blant personer som bruker narkotika regelmessig, er mindre velutviklet enn hva som er tilfellet for alkoholforskningen. Dette begrenser forståelsen av bruksmønstrene for narkotika, og dermed utarbeidelsen av effektive tiltak. Definisjonene på 'problematiske cannabisbruk' utredes i enkelte medlemsstater, og det har vært foreslått at mennesker som har brukt cannabis ved 20 eller flere anledninger i løpet av siste måned har størst risiko for å utvikle et problematisk bruksmønster (Beck, 2001 og Nasjonal rapport for Nederland). I henhold til denne definisjonen kan én av fem nederlendere som har brukt cannabis i løpet av siste måned klassifiseres 'i faresonen'. Ifølge figur 21 (B) faller 13,3 % av franske 18-årige menn inn denne kategorien, mot bare 3,6 % av 18-årige kvinner.

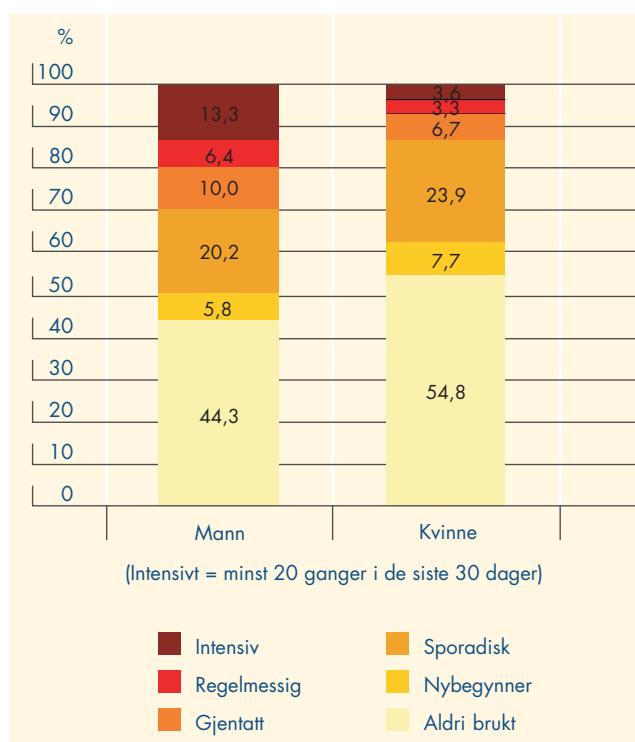
Et av de forholdene som vekker størst bekymring når det gjelder rekreasjonsbruk av cannabis, er knyttet til den såkalte 'trappetrinnsteorien' ⁽¹⁷⁰⁾. Forbindelsen mellom cannabisbruk og andre ulovlige stoffer er imidlertid kompleks og kan ikke reduseres til en enkel kausalmodell. En alternativ modell med 'fellesfaktorer' viser hvordan korrelasjonene mellom bruk av cannabis og harde stoffer

Figur 21: Bruk av cannabis blant 17–18-åringer i 2001. (A) Alder ved førstegangs bruk. (B) Grad av bruk.

Figur 21 (A): Debutalder for bruk av alkohol og cannabis for 17–18-årige gutter i Frankrike i 2001



Figur 21 (B): Grad av cannabisbruk i 17–18-årsalderen i Frankrike i 2001



Kilder: ESCAPAD (2001), OFDT. Teoretisk representativt utvalg.

skyldes en rekke felles risikofaktorer, herunder sårbarhet for og tilgang til narkotiske stoffer samt tilbøyelighet til å bruke stoff. Funn fra kohortstudier viser at bruk av ulovlige narkotiske stoffer sjelden er det første tegnet på at ungdommer har problemer. Bruk av alkohol, asosial atferd,

⁽¹⁶⁹⁾ Se figur 1 OL: Mønstre for cannabisbruk i befolkningen generelt – livstidserfaring kontra aktuell bruk (siste 30 dager), nasjonal prevalensundersøkelse (rusmiddelbruk) 2001 (Nederland).

⁽¹⁷⁰⁾ Baserer seg på hypotesen om at bruk av cannabis i seg selv øker risikoen for å begynne med harde stoffer.

skulking og kriminalitet forekommer ofte i en yngre alder enn cannabisbruk ⁽¹⁷¹⁾. Ungdommene bruker sjelden ulovlige stoffer uten samtidig å bli eksponert for andre brukere av ulovlige stoffer, og mener at de potensielle fordelene ved bruk oppveier potensielle ulemper (Engineer *et al.*, 2003). Bevis for 'trappetrinnsteorien' kan forklares med at cannabis setter brukerne i kontakt med et ulovlig marked, noe som letter tilgangen til andre illegale narkotiske stoffer og danner en plattform av aksept for å bruke andre illegale stoffer (Grant og Dawson, 1997; Petraitis *et al.*, 1998; Adalbjarnardottir og Rafnsson, 2002; Brook *et al.*, 2002; Morral *et al.*, 2002; Parker og Eggington, 2002; Pudney, 2002; Shillington og Clapp, 2002).

I Nederland fant en ungdomsundersøkelse i 1999 at flertallet av unge cannabisbrukere kjøpte stoffet av venner (46 %) og i 'coffee shops' (37 %) (De Zwart *et al.*, 2000).

Identifisering av en rekke risikofaktorer som virker inn på både førstegangsbruk og videre utvikling av narkotikabruken i en ekstremt heterogen ungdomsbefolkning, er en tilnærmingstype som etter hvert har fått stadig større gjennomslag. Faktorene følger et sammenhengende løp fra individ via samfunn til makromiljøfaktorer, men er trolig ikke de samme for rekreasjonsbruk som for problembruk.

Risikofaktorer

Måltrettede spørreundersøkelser har vist at enkelte grupper unge har langt høyere nivåer av narkotikabruk enn det man finner i den nasjonale befolkningen generelt. Dette gjelder gjerne unge mennesker som er utvist fra skole eller har skulket, begått lovbrudd, vært hjemløse eller har rømt hjemmefra, eller som har søsken som bruker narkotika (Lloyd, 1998; Swadi, 1999; Goulden og Sondhi, 2001; Hammersley *et al.*, 2003). En livsstilsundersøkelse blant unge mennesker i Storbritannia i 1998–99 (Youth Lifestyles Survey 1998–99) fant at utbredelsen av narkotikabruk var signifikant høyere blant disse sårbare gruppene ⁽¹⁷²⁾. Størrelsen på disse gruppene på nasjonalt plan tyder på at dagens skoleundersøkelser undervurderer utbredelsen av narkotika ved at de ikke identifiserer høyrisikogrupper av unge som ikke er å finne i skolemiljøene. Sammenlignbare data for EU om 'sårbare grupper' unge mennesker er for tiden mangelfulle. Unge mennesker som går ut om kvelden i bestemte dance-miljøer, utgjør en annen sårbar gruppe. Forbindelsene mellom bestemte ungdomskulturer og narkotika er veldokumentert, senest i forbindelse med spredningen i bruk av ecstasy (MDMA) (Griffiths *et al.*, 1997; Springer *et al.*, 1999). I techno-miljøene varierer livstidsprevalensen av ecstasybruk fra 12,5 % (Athen) til 85 % (London), mot en

livstidsprevalens på 1 % (Hellas) og 8 % (Storbritannia) blant den generelle befolkningen av unge voksne (EONN, 2002a).

Nærmiljø

I de senere årene har oppmerksomheten i stadig større grad blitt rettet mot sosiale, økonomiske og kulturelle determinanter, inkludert fysisk miljø (Spooner *et al.* 2001; Lupton *et al.*, 2002). Narkotikaproblemene er ofte konsentrert i bestemte geografiske områder og boligområder. Eksempelvis oppgir den nasjonale rapporten for Irland at barn i disse fokusgruppene forteller at det er helt kurant for dem å møte narkotikabrukere, og at de ofte ser brukerutstyr i trappeoppganger og på balkonger. Foreldrene uttrykte sterk uro over sine barns høye eksponering for narkotika (O'Higgins, 1999).

Dødsfall og akuttinnleggelser

Narkotika- og alkoholrelaterte dødsfall blant unge under 20 år forekommer forholdsvis sjelden. Antallet narkotikarelaterte dødsfall blant unge mennesker i EU sett under ett, steg imidlertid jevnt i løpet av 1990-tallet. Til sammen 3 103 dødsfall ble registrert blant unge mennesker i EU i perioden 1990–2000 ⁽¹⁷³⁾. Regnet i tapte leveår i forhold til forventet levealder ⁽¹⁷⁴⁾ er det forholdsmessige tapet større for et ungt menneske som dør enn for en eldre person. Ytterligere informasjon om narkotikarelaterte dødsfall finnes på s. 28–32. Storbritannia er den eneste medlemsstaten som rapporterer særskilt om dødsfall spesifikt relatert til sniffing av løsningsmidler. Over en periode på 18 år kunne 1 707 dødsfall konkret knyttes til dette fenomenet. De fleste av disse dødsfallene gjaldt personer i alderen 15–19 år (Field-Smith *et al.*, 2002). Til tross for den oppmerksomheten media har viet ecstasyrelaterte dødsfall, utgjør sniffestoffer trolig en større helsefare for ungdom enn bruk av andre narkotiske stoffer.

Fordi bruk av ulovlige narkotiske stoffer holdes skjult, og pga. kombinasjonsbruk av alkohol og andre rusmidler samt mangel på toksikologiske analyser, foreligger det ingen rutinemessig innsamlede data for EU om narkotikarelaterte, akutte innleggelser (Tait *et al.*, 2002). Det begrensede datatilfanget tyder på at alkohol belaster helsetjenestene i enkelte medlemsstater mer enn ulovlig narkotikabruk. Alkohol er i følge anslag fra WHO i den industrialiserte verden årlig skyld i 10–11 % av alle sykdomstilfeller og dødsfall (Rehn *et al.*, 2001). F.eks. fant en dansk undersøkelse blant unge mennesker i 2001 at færre 17-åringer rapporterte at de hadde vært på sykehus for narkotikarelaterte problemer, enn for alkoholrelaterte problemer (Nasjonal rapport for Danmark). I Irland fant en regional studie av pasientjournaler

⁽¹⁷¹⁾ Figur 50 OL: Prosentandel av 15-16-årige skoleelever som har drukket seg full eller prøvd cannabis ved 13 års alder eller yngre (nettutgaven).

⁽¹⁷²⁾ Figur 51 OL: Sammenligning av rusmiddelbruk blandt gruppe i faresonen (nettutgaven).

⁽¹⁷³⁾ Figur 52 OL: Akutte narkotikarelaterte dødsfall blant unge inntil 19 år meldt i EU (nettutgaven).

⁽¹⁷⁴⁾ I EU er gjennomsnittlig forventet levealder nå beregnet til 75 år for menn og 80 for kvinner.

over en tremånedersperiode at nesten alle de 55 sykehusinnleggelsene av unge i alderen 10–18 var knyttet til alkohol alene eller forsettlig selvforgiftning (Mid-Western Health Board, 2002; rapportert i Nasjonal rapport for Irland).

Rettslige tiltak og anbefalinger

I nesten alle medlemsstatene kontrolleres tilgjengeligheten av alkohol enten gjennom statlige monopol eller bevillingsordninger. Det er gjort forsøk på å begrense tilgangen til alkohol for unge i de fleste medlemsstatene i EU ved innføring av aldersgrenser (vanligvis 16 eller 18 år) for kjøp av alkohol både for konsum på stedet og til å ta med seg. Portugal innførte aldersgrenser ganske nylig – i januar 2002. Restriksjonene på alkoholreklame varierer fra totalforbud til frivillig regulering eller ingen restriksjoner (Rehn *et al.*, 2001; Bye, 2002). I Storbritannia ble salg av lightergass til personer under 18 år regulert gjennom Cigarette Lighter Refill (Safety) Regulations 1999 (Field-Smith *et al.*, 2002). Man mener at denne lovgivningen, sammen med opplysningskampanjer rettet mot foreldre, har ført til en reduksjon i antall dødsfall. Lovgivningene varierer noe, og lite er kjent om praksis. Et eksempel på nye initiativer som skal ta for seg praksisrelaterte spørsmål, finnes i Tyskland, som nylig har innført 'eplejuice-loven', som krever at alle skjenkesteder skal tilby minst én alkoholfri drikk billigere enn billigste alkoholholdige drikk (nasjonale rapporter fra Tyskland og Nederland). I Storbritannia har detaljister med støtte fra myndighetene lansert en ny ordning som går ut på at det deles ut spesielle 'tillatelser' til unge kunder for å håndheve aldersgrensene på kjøp av alkohol og løsningsmidler (BBC News).

I de senere årene har Nederland økt kontrollen med 'coffee shops', og 'coffee shops' som selger cannabis i nærheten av skoler er blitt stengt. I Nederland kan personer under 18 år ikke kjøpe cannabis. Reklame for cannabisprodukter er forbudt, og i de senere år har den skjerpede kontrollen med disse ført til en betraktelig reduksjon i antallet kunder under 18 år (Nasjonal rapport fra Nederland). I København, Danmark, har politiet stengt om lag 50 cannabisklubber siden loven som forbyr gjester i visse lokaler, trådte i kraft (Nasjonal rapport fra Danmark).

I Irland og Storbritannia er det nylig tatt initiativ for å redusere problemene knyttet til narkotika og alkohol blant unge mennesker. For eksempel fastsetter den irske barneloven (The Children's Bill) av 1999 at det er foreldrenes ansvar å ha kontroll med barna. Straffen for foreldre som ikke har kontroll med sine barn, er behandling for eget rusmiddelmisbruk og opplæring i foreldreferdigheter. Barn som anses være utenfor kontroll, kan pålegges husarrest om

kvelden/natten. I Irland står politiet for gjennomføringen av to nasjonale initiativer som skal sikre offentlig ro og orden. Operation Oíche fokuserer på mindreåriges drikking og bruk av ulovlige rusmidler samt salg av alkohol til mindreårige, og Operation Encounter fokuserer på asosial atferd på offentlig sted samt på steder med alkoholbevilling, på nattklubber og i 'hurtigmat'-utsalg. For ytterligere opplysninger om rettslige tiltak, se s. 42.

En bred, sammenhengende strøm av behov og tiltak

En viktig EU-målsetting i kampen mot narkotika- og alkoholmisbruk er å iverksette tiltak som har størst mulig virkning. Hovedfokus er satt på fem brede, noen ganger overlappende, målgrupper for tiltaksstrategiene: 1) unge i skolealder, 2) unge som eksperimenterer med eller bruker narkotika for rekreasjon, 3) unge fra områder med sosial nød, 4) unge lovbrytere og 5) unge som trenger narkotikabehandling ⁽¹⁷⁵⁾.

Unge i skolealder

Forebyggende arbeid på skolene er et av de mest utbredte tiltakene for denne målgruppen. Ytterligere opplysninger finnes på s. 45.

På skolepolitisk nivå har flere medlemsstater gitt anbefalinger for hvordan det skal reageres mot forhold som omfatter narkotika og elever som bruker narkotika. I Frankrike er det satt sterkt fokus på 'Referansepunkter for forebygging av risikoatferd i skolen' og problemløsning gjennom målrettet rådgivning. Det er også satt fokus på profesjonell opplæring av undervisningspersonalet for at de skal kunne håndtere avvikende atferd blant de unge. I Østerrike og Tyskland hjelper STEP-by-STEP-programmene ⁽¹⁷⁶⁾ lærere med å identifisere og gripe inn overfor elever som bruker narkotika. I Norge er det utgitt en håndbok for formålet.

Storbritannias rådgivingstjeneste for narkotikaforebygging (Drug Prevention Advisory Service) evaluerte et program for narkotikaforebygging rettet mot unge som var utvist fra skolen, og konklusjonen var at det er et klart behov for narkotikaprogrammer, men at korte perioder med narkotikaopplysning ikke er tilstrekkelig. Mange i programmets målgruppe brukte allerede narkotika, noe som tyder på at programmene bør gjennomføres i yngre alder, og at man bør identifisere problemene klart og håndtere dem. Portugals nye nasjonale rammeplan for forebygging forutsetter en bevilgning på 400 000 euro til alternative skolefagplaner og fagutdanning for unge som dropper ut av skolen. Nesten alle de selvstyrte provinsene i Spania har slike programmer på plass. I Hellas er de tidlige intervensjonene rettet mot ungdommer som bruker narkotika og deres familier (familieterapi), samt mot ungdommer som har problemer med loven.

⁽¹⁷⁵⁾ Figur 53 OL: Selektiv forebygging – tiltaksmål (nettutgaven).

⁽¹⁷⁶⁾ Se EDDRA http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36.

Eksperimentering med og rekreasjonsbruk av narkotika blant unge i nærmiljøet

Det blir stadig klarere hvilke potensielle skadevirkninger alkohol eller narkotika har på livet til en liten, men signifikant andel av ungdomsbefolkningen. En viktig målgruppe for mer effektive tiltak er sårbare grupper unge mennesker som bruker alkohol og eksperimenterer med narkotika for rekreasjonsformål, og som ikke er klar over, eller i stand til å kontrollere, de risikoene som er knyttet til deres bruksmønster (overdoser, ulykker, kriminalitet, vold, tap av studie-/arbeidsevne, seksuelt overførte infeksjoner og mer langsiktige helseskader på lever/hjerne, osv.) (Boys *et al.*, 1999; Parker og Egginton, 2002). Bekymringen over endrede mønstre for alkohol- og narkotikabruk for rekreasjonsformål øker stadig i EU, og særlig over helserisikoene for kvinner. Rekreasjonssteder som barer, diskoteker, sportsklubber og ungdomsklubber synes å være egnede steder for forebyggende arbeid ettersom de garanterer kontakt med et stort antall unge, hvorav mange bruker narkotika eller står i fare for å gjøre det ⁽¹⁷⁷⁾. Det er et presserende behov for metodetokumentasjon og grundig evaluering av tiltakene i slike miljøer.

I 2001 gjennomførte minst 30 % av 'departementene' i Frankrike forebyggende tiltak eller tilbød førstehjelp på danse-tilstelninger. I et helsedistrikt i Irland har 'The sound decisions'-prosjektet ⁽¹⁷⁸⁾ ansatte og besøkende på nattklubber som målgruppe. Luxembourg, derimot, har ikke noen hjemmel i lovgivningen som tillater narkotikaorganer å treffe tiltak overfor nattklubber.

I Nederland organiseres det opplæring i førstehjelp i narkotikarelaterte situasjoner for ledere/trenere i ulike fritidsmiljøer.

Det nederlandske 'Going out and drugs'-initiativet omfatter tiltak rettet mot ulike miljøer utenom skolen, hvor ungdom bruker narkotika, som 'coffee shops', diskoteker, fester og klubber, samt på store musikkarrangementer.

Mange prosjekter retter seg mot narkotikabrukere innen musikkmiljøet med sikte på å redusere risikoen for å bruke lovlige eller ulovlige rusmidler. Noen ganger kjøper prosjektets ansatte til forskjellige arrangementer i campingbil/vogn, hvor de i ro og fred kan drive uformell rådgivning. Særskilte telefonlinjer eller nettsted ⁽¹⁷⁹⁾ er andre tilbud.

EDDRA ⁽¹⁸⁰⁾ har utarbeidet en oversikt og analyse av eksempler på forebyggende arbeid i festmiljøer om disse

prosjektene. En oversikt over pågående prosjekter og dagens politikk finnes i en serie tabeller på Internett ⁽¹⁸¹⁾.

Ved rave-tilstelninger er ifølge en nyere studie finansiert av Kommisjonen, særskilte rådgivnings- og pilletestingstjenester på stedet effektive med hensyn til å nå unge som, selv om de bruker narkotika regelmessig, ikke anser seg selv som narkotikabrukere, og som ikke ville ha kontaktet etablerte rådgivningstjenester for narkotika. Studien fant også at pilletesting ikke undergraver forebyggende tiltak som tar sikte på avholdenhet ⁽¹⁸²⁾. Østerrike og Spania har utvidet disse tilbudene, mens Nederland har begrenset dem til tilbud av høy metodologisk standard.

En annen type tiltak går på jevnaldrende, selvhjelpsgrupper og alternativer til narkotikabruk, som f.eks. informasjon og psykososial støtte, samt engasjement i kulturelle eller sportslige aktiviteter (f.eks. sommerleire i Hellas). Spania har i noen år hatt alternative fritidsopplegg tilgjengelig over hele landet.

Norge, Sverige og Danmark har 'Natteravnene', som er grupper av frivillige voksne som i helgene om kvelden og natten patruljerer sentrumsgatene. Målet er å være synlige og tilgjengelige for de unge. Tanken er at nettopp det at de er til stede, vil redusere sannsynligheten for vold og skade.

Unge mennesker i områder med sosial nød

I Sverige har Narkotikakommisjonen gjennomgått forskningsmaterialet omkring forebyggende tiltak (Narkotikakommisjonen, 2000). Konklusjonen var at det er behov for tre ulike tiltak: konkrete tiltak rettet mot de fattigste, generelle tiltak for å bedre folkehelsen og tiltak som omfatter støtte til sårbare familier.

Irland, Portugal og Storbritannia er de eneste medlemsstatene som identifiserer bestemte områder med sikte på å igangsette spesialprogrammer i disse områdene. I Irland har 'Young People's Facilities and Services Fund' (YPFSF) som mål å trekke unge mennesker 'i faresonen' fra disse svakere stilte områdene inn i tilbud og aktiviteter som leder dem bort fra farene ved misbruk av rusmiddel. I Storbritannia arbeider 'Positive Futures' i 57 slike utsatte områder med gjennom idrett å trekke sårbare ungdommer bort fra narkotika og kriminalitet. De foreløpige resultatene er oppmuntrende og viser reduksjon i kriminell aktivitet og skulking, foruten økt samfunnsbevissthet i nærmiljøet. 'Health Action Zones' (HAZ) er tverrfaglige partnerskap i noen av de mest nødstedte områdene i England. Målet er å

⁽¹⁷⁷⁾ Figur 54 OL: Målgrupper for forebygging i fritidsmiljøer (nettutgaven).

⁽¹⁷⁸⁾ Se http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=356.

⁽¹⁷⁹⁾ Se <http://www.emcdda.eu.int/responses/infosites.shtml>.

⁽¹⁸⁰⁾ Se http://eddra.emcdda.eu.int:8008/FurtherReading/eddra_party_settings.pdf.

⁽¹⁸¹⁾ Tabell 16 OL: Viktigste kvantitative parametre for forebyggende tiltak i fritidsmiljøer; tabell 17 OL: Feltarbeid/forebygging i fritidsmiljøer; og tabell 18 OL: Oversikt over politikk og rammer for feltarbeid/forebygging i fritidsmiljøer (nettutgaven).

⁽¹⁸²⁾ Se http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828.

utjevne helsemessige ulikheter gjennom moderniseringsprogrammer for helse- og sosialomsorgen samt å dekke et vidt spekter av sårbare unge mennesker som man tror kan være i faresonen for narkotikamisbruk (130 prosjekter og tiltak i 26 HAZer). 'Connexions' er en britisk støtte- og rådgivingstjeneste for unge i alderen 13–19, som identifiserer unge mennesker i faresonen og henviser dem til spesialiserte narkotikatjenester. I 2002 var 27 partnerskap i drift, og ytterligere 20 er forventet å komme i gang i 2003.

I Storbritannia gjennomførte alle 'Drug Action Teams' (DAT) i 2001 en vurdering av unge menneskers behov, og skal planlegge tjenester for unge mennesker på grunnlag av 'Young People Substance Misuses Plans' (YPSMPS), fra allmenne forebyggende tjenester til behandlingstjenester for rusmiddelmisbruk, alt basert på lokale behov.

I Østerrike arbeider mobile sentre, med unge mennesker på gaten som målgruppe, i nært samarbeid med andre relevante hjelpeorganisasjoner, for på et tidlig stadium å yte assistanse til ungdom og unge voksne brukere. Det er forventet at den geografiske dekningen for disse sentrene vil bli utvidet i framtiden ⁽¹⁸³⁾.

I Finland tilbyr Walkers ungdomskafeer ⁽¹⁸⁴⁾ tidlig intervensjon. Tilbudet finnes nå på 24 steder. Frivillige voksne som har fått spesialopplæring spiller, med støtte fra profesjonelle ungdomsarbeidere, en viktig rolle. Det er gjort en innsats for å gjøre ungdomskafeene til trygge møteplasser. På samme måte er det i ett helsedistrikt i Irland åpnet en helserådgivningskafé, som skal drive forebyggende arbeid overfor unge mennesker samtidig som det gis direkte tilgang til helsetjenester.

I Norge har de fleste større kommuner utekontakter. De har blant annet som mål å tilby ulike forebyggende tiltak rettet mot større barn og ungdom samt gi rådgivning og henvise til støtte- og behandlingsapparat.

Unge lovbyrtere

Noen medlemsstater har målrettede støtte-, opplærings- og oppsøkende programmer for ungdom i faresonen, f.eks. unge lovbyrtere. En viktig effekt av noen av disse tiltakene har vært å redusere antallet ungdommer som blir straffedømt.

Tiltakene tilbyr alternativer til politi- og straffestrategier med sikte på å redusere eller forebygge at ungdom dras inn i kriminalitet med uopprettelige konsekvenser. De britiske 'Youth Offending Teams' (YOT) har rusmiddel-medarbeidere som evaluerer unge lovbyrtere med hensyn til narkotikamisbruk og om nødvendig tilbyr tiltak for å hindre videre misbruk. I Luxembourg driver ungdomssolidaritetsprosjektet MSF på et lignende grunnlag,

et direkte samarbeid med ungdomsdomstolene og andre kompetente aktører innen rettshåndhevelse.

FRED-prosjektet i Tyskland har som siktemål å tilby tidlig intervensjon for førstegangsregistrerte narkotikabrukere ⁽¹⁸⁵⁾. Finske prosjekter innen rettshåndhevelse opererer etter de samme prinsippene.

Unge med behov for behandlingstjenester

Etterspørselen etter behandling er en signifikant indikator på rusmiddelavhengighet og alvorlig nød. I 2001 stod unge mennesker inntil 19-årsalderen for nesten 10 % av den samlede registrerte etterspørselen etter spesialistbehandling for narkotika i EU. Over halvparten av disse fikk behandling for bruk av cannabis som hovedstoff. Nesten en firedel ble behandlet for opiatproblemer, og resten var likt fordelt på behandling for bruk av kokain og andre stimulerende stoffer. Der er imidlertid nasjonale variasjoner – f.eks. behandler Irland en større andel unge enn noe annet land i EU. Behandling for ungdom under 18 år kompliseres av problemstillinger som foreldresamtykke og bekymring med hensyn til forskrivning av substitusjonsmedikamenter i mangel av tilstrekkelig forskning på virkningene av slike stoffer i denne aldersgruppen. De fleste unge som får behandling for tunge stoffproblemer, deltar i ordinære behandlingstilbud.

Noen land har utviklet spesialiserte behandlingstilbud for denne aldersgruppen. Nederland har f.eks. en småskalaklinikk med 13–18-åringer som målgruppe. I Finland er det lagt særlig vekt på vedvarende og intensiv psykososial behandling over tid, med nødvendig behandling i institusjon. Ut fra informasjonen fra 1999 var det seks behandlingssenheter for unge stoffmisbrukere, med til sammen 40 senger, samt tre enheter innenfor spesialskoler, som spesialiserte seg på narkotikabehandling, med til sammen 23 senger. Luxembourg har ett spesialisert senter hvor 43 % av klientene er under 16 år. I Hellas rettes tidlig intervensjon mot ungdom som bruker narkotika og deres familier (familieterapi), og ungdommer som har problemer med rettsvesnet.

I Sverige kan unge mellom 12 og 21 år som har alvorlige psykososiale problemer, ofte assosiert med elementer av kriminell atferd og bruk av psykoaktive stoffer, bli plassert i institusjon uten eget samtykke. Behandlingsmetodene omfatter miljøterapi, funksjonell familieterapi, kognitiv atferdsterapi og, for stoffmisbruk, 12-trinnsmetoden. Som et alternativ til fengsling blir unge lovbyrtere tatt hånd om i henhold til 'Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga' i lukkede institusjoner for behandling av unge ⁽¹⁸⁶⁾. For ytterligere opplysninger om behandlingstiltak, se s. 49.

⁽¹⁸³⁾ Se Auftrieb på http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2086.

⁽¹⁸⁴⁾ Se <http://www.aseanlapset.fi/walkers-nuorisokahvila/walkers-kahvila-suomessa/>.

⁽¹⁸⁵⁾ Se EDDRA http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091.

⁽¹⁸⁶⁾ Se <http://www.stat-inst.se/article.asp?articleID=87>.

Sosial eksklusjon og reintegrasjon

Definisjoner og konsepter

Ifølge den siste spørreundersøkelsen om 'sosial utrygghet og integrasjon' ⁽¹⁸⁷⁾ varierer andelen av den europeiske befolkningen som er truet av fattigdom og sosial eksklusjon fra 9 % til 22 % (Det europeiske råd, 2001). Mennesker anses som sosialt ekskludert dersom de 'er forhindret fra å delta fullt ut i det økonomiske, sosiale eller sivile liv, og/eller dersom deres adgang til inntekt og andre ressurser (personlige, familiemessige og kulturelle) er så utilstrekkelige at de er forhindret fra å ha en levestandard som regnes som akseptabel av det samfunnet de lever i' (Gallie og Paugam, 2002).

Sosial eksklusjon kan dermed defineres som en kombinasjon av mangel på økonomiske ressurser, sosial isolasjon og begrenset adgang til sosiale rettigheter og borgerrettigheter. Det er et relativt begrep innenfor det enkelte samfunn (CEIES, 1999) og representerer en progressiv akkumulasjon av sosiale og økonomiske faktorer over tid. Problemer i forbindelse med arbeid, utdanning og levestandard, helse, nasjonalitet, rusmiddelmissbruk, kjønnsforskjell og vold er faktorer som kan bidra til sosial eksklusjon (Det europeiske råd, 2001; Nasjonale rapporter, 2002).

Rusmiddelbruk kan anses som enten en konsekvens av eller en årsak til sosial eksklusjon (Carpentier, 2002) idet rusmiddelbruk kan forverre livssituasjonen, men på den annen side kan prosesser med sosial marginalisering være grunnen til at rusmiddelbruken begynner. Uansett, er forholdet mellom rusmiddelbruk og sosial eksklusjon ikke kausalt ettersom sosial eksklusjon 'ikke gjelder alle som bruker rusmidler' (Tomas, 2001).

Nå denne kompleksiteten tas i betraktning, er det mulig både å analysere rusmiddelbruk blant sosialt ekskluderte befolkninger og studere sosial eksklusjon blant rusmiddelavhengige (fig. 22).

Mønstre for og konsekvenser av rusmiddelbruk observert blant sosialt ekskluderte befolkningsgrupper

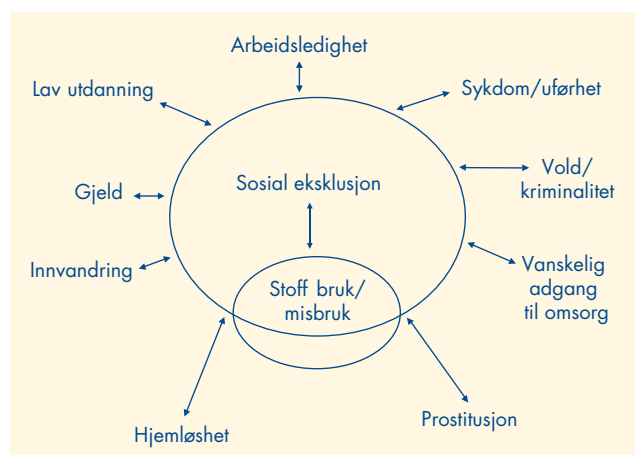
I litteraturen og forskningen blir følgende befolkningsgrupper vanligvis ansett for å være i fare for sosial eksklusjon: innsatte, innvandrere ⁽¹⁸⁸⁾, hjemløse, sexarbeidere og sårbare unge mennesker. Bias og metodologiske begrensninger i den framlagte informasjonen om narkotikabruk og bruksmønstrene blant sosialt ekskluderte grupper må tas i betraktning på grunn av

mangelen på informasjonskilder og sammenlignbare data for Europa sett under ett.

Forbindelsen mellom fengselsopphold og bruk av narkotika har vist seg å være ganske nær (se også s. 34). En stor andel innsatte bruker narkotika før de blir fengslet, og grunnen til fengslingen er ofte knyttet til narkotikabruk. Noen følger imidlertid en annen linje og blir brukere etter å ha blitt fengslet for andre lovbrudd. Studier tyder på at mellom 3 % og 26 % av brukerne i europeiske fengsler begynner å bruke narkotika under soning, og mellom 0,4 % og 21 % av innsatte sprøytebrukere satte sin første sprøyte i fengsel. Narkotikabruk er svært vanlig i fengslene, og inntil 54 % av de innsatte rapporterer at de har brukt narkotika mens de satt inne, og inntil 34 % rapporterer om sprøytebruk i fengsel (Stoeve, 2001; EONN, 2002a).

Forbindelsen mellom 'svarte og etniske minoritetsgrupper' og narkotikabruk er mindre klar siden lite informasjon er tilgjengelig. Det foreligger ikke vitenskapelig bevis for at narkotikabruk er mer utbredt blant innvandrere enn i befolkningen generelt. I noen studier blant bestemte etniske minoritetsgrupper er det imidlertid funnet en større andel problembrukere i disse gruppene enn i befolkningen generelt, f.eks. blant ingrerne i Finland (hvor anslagsvis 1–2 % bruker narkotika, særlig heroin), kurdere i Tyskland, sigøynere i Spania og flere etniske grupper i Nederland (Vrieling et al., 2000) ⁽¹⁸⁹⁾. Grunnene til dette kan være en kombinasjon av sosialt ufordelaktige faktorer, som; dårlig beherskelse av det lokale språket, arbeidsledighet og boligproblemer, dårlige levekår og mangel på økonomiske ressurser (Nasjonale rapporter, 2002).

Figur 22: Forholdet mellom sosial eksklusjon og narkotikabruk



⁽¹⁸⁷⁾ Eurobarometer-undersøkelse 56.1: http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/eurobarometer_en.pdf.

⁽¹⁸⁸⁾ Ifølge EONN (2002b) defineres innvandrere som 'svarte og etniske minoritetsgrupper' og omfatter innvandrerbefolkninger fra ulike samfunn bosatt i EU-land.

⁽¹⁸⁹⁾ Tabell 19 OL: Fordeling av primær avhengighet (alkohol, heroin, kokain, cannabis og spill) i Nederland blant innvandrere og innfødte nederlendere (nettoutgaven).

Når det gjelder mønstrene for bruk av narkotika, er det funnet forskjeller mellom de etniske gruppene. Bruk av khat rapporteres bare av somaliske befolkningsgrupper og svarte afrikanere, mens heroin røykes av innvandrere fra Surinam og Bangladesh. Og narkotikabruken blant sigøynere i Spania ser ut til å starte i yngre alder (2–3 år yngre) enn i den innfødte befolkningen (Eland og Rigter, 2001; Reinking *et al.*, 2001; Fundación Secretariado General Gitano, 2002).

Hjemløse blir også rapportert å være i faresonen for narkotikabruk. Selv om det ikke foreligger sammenlignbare data fra hele Europa om forbindelsen mellom hjemløshet og narkotikabruk, er det gjennomført spesifikke studier i mange land, og narkotikabruk rapporteres som et vanlig problem blant hjemløse (Nasjonale rapporter, 2002). Danmark, Frankrike, Nederland og Storbritannia rapporterer at inntil 80 % av de hjemløse som bor på hospitser er narkomane, og utbredelsen er enda høyere blant folk som bor på gaten eller blant hjemløse med andre sosiale problemer. Ifølge en mindre studie fra Irland er f.eks. 67 % av tidligere innsatte, hjemløse rusmiddelavhengige (Hickey, 2002). Blant de hjemløse er heroin det mest brukte stoffet, fulgt av kokain og blandingsbruk. Annen høyrisikoatferd, som sprøytebruk og sprøytedeling, rapporteres også å være utbredt blant hjemløse ⁽¹⁹⁰⁾.

Det rapporteres om hyppig rusmiddelbruk blant sårbare unge mennesker og høy utbredelse blant barn som har opplevd problemer i familien, sosialt eller på skolen. Utbredelsen blant barn av narkotikaavhengige er også høy. Nivåene for livstidserfaring med narkotika blant barn av foreldre som har brukt narkotika det siste året, er signifikant høyere enn blant barn fra den 'ikke-sårbare' gruppen (livstidsprevalens på 37–49 % mot 29–39 % blant barn av foreldre som ikke er brukere) ⁽¹⁹¹⁾. Flere studier rapporterer at barn som har vært utsatt for seksuelle eller fysiske overgrep i familien har høyere risiko for å bruke narkotika i voksen alder (Liebschutz *et al.*, 2002). I Portugal rapporteres det at unge som har vært utsatt for vold og overgrep i familien, har syv ganger større sjanse for å bruke heroin enn ungdom i befolkningen generelt (Lourenço og Carvalho, 2002). I Storbritannia synes 'unge rømlinger' ⁽¹⁹²⁾ å være mer utsatt for narkotikamisbruk. Nivåene for livstidserfaring med narkotika er 2–8 ganger høyere enn hos dem som aldri

har rømt hjemmefra. Stoffene som oftest brukes er: crack, heroin og løsningsmidler. Problemer på skolen er en annen risikofaktor for å begynne med narkotika. Det rapporteres om høy utbredelse av narkotikabruk blant: barn som ikke går på skole (Amossé *et al.*, 2001), blant dem som går på spesialskoler (40 % av elevene i spesialskoler i Finland ble rapportert på ett eller annet tidspunkt å ha hatt et rusmiddelproblem, hvorav 16 % et narkotikaproblem) (Lehto-Salo *et al.*, 2002) og blant dem som får dårlige karakterer (13,5 % i Norge) (Vestel *et al.*, 1997).

Blant sexarbeidere er narkotikabruk ofte et motiv for prostitusjon, men kan også være en konsekvens (akkurat som for andre faktorer knyttet til narkotikabruk). Bruksmønstrene varierer avhengig av hva som kom først, prostitusjonen eller narkotikaavhengigheten. En italiensk kvalitativ undersøkelse blant gateprostituerte fant at når sexarbeiderne begynner å bruke narkotika for å takle problemer relatert til prostitusjonen, bruker de hovedsakelig alkohol, beroligende midler eller andre psykoaktive stoffer. Derimot er heroin det stoffet som hovedsaklig brukes dersom avhengighet er hovedgrunnen til prostitusjonen. (Calderone *et al.*, 2001).

Forskningsresultater eller data om andre sosialt ekskluderte grupper er ikke så lett tilgjengelig; Danmark rapporterer at blant pasienter i den psykiatriske helsetjenesten er 50–60 % narkotikaavhengige, trolig fordi narkotika er lett tilgjengelig, og fordi slike pasienter er vant med å bruke psykoaktive legemidler (Nasjonal rapport, 2002).

Forholdet mellom sosial eksklusjon og narkotikabruk

Det foreligger mer data om sosiale forhold for befolkningen i behandling. Sosioøkonomiske faktorer i forbindelse med narkotikabruk inkluderer lav utdanning, at man avslutter skolegangen tidlig eller dropper ut, lave inntekter og vanskelige jobber, lav inntekt og gjeld, prekære boligforhold og hjemløshet, dødelighet og narkotikarelaterte sykdommer, liten tilgang til pleie- og omsorg samt sosial stigmatisering (tabell 5).

Relevante forskjeller i de sosiale forholdene for narkotikabrukere ligger i hvilke stoff som brukes og bruksmønstrene. Heroin- og opiatbrukere samt kronisk avhengige narkotikabrukere har det verst.

⁽¹⁹⁰⁾ Det britiske innenriksdepartementet rapporterer at over en tredel av de hjemløse i Storbritannia har injisert heroin, og en femtedel har injisert crack. Den siste måneden har over 10 % brukt en annens sprøyte eller gitt videre sin egen sprøyte (Carlen, 1996; Goulden og Sondhi, 2001).

⁽¹⁹¹⁾ Ifølge en undersøkelse gjennomført i England og Wales i 1998-99 blant 4 848 unge (Goulden og Sondhi, 2001).

⁽¹⁹²⁾ The Social Exclusion Unit under den britiske visestatsministerens kontor definerer en 'ung rømling' som 'et barn eller en ungdom under 18 år som uten tillatelse tilbringer en eller flere netter borte fra familiehjemmet eller omsorgshjemmet, eller som er tvunget til å forlate hjemmet av sine foreldre eller omsorgspersoner' (The Social Exclusion Unit, 2002).

47 % av alle klienter i behandling i 2001 har ingen skolegang eller fullførte ikke mellomtrinnet. Det rapporteres også om høye rater for tidlig avslutning av skolegangen, og narkotikabrukere dropper ofte ut av skolen. Det viser seg at det er forskjeller alt etter hvilket stoff som er hovedstoff, samt landene imellom ⁽¹⁹³⁾. Opiatbrukere (særlig heroinbrukere) har lavest utdanningsnivå (Nasjonale rapporter, 2002).

På grunn av deres prekære sosiale situasjon har narkotikabrukere også problemer i forhold til arbeidsstatus, med en svært høy arbeidsledighet sammenlignet med befolkningen generelt (47,4 % blant brukere i behandling mot 8,2 % ⁽¹⁹⁴⁾ i befolkningen generelt). Å finne seg en jobb er vanskelig, og det er sjelden at narkotikaavhengige beholder en jobb lenge eller har framgang i karrieren (DrugScope, 2000) ⁽¹⁹⁵⁾. Usikker arbeidsstatus kan føre til økonomiske problemer, og narkotikaavhengige har ofte lav inntekt eller ingen økonomiske ressurser (32–77 % av klientene i behandling overlever på sosialhjelp). Gjeld er også vanlig.

Tabell 5: Sosiale forhold (utdanning, arbeidsstatus, bolig) hos klienter i behandling i EUs medlemsstater i 2001

Sosiale forhold		Narkotikabrukere i behandling (gyldig %) ⁽¹⁾
Utdanning (n = 98 688)	Ingen skolegang/grunnskolen mellomtrinn ikke fullført	8.0
	Grunnskolen mellomtrinn fullført	43.6
Arbeidsstatus (n = 100 000)	Arbeidsledig	47.4
	Ikke yrkesaktiv	9.6
Bolig (n = 41 299)	Ustabile boligforhold	10.4
	Institusjon	7.5

⁽¹⁾ Prosentandelene beregnes ut fra totalt antall tilfeller rapportert for hver kategori. Totalen blir ikke 100 % ettersom bare verdier som er av interesse for dette kapittelet er lagt fram her (ingen skolegang, arbeidsledig osv.); for fullstendige opplysninger, se fig. 55 OL: Utdanningsnivå blant alle klienter etter land; fig. 56 OL: Arbeidsstatus blant alle klienter etter land; og fig. 57 OL: Boforhold blant alle klienter etter land (nettutgaven).
 Kilde: Nasjonale Reitox-rapporter – TDI-data 2001.

Narkotikabrukere rapporteres ofte å leve i svært dårlige kår: 10,4 % av klientene har ustabile boligforhold, og 7,5 % bor i institusjon. Videre rapporterer en rekke land svært høye tall for hjemløse (inntil 29 %) blant narkotikaavhengige ⁽¹⁹⁶⁾.

Når det gjelder nasjonalitet, er kjennetegnene de samme som for befolkningen generelt ⁽¹⁹⁷⁾: klientene er hovedsakelig borgere av det landet de søker behandling i, og antallet personer fra andre land (europiske eller ikke-europiske) er i tråd med andelen utlendinger i befolkningen generelt. Det skal imidlertid huskes på at i enkelte land er registrering av klientenes nasjonalitet/etnisitet ikke tillatt, og at slik informasjon derfor ikke alltid er tilgjengelig.

Bortsett fra direkte helsekonsekvenser (se s. 24 og 28) kan narkotikabrukere ha vanskeligheter med å få tilgang til pleie og omsorg på grunn av motvilje mot å ha noe med helsetjenestene å gjøre eller på grunn av lav utdanning, liten grad av aksept fra vanlige helsetjenester og særskilte helseproblemer det ikke finnes hensiktsmessige tilbud for.

Til slutt, narkotikabrukere lider under et negativt sosialt image og kan møte uvilje hos befolkningen generelt og hos offentlige myndigheter. Forskning som er utført i et fengsel i Wien fant at narkotikabrukere ofte opplever vold og mishandling fra politiet eller andre offentlige tjenestemenn (Waidner, 1999).

Sosial reintegrasjon

Både EU-landene og Norge har iverksatt tiltak som skal hjelpe sosial eksklusjon blant grupper med eller uten rusmiddelavhengighetsproblemer og de samfunnsmessige konsekvensene av rusmiddelbruk/-misbruk.

På grunnlag av Den europeiske unions narkotikastrategi (2000–04) (Rådet for Den europeiske union, 2000) og en særskilt studie om sosial reintegrasjon i EU og Norge (EONN, 2003b), kan sosial reintegrasjon defineres som 'ethvert tiltak for å integrere narkotikabrukere i samfunnet'.

Tiltak for sosial reintegrasjon har både nåværende og tidligere narkotikabrukere som målgruppe; fra tidligere brukere som nå er velfungerende og 'rene', via klienter som er på langsiktige metadonprogrammer og til svært nedbrutte rusmiddelbrukere på gaten. Tiltakene trenger ikke nødvendigvis ha noen behandlingskomponent, det være seg

⁽¹⁹³⁾ Figur 55 OL: Utdanningsnivå blant alle klienter etter land (nettutgaven).

⁽¹⁹⁴⁾ Gjennomsnittlig arbeidsledighet i de 15 medlemsstatene (Eurostat, 2002).

⁽¹⁹⁵⁾ Figur 56 OL: Arbeidsstatus blant alle klienter etter land (nettutgaven).

⁽¹⁹⁶⁾ Figur 57 OL: Boforhold blant alle klienter etter land (nettutgaven).

⁽¹⁹⁷⁾ Figur 58 OL: Klientenes nasjonalitet etter land (nettutgaven).

medisinsk eller psykososial. Dette betyr også at sosial reintegrasjon ikke nødvendigvis finner sted etter behandling, men kan skje uavhengig av tidligere behandling, som et siste trinn i en behandlingsprosess eller som et frittstående og uavhengig etterbehandlingstiltak gjennomført av ikke-behandelnde tjenester som har egne mål og virkemidler. Tjenester som skal bistå med sosial reintegrasjon er ikke utelukkende beregnet på problembrukere av ulovlige narkotiske stoffer, de tar seg av alle typer rusmiddelavhengige (inkludert alkohol og lovlege rusmidler) eller til og med sosialt ekskluderte grupper (f.eks. hjemløse og uteliggere).

En kvantitativ oversikt over sosiale reintegrasjonstiltak i EUs medlemsstater er umulig å få til stand ettersom begrepet 'sosial reintegrasjon' ikke brukes entydig. Selv om ulike tjenester eksisterer side om side, er det på landsnivå typisk generelle 'tilbudsmodeller' for sosial integrasjon.

- rettet mot alle ekskluderte grupper, med eller uten avhengighetsproblemer,
- rettet mot personer med avhengighetsproblemer generelt,
- rettet eksplisitt og utelukkende mot problembrukere av ulovlige narkotiske stoffer (fig. 23) ⁽¹⁹⁸⁾.

Det er vanskelig å kvantifisere tilgjengeligheten av tjenester for sosial integrasjon og vurdere om tilbudet er tilstrekkelig, selv om dokumentasjonen tyder på at antallet tilbud trolig er utilstrekkelig. Tyskland anslår f.eks. behovet for reintegrasjonsplasser til om lag 25 000, mens det faktiske antallet tilgjengelige plasser, grovt regnet, ligger rundt 4 000. Et arbeidsmarkedstiltak i Østerrike registrerte dobbelt så mange søkere som ledige plasser og måtte avvise gjennomsnittlig 15 personer hver dag.

Tiltak for sosial reintegrasjon kan deles inn i tre hovedtyper: utdanning (inkludert opplæring), boligformidling og arbeidsformidling.

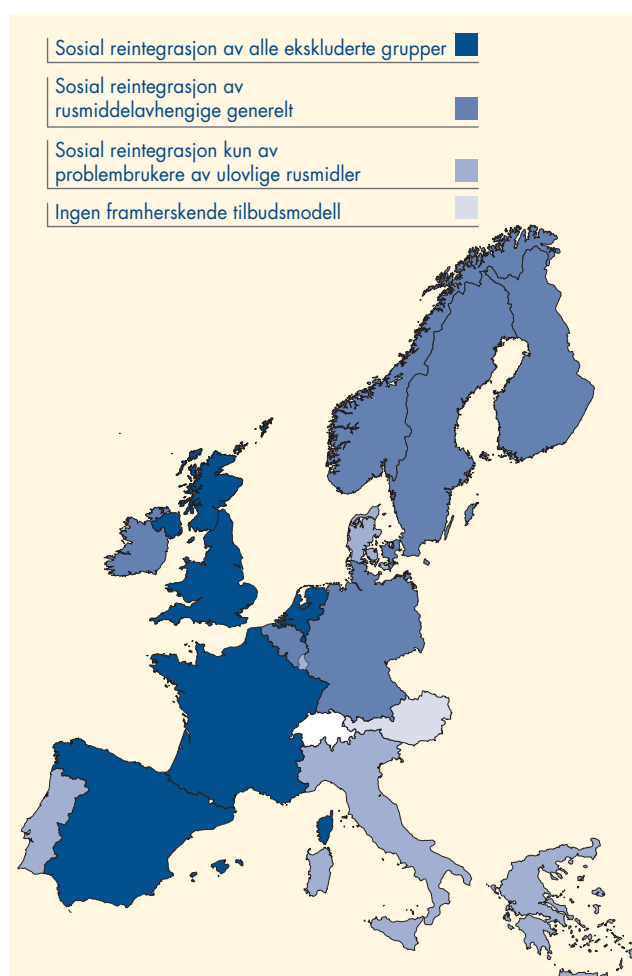
Mange narkotikabrukere har lav utdanning, og mange nasjonale rapporter beskriver et dårlig forhold mellom problembrukere og arbeidsmarkedet (Hellas (Kavounidi, 1996), Danmark (Stauffacher, 1998), Nederland (Uunk and Vrooman, 2001)). Tiltak som tar sikte på å oppgradere akademiske, tekniske og praktiske ferdigheter vil derfor bedre klientenes sjanser på arbeidsmarkedet.

Arbeidsmarkedstiltakene kan arte seg svært forskjellig og kan f.eks. bestå i økonomisk støtte til selskaper som på ellers like vilkår ansetter narkotikabrukere, som rapportert fra Hellas. Andre tiltak kan bestå i at det etableres en egen arbeidsformidling, slik det f.eks. er gjort i Wien, Østerrike, eller hjelpe klienten til å etablere sin egen

næringsvirksomhet, slik både Hellas og Spania har gjort med støtte fra sysselsettingsprogrammet 'Støtte til selvstendig næringsvirksomhet' (denne typen tiltak overlapper utdannings-/opplæringstiltak).

Og endelig, boligformidling eller hjelp til å finne bolig har som mål å gi klientene et mer stabilt liv. Tilbud om bolig kan være et tiltak i seg selv, men vil ofte være ledsaget av psykososial assistanse og en viss grad av tilsyn. Et eksempel på parallell psykososial omsorg er Haus am Seespitz i Tyrol, som driver en åpen ettervernsgruppe for klienter som møtes i et bofellesskap. I Belgia tilbyr 'Habitations Protégées' både bolig og psykiatrisk omsorg. Forskning utført i Irland (Nasjonal rapport for Irland (Hickey 2002)) viste at 79 % av kvinnelige og 76 % av mannlige tidligere innsatte uttalte at å finne passende bolig var deres største problem og grunnen til at de var sosialt ekskludert, noe som tyder på at boligformidling er et viktig tiltak for sosial reintegrasjon.

Figur 23: Viktigste modeller for sosial reintegrasjon av problembrukere i EU og Norge



Kilde: Nasjonale Reitox-rapporter.

⁽¹⁹⁸⁾ For mer inngående informasjon og landoversikter, se studien 'Sosial reintegrasjon i Den europeiske union og Norge' (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/social_reintegration_eu.pdf).

Offentlige utgifter til etterspørselsreducerende tiltak ⁽¹⁹⁹⁾

Den europeiske unions narkotikastrategi (2000–04) fastslår at Rådet og Europakommisjonen, på grunnlag av EONNs og Pompidou-gruppens arbeid, bør forsøke å sette opp en liste over alle offentlige utgifter på narkotikaområdet.

Som en respons på Den europeiske unions narkotikastrategi ⁽²⁰⁰⁾ tar EONN i denne rapporten for seg direkte offentlige utgifter i 1999 til etterspørselsreducerende tiltak på narkotikaområdet. I dette arbeidet har EONN fått uvurderlig hjelp fra de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettet. Den fokuserer på utgiftene på nasjonalt og regionalt plan, på forebygging av narkotikabruk, avhengighetsbehandling (i institusjon og poliklinisk, substitusjonsbehandling og medikamentfri behandling), rehabilitering og reintegrasjon, oppsøkende arbeid og skadereduksjon samt opplæring, forskning og samordning i forbindelse med etterspørselsreduksjon. For å avgrense arbeidet har vi utelatt direkte utgifter båret av private helseorganisasjoner (behandlingssentre, klinikker osv.) og indirekte utgifter til allmenntjenester som allmennsykehus og akuttmottak. Og endelig har vi ikke beveget oss inn på det bredere og langt mer komplekse feltet sosiale kostnader ved ulovlige narkotiske stoffer.

Når denne rapporten nå ser på de offentlige utgiftene på narkotikaområdet (selv om det er innenfor et begrenset område), er det framfor alt for å bevisstgjøre EU-landene på relevansen av en narkotikapolitisk indikator, snarere enn å produsere empiriske bevis.

Databegrensning og datapålitelighet

Selv om vi har begrenset omfanget, bekrefter resultatene som fremkommer vanskene som oppstår på grunn av begrenset datatilgjengelighet og datainnsamling på dette området, et relativt utviklet område i EU. Utenom ad hoc forskning gjennomført som et ledd i forberedelsene til denne rapporten ⁽²⁰¹⁾, er det faktisk bare gjennomført noen få studier med sikte på å kvantifisere offentlige ressurser avsatt til narkotikas spørsmål i EU ⁽²⁰²⁾. Faktisk kan de fleste

landene i EU ikke si nøyaktig hvor mye de har brukt på å bekjempe narkotika og narkotikaavhengighet.

De fleste som har deltatt i dette arbeidet kunne derfor ikke legge fram utfyllende opplysninger. Dermed mangler en del tall, og beregningene er ofte gjort på grunnlag av estimasjons- og ekstrapoleringsmetoder ⁽²⁰³⁾.

Ifølge mange av kontaktpunktene kan minst fem faktorer begrense slik forskning, noe som også bekreftes av litteraturen på området: 1) mangel på data for enkelte områder og enkelte land, 2) vanskene med å isolere data om ulovlige rusmidler fra data som omfatter både ulovlige rusmidler og alkohol, 3) mangfoldet av aktører og organisasjoner på sentralt, regionalt og lokalt plan som står ansvarlig for utgiftene, 4) vanskene med å fordele offentlige utgifter nøyaktig mellom teoretiske kategorier, som tilbuds- og etterspørselsreduksjon og 5) den komplekse prosessen med å spesifisere utgiftene innen disse to kategoriene etter tiltaksområde (behandling, primærforebygging, rehabilitering, samarbeid, samordning osv.).

Det er imidlertid interessant å merke seg at selv om studier av denne typen selvfølgelig vanskeliggjøres av metodologiske problemer, viser beslutningstakerne stadig større interesse for en gjennomgang av offentlige utgifter ⁽²⁰⁴⁾, både som et grunnlag for å kunne ta beslutninger og som en måte å måle resultater på.

Utgifter til reduksjon av narkotikaetterspørsel

I prosessen med å sette opp en 'liste' over alle direkte offentlige utgifter for å få ned etterspørselen etter narkotika i EUs medlemsstater og på grunnlag av dataene innkommet fra de nasjonale kontaktpunktene, har vi gjort et forsøk på å sette opp en sammenligning av tilsvarende utgifter.

Selv om alle mulige statistiske forholdsregler er tatt, er det ikke mulig å unngå problemet med at de innrapporterte tallene noen ganger kan gjelde forskjellige kategorier i forskjellige land, samt det faktum at enkelte land rett og slett ikke har tall tilgjengelig. For Belgia, Danmark, Italia og særlig Tyskland og Sverige mangler en del relevant informasjon om utgifter til etterspørselsreduksjon, og derfor vil totalsommene helt sikkert være grovt underestimert. For

⁽¹⁹⁹⁾ Forskjellene i datatilgjengelighet begrenser mulighetene for å trekke sammenligninger landene imellom. For en mer utfyllende oversikt over utgiftene på narkotikaområdet i hvert enkelt av EUs medlemsstater, se http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

⁽²⁰⁰⁾ Referanseår for 'øyeblikksbildet' ifm. rapporteringen til Den europeiske unions narkotikastrategi (2000–04).

⁽²⁰¹⁾ EONN er særlig takknemlig overfor kontaktpunktene i Hellas, Østerrike og Portugal for at de har gjennomført spesifikke forskningsprosjekter og undersøkelser på dette området og dermed bidratt til å øke denne årsrapportens verdi. Det skal også rettes en takk til professor Pierre Kopp for hans ekspertgjennomgang av forskningsmaterialet.

⁽²⁰²⁾ Belgia (2003), Luxembourg (2002), Storbritannia (2002); for ytterligere referanser, se http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

⁽²⁰³⁾ Ønsket om å inkludere så mange land som mulig for å kunne gi et fullstendig bilde for Europa står i kontrast til mangelen på data i enkelte av landene. Selv om vi har valgt å beholde et bredt perspektiv for denne rapporten, er mulighetene for analyse og sammenligning blitt svært begrenset av usikkerheten som hefter ved de endelige tallene.

⁽²⁰⁴⁾ Belgia (2003), Luxembourg (2002), Storbritannia (2002); for ytterligere referanser, se http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

andre lands tilfelle (Hellas, Spania, Frankrike, Luxembourg, Østerrike og Portugal) kan dataene betraktes som mer komplette, til tross for en viss usikkerhet med hensyn til hvilke utgiftskategorier som er inkludert. For Nederland og Norge spesielt gjelder de innrapporterte anslagene både ulovlige stoffer og alkohol, slik at sluttsummene for disse landene blir ganske høye sammenlignet med andre land. Endelig, mesteparten av dataene, med visse unntak, viser til 1999 som baseline-tall for evalueringsprosessen for EUs handlingsplan. For Irland er de innrapporterte tallene planlagte statlige utgifter på området etterspørselsreduksjon for året 2000, for Frankrike går tallene tilbake til 1995 og for Storbritannia refererer dataene til budsjettåret 2000–01. Man bør ha disse begrensningene i mente når man leser beløpene i tabell 6.

De samlede beløp EU-landene brukte til å redusere narkotikaetterspørselen i 1999 gjenspeiler stort sett det enkelte lands størrelse og velstand (Kopp og Fenoglio, 2003). Det kommer ikke som noen overraskelse at de største og rikeste landene (Tyskland, Frankrike, Italia og Storbritannia) synes å bevilge større, absolutt sett, økonomiske ressurser enn de mindre landene, selv om beløpene er relativt høye også i Nederland og Norge (noe som kan skyldes at tallene også omfatter tiltak som gjelder alkoholavhengighet).

Forskning viser (Kopp og Fenoglio, 2003; Origer, 2002; Godfrey *et al.*, 2002) at anslag av denne typen kan være en verdifull kilde til informasjon på nasjonalt plan. Sammenligninger over tid i et land kan avsløre om det er en økning eller nedgang i rusmiddelrelaterte budsjetter. Sammenligninger mellom sektorer (etterspørsel, tilbud, internasjonalt samarbeid osv.) kan i tillegg til formelle strategier avsløre hvor mye som egentlig brukes for å håndtere narkotikaproblematikken.

På EU-nivå kan sammenligninger landene imellom (som er de mest komplekse) avdekke felles mønstre, eller forskjeller, i beløpene som bevilges på narkotikaområdet, og gjøre det mulig å sammenligne utgiftene mot europeisk gjennomsnitt eller regioner i verden.

Dessuten kan bruken av makroøkonomiske indikatorer (som bruttonasjonalprodukt (BNP), befolkningsstørrelse, totale statlige utgifter eller antallet problembrukere av narkotika) på nasjonalt og europeisk plan bidra til å måle utgiftenes størrelse og muliggjøre en mer informativ fortolkning av data som isolert sett ville hatt liten verdi.

Sammenligninger mellom de beløp som brukes på reduksjon av etterspørselen etter narkotika, og f.eks. BNP i et land kan avsløre hvor stor del av sin rikdom det er trolig at landet vil bruke for å forebygge bruk av narkotika og

bekjempe følgene av narkotika. Ifølge dataene samlet inn i løpet av dette forskningsarbeidet, går det fram at Norge i 1999 brukte ca. 0,1 % av BNP, etterfulgt av Nederland (0,078 %) (selv om anslagene for begge land omfattet både narkotika og alkohol). Portugal (0,074 %), Finland (0,073 %) og Irland (0,070 %) var de som brukte forholdsvis størst andel av BNP på etterspørselsreducerende tiltak. Jevnført med dette synes de største og tilsynelatende rikeste landene å henge forholdsvis langt etter. Men, som vi har sagt, dataene er ikke komplette, og sammenligningen kan derfor være påvirket av det.

Informasjonen kan ikke uten videre fortolkes direkte, og da ikke bare fordi dataene er ufullstendige. Den andelen av BNP som EUs medlemsstater bruker på å begrense narkotikaavhengighet, vil reflektere omfanget av narkotikaproblemet eller omfanget av tiltakene på narkotikaområdet (eller begge deler), eventuelt nivået på den sosiale og helsemessige innsatsen overfor befolkningen. En utredning av slike spørsmål kan bidra til å øke forståelsen av fenomenet og gi større kunnskaper om kostnadsestimater.

En annen måte å analysere offentlige utgifter på, er å sette dem i sammenheng med de områdene de er ment å avhjelpe, i dette tilfellet problembrukere ⁽²⁰⁵⁾. Ved å bruke anslått antall problembrukere som indikator, kan man beregne utgiftene pr. individ med størst behov for hjelp. Dessverre vanskeliggjøres denne beregningen av to forhold: for det første refererer ikke tallene nødvendigvis direkte til problembrukere – narkomane – i og med at forebygging, opplæring og samordning også kan rettes mot personer som ikke er klassifisert som problembrukere, for det andre vil en beregning av antall problembrukere av naturlige årsaker være ganske usikkert.

Ilgjen, ifølge våre data er verdien av de tjenestene som forbrukes av den enkelte nødstedte narkotikaavhengige betraktelig høyere i en del land (Finland, Luxembourg, Østerrike) enn i andre (Hellas, Portugal, Frankrike, Storbritannia). Dette kan tolkes som et resultat av at den første gruppen gjør en større innsats i form av rusmiddelstjenester, men det er mer sannsynlig at tallene gjenspeiler kvaliteten på tiltakene og hvilke typer tiltak som iverksettes. Forskjellene i utgiftsnivå sier ikke nødvendigvis noe om nivået på innsatsen, men snarere noe om forskjellene i reaksjonsnivå, som bestemmes av de enkelte særtrekk ved situasjonen.

Sammen med utgifter pr. problembruker er det nyttig å beregne hvor mye politikken for å redusere etterspørselen etter narkotika koster samfunnet som helhet. Hvis vi ser på utgiftene til etterspørselsreduksjon i de 16 landene studien

⁽²⁰⁵⁾ Injeksjonsbruk av narkotika eller langvarig/regelmessig bruk av opiater, kokain og/eller amfetamin. I beregningen av utgifter pr. problembruker ble gjennomsnittlige anslag over antallet problembrukere lagt til grunn i samsvar med det som ble rapportert av de nasjonale kontaktpunktene. For ytterligere informasjon, se statistisk tabell 4: Anslag over antall problembrukere i EUs medlemsstater, 1995-2001 (nettutgaven).

Tabell 6: Spesifisering av direkte offentlige utgifter i millioner euro ifølge de nasjonale rapportene fra Reitox-nettet for 2002

Land	Millioner EUR	Utgiftskategorier for 1999
Belgia	139	Behandling (100), rehabilitering (22,5), metadon (8,9), kommuner og regioner: forebygging, pleie, opplæring, samordning (8,3) (ikke inkl.: EUR 7 millioner bevilget til kriminalitetsforebyggende tiltak i regi av Innenriksdepartementet)
Danmark	67	Utgifter til 'narkotikaavhengighet' i amtskommuner og kommuner DKK 495,5 (66,5), forebygging på sentralt plan DKK 6,2 (0,8), i amtskommuner og kommuner ikke kjent
Tyskland	343.2	Akutt innkvartering (3,0); psykososiale støttekontakter (13,3); 951 polikliniske rådgivningskontorer (57,9); rehabilitering i institusjon (25 % av EUR 434 millioner (99,7)); arbeidsmarkedstiltak (4,3); vernede bomiljøer (8,0); behandling for avhengighet på egne avdelinger på sykehus (97,0); substitusjonsbehandling (ikke kjent men anslått til minst 30,0), delstatsbudsjett for 'avhengighet' 23,9 % (for narkotika) av EUR 127 millioner (30,0) (ikke inkl.: utgifter til straffefølgning og håndheving)
Hellas	16.2	39 forebyggende sentre (OKANA), lønn og bemanning (KETHEA), boliger og driftskostnader (2,4), behandling: medikamentfri, substitusjon og lavterskel (11,9), sosial rehabilitering (0,3), forskning (0,3) OKANA, data ikke medtatt; utdanning (0,8), en del administrasjonskostnader sentralt (0,5)
Spania	181.5	Sentralt nivå: Innenriksdept. (GDNPd), Forsvarsdept. (9,5), Forsvarsdept. (1,2) (19,8); deler av inndratte midler brukt til etterspørselsreducerende tiltak 66 % (2,8); selvstyrte områder (158,7, hvorav 22,3 fra GDNPd)
Frankrike (1995)	205.8	Subutex (91,4), Sosial, helse og byutvikling (101,9), Utdanning (forskning) (6,6), Ungdom og idrett (1,3), Arbeid, sysselsetting og opplæring (0,12), MILDT (66 % av EUR 6,9 millioner (4,5) (ikke inkl.: internasjonalt samarbeid og støtte til internasjonale organisasjoner)
Irland (2000) anslag over statlige utgifter	57.1	Helse- og barnedep. (behandling, forebygging, forskning) (32,0), Nærings-, handels- og arbeidsdept. reintegrasjon) (6,0), (Utdannings- og forskningsdept. (forebygging) (7,5), Dept. for turisme, sport og fritid (forebygging, forskning, evaluering, samordning) (11,6).
Italia	278.5	Poliklinisk behandling (99,1); residensiell/semiresidensiell behandling (88,8); Det nasjonale narkotikafondets lokale/regionale prosjekter (67,6); Det nasjonale narkotikafondets prosjekter støttet av departementene (23,0). Det var ingen data tilgjengelig fra åtte regioner, og bare delvis data fra de fleste andre regionene
Luxembourg	13.7	Helsedept. (5,7), Familie-, solidaritets- og ungdomsdept. (2,3), Fagutdannings- og idrettsdept. (0,5), andre departementer (0,3), trygdeutbetalinger (4,9).
Nederland	287.9	Smittevernloven (i regionale pleie- og omsorgskontorer og avhengighetsklinikker) (76,0), Helse-, velferds- og idrettsdepartementet (poliklinisk rusmiddelomsorg) (74,2), midler til hjemløse rusmiddelavhengige, skjult rusmiddelavhengighet (ca. 2/3 av EUR 150 millioner (112,5)), narkotikarelaterte ordensforstyrrelser (24,1), narkotikaforebyggende tiltak (1,1) (de fleste tallene gjelder både narkotika og alkohol)
Østerrike	52.3	Federale, provinsielle og kommunale kilder, inkl. helseforsikringsfond, arbeidsmarkedsetaten og 'Healthy Austria Fund': primærforebygging (2,4), oppsøkende virksomhet og skadereduksjon (3,3), rådgivning, pleie/omsorg og behandling (40,7), reintegrasjon (4,2), kvalitetssikring (0,6), andre utgifter/uspesifisert (0,8).
Portugal	71.7	Presidentskapet i ministerrådet (16,2), Helsedept. (41,6), Utdanningsdept. (3,1), Arbeids- og sosialdept. (9,5), Forsvarsdept. (1,2)
Finland	76.2	Helsepleie (i institusjon) (15,1), helsepleie (poliklinisk) (7,9), narkotikarelaterte pensjoner (4,3), narkotikarelaterte sykepenger (0,5), erstatning (forsikringselskaper) (0,9), rusmiddelomsorgen (i institusjon/poliklinisk) (26,5), støtte til underhold (4,8), barnetrygd (10,9), forskning og forebygging (5,2).
Sverige	62.5	Et meget grovt estimat over utgiftene til reduksjon av etterspørselen etter alkohol og narkotika (Tullverket, 2000). Kommuner SEK 300 (EUR 30), fylkeskommuner SEK 250 (EUR 25) og staten SEK 50 (EUR 5). Frivillige organisasjoner, stiftelser og næringslivet SEK 25 (EUR 2,5).
Storbritannia (2000-01)	466.3	Estimat for budsjettåret 2000-01 (12 mndr. fram til mars 2001). 'Drug Treatment' GBP 234 millioner (EUR 367,4); 'Protecting young people' (forebygging), GBP 63 millioner (EUR 98,9)
Norge	224.9	Anslag over sentrale, fylkeskommunale og kommunale utgifter til narkotika- og alkoholrelaterte tjenester innen forebygging, behandling og helsepleie (i institusjon/poliklinisk, medikamentfri, substitusjon), sosialtjenester for rusmiddelavhengige, oppsøkende arbeid, skade-/risikoreduksjon, rehabilitering og reintegrasjon

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2002).

omfatter (15 medlemsstater og Norge), og ut fra de begrensede data som er tilgjengelig (tabell 6), ble det i EU i 1999 brukt til sammen (minimum) 2,3 milliarder euro på narkotikaforebyggende tiltak og pleie/omsorg for narkotikaavhengige. Dette innebærer at denne politikken koster hver EU-borger mellom 5 og 10 euro. Beløpet er nok sannsynligvis mye høyere.

Endelig, som det er blitt understreket av flere deltakere i forskningen, en felles metode er avgjørende når forskningen skjer i flere land, under forutsetning av at denne typen informasjon, og påfølgende analyse, viser seg å være relevant for beslutningstakerne.

Utgiftsfordeling

Med dagens datainnsamlingssystemer er det svært vanskelig å gjøre en pålitelig kostnadsfordeling på forskjelling kategorier. På nasjonalt plan kan områder som behandling, skadereduksjon og forebygging ofte gripe inn i hverandre, og ikke alle land legger samme system til grunn for klassifiseringen av utgifter. Internasjonale sammenligninger svekkes derfor av at det er benyttet forskjellige metoder for datainnsamling og klassifisering, noe som gjør det vanskelig å sammenligne utgifter på bestemte områder.

Ser vi bort fra de metodologiske begrensningene, kan vi likevel trekke én hovedkonklusjon på bakgrunn av de beste dataene i denne rapporten: området helse/omsorg og behandling synes å representere størsteparten av utgiftene og utgjør 50–80 % av alle direkte offentlige utgifter til etterspørselsreduksjon.

I Østerrike stod 'rådgivning, pleie/omsorg og behandling' for narkotikaavhengige i 1999 for 78 % av de føderale utgiftene til etterspørselsreduksjon. For Hellas viser dataene at nærmere 73 % av kjente utgifter gikk til behandling (og indirekte utgifter), mens utgiftene til behandling i kommunene og de selvstyrte byene utgjorde 74 % av Spanias totale utgifter i 1999. I Portugal gikk 49 % av totale utgifter på narkotikaområdet til behandling, men samtidig brukte Portugal 25 % av de totale utgiftene til forebygging, noe som er en av de høyeste andelenene (av de kjente dataene) på dette området i Europa.

Direkte utgifter til 'forebygging' er faktisk ganske vanskelige å identifisere, og følgelig er dataene svært usikre. Hvis vi bare ser på de tallene som er kjent, varierer andelen fra 4 % i Østerrike, som bare har tatt hensyn til primærforebygging, til 20 % i Hellas (igjen bare primærforebygging) samt 15 % i kommuner og selvstyrte byer i Spania og 10 % i Luxembourg.

Andelen av de totale utgiftene til etterspørselsreducerende tiltak som er brukt til rehabilitering og reintegrasjon, samt til oppsøkende arbeid og skadereducerende tiltak, synes å være lavere, sannsynligvis fordi utgiftene her er av et annet omfang enn utgiftene til behandling, eller fordi de delvis inngår i disse.

Sluttbetraktninger

I en analyse av narkotikarelaterte utgifter må det skilles mellom undersøkelser av utgifter på nasjonalt plan og sammenligninger landene imellom.

Nyere studier fra en del land ⁽²⁰⁶⁾ har vist at det er mulig å oppnå tilfredsstillende resultater også uten å anvende 'internasjonalt omforente metoder'. Selvfølgelig vil dette begrense sammenlignbarheten landene imellom, men også her kan dette øke kunnskapsnivået på nasjonalt plan om tiltakene mot narkotikafenomenet, samt at det kan være et nyttig verktøy for beslutningstakere som gir dem mulighet til å vurdere utgiftsnivået i eget land over tid (forutsatt at øvelsen gjentas) og mellom sektorer (dersom den er detaljert nok). Når kostnadsestimater sammenlignes med andre indikatorer, vil det, som vi tidligere har sett, være mulig å anslå hvor mye som brukes pr. narkotikaavhengig person, eller hvor mye den etterspørselsreducerende politikken koster sammenlignet med andre politikker, eller hvor mye den enkelte borger må bidra med for å redusere etterspørselen etter narkotika.

Disse forholdstallene og sammenligningene reiser svært relevante spørsmål og hypoteser, og svarene på disse kan finnes ved mer dyptgående studier.

Sammenligninger 'mellom land' (som er denne studiens formål) er en annen dimensjon av forskningen på estimer over narkotikarelaterte kostnader. Som vi har vist i denne rapporten, avhenger slike studier svært meget av de forskjellige datakildene og hemmes derfor av mangelen på ensartet metodikk, statistikk og tall fra et land til et annet. For å overvinne disse (og andre) problemer bør det innføres en felles standard for datainnsamling. Dette er imidlertid noe som forutsetter investeringer uten at man på det nåværende tidspunkt kan si noe om kvaliteten og nytten av sluttresultatet. Før slike investeringer gjøres, trengs det mer forskning, pluss en grundigere gjennomgang av relevansen og nytten av slike studier på europeisk nivå.

I mellomtiden, og mens de europeiske samarbeidspartnerne vurderer hva som bør gjøres videre, er det EONNs oppgave å videreføre arbeidet med å forbedre statistikkssystemene på narkotikaområdet og sikre spredning av informasjon om metodene som brukes og forskningsinnsatsen som gjøres.

⁽²⁰⁶⁾ Uhl (2001), ONDCP (2001), Godfrey *et al.* (2002), Origer (2002) samt Kopp og Fenoglio (2003). Se også de nasjonale kontaktpunktene i Østerrike, Portugal, Spania og Hellas i forbindelse med de nasjonale Reitox-rapportene for 2002.





Kilder

- ACMD (Advisory Council on the Misuse of Drugs (2000) *Reducing Drug-related Deaths*. Rapport fra Advisory Council on the Misuse of Drugs. The Stationery Office: London.
- Adalbjarnardottir, S. og Rafnsson, F. D. (2002) Adolescent antisocial behaviour and substance use: longitudinal analyses. *Addictive Behaviours* 27: 227–40.
- Amossé, T., Doussin, A., Fizard, J.-M., et al. (2001) *Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire*. Enquête INED, Paris et petite couronne, février–mars 1999, série resultants, Biblio no. 1355. CREDES, Paris.
- Aritoteles-universitet i Thessaloniki (2000) Evaluation report of the Leonardo da Vinci programme: needs and methods assessment for vocational training in juvenile delinquents and adolescents at risk – ORESTIS. Aristotelian University of Thessaloniki: Thessaloniki.
- BAG (Bundesamt für Gesundheit) (1997) *Empfehlungen zur kombinierten Hepatitis-A- und Hepatitis-B-Impfung*. Bulletin nr. 3, 27. januar 1997.
- Bargali et al. (2002), 'Mortality among problem drug users in Europe: a project of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)' *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 4 (1), s. 5–12.
- BBC News World Edition (2003) Nytt ID-kort for tenåringer, onsdag 22. januar 2003.
- Beck, F., Perreti-Wattel, P., Choquet, M., et al. (2000) Consommation de substances psychoactives chez les 14–18 ans scolarisés: premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999; évolutions 1993–1999. *Tendances* 6: 6.
- Beck, F. (2001) *Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans*. ESCAPAD, OFDT: Paris.
- Beck, F., Legleye, S. og Perreti-Wattel, P. (2002) Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EORPP) survey. Tilgjengelig på <http://www.drogues.gouv.fr>. OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies): Paris.
- Bennett, T. (2000) Drugs and Crime: the Results of the Second Stage of the NEW-ADAM programme. *Research Study 205*. Home Office: London.
- Bird, S. M. og Rotily, M. (2002) Inside methodologies: for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks – results from European prisons. *The Howard Journal*, 41, nr. 2.
- Boys, A., Marsden, J., Fountain, J., et al. (1999) What influences young people's use of drugs? a qualitative study of decision-making. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 6 (3).
- Brochu, S. (1999) *Drogue et criminalité une relation complexe*. Les Presses de l'Université: Montreal.
- Brook, D. W., et al. (2002) Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. *Archives of General Psychiatry* 59: 1039–44.
- Brugal, M. T., Barrio, G., de la Fuente, L., et al. (2002) Factors associated with non-fatal overdose: assessing the effect of frequency and route of heroin administration. *Addiction* 97: 319–27.
- Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (2002) *Drug Affinity Among Young People in the Federal Republic of Germany 2001*. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung: Köln.
- Buster, M. (2002) What can we learn from literature? In: Reinås, K. T., Waal, H., Buster, M. C. A., et al. (red.) *Strategic Choices for Reducing Overdose Deaths in Four European Cities*. A joint project of the cities of Oslo, Amsterdam, Copenhagen and Frankfurt am Main, Part II: Appendix, s. 97–107. Rusmiddelstaten: Oslo.
- Bye, E. K. (2002) *Rusmidler i Norge, Statistikk '02*. Statens institutt for rusmiddelforskning: Oslo.
- Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., et al. (1999) *Night Life in Europe and Recreative Drug Use*. IREFREA og Europakommisjonen: Valencia.
- Calafat, A., et al. (2003) *Enjoying the nightlife in Europe. The role of moderation*.
- Calderone, B., Fornasiero, A., Lolli, S. og Montanari, L. (2001) *Prostituzione tra dinamiche di mercato e percorsi individuali. Una ricerca qualitativa sulla prostituzione femminile di strada in Emilia-Romagna. Rapporto di ricerca*. Bologna.
- Carlen, P. (1996) *Jigsaw: a Political Criminology of Youth Homelessness*. Open University Press: Milton Keynes, UK.
- Carpentier, C. (2002). *Drug Related Social Exclusion, in the Context of socio-demographic and Economic Indicators*. Arbeidsdokument. EONN: Lisboa.
- CEIES (Statistics Users Council) (1999) Social Exclusion Statistics, konferansereferat, felleskonferanse, 22. november 1999. Imac Research: Esher, UK.
- Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts (2002) *Medical Co-prescription of Heroin, Two Randomized Controlled Trials*. Rapport av van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., et al. Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts: Utrecht.
- Commonwealth of Australia (2002) *Return on Investment in Needle and Syringe Programs in Australia*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing, Commonwealth of Australia.
- Det europeiske råd (2000) European Action Plan on Drugs (2000–2004), http://www.emcdda.eu.int/policy_law/eu/eu_actionplan.shtml.
- De Zwart, W. M., Monshouwer, K., og Smit, F. (2000). Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens 1999. *Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Dettmer, K. (2002) First-aid training for drug users and (in emergency) naloxone. Report on a pilot study by Fixpunkt e.V., Berlin. Rapport presentert på EONNs ekspertmøte 'Overdose prevention and management', Lisboa, 24.-25. oktober 2002.
- DrugScope (2000) *Vulnerable Young People and Drugs: Opportunities to Tackle Inequalities*. DrugScope: London.
- Eland, A. og Rigter, H. (2001) *Immigrants and Drug Treatment. Background Study*. Bureau National Drug Monitor: Utrecht.

- EONN (2002a) *Årsrapport om narkotikasituasjonen i Den europeiske union og Norge*. EONN: Lisboa.
- EONN (2002b) *Update and Complete the Analysis of Drug Use, Consequences and Correlates Amongst Minorities. Vitenskapelig rapport fra EONN*. EONN: Lisboa.
- EONN (2002c) *Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review*, november 2002. (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/strategies_report/national_strategies.pdf).
- EONN (2003a) *Alternatives to Prison for Drug Dependent Offenders*. Rapport fra ekspertmøte 2003. EONN: Lisboa.
- EONN (2003b) *Social reintegration in the EU and Norway*, http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/drugtreatment_socialreintegration.pdf.
- Engineer, R., Phillips, A., Thompson, J. og Nicholls, J. (2003) *Drunk and Disorderly: a Qualitative Study of Binge Drinking among 18–24 Year Olds*. Home Office Research Study No. 262. Home Office: London.
- EORG (European Opinion Research Group) (2002) *Attitudes and Opinions of Young People in the EU on Drugs. Eurobarometer 57.2/Special Eurobarometer 172*. Rapport til Generaldirektoratet for justis- og innenriksaker. EORG: Brussel.
- ESPAD (Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner) (2001) *Alcohol and other Drug use Among Students in 30 European Countries* (B. Hibbell, B. Andersson, S. Ahlström, O. Balakireva, et al., Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN), Europarådets Pompidou-gruppe, desember 2000).
- Det europeiske råd (2001) Kommisjonsmelding til Rådet, Europaparlamentet, Den økonomiske og sosiale komité og Regionkomiteen. *Draft Joint Report on Social Inclusion* [COM (2001) 565 final], tilgjengelig på internett: http://europa.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/joint_rep_en.htm.
- Ekspertgruppe på friomsorg og velferdstjenester (1999).
- Farrell, M., Neeleman, J., Gossop, M., et al. (1996). *A Review of the Legislation, Regulation and Delivery of Methadone in 12 Member States in the European Union*. Brussel: Europakommisjonen.
- Farrell, M., Verster, A., Davoli, M., et al. (2000) *Reviewing Current Practice in Drug-substitution Treatment in the European Union*. EONN: Lisboa.
- Ferrari, A., Manaresi, S., Castellini, P., et al. (2001) *Overdose da oppiacei: analisi dei soccorsi effettuati dal Servizio Emergenze Sanitarie '118' Modena Soccorso, nel 1997. Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo*, Anno XXIV 2001, nr. 2.
- Field-Smith, M., Bland, J., Taylor, J., et al. (2002) *Trends in Death Associated with Abuse of Volatile Substances 1971–2000*. Report No. 15. Department of Public Health Sciences and Department of Cardiological Sciences, Toxicology Unit, St. George's Hospital Medical School: London (<http://www.vcreport.org>).
- FitzGerald, M., Stockdale, J. og Hale, C. (2003) *Young People and Street Crime*. Youth Justice Board for England and Wales: London.
- Fundación Secretariado General Gitano (2002) *Grupos étnicos minoritarios y consumo de drogas*. Fundación Secretariado General Gitano: Madrid.
- Gallie, D. og Paugam, S. (2002) *Social Precarity and Social Integration*. Eurobarometer 56.1. Rapport til Europakommisjonen, Generaldirektoratet for sysselsetting. EORG: Brussel.
- Godfrey, C., Eaton, G., McDougall, C. og Culyer, A. (2002) *The economic and social costs of Class A drug use in England and Wales, 2000*. Home Office Research Study 249. Home Office Research, Development and Statistics Directorate: London.
- Goulden C. og Sondhi, A. (2001) *At the Margins: Drug Use by Vulnerable Young People in the 1998/99 Youth Lifestyles Survey*. Home Office Research Study 228, London.
- Grant, B. F. og Dawson, D. A. (1997) Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse* 9: 103–10.
- Griffiths, C. (2003) Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1997–2001. *Health Statistics Quarterly*, 17 (Spring 2003): 65–71.
- Griffiths, P., Vingoe, L., Jansen, K., et al. (1997) *Insights: New Trends in Synthetic Drugs*. EONN: Lisboa.
- Hammersley, R., Marsland, L. og Reid, M. (2003) *Substance Use by Young Offenders: the Impact of the Normalisation of Drug Use in the Early Years of the 21st Century*. Home Office Research Study 261. Home Office: London.
- Hannon, F., Kelleher, C. og Friel, S. (2000) *General Healthcare Study of the Irish Prisoner Population*. Government Publications: Dublin.
- Hansen, W. (1992) School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980–1990. *Health Education Research* 7: 403–30.
- Hariga, F., Goosdeel, A. og Raedemaker, A. F. (1998) *Opération boule-de-neige sida, hépatites, overdoses*. Carnets du Risque 15. Modus Vivendi: Brussel.
- Hickey, C. (2002) *Crime and Homelessness*. Focus Ireland and PACE: Dublin.
- Hurley, S. F., Jolley, D. J. og Kaldor, J. M. (1997) Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. *Lancet* 349: 1797–800.
- Kavounidi, T. (1996) Social exclusion: concept, community initiatives, the Greek experience and policy dilemmas. In: *Dimensions of Social Exclusion in Greece* (red. D. Karantinos, L. Maratou-Alibranti og E. Fronimou), s. 47–96. Athen: EKKE.
- Kopp, P. og Fenoglio, P. (2003) *Public Spending on Drugs in the European Union During the 1990s – Retrospective Research*. EONN: Lisboa.
- Kraus, L. og Püschel, K. (red.) (2002) *Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen*. Lambertus: Freiburg, Tyskland.
- Lehto-Salo, P., Kuuri, A., Mattunen, M., et al. (2002) *POLKU-tutkimus. Tutkimus nuorista kolmessa koulukodissa – Psykiatrin ja neuropsykiatrin näkökulma*. Aiheita 16. STAKES: Helsinki.
- Lepère, B., Gourarier, L., Sanchez, M., et al. (2001) Diminution du nombre de surdoses mortelles à l'héroïne en France, depuis 1994. *A propos du rôle des traitements de substitution*. *Annales de Médecine Interne* 152 (suppl. au no. 3): IS5–12.

- Liebschutz, J., Savetsky J. B., Saitz R., *et al.* (2002) The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences. *Journal of Substance Abuse Treatment* 22: 121–8.
- Lloyd, C. (1998) Risk factors for problem drug use: Identifying vulnerable groups. *Drugs, Education, Prevention and Policy* 5 (3).
- Lourenço, N. og Carvalho, M. (2002) *Jovens delinquentes e drogas: Espaços e trajetórias*. Lisbon (upublisert rapport)
- Lupton, R., Wilson, A., May, T., *et al.* (2002) A rock and a hard place: drug markets in deprived neighbourhoods. Home Office Research Study 240. Home Office: London.
- Markert, J. (2001) Sing a song of drug use—abuse: four decades of drug lyrics in popular music—from the sixties through the nineties. *Sociological Inquiry* 71: 194–220.
- Meijer, R. F., Grapendaal, M., Van Ooyen, M. M. J., *et al.* (2002) *Geregistreerde drugcriminaliteit in cijfers – Achtergrondstudie bij het Justitie onderdeel van de Nationale Drugmonitor – Jaarbericht 2002*, WODC: Haag.
- Millar, D., O'Dwyer, K. og Finnegan, M. (1998) *Alcohol and Drugs as Factors in Offending Behaviour: Garda Survey*. Research Report No. 7/98. Garda Research Unit: Tipperary, Irland.
- Mol, A. og van Vlaanderen, J. L. (2002) *Ontwikkeling van de Cocaïne hulpvraag; Periode 1994–2000; Het lijntje doorgetrokken*. Houten: Stichting.Informatievoorziening Zorg (IVZ)
- Molinae, M., Pecsteen, D., Hariga, F., *et al.* (2002), L'usage de drogues en communauté française. Rapport Communauté française 1999–2000. Ministère de la Communauté Française: Brussel.
- Morral, A. R., McCaffrey, D. F. og Paddock, S. M. (2002) Reassessing the marijuana gateway effect. *Addiction* 97: 1493–504.
- Narkotikakommissionen (2000) En strategi för lokalt narkotikaförebyggande arbete. Diskussionspromemoria nr 12. Narkotikakommissionen, Socialdepartementet: Stockholm.
- Nasjonale rapporter (2002) Nasjonale rapporter fra Reitox-nettet.
- ODCPP (2000) Demand Reduction, A Glossary of Terms. ODCPP, New York.
- Observatorio Español Sobre Drogas (2002) Informe No. 5, Ministerio de Interior, Delegación Del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- O'Higgins, K. (1999) Social order problems. In *Social Housing in Ireland: A Study of Success, Failure and Lessons Learned* (Fahey, T. red.). The Katherine Howard Foundation and Combat Poverty Agency: Dublin (fra Irlands nasjonale rapport).
- Origer, A. (1999) *Comparative study on the drug population of Portugal and a representative sample of Portuguese drug addict residents of the Grand Duchy of Luxembourg*. Point Focal OEDT – CRP-Santé: Luxembourg.
- Origer, A. (2002) *Le coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues au Grand-Duché de Luxembourg*, Séries de recherche no. 4. Point focal OEDT Luxembourg – CRP-Santé.
- Origer, A. og Delucci, H. (2002) *Etude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite de substances psycho-actives. Analyse comparative (1992–2000)*. Séries de recherche no. 3. Point Focal OEDT Luxembourg-CRP Santé: Luxembourg.
- Paglia, A. og Room, R. (1999) Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention* 20: 3–50.
- Pant, A. og Dettmer, K. (2002) *Videoprojekt: Erste Hilfe im Drogennotfall, Abschlussbericht*. Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung, Freie Universität: Berlin.
- Parker, H. og Egginton, R. (2002) Adolescent recreational alcohol and drugs careers gone wrong: developing a strategy for reducing risks and harms. *International Journal of Drug Policy* 13: 419–32.
- Petratis, J., Flay, B., Miller, T., *et al.* (1998) Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors. *Substance Use & Misuse* 33: 2561–604.
- Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J. og Schreckenber, D. (2003) *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung Bd. 149*. Nomos-Verlagsgesellschaft: Baden-Baden.
- Postma, M. J., Wiessing, L. G. og Jager, J. C. (2001) Pharmaco-economics of drug addiction; estimating the costs of hepatitis C virus, hepatitis B virus and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Member States of the European Union. *UN Bulletin on Narcotics* 53: 79–89.
- Pudney, S. (2002) The road to ruin? Sequences of initiation into drug use and offending by young people in Britain. Home Office Research Study 253. Home Office: London.
- Rehn, N., Room, R. og Edwards, G. (2001) Alcohol in the European Region – consumption, harm and policies. WHO's regionkontor for Europa: København.
- Reinås, K., Waal, H., Buster, M. C. A., *et al.* (2002) *Strategic Choices for Reducing Overdose Deaths in Four European Cities. A Joint Project of the Cities of Oslo, Amsterdam, Copenhagen, and Frankfurt am Main*. Rusmiddeletaten: Oslo.
- Reinking, D., Nicholas, S., Van Leiden, I., *et al.* (2001) *Daklozen in Den Haag; Onderzoek naar omvang en kenmerken van de daklozenpopulatie*. Trimbo-instituut: Utrecht.
- Seaman, S., Brettell, R. og Gore, S. (1998) Mortality from overdose among drug users recently released from prison: database linkage study. *British Medical Journal* 316: 426–8.
- Shillington, A. M. og Clapp, J. D. (2002) Beer and bong: differential problems experienced by older adolescents using alcohol only compared to combined alcohol and marijuana use. *American Journal Drug Alcohol Abuse* 28: 379–97.
- Single, E., *et al.* (2001) *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse*, 2. utg.
- Skolverket (2000) *Nationella kvalitetsgranskningar 1999*. Skolverket: Stockholm.
- Social Exclusion Unit (2002) Young Runaways. British Office of the Deputy Prime Minister: London (<http://www.jrf.org.uk/home.asp>).
- Spooner, C., Hall, W. and Lynskey, M. (2001) *Structural Determinants of Youth Drug Use*. Australian National Council on Drugs: Woden, Australia.
- Sporer, A. (2003) Strategies for preventing heroin overdose. *British Medical Journal* 326: 442–4.

- Springer, A., Uhl, A., et al. (1999). Bedeutung und Konsum von psychoaktiven Substanzen bei österreichischen Jugendlichen. Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung und Österreichisches Jugendforschungsinstitut. Unveröffentlichte Studie im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Vienna (fra Østerrikes nasjonale rapport).
- Stauffacher, M. (1998) *Treated Drug Users in 22 European Cities. Annual update. 1996 Trends 1992–1996. Pompidou-gruppen*, Europarådet: Strasbourg.
- Stephenson, J. (2001) Former addicts face barriers to treatment for HCV. *Journal of the American Medical Association* 285: 1003–5.
- Stevens, A., Berto, D., Kersch, V., et al. (2003) *QCT Europe: Literature Review Summary*. University of Kent: Canterbury, UK.
- Stoever, H. (2001). *Assistance to Drug Users in European Union Prisons: An Overview Study*, vitenskapelig rapport fra EONN. EONN: Lisboa og London.
- Swadi, H. (1999) Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence* 55: 209–24.
- Tait, R. J., Hulse, G. K., Robertson, S. I. og Sprivulis, P. (2002) Multiple hospital presentations by adolescents who use alcohol or other drugs. *Addiction* 97: 1269–75.
- Tobler, N. (2001) Prevention is a two-way process. *Drug and Alcohol Findings* No. 5, s. 25–7. The Findings Partnership: London.
- Tomas, B. (2001) Möglichkeiten und Grenzen sozialer Integration von SuchtmittelkonsumentInnen – Erfahrungen aus der Praxis. *Tagungsband der Enquete Wirkungskreise – Was wirkt in der ambulanten Suchttherapie? Was braucht ambulante Suchttherapie um zu wirken?*, s. 56–64. Verein Dialog: Wien.
- Uunk, W. J. G. og Vrooman, J. C. (2001) Sociale uitsluiting. In *Armoedemonitor 2001*, s. 139–62. SCP/CBS: Haag.
- Varescon-Pousson, I., Boissonnas, A. og Ionescu, S. (1997) La surdose non mortelle: étude descriptive d'une population de toxicomanes. *Psychologie Française* 3: 255–60.
- Vermeulen, K. T., Hendriks, V. M. og Zomerveld, R. (1999) *Drangbehandeling in Den Haag: Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van het behandelprogramma Triple-Ex voor justitiabele verslaafden*. Parnassia Addiction Research Centre (PARC): Haag.
- Vestel, V., Bakken, A., Geir, H. og Moshuus Tormod, Ø. (1997) Ungdomskultur og narkotikabruk. *NOVA Temahefte* 1/97.
- Villalbi, J. R. og Brugal, M. T. (1999) Sobre la epidemia de heroína, su impacto, su contexto y las políticas sanitarias. *Medicina Clínica (Barcelona)* 112: 736–7.
- Vrieling, I., Van Alem, V. C. M. og Van de Mheen, H. (2000) *Drop-out onder allochtonen in de ambulante verslavingszorg 1994–1998*. IVV/IVO: Houten/Rotterdam.
- Waidner, G. (1999) *Die Viktimisierungserfahrungen drogenabhängiger Personen*. Eine Untersuchung mit qualitativen Verfahren. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien: Wien.
- Warner-Smith, M., Lynskey, M., Darke, S. og Hall, W. (2001) Heroin overdose: prevalence, correlates, consequences and interventions. A report prepared by the National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.
- WHO (1998) Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action. World Health Organization, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse: Genève.
- Wiessing, L. (2001) The access of injecting drug users to hepatitis C treatment is low and should be improved, *Eurosurveillance Weekly*, Issue 31 (<http://www.eurosurv.org/2001/010802.htm>).





Knutepunkter i Reitox-nettet

Belgique/België

Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Rue Juliette Wytsman, 14
BE-1050 Bruxelles/Brussel
Denise WALCKIERS
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
BIRN@iph.fgov.be

Danmark

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge, 67 – Postbox 1881
DK-2300 København S
Ole Kopp CHRISTENSEN/ Kari GRASAASEN
Tel. (45) 72 22 77 60
Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: okc@sst.dk, kag@sst.dk

Deutschland

Deutsche Referenzstelle für die Europäische
Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

Parzivalstraße, 25
DE-80804 München
Roland SIMON
Tel. (49-89) 36 08 04 40
Fax (49-89) 36 08 04 49
E-mail: Simon@ift.de

Elláda

University of Mental Health Research Institute

Argirokastrou & Ionias Street
Papagou
GR-15601 Athens
Manina TERZIDOU
Tel. (302) 106 53 69 02
Fax (302) 106 53 72 73
E-mail: ektepn@ektepn.gr

España

Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas

C/Recoletos, 22
ES-28001 Madrid
Elena GARZÓN/ Ana Andrés BALLESTEROS
Tel. (34) 915 37 27 25/26 86
Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: egarzon@pnd.mir.es, anaab@pnd.mir.es

France

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

105, rue Lafayette
FR-75110 Paris
Jean-Michel COSTES
Tel. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland

Drug Misuse Research Division

Health Research Board
73, Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Hamish SINCLAIR
Tel. (353-1) 676 11 76 ext 160
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie

Italia

Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali, Dipartimento delle
Politiche Sociali e Previdenziali, Direzione Generale per le
Tossicodipendenze e l'Osservatorio Nazionale

Via Fornovo 8 – Pal. B
IT-00187 Roma
Mariano MARTONE/Silvia ZANONE
Tel. (39) 06 36 75 48 01/06
Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

Luxembourg

Direction de la Santé, Point Focal OEDT, Luxembourg

Allée Marconi – Villa Louvigny
LU-2120 Luxembourg
Alain ORIGER
Tel. (352) 478 56 25
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Nederland

Trimbos Instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade, 45 – P.O. BOX 725
3500 AS Utrecht
Nederland
Franz TRAUTMANN
Tel. (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Österreich

Österreichisches Bundesinstitut
für Gesundheitswesen

Stubenring, 6
AT-1010 Wien
Sabine HAAS
Tel. (43-1) 515 61 60
Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Portugal

Instituto da Droga e da Toxicodependência

Av. João Crisostomo, 14
PT-1000-179 Lisboa
Fernando NEGRÃO/Maria MOREIRA
Tel. (351) 213 10 41 00/41 26
Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Fernando.Negrão@ipdt.pt, Maria.Moreira@ipdt.pt

Suomi/Finland

Sosiaali ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus
PO BOX 220 (Office: Lintulahdenkuja, 4 – 00530 Helsinki)
FIN-00531 Helsinki
Ari VIRTANEN
Tel. (358-9) 39 67 23 78
Fax (358-9) 39 67 24 97
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sverige

Statens folkhälsoinstitut
(Office: Olof Palmes gata, 17)
SE-103 52 Stockholm
Bertil PETTERSSON
Tel. (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
E-mail: Bertil.Pettersson@fhi.se

United Kingdom

Sexual Health and Substance Misuse Policy
Department of Health, Skipton House
80, London Road
London SE1 6LH
United Kingdom
Alan LODWICK
Tel. (44-20) 79 72 51 21
Fax (44-20) 79 72 16 15
E-mail: Alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

European Commission/Commission européenne

Directorate General for Justice and Home Affairs – Drugs
Coordination Unit/Direction générale de la justice et des
affaires intérieures – Unité coordination de la lutte
anti-drogue
Rue de la Loi, 200 (Lx – 46 3/186)
BE-1049 Brussels/Bruxelles
Timo JETSU
Tel. (32-2) 299 57 84
Fax (32-2) 295 32 05
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Norge

Statens institutt for rusmiddelforskning
PB 565 Sentrum
NO-0105 Oslo
(Office : Øvre Slottsgate 2B)
NO – 0157 Oslo
Knut BROFOSS/Odd HORDVIN
Tel. (47) 22 34 04 00
Fax (47) 22 34 04 01
E-mail: odd@sirus.no

Tiltredelses- og søkerlandenes kontaktpunkter:

http://www.emcdda.eu.int/partners/candidates_focalpoints.shtml

Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk

Årsrapport 2003: Narkotikasituasjonen i Den europeiske union og Norge

Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner
2003 — 82 s. — 21 x 29.7 cm
ISBN 92-9168-164-4

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@infoboard.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) 325 84 99
E-mail: elebooks@netor.gr
URL: <http://www.hellasnet.gr>

ESPAÑA

Boletín Oficial del Estado
Trafalgar, 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 Raiffeisen
L-2411 Luxembourg
Tél. (352) 40 10 20
Fax (352) 49 06 61
E-mail: mail@mdl.lu
URL: <http://www.mdl.lu>

NETERLAND

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>

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: spoce@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./tfn (358-9) 121 44 18
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

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

Euro Info Center Schweiz
c/o OSEC Business Network Switzerland
Stampfenbachstraße 85
PF 492
CH-8035 Zürich
Tel. (41-1) 365 53 15
Fax (41-1) 365 54 11
E-mail: eics@osec.ch
URL: <http://www.osec.ch/eics>

BĂLGARIJA

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>

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@ccci.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: einfo@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
III emelet 1/A
PO Box 1039
H-1137 Budapest
Tel. (36-1) 329 21 70
Fax (36-1) 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

NORGE

Swets Blackwell AS
Hans Nielsen Hauges gt. 39
Boks 4901 Nydalen
N-0423 Oslo
Tel. (47) 23 40 00 00
Fax (47) 23 40 00 01
E-mail: info@no.swetsblackwell.com
URL: <http://www.swetsblackwell.com.no>

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.sltk.stuba.sk
URL: <http://www.sltk.stuba.sk>

SLOVENIJA

GV Zalozba
Dunajska cesta 5
SLO-1000 Ljubljana
Tel. (386) 613 09 1804
Fax (386) 613 09 1805
E-mail: europ@gvestnik.si
URL: <http://www.gvzalozba.si>

TÜRKİYE

Dünya Infotel AS
100. Yıl Mahallesi 34440
TR-80050 Bagcilar-Istanbul
Tel. (90-212) 629 46 89
Fax (90-212) 629 46 27
E-mail: aktuel.info@dunya.com

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>

MALAYSIA

EBIC Malaysia
Suite 45 02, Level 45
Plaza MBf (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

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

T'AI-WAN

Tycoon Information Inc
PO Box 81-466
105 Taipei
Tel. (886-2) 87 12 88 86
Fax (886-2) 87 12 47 47
E-mail: eultupe@ms21.hinet.net

UNITED STATES OF AMERICA

Bernan Associates
4611-F Assembly Drive
Lanham MD 20706-4391
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 29-42455
Fax (352) 29 29-42758
E-mail: info-info-opoce@cec.eu.int
URL: publications.eu.int

Om EONN

Det europeiske overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN) er en av Den europeiske unions desentraliserte institusjoner. Overvåkingssenteret ble opprettet i 1993 med hovedkontor i Lisboa, og er den viktigste kilden til utfyllende informasjon om narkotika og narkotikaavhengighet i Europa.

EONN samler inn, analyserer og sprer objektiv, pålitelig og sammenlignbar informasjon om narkotika og narkotikaavhengighet og gir dermed sitt publikum et evidensbasert bilde av narkotikafenomenet på europeisk plan.

Senterets publikasjoner er den viktigste informasjonskilden for et bredt publikum, blant annet beslutningstakere og deres rådgivere, fagmiljøer og forskere som arbeider på narkotikaområdet, og i videre forstand, media og allmennheten.

I Årsrapporten presenterer EONN sin årlige oversikt over narkotikasituasjonen i EUs medlemsstater og Norge. Rapporten er et viktig referansedokument for alle som søker seneste nytt om narkotikasituasjonen i Europa. Den trykte utgaven suppleres av en utvidet nettversjon som er tilgjengelig på [http: **http://annualreport.emcdda.eu.int**](http://annualreport.emcdda.eu.int).



Publikasjonskontoret

Publications.eu.int

ISBN 92-9168-164-4



9 789291 681648