



KOMMISSIONEN FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER

Bruxelles, den 18.4.2007
KOM(2007) 199 endelig

BERETNING FRA KOMMISSIONEN TIL EUROPA-PARLAMENTET OG RÅDET

**om gennemførelse af Rådets henstilling af 18. juni 2003 om forebyggelse og reduktion af
helbredsskader forbundet med narkotikamisbrug**

INDHOLDSFORTEGNELSE

1.	BAGGRUND	3
2.	METODOLOGI – DATAINDSAMLING.....	3
3.	DE VIGTIGSTE RESULTATER AF GENNEMFØRELSEN AF RÅDETS HENSTILLING.....	4
4.	KONKLUSIONER	9
5.	OPFØLGNING AF RÅDETS HENSTILLING FRA 2003.....	10
TECHNICAL ANNEXES.....		13
5.1.	ANNEX I – Abbreviations and technical terms used	13
5.2.	ANNEX II – Figures	14

1. BAGGRUND

Den 18. juni 2003 vedtog Rådet en henstilling om forebyggelse og reduktion af helbredsskader forbundet med narkotikamisbrug¹. Henstillingen har til formål at reducere antallet af narkotikarelaterede dødsfald og narkotikarelaterede helbredsskader ved at tilskynde medlemsstaterne til at indføre og udvikle svar og strategier til forebyggelse og reduktion af narkotikarelaterede skader. Bevidstheden om, at det haster, kom også til udtryk i EU's narkotikastrategi 2005-2012 og EU's narkotikahandlingsplan 2005-2008.

I henstillingen opfordres medlemsstaterne til at fokusere på tre områder:

- (1) sætte sig som mål på folkesundhedsområdet at forebygge narkotikamisbrug og reducere de dermed forbundne risici samt at udvikle og implementere dertil svarende helhedsstrategier
- (2) opnå en betydelig reduktion af narkotikarelaterede helbredsskader (hiv, hepatitis B og C, tuberkulose etc.) og af antallet af narkotikarelaterede dødsfald gennem en indsats på 13 underområder, som vedrører forskellige tjenester og faciliteter, der har til formål at reducere skader (uddeling af injektionsmateriel, vaccination, behandling, oplysning og uddannelse)
- (3) udvikle passende evalueringsmetoder, der skal øge virkningen og effektiviteten af forebyggelsen af narkotikamisbrug og reduktionen af de dermed forbundne helbredsrisici gennem en indsats på 9 underområder, som vedrører kvalitetssikring, overvågning og evaluering af programmer.

Ifølge henstillingen aflægges medlemsstaterne rapport til Kommissionen om gennemførelsen af ovenstående inden to år efter vedtagelsen, og Kommissionen anmodes om at udarbejde en rapport.

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EONN) offentliggør hvert år en statusrapport om narkotikaproblematikken i EU med oplysninger om narkotikarelaterede dødsfald og narkotikarelaterede smitsomme sygdomme som hiv/aids og hepatitis. **Jf. figur 1.**

2. METODOLOGI – DATAINDSAMLING

Denne rapport bygger på to hovedkilder.

For det første bad Kommissionen i 2005 25 medlemsstater om at aflægge statusrapport om gennemførelsen af Rådets henstilling.

Ovennævnte oplysninger blev derefter behandlet af Trimbos Institute, et uafhængigt forskningscenter, som beskæftiger sig med mental sundhed og misbrug, og som fik i opdrag at udarbejde baggrundsmateriale til brug for denne rapport. Baggrundsmaterialet indeholder detaljerede oplysninger om eksisterende politikker og praksis i medlemsstaterne med hensyn til forebyggelse og reduktion af helbredsskader i forbindelse med narkotikamisbrug og en gennemgang af effektiviteten af interventioner til reduktion af skader².

¹ EUT L 165 af 3.7.2003, s. 31–33.

² Jf. bilag 2.

3. DE VIGTIGSTE RESULTATER AF GENNEMFØRELSEN AF RÅDETS HENSTILLING

3.1. Henstilling 1 – Reduktion af skader som et mål på folkesundhedsområdet

Alle medlemsstater har defineret forebyggelse og reduktion af narkotikarelaterede skader som et mål på folkesundhedsområdet på nationalt plan. Her har henstillingen spillet en væsentlig rolle, navnlig i de fleste af de lande, som tiltrådte EU i 2004.

Medlemsstaterne har også indsat en henvisning til Rådets henstilling i EU's narkotikastrategi 2005-2012.

3.2. Henstilling 2 – Tjenester og faciliteter i medlemsstaterne, som har til formål at reducere skader

Alle medlemsstater har oprettet tjenester og faciliteter, som har til formål at reducere skader, nogle i mindre omfang end andre.

De oplysninger, der er indsamlet til baggrundsmaterialet, giver et godt overblik over de tjenester og faciliteter, der findes i medlemsstaterne.

Jf. figur 2, bilag II.

• Tjenester og faciliteter i medlemsstaterne, som har til formål at reducere skader

Alle medlemsstater har gennemført foranstaltninger, som går ud på at informere og rådgive stofmisbrugere. Andre **informations-, uddannelses- og kommunikationsforanstaltninger** omfatter telefonhjælpelinjer og en bred vifte af oplysningsbrochurer til stofmisbrugere i alle lande. 22 lande anvender websteder, og nogle har endda internetbaserede rådgivningsredskaber. I 21 lande findes der kurser i forebyggelse af risici og skader. På Malta findes der f.eks. individuelle kurser for stofmisbrugere, som er i ambulant behandling.

Lokalsamfundene og stofmisbrugeres familier deltager i vidt omfang i de aktiviteter, der gennemføres i medlemsstaterne for at reducere skader, og i de fleste lande findes der særlige informationspakker til dem. I Det Forenede Kongerige deltager familier f.eks. i kurser om forebyggelse af overdoser for at reducere antallet af narkotikarelaterede dødsfald.

Opsøgende arbejde er en almindelig strategi til forebyggelse af smitsomme sygdomme. Opsøgende arbejde på gaden eller i forbindelse med rekreativ brug af stoffer, f.eks. ved fester, hvor der dances/ravefester, er et udbredt fænomen i medlemsstaterne, dog med visse geografiske forskelle i de enkelte lande. Der findes f.eks. projekter med opsøgende arbejde og lavtærskeltjenester i hele Italien, og der er efterhånden blevet et større udvalg af faciliteter. Endvidere er der for nylig blevet indført mobil metadonbehandling nogle steder i landet.

Ligestillede og frivillige involveres systematisk i **opsøgende arbejde** i de fleste medlemsstater (19). Der findes oplysninger om oplæring af ligestillede og frivillige, dog kun få om deres konkrete opgaver i forbindelse med opsøgende arbejde. I Belgien undervises (tidligere) stofmisbrugere f.eks. i at formidle budskaber om forebyggelse af hiv og overdoser.

Der findes **netværk og samarbejde mellem organer, der er involveret i opsøgende arbejde**, i langt de fleste medlemsstater (20), selvom nogle af medlemsstaterne kun har ret få organer. Det er meget opmuntrende at se, at Litauen og Letland netop står for at skulle gennemføre denne politik.

Der findes behandlingstilbud for stofmisbrugere i alle medlemsstater, og medlemsstaterne gennemfører substitutionsbehandling af opiatmisbrugere (Cypern er ved at forberede sådanne behandlingsprogrammer). Der findes vedligeholdelses- og afgiftningsordninger, som skal henholdsvis stabilisere og reducere stofmisbrug eller nedskære det til nul. **Substitutionsbehandling** af opiatmisbrugere er en af de strategier, der normalt anvendes til at reducere antallet af narkotikarelaterede dødsfald, og i de fleste lande (24) findes der substitutionsbehandling med metadon og/eller buprenorfin, suppleret med passende psyko-social støtte. Sverige var f.eks. det første land til at tilbyde vedligeholdelsesbehandling med metadon og gennemfører nu et stramt højtærskelprogram for vedligeholdelse med metadon. Flere undersøgelser viser, at der er en forbindelse mellem vedligeholdelsesbehandling af opiatmisbrugere og en reduktion af antallet af narkotikarelaterede dødsfald. Effektiviteten kan muligvis øges med større doser, og når behandlingsprogrammerne suppleres med psyko-social støtte.

Med hensyn til **forebyggelse af ulovlig anvendelse af substitutionsstoffer** oplyste næsten alle medlemsstater (22), at de har indført foranstaltninger som f.eks. præcis registrering, indtagelse under overvågning, urinprøver og daglig afhentning af doser for at forhindre lækage til det sorte marked. Estland og Slovenien indberettede f.eks., at de netop som følge af henstillingen har gennemført foranstaltninger, som skal forebygge ulovlig anvendelse.

I 19 medlemsstater har stofmisbrugere adgang til **testning/screening for smitsomme sygdomme** på landsplan og i tre lande i visse geografiske områder. Femten lande har forebyggelses- og undervisningsforanstaltninger og særlige behandlingsprogrammer for stofmisbrugere til forebyggelse af smitsomme sygdomme på landsplan, og fem lande i særlige geografiske områder. Femten lande gennemfører **vaccinationskampagner** for hepatitis B med særlig fokus på stofmisbrugere på landsplan og yderligere fem lande i særlige områder. I 2005 iværksatte de nationale kontaktpunkter³ i Luxembourg f.eks. et aktions- og forskningsprogram for at gøre det muligt for specialiserede nationale ikke—statslige organisationer (ngo'er) at foretage testning (hep. A, B, C og hiv) og vaccination (hep. A, B) på stedet. Der findes **vaccinationsprogrammer** i hele EU, men de er ikke altid specielt målrettet mod stofmisbrugere.

I 24 medlemsstater har stiknarkomaner adgang til **programmer, som vedrører bytning af nåle og sprøjter**, og i 15 af dem er programmerne landsdækkende. Narkotikarelaterede tjenester i hele EU har med få undtagelser (2) mulighed for at **uddele kondomer**. Programmer, som vedrører bytning af nåle og sprøjter, har sammen med informations- eller uddannelsesstrategier, som er målrettet mod stofmisbrugere i deres daglige miljø, vist sig at være både nyttige og omkostningseffektive med hensyn til at reducere risikobetonet adfærd blandt stiknarkomaner og må derfor forventes at forebygge overførelse af smitsomme sygdomme.

Alle lande har indført foranstaltninger, som skal sikre, at **alarmtjenester** er uddannet og udstyret til at håndtere tilfælde af overdosis, og i de fleste af dem (20) medbringer ambulancer normalt opiatmodgiften naloxon. Men kun i 10 lande får alarmtjenesternes sundhedspersonale særlig undervisning i håndtering af tilfælde af overdosis.

Det sidste punkt under dette område i henstillingen indeholder en opfordring til at støtte **videreuddannelse, der giver fagfolk** med ansvar for forebyggelse og reduktion af helbredsrisici i forbindelse med narkotikamisbrug **et anerkendt kvalifikationsbevis**. Sådan

³ <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=403>.

en politik findes der i næsten alle medlemsstaterne (22). Personer, som beskæftiger sig med opsøgende arbejde, og fagfolk har adgang til undervisning i vedligeholdelsesbehandling i henholdsvis 21 og 20 lande. Fagfolk har adgang til undervisning i lavtærskeltjenester i 19 lande.

- ***Tjenester i fængsler, som har til formål at reducere skader***

I henhold til EONN er 7-38% af alle fængselsindsatte i Europa stiknarkomaner. Der er truffet foranstaltninger til at give stofmisbrugere i fængsler adgang til tjenester, som svarer til dem, der stilles til rådighed for stofmisbrugere uden for fængslerne i 20 medlemsstater, og fire medlemsstater står netop for at træffe sådanne foranstaltninger.

Ifølge baggrundsmaterialet ser det ud til, at programmer, som vedrører bytning af nåle og sprøjter i fængsler, er effektive med hensyn til at reducere antallet af stiknarkomaner, som deler nåle, og overførsel af narkotikarelaterede smitsomme sygdomme. De kan også reducere antallet af bylder.

Det er ikke almindeligt at uddele narkotikarelateret materiel⁴ i fængsler (kun i 11 lande). Tre lande tilbyder bytning af nåle og sprøjter i fængsler. I Spanien har 38 fængsler f.eks. et program, som vedrører bytning af nåle og sprøjter.

Der findes substitutions- og afgiftningsbehandling i fængsler i henholdsvis 17 og 19 lande, selvom der er stor forskel på dækningen. Der uddeles kondomer i fængsler i 16 lande.

Jf. figur 3, bilag II.

- ***Koordinering mellem reduktion af skader og socialforsorg og psykisk sundhedspleje***

I henhold til medlemsstaterne anses reduktion af skader for at være en integrerende del af (psykisk) sundhedspleje og socialforsorg, men ifølge baggrundsmaterialet afspejles det ikke altid i praksis: "Medlemsstaterne bliver ved med at kæmpe med stofmisbrugere, som både er afhængige af narkotika og har psykiske problemer (ledsagesygdomme eller dobbeltdiagnose), og det er fortsat ofte vanskeligt at reintegrere tidligere stofmisbrugere i et almindeligt arbejdsliv og under normale boligforhold".

23 lande har truffet foranstaltninger til at fremme hensigtsmæssig koordinering mellem sundhedstjenester (herunder psykiske sundhedstjenester) og socialforsorg på den ene side og specialiserede tiltag i forbindelse med risikoreduktion på den anden. Det skulle være almindelig praksis i 4/5 af landene. I Frankrig sørger RMS-programmet (Réseau Micro-Structures) for, at patienter med misbrug behandles af et team af læger, socialrådgivere og psykologer.

Men det ser ud som om, det er nødvendigt at arbejde videre med gennemførelsen af disse foranstaltninger, for det er tilsyneladende fortsat noget af en udfordring at få etableret et fuldt integreret system til behandling af stofmisbrugere.

⁴

Redskaber og udstyr til at forberede eller uddele stoffer.

3.3. Henstilling 3 – Kvalitetssikring, overvågning og evaluering

Ikke alle medlemsstater anser kvalitetssikring, overvågning og evaluering for at være en opgave for den nationale regering. De fleste mener dog, at det er nødvendigt at gøre en større indsats for at fokusere på og anvende videnskabelige beviser i forbindelse med reduktion af skader. I lande med delstater eller decentralt styre er opgaverne fordelt mellem de forskellige kompetenceniveauer. I andre anses kvalitetssikring, overvågning og evaluering for at være en opgave for uafhængige videnskabelige organisationer.

Jf. figur 4, bilag II.

Analysér, overvågning og evaluering af medlemsstaternes tjenester og faciliteter, som har til formål at reducere skader

Hovedparten af medlemsstaterne (19) anfører, at politiske beslutninger træffes på grundlag af **videnskabeligt dokumenteret effektivitet**. Flere har forsknings- og evalueringsprojekter til at undersøge interventioner, som tager sigte på at reducere skader (f.eks. substitutionsprogrammer, opsøgende arbejde, bytning af nåle). Tyskland rapporterer f.eks. om en evaluering af substitutionsbehandling (metadon og heroin). Litauen rapporterer om sit "Blå Bus"-projekt vedrørende bytning af nåle, som vurderes hver måned, også ved at foretage brugerundersøgelser. I Ungarn har det nationale institut for forebyggelse af narkotikamisbrug udviklet en database "SZIP" for at gøre videnskabeligt dokumenteret effektivitet almindelig tilgængelig, dvs. ved at kombinere programinformationer og videnskabelig forskning. Slovakiet oplyste, at der gøres systematisk brug af internationale forskningsresultater til at udarbejde interventioner og politikker.

De fleste medlemsstater er enige i, at **det er nødvendigt at inddrage analyser** i den indledende fase af programmerne, men gør det sjældent til et krav i forbindelse med udvælgelse af programmer og interventioner. Men i Irland blev hepatitis B-vaccinationens dækning blandt stofmisbrugere bestemt ved en grundlæggende vurdering med henblik på at udforme et pilotprojekt til bedre forebyggelse af smitsomme sygdomme hos stiknarkomaner.

Udvikling af regler for evaluering af interventioner anses ofte for at være en opgave for videnskabelige institutioner, som beskæftiger sig med kvalitetsvurdering. Men nogle medlemsstater som f.eks. Den Tjekkiske Republik og Danmark har udarbejdet regler og retningslinjer som led i deres narkotikapolitik. På Cypern har det videnskabelig udvalg under rådet for bekæmpelse af narkotikamisbrug opstillet særlige retningslinjer for narkotikabehandlingscentre med det formål at sikre minimumskvalitetsstandarder. I Grækenland er der indbygget evalueringer i alle programmer. Denne del af henstillingen skulle være gennemført i 12 lande.

14 medlemsstater har truffet foranstaltninger, som sigter mod at **støtte udvikling af kvalitetskriterier for evaluering**. Sådanne foranstaltninger er i mange tilfælde i deres vorden. I Finland opfordres der f.eks. i handlingsprogrammet for bekæmpelse af narkotikamisbrug 2004-2007 til at opstille kvalitetskrav til narkotikarelaterede tjenesteydelsesleverandører. EONN har udarbejdet flere manualer og monografier om kvalitet og evaluering⁵, men landene henviser ikke specifikt til brug heraf.

⁵ Findes på http://publications.eu.int/others/sales_agents_en.html.

23 medlemsstater rapporterer om **overensstemmelse med de fem nøgleanbefalinger fra EONN⁶**. Men nogle af dem har endnu ikke gennemført dem alle fem. Hvert år giver EONN de enkelte lande feedback vedrørende kvaliteten af deres input og eventuelle mangler ved deres oplysninger. Nationale rapporter offentliggøres normalt på nationale websteder.

19 medlemsstater fremhæver, at **evalueringsresultaterne bidrager til at justere og udvikle foranstaltninger til forebyggelse af narkotikamisbrug**. Landene rapporterer, at evalueringen af nationale narkotikarelaterede strategier og handlingsplaner får større betydning, men kun få af dem ser ud til at foretage evalueringer systematisk med henblik på at analysere særlige interventioners effektivitet. Mange evalueringsordninger tager ikke specielt sigte på interventioner, som har til formål at reducere skader, men vedrører snarere begrænsning af narkotikaefterspørgslen i almindelighed. I Polen har en evaluering af programmer vedrørende narkotikarelateret terapi for kvinder i fængsler, der har til formål at forebygge tilbagefald, f.eks. ført til, at der er indføjet nye målsætninger i det nationale program til forebyggelse af narkotikamisbrug. I Portugal er den nationale strategi til forebyggelse af narkotikamisbrug 'Horizonte 2004' blevet evalueret både internt og eksternt, og det har ført til nye henstillinger om f.eks. udbygning af eksisterende initiativer for at forbedre ordninger, der har til formål at reducere risici og minimere skader (f.eks. substitutionsprogrammer, bytning af sprøjter, kampagner, som skal fremme brug af kondomer).

Der er indført **evalueringskurser** på forskellige niveauer og for forskellige målgrupper i 14 medlemsstater. De nationale kontaktpunkter nævnes ofte som (med)arrangører af sådanne kurser, men disse evalueringskurser anføres ikke som en del af den almindelige uddannelsesplan for fagfolk. I Den Tjekkiske Republik er der dog f.eks. udviklet kvalitetsstandards for tjenester, der behandler stofmisbrugere, og de indgår i et kursus for fagfolk, og i Østrig indgår kvalitetssikring og evaluering som led i uddannelsesplaner for narkotikarelateret videreuddannelse.

14 medlemsstater rapporterede, at de har truffet foranstaltninger med henblik på at gøre det muligt at **inddrage alle aktører og interessenter i evalueringen**, men kun ganske få gav konkrete eksempler på deltagelse og inddragelse. I Nederlandene er der f.eks. blevet oprettet en ordning med "brugerråd" for patienter under behandling, herunder for narkotikamisbrug. I Spanien prioriteres inddragelse af interessenter i evalueringen i den nationale narkotikahandlingsplan.

Der er udarbejdet bi- og multilaterale programmer, som inddrager flere medlemsstater, og 21 rapporterede, at de har truffet foranstaltninger med henblik på at **tilskynde til udveksling af programresultater med andre**. Det ser ud til, at der nu er mere samarbejde mellem dem, men også med tredjelande. De samarbejder endvidere med Kommissionen, f.eks. gennem Fællesskabets folkesundhedsprogram, med henblik på at udveksle færdigheder og erfaringer internt i EU. EU's Phare-partnerskabsprogram⁷ har været et vigtigt redskab til udvidelse af samarbejdet mellem de oprindelige EU-lande og de nye, som tiltrådte i 2004. Syv lande anfører, at henstillingen har været et vigtigt redskab i forbindelse med udvikling af denne form for aktivitet.

Jf. figur 5, bilag II.

⁶ <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1365>.

⁷ http://ec.europa.eu/enlargement/key_documents/phare_legislation_and_publications_en.htm.

4. KONKLUSIONER

- (1) Alle medlemsstater har politikker og aktioner, som i vidt omfang afspejler de foranstaltninger, der anbefales i henstillingen, og de fleste af de nye lande betragter dokumentet som en stor hjælp, når de skal tilrettelægge politikken på dette område. Henstillingen har også tjent som benchmark for gennemførelsen af interventioner, som har til formål at reducere skader. Da henstillingen ikke er gennemført i samme omfang i de enkelte lande og landene imellem, er det vigtigt at blive ved med at udvikle foranstaltninger, som har til formål at reducere skader, og indføre tjenester/faciliteter, som har til formål at reducere skader, som led i et integreret system med forebyggelse og behandling.
- (2) Næsten alle medlemsstater har truffet foranstaltninger til fremme af hensigtsmæssig integration mellem sundhedstjenester (herunder psykiske sundhedstjenester og socialforsorg) og tjenester, som er specialiseret i reduktion af skader. Det er nødvendigt at udbygge og videreføre disse bestræbelser for at integrere programmer i det almindelige sundhedssystem.
- (3) Der findes substitutionsbehandlinger med metadon og buprenorfin, suppleret med psyko-social støtte, i alle medlemsstater, og der er blevet væsentligt flere behandlingsmuligheder i de seneste ti år. Men der er forskel på, i hvor høj grad udbuddet dækker det skønnede behov i de enkelte lande. Det er nødvendigt at sikre, at der er adgang til disse tjenester, at tjenesterne har tilstrækkelig dækning, og at de er bæredygtige.
- (4) De data, EONN har indsamlet om adgang til tjenester/faciliteter, som har til formål at reducere skader, må betegnes som omfattende og af høj kvalitet. Men informationer om adgang til og brug af sådanne faciliteter, navnlig for så vidt angår risikopopulationer, bør forbedres yderligere for at få et overblik over situationen i de enkelte lande og en tydelig angivelse af dækningen, som er det centrale led i en evaluering af den førte politik. Endvidere er det nødvendigt at korrigere manglende overensstemmelse med EONN's fem nøgleindikatorer.
- (5) Næsten alle medlemsstater har gennemført foranstaltninger til forebyggelse af smitsomme sygdomme blandt stofmisbrugere i fængsler. Men interventioner i EU, der har til formål at reducere skader i fængsler, er endnu ikke i overensstemmelse med ækvivalensprincippet, som FN's generalforsamling⁸, UNAIDS/WHO⁹ og UNODC¹⁰ har vedtaget, og som opfordrer til ækvivalens mellem sundhedstjenester og pleje (herunder reduktion af skader) i fængsler og dem, der findes i samfundet uden for fængslerne. Derfor er det vigtigt, at landene tilpasser fængselsbaserede aktiviteter, som har til formål at reducere skader, således at de dækker indsatte stofmisbrugerens og fængselspersonalets behov og forbedrer adgangen til tjenester. Det bør sikres, at disse tjenester, herunder kvalitet og adgang, videreføres efter løsladelsen fra fængslet.
- (6) I medlemsstaterne er der stigende forståelse for, at det er nødvendigt at udvikle forsknings- og faktabaserede politikker og gennemføre videnbaserede aktiviteter,

⁸ <http://www.pogar.org/publications/garesolutions/a45-111-90e.pdf>.

⁹ http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC277-WHO-Guidel-Prisons_en.pdf.

¹⁰ http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060701_hiv-aids_prisons_en.pdf.

herunder aktiviteter, der har til formål at forebygge og reducere helbredsskader. Kritisk evaluering af sådanne foranstaltninger forudsætter, at bedre overvågning og grundig forskning kommer til at indgå som en integrerende del af den overordnede politik til forebyggelse og reduktion af narkotikarelaterede skader, således som det kommer til udtryk i henstillingen, EU's narkotikastrategi 2005-2012 og EU's narkotikahandlingsplan 2005-2008.

- (7) Medlemsstaterne anvender en række forskellige metodologier til at analysere, overvåge og evaluere tjenester og faciliteter, der har til formål at reducere skader. Det er derfor op til dem at drøfte og udveksle informationer om bedste praksis med hensyn til sådanne metoder for at udvikle standardiserede tilgange og redskaber til indsamling af objektive, troværdige og sammenlignelige informationer.
- (8) Endelig er det af allerstørste betydning at sikre synergier mellem strategier og initiativer med sundhedsrelaterede aspekter og eventuelle forbindelser til narkotikamisbrug (f.eks. mental sundhed, alkohol, forebyggelse af hiv/aids, narkotikamisbrug på arbejdspladsen, narkotika/medicin og kørsel).

5. OPFØLGNING AF RÅDETS HENSTILLING FRA 2003

Rapporteringen om henstillingens gennemførelse omfatter en periode på højst 1½-2 år. Det er en ret kort periode til at give et troværdigt billede af henstillingens konsekvenser for nationale foranstaltninger til reduktion af skader, tjenester og faciliteter. Endvidere har nye lande tiltrådt EU i rapporteringsperioden (2004).

Derfor kan denne rapport først og fremmest ses som et udgangsmål for gennemførelsen af Rådets henstilling. Den kan også fungere som en grundlæggende oversigt over eksisterende foranstaltninger til reduktion af skader i EU til evaluering af EU's narkotikahandlingsplan 2005-2008.

Kommissionen har til hensigt at gentage denne øvelse inden for rammerne af EU's næste narkotikahandlingsplan 2009-2012 for at undersøge, om der er sket fremskridt med gennemførelsen af foranstaltninger, tjenester og faciliteter, som har til formål at reducere skader. På den måde vil Kommissionen blive i stand til sammen med medlemsstaterne at overveje, om det er nødvendigt med yderligere henstillinger.

Ydermere vil Kommissionen blive ved med at udvikle initiativer på områder med tæt tilknytning til Rådets henstilling, der aktivt inddrager foranstaltninger og praksis, som i høj grad kan medvirke til at gennemføre de vigtigste aktiviteter. Der indgår to specifikke sundhedsaktioner, som vedrører forebyggelse af narkotikamisbrug, i EU's handlingsplan 2005-2008 (aktion 12 og 13.2):

- et forslag til Rådets henstilling om narkotika og fængsler; mange af de indsatte er narkomaner, og fængselsforholdene er vigtige i forbindelse med narkotikamisbrug og navnlig stiknarkomaner
- en statusrapport om behandling af stofmisbrugere og udveksling af god praksis i hele EU; i Europa er over en halv million mennesker under substitutionsbehandling.

Folkesundhedsprogrammet

Fællesskabets folkesundhedsprogram omfatter aktioner vedrørende forebyggelse af narkotikamisbrug, som tager sigte på at tackle sundhedsdeterminanter, dvs. flerdimensionelle spørgsmål i forbindelse med en række større sundhedsproblemer.

Programmet for forebyggelse af narkotikamisbrug og information 2007-2013

Aktiviteterne vil støtte gennemførelsen af EU's narkotikastrategi ved at finansiere projekter og aktiviteter vedrørende begrænsning af efterspørgslen efter narkotika, herunder reduktion af skader.

Arbejdet med begrænsning af efterspørgslen efter narkotika bør have forbindelse til følgende områder:

- Forebyggelse af hiv/aids

Indsprøjtning af **stoffer** er den mest almindelige kilde til hiv/aids-smitte. Meddelelsen fra Kommissionen til Rådet og Europa-Parlamentet *om bekæmpelse af hiv/aids i EU og EU's nabolande i perioden 2006-2009*¹¹ indeholder en handlingsplan for forebyggelse af hiv og anerkender, at der er behov for synergier med vigtige forebyggelsesaktiviteter. Et af nøglepunkterne er udvikling af skræddersyede undervisningsplaner for sundhedspersonale og andre, der i deres arbejde (forebyggelse, behandling og pleje) har at gøre med hiv/aids-smittede og med befolkningsgrupper, som er særligt udsatte for hiv/aids (deriblandt stiknarkomaner og indvandrere/omrejsende personer). Endvidere er en hiv/aids-tænketank blevet et givtigt forum for udveksling af erfaringer og informationer mellem partnere.

- Forebyggelse af alkoholmisbrug

I forbindelse med blandingsmisbrug er det også nødvendigt at se på alkoholrelaterede og narkotikarelaterede skader i sammenhæng. Kommissionens meddelelse om en EU-strategi til støtte for medlemsstaterne i deres bestræbelser på at reducere alkoholrelaterede skader¹² vedrører fremme af effektiv ændring af børns og unges adfærd i skoler og familier og andre relevante miljøer samt reduktion af trafikulykker i forbindelse med alkohol- og blandingsmisbrug.

- Fremme af mental sundhed

Narkotikamisbrug går ofte hånd i hånd med sindssygdom. Bedre adgang til medicinsk og psykiatrisk behandling for stofmisbrugere er fortsat en stor udfordring for folkesundhedspolitikken. Grønbogen om mental sundhed¹³, som Kommissionen offentliggjorde i oktober 2005, foreslår udvikling af en strategi for mental sundhed i Den Europæiske Union. Den er nu under forberedelse og skulle blive koordineret med andre initiativer under forskellige fællesskabspolitikker, f.eks. EU's narkotikastrategi 2005-2012.

- Inddragelse af civilsamfundet

Der skal også gøres bestræbelser for at reducere den skade, som stofmisbrugere kan påføre andre indirekte. Det er nødvendigt at inddrage stofmisbrugerne aktivt i disse bestræbelser.

¹¹ http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/da/com/2005/com2005_0654da01.pdf.

¹² http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/da/com/2006/com2006_0625da01.pdf.

¹³ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_da.pdf.

Grønbogen om narkotikapolitik og civilsamfundet i Den Europæiske Union¹⁴, som Kommissionen vedtog i juni 2006, undersøger mulighederne for at forbedre inddragelsen af civilsamfundet.

- Narkotika/medicin og kørsel¹⁵

Spørgsmålet om blandingsmisbrug og færdselsulykker behandles i forbindelse med transportpolitik. Kommissionen deltager også i samfinansiering af et projekt med betegnelsen DRUID (DRiving Under the Influence of Drugs, alcohol and medicines) i forbindelse med det sjette rammeprogram for forskning og teknologisk udvikling (FU6).

- Narkotikamisbrug på arbejdspladsen

Kommissionen er ved at udarbejde sin strategi for sikkerhed og sundhed på arbejdspladsen 2007-2012. Der bør udvikles konkrete initiativer til støtte for bestemte folkesundhedsaktioner vedrørende narkotikamisbrug på arbejdspladsen.

¹⁴ http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/da/com/2006/com2006_0316da01.pdf.

¹⁵ Rådets resolution af 27. november 2003 om forholdet mellem brug af ulovlig narkotika og af medicin og færdselsulykker, EUT C 97 af 22.04.2004, s. 1-3.

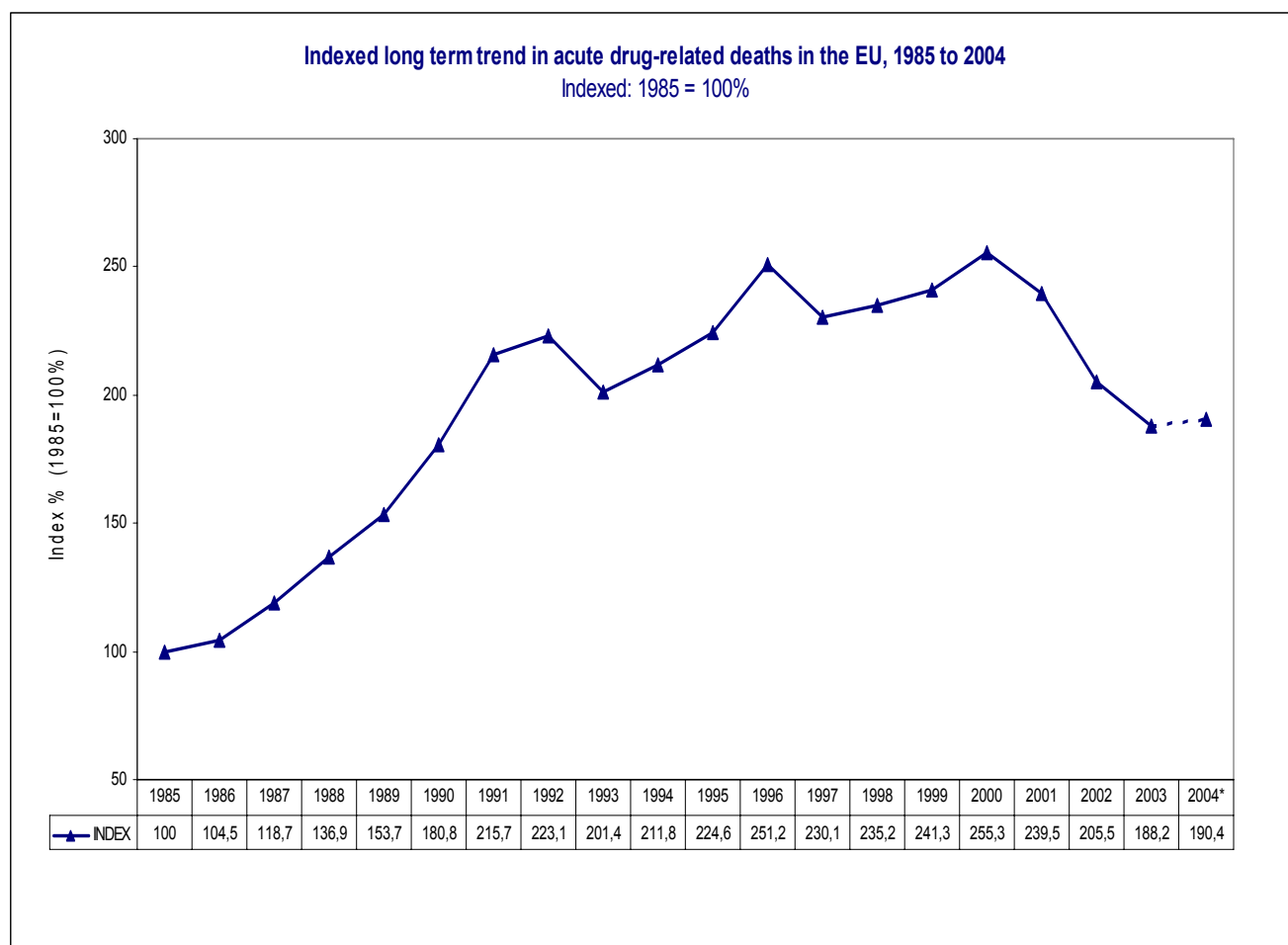
TECHNICAL ANNEXES

5.1. ANNEX I – Abbreviations and technical terms used

DRD	Drug-Related Death
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
IDU	Injecting Drug User
IEC	Information, Education, Communication
NFPs	National Focal Points
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
WHO	World Health Organization
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime

5.2. ANNEX II – Figures

Figure 1



EMCDDA annual report 2006

Notes:

The new Member States and Candidate Countries are not included in this graphic due to the lack of retrospective data in most of them.

Index: 1985=100%.

A few countries did not provide data for some years (see Statistical Bulletin 2006 [Table DRD-2]). To correct this situation, it has been used the computation method defined in the report "European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2001). Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths. Project CT.99.RTX.04, Co-ordinated by the Trimbos Institute. Lisbon: EMCDDA.

Ten countries provided information for 2004 and six did not. Therefore, the figure for 2004 is provisional, based in comparing 2003 and 2004 only for those countries with data for both years. The trends for those countries that provided information can be seen in the figures with

trends by country. Number of cases per country per year are presented in Statistical Bulletin 2006 [Table DRD-2].

The EMCDDA estimates the yearly number of acute DRDs (overdoses) in the EU since 1990 to be from 6500 to over 9000.

Recently published estimates show that a substantial proportion of mortality among young adults in some EU urban areas can be attributed to opioid use. In addition, HIV transmission is continuing to be a concern in specific injecting groups across Europe, although most countries report low rates of newly diagnosed HIV infection attributable to drug injecting and estimate the HIV infection rates among injectors to be below 5%. A far more negative picture presents itself for rates of infection with the hepatitis C virus (HCV), which remain almost universally high among drug injectors.

Since 2000, many EU countries have reported decreases in DRD numbers. In 2004, however, there was an increase. *While the number of DRDs is still far too high from a longer-term public health perspective, a better availability of drug treatments and increased coverage of harm reduction services in recent years seem to have had an impact.*

Figures from the background document on "prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence - an inventory of policies, evidence and practices in the EU relevant to the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003".

The document is available in print (EN) and can be downloaded (EN, FR, DE) at the following web address: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug_en.htm

The Trimbos Institute extracted and analysed relevant data, in particular from the EMCDDA sources (the NFPs coordinated by the EMCDDA confirmed and updated the information provided for the Recommendation point 2), the projects funded under the 'Programme of Community action on the prevention of drug dependence' and the ongoing Public Health Programme, the projects funded under the 4th, 5th and 6th Framework Programmes for Research and Technological Development as well as from some field organisations, the World Health Organization (WHO), the Pompidou Group (PG), and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Finally, a literature review was conducted to identify, assess and summarise scientific evidence on harm reduction interventions and approaches.

Figure 2

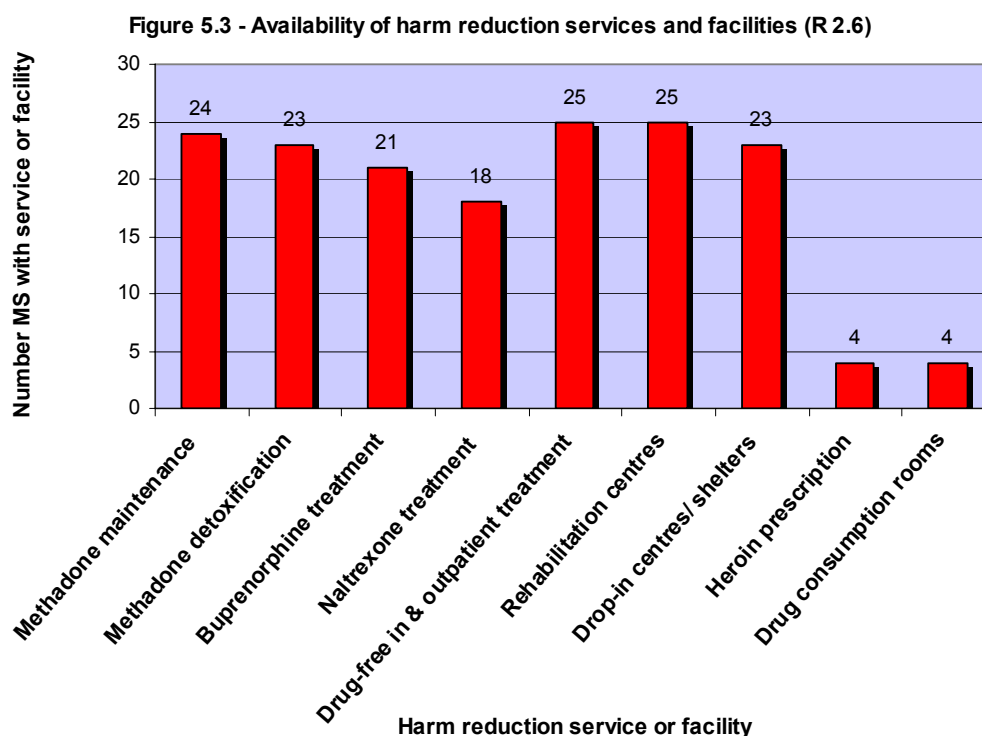


Figure 3

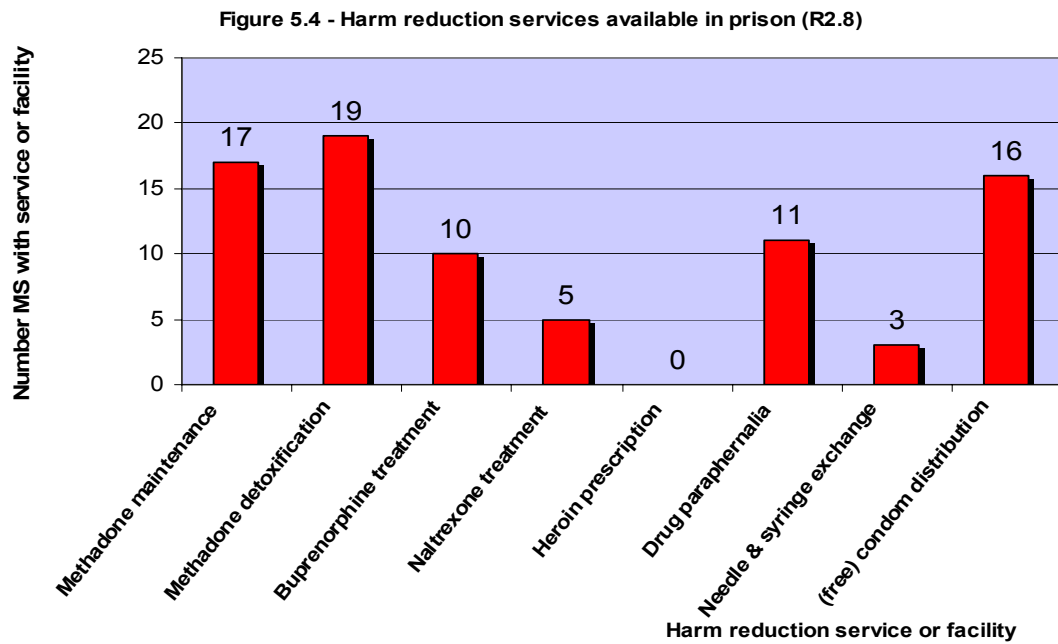


Figure 4

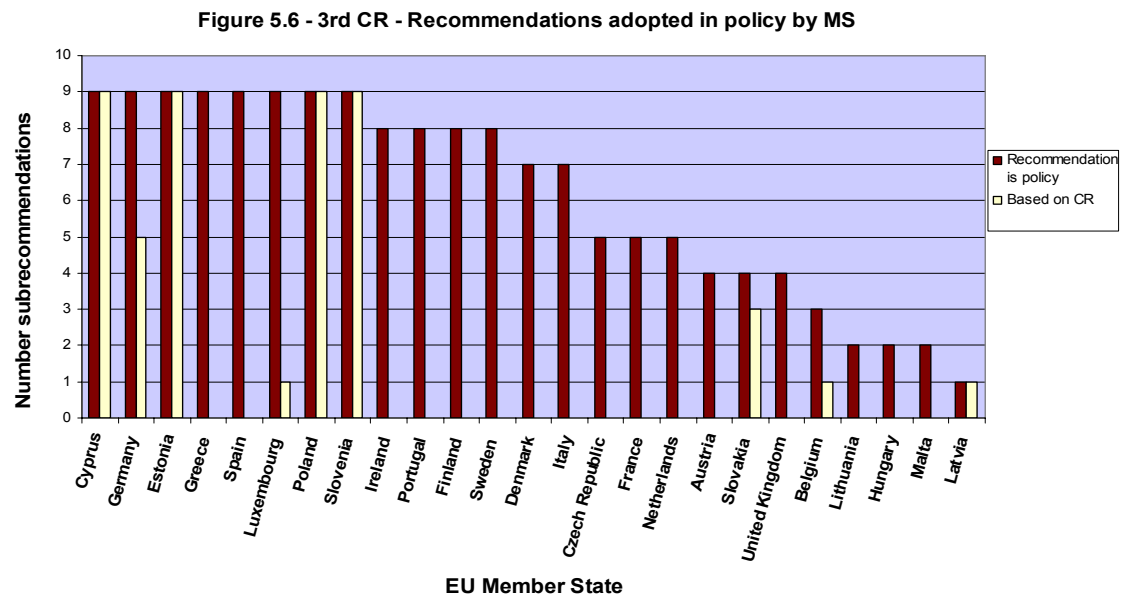


Figure 5

