ISSN 1609-6207

# 2002

# Årsrapport över situationen på narkotikaområdet i Europeiska unionen och Norge

E.C.N.N.

Europeiska Centrumet för Kontroll av Narkotika och Narkotikamissbruk

SV

# Observera

Denna publikation tillhör Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN) och är upphovsrättsligt skyddad. ECNN åtar sig inget ansvar för eventuella konsekvenser av hur uppgifterna i detta dokument används. Om inget annat anges ger denna publikation, inbegripet eventuella rekommendationer eller åsiktsyttringar däri, inte uttryck för den policy som gäller för ECNN, dess samarbetspartner, någon EU-medlemsstat eller något organ eller någon institution inom Europeiska unionen eller Europeiska gemenskaperna.

En stor mängd övrig information om Europeiska unionen finns tillgänglig på Internet. Den kan nås via Europa-servern, som har adressen http://europa.eu.int.

Denna rapport finns på danska, engelska, finska, franska, grekiska, italienska, nederländska, portugisiska, spanska, svenska, tyska och norska. Samtliga översättningar har utförts av Översättningscentrum för Europeiska unionens organ.

Kataloguppgifter finns i slutet av publikationen.

Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer, 2002

ISBN 92-9168-136-9

© Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, 2002

Kopiering tillåten med angivande av källan.

*Printed in Italy*

E . C . N . N .

Europeiska Centrumet för Kontroll av Narkotika och Narkotikamissbruk

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25
P-1149-045 Lisboa
Tfn (351) 21 811 30 00
Fax (351) 21 813 17 11
E-post: info@emcdda.org
Internet: http://www.emcdda.org

# Innehåll


**Tack** 4

**Förord** 5

**Översikt** 7

**KAPITEL 1**
**Narkotikasituationen** 11
- Narkotikamissbruk i befolkningen som helhet 11
- Problematiskt narkotikamissbruk 14
- Efterfrågan på behandling 16
- Narkotikarelaterade infektionssjukdomar 19
- Narkotikarelaterade dödsfall och dödligheten bland missbrukare 22
- Narkotikarelaterad brottslighet 26
- Narkotikamarknaderna och tillgången på narkotika 27

**KAPITEL 2**
**Motåtgärder mot narkotikamissbruk** 31
- Nationella och europeiska narkotikastrategier 31
- Åtgärder för att minska efterfrågan på narkotika 34
- Åtgärder för att minska tillgången på narkotika 39

**KAPITEL 3**
**Särskilda frågor** 43
- Blandmissbruk 43
- Framgångsrik behandling 48
- Narkotikamissbruket i fängelserna 51

**Reitox-kontaktpunkter** 59


En interaktiv version av Årsrapport 2002 i tolv språkversioner finns på Internet, på adressen http://annualreport.emcdda.eu.int. I den versionen finns det länkar till de datakällor, rapporter och bakgrundsdokument som har använts vid sammanställandet av rapporten.

# Tack

ECNN vill framföra sitt tack för hjälpen med denna rapport till

- cheferna och personalen vid de nationella Reitox-kontaktpunkterna,
- de myndigheter och organ i de enskilda medlemsstaterna som samlade in rådata för rapporten,
- ledamöterna av ECNN:s styrelse och vetenskapliga kommitté,
- Europaparlamentet, Europeiska unionens råd – särskilt dess horisontella narkotikagrupp – och Europeiska kommissionen,
- Europarådets Pompidou-grupp, FN:s internationella program för kontroll av drogmissbruk (UNDCP), Världshälsoorganisationen (WHO), Europol, Interpol, Världstullorganisationen (WCO) och Centrumet för epidemiologisk övervakning av aids (CESES),
- Översättningscentrum för Europeiska unionens organ och Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer.

# Förord

Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk visar i sin *Årsrapport* 2002 att det är svårt att ge en kortfattad beskrivning av ”det europeiska narkotikaproblemet”, eftersom det uppvisar en mycket varierande bild. Trenderna för och omfattningen av den olagliga användningen av narkotika, liksom aspekterna och följderna av den, varierar mellan olika länder och regioner. Bakom de nationella genomsnitten kan starkt skiftande trender dölja sig på regional och lokal nivå. Fortfarande noteras ökningar för vissa indikatorer i en del länder eller regioner, men allmänt sett tycks nu den ”inhemska” situationen vara stabil, med konstant antal nya och före detta missbrukare. Motsatt förhållande rådde under 1980-talet och första halvan av 1990-talet, då många länder i Europeiska unionen upplevde en extrem och epidemisk ökning i narkotikaanvändningen och av problemen till följd av denna.

Cannabisanvändningen, som ökat under en lång tid, visar tecken på att stabiliseras i vissa länder, om än på helt olika nivåer. Samtidigt kan det vara så att cannabis- och kokainproblemen nu ökar. När det gäller problemmissbruk har sju av femton länder justerat upp sina skattningar, vilket tyder på viss ökning, även om de flesta länder på samma gång rapporterar om ett relativt stabilt läge. Hiv-prevalensen tycks på det hela taget vara stabil, men nivåerna varierar starkt mellan olika länder och betydande ökningar noteras i vissa regioner samt bland vissa grupper av injektionsmissbrukare. Antalet akuta narkotikarelaterade dödsfall tycks nu ligga på en stabil nivå, men trenderna varierar från land till land. Priserna på de flesta droger tycks över lag vara stabila eller fallande.

Även om ”narkotikaproblemet” nu tycks ha blivit ett allmänt erkänt fenomen i EU, finns det helt klart ingen anledning att slå sig till ro. Uppskattningsvis är två till nio av 1 000 personer i åldern 15–64 år problemmissbrukare. I vissa områden är 25 % av injektionsmissbrukarna hiv-infekterade, och andelen smittade av hepatit C-virus är fortfarande extremt stor (40–90 %). Mellan 7 000 och 8 000 akuta narkotikarelaterade dödsfall sker varje år och något som är oroväckande är att ökningar noteras i vissa länder där trenderna förut var stabila eller nedåtgående. Dödligheten är upp till tjugo gånger så hög bland opiatmissbrukare än bland icke missbrukare i samma åldersgrupp. Antalet personer i behandling har ökat och även om behandlingsfaciliteterna håller på att byggas ut är dessa fortfarande inte tillräckliga, i synnerhet i fängelserna. Det är därför ytterst viktigt att de politiska ansträngningarna för att bekämpa narkotikaproblemet fortsätter och även intensifieras.

Det märks att det finns en större enighet när det gäller vilka åtgärder som skall vidtas för att lösa de allra största problemen och det finns allt fler tecken på att dessa är effektiva. Värdet av lågtröskelvård och vikten av tillgång till steril injektionsutrustning för att minska blodburna infektioner är exempel på åtgärder som fått allmänt erkännande. Samma sak gäller för den skyddande effekt som underhållsbehandling med metadon har mot dödlighet och sjuklighet, mervärdet av frivillig drogfri behandling samt den roll som behandlingen med läkemedel har för att minska konsumtionen av olagliga droger, riskbeteende och brottslighet.

Den utbredda insikt som finns om värdet av dessa åtgärder kan vara en bidragande orsak till att länderna i EU för en så pass likartad politik när det gäller förebyggande åtgärder och behandling. Det är viktigt att komma ihåg att denna likartade politik, som i synnerhet förs inom den sociala sektorn och hälsosektorn, inte genomförs på ett enhetligt sätt i de olika länderna. Utdelningen av sprutor är till exempel mer utbredd i en del länder än i andra. Strategin är nödvändigtvis inte heller konsekvent inom ett och samma land. Substitutionsbehandling kan exempelvis ofta erbjudas i behandlingscentren, men i mycket mindre grad i fängelserna.

Likväl stöder de enskilda länderna i sin politik och lagstiftning i allt högre grad likartade sociala och folkhälsorelaterade åtgärder. I många länder har det skett viktiga förändringar på lagstiftningsområdet, som bland annat tenderar att inrikta sig på de ämnen som orsakar beroende, oavsett om dessa är lagliga eller inte, göra en större åtskillnad mellan narkotikamissbrukare och personer som bryter mot narkotikalagarna, sänka eller ta bort straffen för eget bruk eller innehav av cannabis samt förbättra den rättsliga ramen för substitutionsbehandling. När det gäller området prevention inriktar man sig på att säkerställa kvaliteten på insatserna genom att införa nationella standarder och förfaranden för ackreditering.

Den allt större enigheten inom EU pekar tydligt mot bättre effektivitet och verkningsfullhet i den fortsatta bekämpningen av narkotikaproblemen, genom att minska sjuklighet, dödlighet, stigmatisering och social utslagning bland problemmissbrukare, på samma gång som sanningsenlig information om de risker som finns ges till icke problemmissbrukare. Den representerar också en

starkare och samlad motåtgärd för att bekämpa narkotikaproblemet, som är en högt prioriterad fråga för de europeiska medborgarna. Jag är förvissad om att *Årsrapport* 2002 kommer att utgöra ett viktigt bidrag för att skapa en faktabas för bra politiska beslut och strategisk planering, såväl på nationell och lokal nivå som på europeisk nivå.

**Georges Estievenart**
Verkställande direktör

# Översikt

## Narkotikasituationen

### Narkotikamissbruk i befolkningen som helhet

• Missbruk olagliga ämnen är koncentrerat till de unga vuxna, i synnerhet män i större städer, även om det möjligen pågår en viss spridning till mindre orter och till landsbygden.

• Andelen unga vuxna som uppgav att de nyligen (de senaste tolv månaderna) hade använt cannabis var 5–15 % i de flesta länderna. För amfetamin var motsvarande andel 0,5–6 %, för kokain 0,5–3,5 % och för ecstasy 0,5–5 %.

• Andelen vuxna européer som uppgav sig ha använt cannabis någon gång var 10–30 %. Omkring 1–5 % har någon gång använt amfetaminer, kokain och ecstasy.

• Cannabismissbruket ökade markant under 1990-talet i de flesta EU-länderna, särskilt bland ungdomar, men på senare år kan det ha planat ut i vissa länder. Kokainmissbruket kan ha ökat på senare år i några länder, men denna trend är mindre tydlig.

### Problematiskt narkotikamissbruk

• I allmänhet förefaller nivån på det problematiska narkotikamissbruket vara stabil, även om några länder redovisar ändringar i sina skattningar som tillsammans tyder på att det problematiska narkotikamissbruket har ökat sedan 1996.

• Möjliga ökningar på nationell nivå rapporteras från Belgien och Norge (de tillgängliga uppgifterna avser dock bara antalet injektionsmissbrukare) samt Tyskland, Italien, Luxemburg, Sverige och Förenade kungariket.

• Alla skattningar av det problematiska narkotikamissbrukets utbredning ligger mellan två och nio fall per tusen invånare i åldern 15–64 år.

• Skattningarna av injektionsmissbrukets utbredning ligger i allmänhet mellan två och fem fall per tusen invånare i åldern 15–64 år.

### Efterfrågan på behandling

• Länderna redovisar en ökning av antalet klienter i behandling.

• Opiater är fortfarande den vanligaste primärdrogen bland de klienter som söker behandling. Därefter följer cannabis, kokain och amfetaminer. Det finns många skillnader mellan länderna.

• De drogspecifika trenderna bland nya klienter som påbörjar behandling visar att antalet heroinmissbrukare är stabilt eller minskar, medan antalet cannabismissbrukare ökar i några länder (Tyskland och Danmark). Antalet kokainklienter – som ökade fram till i fjol – verkar nu vara stabilt.

• De vanligaste administrationssätten bland nya klienter är injicering för heroin (45,9 %), sniffning för kokain (47,1 %) och sväljning i fast eller flytande form för stimulantia (56,4 %).

• De sociala förhållandena för narkotikamissbrukarna är sämre än för motsvarande åldersgrupp i befolkningen som helhet. Utbildningsnivån är lägre och arbetslösheten högre.

### Narkotikarelaterade infektionssjukdomar

• Andelen hiv-smittade bland injektionsmissbrukarna varierar grovt räknat mellan 1 % i Förenade kungariket och 34 % i Spanien, men nivåerna tenderar att vara stabila.

• Andelen hiv-smittade var över 25 % bland injektionsmissbrukare som rutinmässigt testades i missbruks-

behandling i de italienska regionerna Emilia-Romagna, Lombardiet och Sardinien, i Frankrike, i Lissabon och Porto (Portugal) och i Spanien.

• En ökad hiv-spridning (i grupper av injektionsmissbrukare) kan ha skett i vissa regioner eller städer i Irland, Italien, Nederländerna, Portugal och Finland.

• Andelen smittade av hepatit C-virus är extremt stor i alla länder och miljöer: mellan 40 % och 90 % i olika grupper av injektionsmissbrukare.

### Narkotikarelaterade dödsfall

• Mellan 7 000 och 8 000 akuta narkotikarelaterade dödsfall rapporteras varje år i EU, och det verkliga antalet fall är sannolikt högre. Opiater påträffas i de flesta överdosdödsfallen, även om man ofta samtidigt påträffar andra ämnen.

• Trenden är relativt stabil på EU-nivå, även om trenderna i de enskilda länderna pekar åt olika håll. Det är dock oroväckande att några EU-länder rapporterar att det har skett ökningar på senare tid efter en period med stabilisering eller minskning.

• Dödligheten bland opiatmissbrukare, i synnerhet bland dem som injicerar, är upp till tjugo gånger så hög som i motsvarande åldersgrupp i befolkningen som helhet. Detta beror på överdoser, infektionssjukdomar, olyckor, självmord m.m.

### Narkotikarelaterad brottslighet

• I alla länderna – utom Spanien, Nederländerna, Italien och Norge – rör de brott mot narkotikalagstiftningen som rapporteras av polisen fortfarande i huvudsak användning och innehav av droger.

• Enligt uppgifter från enskilda fängelser och från olika länder uppger 29–86 % av internerna (över 50 % i de flesta studierna) att de någon gång har använt en olaglig drog.

• De flesta narkotikamissbrukare tenderar att avbryta eller minska sin användning av droger när de kommer till fängelset, eftersom det är svårt att få tag på olagliga droger där, men vissa fortsätter att missbruka och andra gör sin missbruksdebut i fängelset.

### Narkotikamarknaderna och tillgången på narkotika

• Cannabis är den ledande drogen när det gäller beslag i alla medlemsstater utom Portugal, där heroin dominerar. År 2000 minskade de beslagtagna mängderna i de flesta av medlemsstaterna.

• På EU-nivå fortsatte antalet cannabis- och ecstasybeslag att öka år 2000, medan antalet beslag av heroin, kokain och amfetaminer minskade.

• År 2000 rapporterades en markant minskning av de beslagtagna kokainmängderna – främst på grund av stora minskningar i de länder som beslagtar det mesta av kokainet i EU (Spanien, Frankrike och Nederländerna).

• Priserna på alla olagliga droger är över lag stabila eller fallande inom EU, även om det rapporteras vissa prisökningar när det gäller brunt heroin.

## Motåtgärder mot narkotikamissbruk

### Nationella strategier

• Senare tids tendens att man vidtar strategiska motåtgärder mot narkotikasituationen fortsätter. Syftena och målen är tydligare angivna än tidigare. Genomförande och utvärdering är nu de främsta utmaningarna för de nationella narkotikastrategierna.

• Allt större uppmärksamhet ägnas åt förebyggande insatser och behandling när det gäller alkohol och tobak. Strategierna tenderar att vara inriktade mot de ämnen som orsakar beroende, oavsett om dessa är lagliga eller olagliga.

### Nationell lagstiftning

• Man tenderar att göra större åtskillnad mellan narkotikamissbrukare och andra personer som bryter mot narkotikalagarna – genom att ändra lagarna eller politiken, genom att införa ett mer specialiserat domstolssystem, eller på båda dessa sätt.

• Samtidigt har man i ett antal länder valt att sänka eller ta bort straffen för eget bruk eller innehav av cannabis, som därigenom skiljs ut från andra droger.

• Det har införts nya lagar om droger och vägtrafik, där det anges vem som skall testas och hur testerna skall gå till. Detta kan förbättra insamlingen av statistik som sedan kan utgöra en vetenskaplig grund för framtida lagar på området.

• Rättsliga ramar för substitutionsbehandling upprättas eller förstärks i de olika länderna.

### Åtgärder för att minska efterfrågan på narkotika

• Alla nationella narkotikastrategier innehåller prioriteringar i fråga om motåtgärder. Prevention i skolorna prioriteras i tio medlemsstater, prevention och tidiga insatser bland ungdomar i riskzonen prioriteras i nio, och motåtgärder inom det straffrättsliga systemet i sju. I åtta länder anser man att behandlingsstrukturerna behöver förstärkas.

• För att se till att åtgärderna för att minska efterfrågan på narkotika håller hög kvalitet har man i några länder infört nationella standarder, förfaranden för ackreditering eller riktlinjer.

## Prevention i skolor, lokala miljöer och lokalsamhället

• Alla medlemsstaterna betonar att preventionsarbetet har hög prioritet och redovisar ett stort antal förebyggande verksamheter i olika sammanhang, framför allt i skolor. Det finns dock ett avsevärt glapp mellan de politiska målsättningarna och den förebyggande verksamhetens faktiska omfattning och kvalitet.

• Målen för det förebyggande arbetet i skolorna varierar: främjande av elevernas hälsa i vid bemärkelse, utveckling av deras sociala kompetens och individuella färdigheter eller främjande av deras identitet eller personlighet. Medvetenhet och information har ofta en central plats, men det har visats att man inte når särskilt goda resultat om man satsar enbart på detta.

• Det finns stora skillnader mellan medlemsstaterna i fråga om massmediernas roll i preventionsstrategierna – från ingen roll alls till en mycket framträdande roll.

## Prevention i nöjesvärlden

• Det förebyggande arbetet i nöjesvärlden grundar sig på tre insatsstrategier: dels produktion av informationsmaterial om droger, dels personanpassade insatser på diskotek och rave-fester och dels strukturella åtgärder som exempelvis riktlinjer för hur man kan göra nattklubbar säkrare.

• Tester av tabletter på platsen skulle kunna möjliggöra intensiv interaktiv rådgivning i förebyggande syfte, men den aspekten har hamnat i skuggan av diskussioner om hur farmakologiskt exakta testerna är och om vad sådana tester innebär juridiskt.

## Prevention av infektionssjukdomar

• De beprövade åtgärderna för att förebygga spridning av infektionssjukdomar bland narkotikamissbrukare är vaccinering mot hepatit, missbruksbehandling – i synnerhet förskrivning av substitutionsläkemedel –, samhällsbaserad uppsökande verksamhet och tillhandahållande av steril injektionsutrustning samt information om och utbildning i hur man använder droger på ett säkrare sätt.

• Tillgång till steril injektionsutrustning har avgörande betydelse för möjligheterna att minimera förekomsten av hiv och andra blodburna virusinfektioner. Programmen för sprutbyte har byggts ut, men det finns fortfarande stora skillnader mellan och inom länder när det gäller täckningen av målgruppen.

• Andelen narkotikamissbrukare som är vaccinerade mot hepatit är mycket liten. I några länder pågår systematiska satsningar för att göra det lättare att bli vaccinerad.

## Prevention av narkotikarelaterade dödsfall

• En betydande andel av överdosfallen hade kunnat undvikas.

• Underhållsbehandling med metadon har en avsevärd skyddseffekt när det gäller risken att dö av en opioidöverdos.

• Innovativa sätt att förebygga och hantera överdoser rapporteras från några länder, bland annat utbildning för narkotikamissbrukare i hur de kan skydda sig själva och bättre hantera överdoseringsfall de blir vittnen till, utbildning i hur man tillför naloxon och utför grundläggande återupplivningstekniker, eller utveckling av specifika informationsmaterial i preventionssyfte.

## Tillgången på behandling

• Under de senaste fem åren har tillgången på behandling ökat betydligt i EU och Norge. Behandlingen med läkemedel verkar ha byggts ut snabbare än den drogfria behandlingen.

• Utvärderingar av drogfria behandlingar har visat att de har effekt. Utvärderingsresultaten varierar, men i allmänhet lyckas 30–50 % av dem som påbörjar en drogfri behandling slutföra den på ett framgångsrikt sätt.

• Behandling med läkemedel som metadon och buprenorfin har visat sig kunna leda till minskad konsumtion av olagliga droger, minskat riskbeteende och minskad brottslighet. Det har också visat sig att dosen måste vara tillräckligt hög om man vill uppnå goda resultat. Parallella psykosociala insatser bidrar till framgång för behandlingen, men dessa insatser är fortfarande underutvecklade.

## Motåtgärder inom det straffrättsliga systemet

• Domstolarna i EU-länderna förfogar över en rad åtgärder i olika stadier av det straffrättsliga systemet som innebär att en narkotikamissbrukare som har begått ett brott kan placeras i behandling.

• I de flesta EU-länderna finns det abstinensinriktade behandlingsprogram och/eller drogfria avdelningar i fängelserna. Platserna är dock få jämfört med det uppskattade antalet interner med narkotikaproblem.

• Substitutionsbehandling erbjuds nu i fängelser i nästan alla EU-länderna och i Norge. Även i länder där många problemmissbrukare ute i samhället befinner sig i substitutionsbehandling är emellertid fängelsernas policy ofta inriktad mot avgiftning.

• Det finns tecken på att det behövs vård enligt en ”trappstegsmodell” och kontinuerlig behandling för att sänka återfallsfrekvensen bland missbrukande brottslingar.

• Man satsar alltmer på att dokumentera och utvärdera andra motåtgärder inom det straffrättsliga systemet, men det finns (ännu) inte mycket vetenskaplig bevisning.

## Åtgärder för att minska tillgången på narkotika

• Kampen mot den organiserade narkotikahandeln är en prioriterad fråga för medlemsstaterna. Man strävar efter att förbättra databassystemen och teknikerna för brottsanalys och efter att vidareutveckla det internationella samarbetet.

• Kampen mot avledning (dvs. annan användning än den avsedda eller uppgivna) av kemikalier och prekursorer (dvs. ämnen som används vid framställning av exempelvis narkotika) som är föremål för kontrollåtgärder är en viktig del av det ökade internationella samarbetet. Det behövs större resurser för att nivån på övervakningen skall bli tillräcklig.

• Det internationella tullsamarbetet och verksamheten i OECD:s finansiella arbetsgrupp FATF spelar en mycket viktig roll för åtgärderna mot penningtvätt.

# Narkotikasituationen

I detta kapitel ges en översikt av läget i EU och Norge när det gäller narkotikamissbruk och tillgång på narkotika. Dessutom beskrivs den senaste tidens utveckling och nya tendenser.

## Narkotikamissbruk i befolkningen som helhet [1]

Med hjälp av befolkningsundersökningar (enkäter) kan man uppskatta hur stor andel av befolkningen som har använt olika droger under vissa tidsperioder, och dessutom kan man få information om de svarandes beteenden och egenskaper. När det gäller olagliga droger brukar man räkna ut hur stor andel som

- har använt droger någon gång i sitt liv,
- har använt droger någon gång under det senaste året (de senaste tolv månaderna),
- har använt droger någon gång under den senaste månaden (de senaste trettio dagarna).

Det är alltid flest som har använt droger någon gång i livet. Detta mått används ofta i rapporter om och bedömningar av narkotikasituationen i ett land, men på egen hand ger det inte någon särskilt bra bild av den rådande situationen eftersom det inbegriper alla dem som någonsin prövat droger, oavsett om det bara var en enda gång eller några få gånger för många år sedan.

Den andel av befolkningen som har använt droger under det senaste året är normalt mindre, men detta mått återspeglar bättre den rådande situationen. Om man kombinerar andelen som någonsin har använt droger och andelen som har gjort det under det senaste året, kan man få grundläggande information om missbruksmönster (exempelvis "fortsättningsfrekvenser", dvs. mått på hur stor del av dem som någonsin använt droger har gjort det även under det senaste året). Andelen som har använt droger den senaste månaden kan ge en viss indikation på omfattningen av det vanemässiga missbruket, men i allmänhet rör det sig om en mycket liten andel av befolkningen som helhet.

I många enkäter tar man reda på i vilken ålder de svarande första gången använde droger och hur ofta de för närvarande använder droger, vilket gör det möjligt att uppskatta incidensen (antalet nya missbrukare per år) och missbruksmönstren. Med hjälp av andra enskilda variabler (sociodemografiska kännetecken samt åsikter och riskuppfattningar, livsstilar, hälsoproblem osv.) kan man fastställa korrelationer mellan missbruk och andra enskilda faktorer.

De ålderskategorier som används i rapporteringen av resultaten kan i hög grad påverka skattningarna av prevalensen (utbredningen). Jämförelser bör baseras på samma åldersgrupper. ECNN rekommenderar åldersintervallet 15–64 år för "hela den vuxna befolkningen" och 15–34 år för "unga vuxna". Det finns dock fortfarande mindre skillnader mellan länderna i de uppgifter dessa redovisar.

### Missbruksmönster

Trots de metodrelaterade begränsningarna går det att se ett antal både gemensamma och skiljaktiga grundmönster för narkotikamissbruket i de olika EU-medlemsstaterna.

Cannabis är fortfarande den olagliga drog som används oftast i alla EU-länderna. Det är mycket vanligare att man någon gång har använt drogen än att man har gjort det senaste året eller månaden, vilket tyder på att missbruket tenderar att ske bara då och då eller att upphöra

[1] De metoder som används för att uppskatta narkotikamissbruket i befolkningen som helhet förklaras i Internetversionen av rapporten, på adressen http://annualreport.emcdda.eu.int.

efter ett tag. En liten andel konsumerar cannabis dagligen, och denna grupp bör ägnas särskild uppmärksamhet.

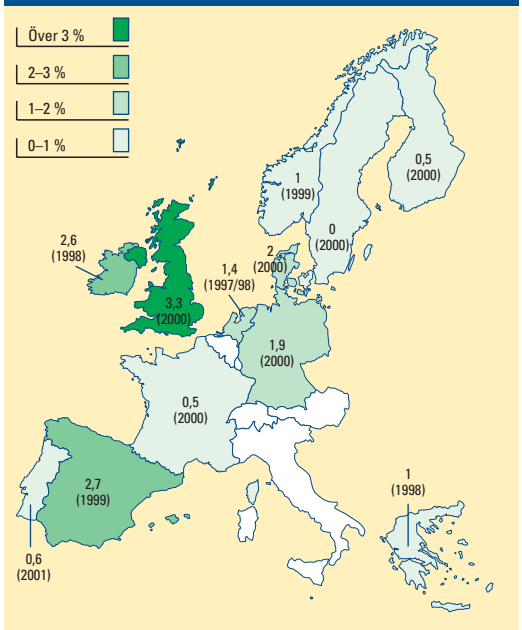
Andra droger än cannabis används av mycket mindre andelar av befolkningen, även om det finns betydande skillnader mellan länder. Även för dessa droger är det klart fler som har använt dem någon gång än som har gjort det under det senaste året [2] [3].

Narkotikamissbruket är koncentrerat till de unga vuxna, som har ungefär dubbelt så höga prevalenstal som den vuxna befolkningen i dess helhet. Fler män än kvinnor har provat droger i samtliga länder och samtliga åldersgrupper, även om könsskillnaderna tenderar att vara mindre bland yngre personer [4]. Narkotikamissbruk är vanligare i större städer, även om det möjligen pågår en viss spridning till mindre orter och till landsbygden.

Andelen som någon gång använt cannabis ligger enligt rapporterna mellan 10 % (Finland) och 25–30 % (Danmark och Förenade kungariket) av hela den vuxna befolkningen. Ett betydande antal länder redovisar andelar kring 20 % (Belgien, Tyskland, Spanien, Frankrike, Irland och Nederländerna). Amfetaminer har någon gång använts av mellan 1 % och 6 % av befolkningen (11 % i Förenade kungariket), kokain och ecstasy av vardera omkring 0,5–4,5 % av befolkningen. Heroin har i allmänhet använts av mindre än 1 % av befolkningen, även om andelen av de unga männen i vissa länder är så hög som 2–3 %. Som utomeuropeisk jämförelse kan nämnas att i den amerikanska enkäten "2000 USA Household Survey" uppgav 34 % av de vuxna (12 år och äldre) att de någon gång använt cannabis, och andelen för kokain var 11 % [5].

Andelen som senaste året har använt cannabis ligger mellan 1 % och 10 % av samtliga vuxna, men de flesta länder som förfogar över information om detta uppger andelar på mellan 5 % och 10 %. Andelen av samtliga vuxna som säger sig ha använt amfetaminer, kokain respektive ecstasy under det senaste året är i allmänhet mindre än 1 %, men Irland och Förenade kungariket har

**Figur 1** **Andelen unga vuxna som de senaste 12 månaderna har använt kokain, uppmätt genom nationella befolkningsundersökningar**




*Anm.:* Uppgifterna kommer från de senaste tillgängliga nationella undersökningarna i respektive land. För "unga vuxna" använder ECNN åldersintervallet 15–34 år (men Danmark och Förenade kungariket 16–34 år, Tyskland och Irland 18–34 år). Skillnader i fråga om intervallet kan i någon mån påverka vissa skillnader mellan länder. I några länder räknades siffrorna om nationellt, så att de så långt som möjligt skulle stämma överens med ECNN:s standardiserade åldersintervall.

*Källa:* Nationella Reitox-rapporter 2001; hämtat från rapporter om vetenskapliga undersökningar eller vetenskapliga artiklar. Se även den standardiserade epidemiologiska tabellen "Prevalens av narkotikamissbruk inom befolkningen i vissa EU-länder under de senaste 12 månaderna enligt nationella enkäter" på adressen http://annualreport.emcdda.eu.int.

något högre andelar för alla tre drogerna, liksom Danmark och Norge har för amfetaminer och Spanien för kokain. I den ovannämnda amerikanska undersökningen uppgav 8,3 % av de vuxna (12 år och äldre) att de under det senaste året hade använt cannabis, och 1,5 % sade sig ha använt kokain under det senaste året.

Bland unga vuxna är andelen som använt droger det senaste året klart högre. I de flesta länderna uppgav mellan 5 % och 18 % av de unga vuxna att de använt cannabis under det senaste året (i Sverige 1–2 %). För amfetaminer var andelen 0,5–6 %, för kokain 0,5–3,5 %, och för ecstasy 0,5–5 % [6].

---

[2] Figur 1 OL: Missbruksmönster i befolkningen som helhet. Cannabismissbruk som exempel: andelen som någon gång respektive de senaste 30 dagarna har använt cannabis enligt den nederländska nationella undersökningen 1997 (Internetversionen).

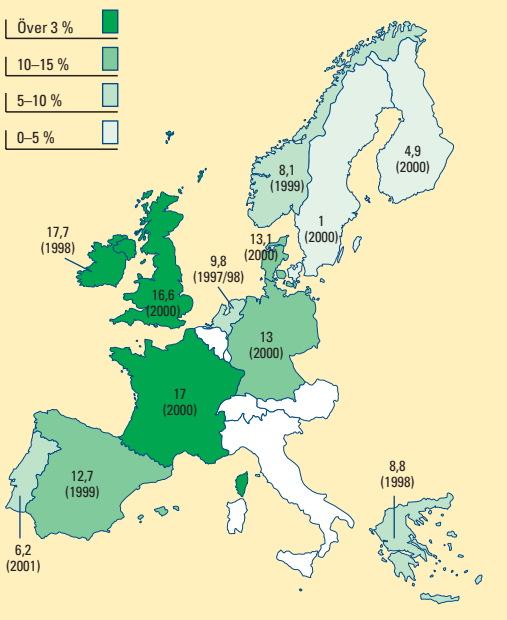
[3] Figur 2 OL: Fortsättningsfrekvenser i hela den vuxna befolkningen för vissa droger enligt nyare europeiska befolkningsundersökningar (Internetversionen).

[4] Figur 3 OL: Könsskillnader i fråga om narkotikamissbruk enligt uppgifter i allmänna befolkningsundersökningar i europeiska länder (Internetversionen).

[5] *Källa:* SAMHSA, Office of Applied Studies, *National Household Survey on Drug Abuse*, 1999 och 2000 (http://www.samhsa.gov/oas/oas.html). Notera att åldersintervallet (12 år och äldre) är bredare än det intervall som används i ECNN:s rapportering om EU-undersökningar (15–64 år).

[6] Figur 4 OL: Andelen av de unga vuxna i europeiska länder som de senaste 12 månaderna använt amfetaminer, ecstasy och kokain, uppmätt genom nationella befolkningsundersökningar (Internetversionen).

**Figur 2** **Andelen unga vuxna som de senaste 12 månaderna har använt cannabis, uppmätt genom nationella befolkningsundersökningar**




*Anm.:* Uppgifterna kommer från de senaste tillgängliga nationella undersökningarna i respektive land. För "unga vuxna" använder ECNN åldersintervallet 15–34 år (men Danmark och Förenade kungariket 16–34 år, Tyskland och Irland 18–34 år ). Skillnader i fråga om intervallet kan i någon mån påverka vissa skillnader mellan länder. I några länder räknades siffrorna om nationellt, så att de så långt som möjligt skulle stämma överens med ECNN:s standardiserade åldersintervall.

*Källa:* Nationella Reitox-rapporter 2001; hämtat från rapporter om vetenskapliga undersökningar eller vetenskapliga artiklar. Se även den standardiserade epidemiologiska tabellen "Prevalens av narkotikamissbruk inom befolkningen i vissa EU-länder under de senaste 12 månaderna enligt nationella enkäter" på adressen http://annualreport.emcdda.eu.int.

Vid sidan av verkliga skillnader i narkotikamissbruket kan ett flertal faktorer bidra till att uppgifterna för olika länder skiljer sig åt. Den övergripande nationella statistiken kan delvis förklaras av generationsfaktorer, bland annat i vilken mån mäns och kvinnors livsstilar tenderar att bli alltmer lika. Andelen stadsbefolkning i ett land kan delvis förklara vissa uppgifter på nationell nivå. När man gör jämförande analyser och när man utformar och utvärderar politiska åtgärder bör man ta hänsyn bland annat till de exakta åldersgrupperna, till könsaspekten och till urbaniseringsgraden [7] [8].

## Trender för narkotikamissbruket i befolkningen som helhet

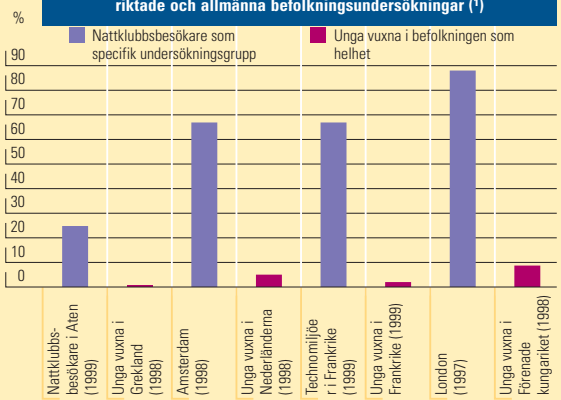
Det är svårt att urskilja några tydliga trender som gäller hela EU eftersom informationskällorna har vissa begränsningar (få serier av likadana undersökningar) och eftersom det finns skillnader mellan länderna i fråga om det sociala och kulturella sammanhanget och utvecklingsnivån. Uppgifter om hur många som någon gång har använt droger bör användas med försiktighet när man analyserar trender, eftersom detta är ett kumulativt mått som inte kommer att sjunka på länge även om andelen som mer nyligen använt droger skulle bli mindre.

## Narkotikamissbruk bland ungdomar

Det var bara fem medlemsstater som tillhandahöll uppgifter från skolenkäter bland 15–16-åriga elever som genomfördes under 2000. I Sverige hade missbruket av cannabis ökat, och i Italien såg man en ökning för cannabis, ecstasy och kokain. I de tre andra medlemsstaterna var andelarna som använt droger antingen stabila eller sjunkande i den här åldersgruppen.

I ett antal medlemsstater genomför man utanför skolmiljön enkäter bland ungdomar som är äldre än 15–16 år. Skolenkäter som omfattar alla åldersgrupper visar att andelen som någon gång använt droger ökar avsevärt med åldern även om ökningen varierar från land till land. Jämfört med åldersgruppen som helhet (enligt allmänna befolkningsundersökningar) har dessutom en stor andel av ungdomarna i nattklubbsmiljöer använt droger i nöjessyfte, i synnerhet ecstasy (se figur 4, som bör tolkas med försiktighet då enkäterna inte är absolut jämförbara).

**Figur 4** **Skillnader i fråga om andelen som någon gång använt ecstasy mellan riktade och allmänna befolkningsundersökningar [1]**



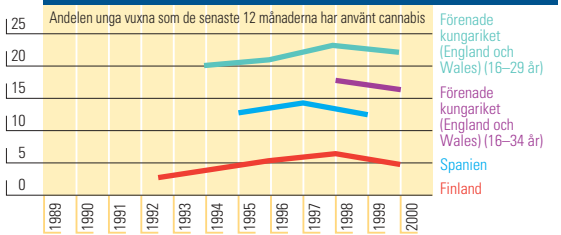

[1] I de riktade undersökningarna var antalet personer 100–986.

*Källa:* Aten: Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Palmer, A., Sherlock, K., Simon, J., Stocco, P., Sureda, M. P., Tossmann, P., van de Wijngaart, G. & Zavatti, P. (1999), *Night life in Europe and recreative drug use,* IREFREA & Europeiska kommissionen, Valencia.
Amsterdam: Korf, D.J., Nabben, T., Lettink, D. & Bouma, H. (1999) *Antenne 1998. Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers,* Jellinek, Amsterdam.
Frankrike: Médecins du Monde (1999) *Techno Rave Parties.*
London: Release (1997) *Release drugs and dance survey: an insight into the culture,* Release, London.

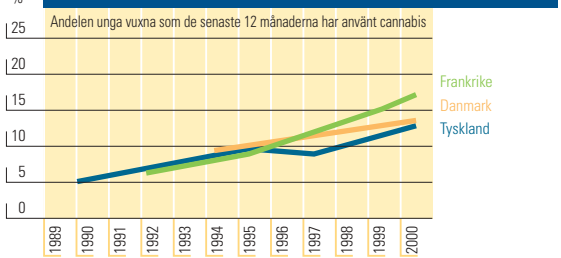
[7] Figur 5 OL: Jämförelse av siffror om narkotikamissbruk i olika länder – Danmark och Frankrike som ett exempel (Internetversionen).

[8] Figur 6 OL: Andelen som använt kokain de senaste 12 månaderna i olika åldersgrupper i europeiska länder, uppmätt genom befolkningsundersökningar (Internetversionen).

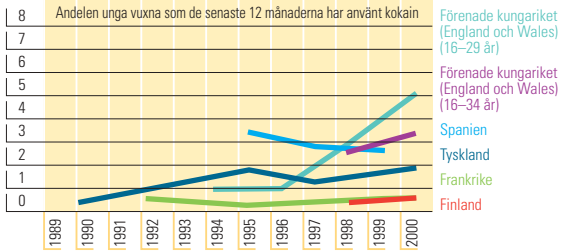
**Figur 3A** Cannabismissbruket har på senare tid stabiliserats i vissa EU-länder




**Figur 3B** Cannabismissbruket fortsätter att öka i vissa EU-länder




**Figur 3C** Kokainmissbruk i vissa EU-länder ([1])




*Anm.:* Uppgifterna kommer från tillgängliga nationella undersökningar i respektive land. För "unga vuxna" använder ECNN åldersintervallet 15–34 år (men Danmark och Förenade kungariket 16–34 år, Tyskland och Irland 18–34 år, Frankrike: 1992: 25-34 år och 1995: 18-39 år).

([1]) Det finns information från Danmark och Grekland som tyder på vissa ökningar, även om detta inte framgår av figuren.

*Källa:* Nationella Reitox-rapporter 2001; hämtat från rapporter om vetenskapliga undersökningar eller vetenskapliga artiklar. Se även den standardiserade epidemiologiska tabellen "Prevalens av narkotikamissbruk inom befolkningen i vissa EU-länder under de senaste 12 månaderna enligt nationella enkäter" på adressen http://annualreport.emcdda.eu.int.

Såväl nationella och lokala befolkningsundersökningar som undersökningar bland värnpliktiga och skolelever visar att cannabismissbruket markant ökade under 1990-talet i nästan samtliga EU-länder, särskilt bland ungdomar. Samtidigt finns det tecken på att länderna närmar sig varandra i fråga om cannabismissbrukets utbredning: ett betydande antal länder redovisar nu andelar på ungefär 20–25 % som någon gång använt drogen och 5–10 % som gjort det under det senaste året.

På senare år verkar cannabismissbruket ha planat ut eller till och med ha minskat i vissa länder (Irland, Nederländerna, Finland och Norge) bland ungdomar, värnpliktiga eller skolelever. I andra länder sker det dock fortfarande ökningar.

När det gäller andra droger (exempelvis kokain, ecstasy och amfetaminer) är det svårare att se några europeiska trender, vilket understryker behovet av att genomföra serier av undersökningar med samma uppläggning och lämpliga urvalsstorlekar.

Det finns en växande oro för att kokainmissbruket i EU kan vara på väg uppåt, mot bakgrund av ökningar av kokainproblemen i vissa länder. Andelen av ungdomarna som senaste året använt kokain förefaller ha ökat stadigt i Förenade kungariket och – möjligen i lägre grad – i Danmark, Tyskland och Grekland. I Spanien, Frankrike och Finland syns det ingen ökning bland de unga vuxna, men i Spanien ligger andelen relativt högt och en stadig ökning bland skoleleverna har observerats (figur 3).

Statistiktabeller som avser det här avsnittet finns på Internet (**http://annualreport.emcdda.eu.int**):

- Andelen som någon gång använt droger (*Lifetime Prevalence* – LTP) enligt nyare allmänna, landsomfattande befolkningsundersökningar i vissa EU-länder.
- Andelen som de senaste 12 månaderna använt droger (*Last Year Prevalence* – LYP) enligt nyare allmänna, landsomfattande befolkningsundersökningar i vissa EU-länder.
- Skolenkäter: Andelen elever mellan 15 och 16 år som någon gång använt droger.

## Problematiskt narkotikamissbruk

Problematiskt narkotikamissbruk definieras som "injektionsanvändning eller långvarig/vanemässig användning av opiater, kokain och/eller amfetaminer" ([9]).

I allmänhet förefaller nivån på det problematiska narkotikamissbruket vara stabil, men med dagens skattningsmetoder, datakvalitet och datatillgång går det fortfarande inte att tillförlitligt beräkna trender för prevalensen av problematiskt narkotikamissbruk i de flesta länderna.

Från vissa länder rapporteras det dock förändringar av skattningar och/eller av andra indikatordata som tillsammans tyder på att det problematiska missbruket har ökat sedan 1996. Sådana möjliga ökningar på nationell nivå rapporteras från Belgien och Norge (data enbart om injektionsmissbrukare), Tyskland, Italien, Luxemburg, Sverige och Förenade kungariket, och lokala eller regionala ökningar rapporteras från vissa andra länder ([10]).

([9]) Mer information om de definitioner och metoder som används för att uppskatta omfattningen av det problematiska narkotikamissbruket finns på Internet: http://annualreport.emcdda.eu.int.

([10]) Trender och mönster för enskilda länder redovisas på Internet: http://annualreport.emcdda.eu.int.

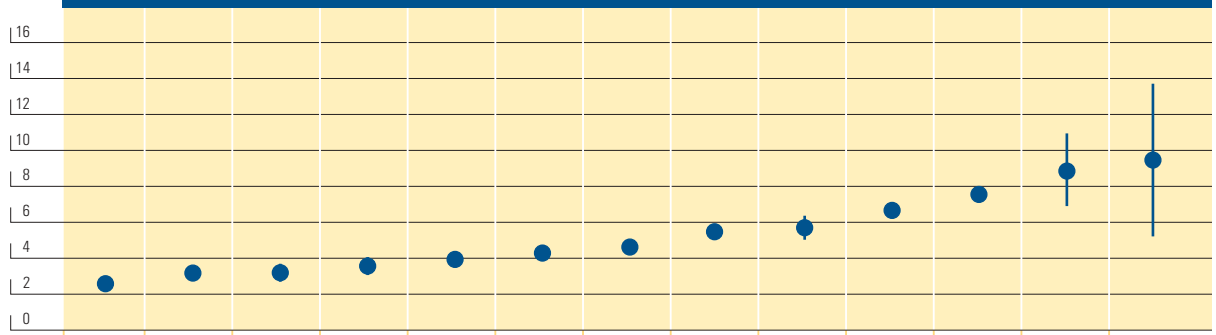
Alla skattningar av det problematiska missbruket ligger mellan två och nio fall per tusen invånare i åldern 15–64 år (om man använder skattningsintervallens mittpunkter). De högsta skattningarna avser Italien, Luxemburg, Portugal och Förenade kungariket, med mellan sex och nio problemmissbrukare per tusen invånare i åldern 15–64 år. De lägsta skattningarna gäller Tyskland, Nederländerna och Österrike, med ungefär tre problemmissbrukare per tusen invånare i åldern 15–64 år. Det saknas data från Belgien, Grekland och Norge (se figur 5).

I Finland och Sverige har majoriteten av problemmissbrukarna amfetaminer som primärdrog (uppskattningsvis 70–80 % i Finland 1997). Härvidlag skiljer dessa länder sig från de övriga, där problemmissbrukarna oftast primärt missbrukar opiater (och samtidigt är blandmissbrukare).

I år ges separata skattningar av injektionsmissbruket, som är en delmängd av det problematiska missbruket. Den förbättrade kvaliteten hos de skattningar som bygger på uppgifter om dödlighet och hiv gör att sprutnarkomanerna kan skiljas ut som undergrupp av problemmissbrukarna. Skattningarna av injektionsmissbruket ligger i allmänhet på mellan två och fem fall per tusen invånare i åldern 15–64 år, men det saknas data för sex av medlemsstaterna. För Luxemburg ligger skattningen högre – nästan sju fall per tusen invånare. Skattningar av injektionsmissbruket ger information om storleken på den grupp som löper särskilt hög risk att drabbas av allvarliga hälsokonsekvenser eller narkotikarelaterade dödsfall (se figur 6).

**Figur 5**

**Skattningar av prevalensen av problematiskt narkotikamissbruk i olika EU-medlemsstater (nyaste uppgiften om antalet personer per tusen invånare i åldern 15–64 år som under det senaste året varit problemmissbrukare)**



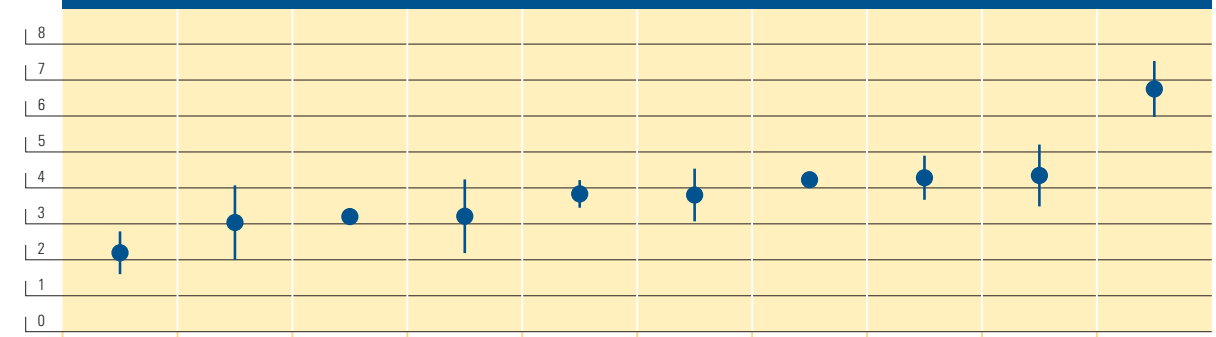

| | Nederländerna (1998–1999) | Österrike (1995) | Tyskland (2000) | Finland (1999) | Danmark (1996) | Frankrike (1999) | Sverige (1998) | Spanien (1999-2000) | Irland (1996) | Förenade kungariket (1996) | Italien (2000) | Portugal (2000) | Luxemburg (1999–2000) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Min. | 2,4 | 3,0 | 2,7 | 3,1 | 3,6 | 3,9 | 4,0 | 5,5 | 5,0 | 6,4 | 7,5 | 6,7 | 6,2 |
| Max. | 2,8 | 3,4 | 3,7 | 4,1 | 4,3 | 4,8 | 5,4 | 5,5 | 6,4 | 7,0 | 8,2 | 11,2 | 12,3 |
| Medel | 2,6 | 3,2 | 3,2 | 3,6 | 4,0 | 4,3 | 4,7 | 5,5 | 5,7 | 6,7 | 7,8 | 9,0 | 9,3 |

*Anm.:* Punkten visar det mittersta skattade värdet och linjen visar osäkerhetsomfånget för det 95-procentiga konfidensintervallet, där uppgifter om detta finns. Ju längre linjen är, desto osäkrare är skattningen av prevalensen (saknas för Spanien). Skattningen för Sverige omfattar problematiska cannabismissbrukare (beräknas uppgå till ca 8 % av hela samplet).

*Källa:* De nationella kontaktpunkterna genom ECNN-projektet "Aktuellt kunskapsläge för skattningar av nationell prevalens av problematiskt narkotikamissbruk i EU-medlemsstaterna", CT.00.RTX.23, Lissabon, ECNN, 2002. Samordnat av Institut für Therapieforschung, München.

**Figur 6**

**Skattningar av prevalensen av injektionsmissbruk i EU-medlemsstaterna (nyaste uppgiften om antalet personer per tusen invånare i åldern 15–64 år som under det senaste året varit injektionsmissbrukare)**




| | Tyskland (2000) | Finland (1999) | Frankrike (1999) | Österrike (2000) | Belgien (1997) | Portugal (1999-2000) | Förenade kungariket (1996) | Norge (1999) | Danmark (1996) | Luxemburg (1999–2000) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Min. | 1,6 | 2,0 | 3,2 | 2,2 | 3,5 | 3,1 | 4,2 | 3,7 | 3,5 | 6,0 |
| Max. | 2,8 | 4,1 | 3,2 | 4,2 | 4,2 | 4,6 | 4,2 | 4,9 | 5,2 | 7,5 |
| Medel | 2,2 | 3,1 | 3,2 | 3,2 | 3,8 | 3,9 | 4,2 | 4,3 | 4,4 | 6,7 |

*Anm.:* Punkten visar det mittersta skattade värdet och linjen visar osäkerhetsintervallet eller det 95-procentiga konfidensintervallet. Ju längre linjen är, desto osäkrare är skattningen av prevalensen (saknas för Frankrike och Förenade kungariket).

*Källa:* De nationella kontaktpunkterna genom ECNN-projektet "Aktuellt kunskapsläge för skattningar av nationell prevalens av problematiskt narkotikamissbruk i EU-medlemsstaterna", CT.00.RTX.23, Lissabon, ECNN, 2002. Samordnat av Institut für Therapieforschung, München.

Statistiktabeller som avser det här avsnittet finns på Internet (**http://annualreport.emcdda.eu.int**):

- Uppskattat antal problemmissbrukare i EU-medlemsstaterna, 1995–2000.
- Uppskattad andel problemmissbrukare i EU-medlemsstaterna, 1995–2000 (per tusen invånare i åldern 15–64 år).

### Anvisningarna för indikatorer på behandlingsefterfrågan

I år har – för första gången – tolv av de femton EU-medlemsstaterna försett ECNN med uppgifter om klienter som söker missbruksbehandling i enlighet med anvisningarna för indikatorn på behandlingsefterfrågan (*Treatment Demand Indicator* – TDI-protocol). Anvisningarna för indikatorn på behandlingsefterfrågan ([1]) är ett gemensamt initiativ av ECNN och Pompidougruppen som har antagits av de femton medlemsstaterna. De uppgifter som samlas in avser bland annat de typer av behandling som erbjuds, de droger som klienterna använder och klienternas sociodemografiska kännetecken (ålder, kön, utbildningsnivå, arbetsmarknadsstatus m.m.).

I arbetet med att samla in uppgifterna, som avser år 2000, medverkade sammanlagt 1 702 behandlingsenheter i hela Europa. Alla enheterna tillämpade samma standarder och lämnade tillsammans information om 170 444 patienter.

([1]) En fullständig rapport om indikatorn på behandlingsefterfrågan finns på följande webbadress: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf

## Efterfrågan på behandling

Uppgifter om egenskaperna hos klienter som påbörjar behandling (exempelvis deras sociala kännetecken) och om dessa klienters konsumtionsbeteenden (exempelvis andelen injektionsmissbrukare eller opiatmissbrukare) kan ge upplysningar om allmännare trender för problemmissbruket. Dessutom ger de en bild av hur behandlingscentrumen i Europa är organiserade. Det kan dock finnas systematiska fel i statistiken som beror på att man i de olika länderna samlar in informationen på olika sätt och har olika behandlingsutbud.

### Droger

Trots skillnaderna i behandlingspolicy och registreringspraxis går det att urskilja både gemensamma och skiljaktiga trender i de olika europeiska länderna.

År 2000 rapporterade länderna en ökning av det sammanlagda antalet personer som fick behandling för missbruksproblem. Enligt rapporterna tycks detta tillskrivas två faktorer: metoderna för insamling av data har blivit bättre (ett större antal behandlade personer rapporteras) och behandlingsfaciliteterna har byggts ut, särskilt de som ger substitutionsbehandling. Upprättande av ny, specialiserad vård för specifika målgrupper (exempelvis minderåriga) kan också ha påverkat denna ökning.

Opiater (särskilt heroin) är fortfarande den vanligaste drogen bland de personer som söker behandling i de flesta av länderna. Detta kan delvis bero på att vården i många fall är organiserad kring opiatmissbrukarnas behov. Sammantaget är 50–70 % av dem som söker behandling heroinmissbrukare, men andelen varierar kraftigt mellan länderna, från 89,6 % i Grekland till 19 % i Sverige.

Antalet klienter som söker behandling för cannabis som olaglig primärdrog varierar mellan 2,5 % i Portugal och 24 % i Tyskland. Ofta kombineras cannabis med andra droger (se avsnittet om blandmissbruk i kapitel 3).

Spanien (18 %) och Nederländerna (29 %) har fortfarande den högsta andelen klienter som söker behandling för kokain som primärdrog. Andelen är lägre i andra länder – från 6 % i Tyskland till 0,8 % i Grekland.

Den största skillnaden mellan länder gäller amfetaminer. I Finland och Sverige har 33 % respektive 29 % av dem som söker behandling amfetaminer som primärdrog, medan andelen i Tyskland, Förenade kungariket, Danmark och Nederländerna ligger i intervallet 2–7 % och andelen i övriga länder är ungefär 0 % (figur 7).

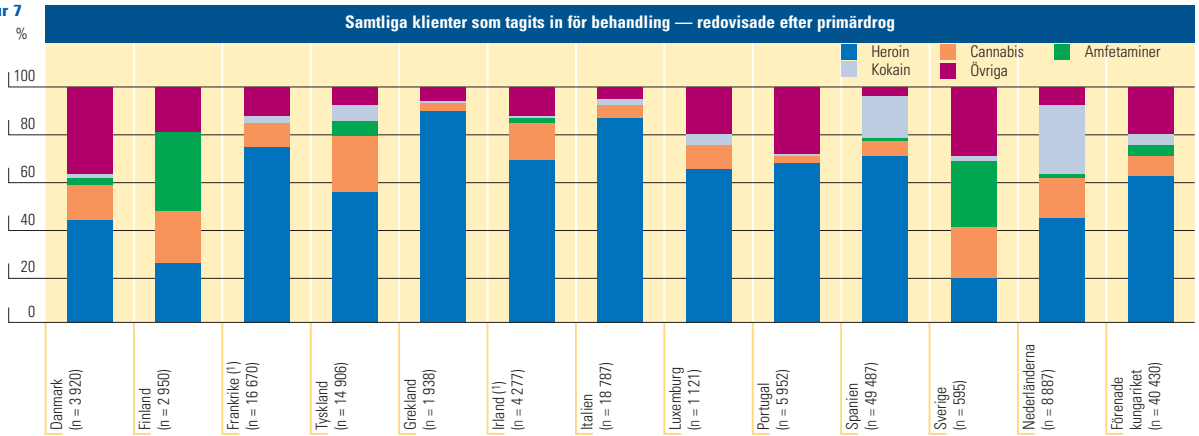
Blandmissbruk förekommer allt oftare i behandlingsdata.

### Trender

Andelen nya klienter som söker behandling för heroin verkar vara stabil eller minska. Detta kan bland annat bero på att antalet konsumenter av andra droger har ökat i motsvarande grad, på att den heroinepidemi som uppträdde i slutet av 1980-talet och början av 1990-talet har upphört (de som då började missbruka heroin har redan sökt behandling, något som oftast sker fem år efter missbruksdebuten), på att utbredningen av själva missbruket har utvecklats på samma sätt (det finns en parallell trend som tyder på detta) och på att nya vårdformer med inriktning mot andra konsumtionsprofiler har skapats.

Andelen klienter som söker behandling för cannabis ökar i vissa länder. Den största ökningen av andelen canna-

Figur 7




*Anm.:* (1) = Data från 1999.
*Källa:* Nationella Reitox-rapporter, 2001.

bisklienter som söker behandling för första gången rapporteras från Tyskland – från 16,7 % år 1996 till 42,6 % år 2000 (även om det bör noteras att dessa uppgifter avser enbart öppenvårdsenheter). På andra plats kommer Danmark, med en ökning från 25 % år 1996 till 30 % år 2000. Liknande trender, om än inte lika uttalade, kan urskiljas i andra länder (figur 8).

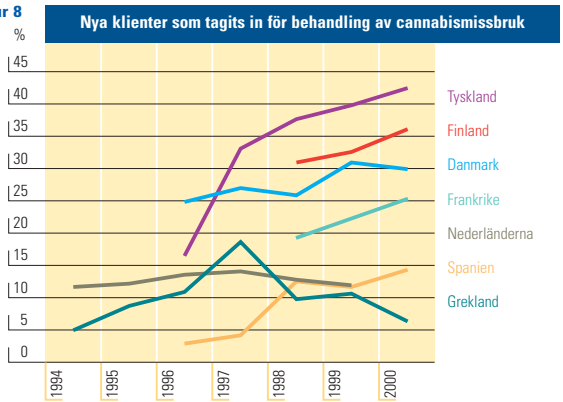
Denna ökning av andelen cannabismissbrukare bekräftas av uppgifterna om samtliga klienter som tagits in för behandling under olika år, där en relativt stadig ökning kan observeras för nästan alla länderna. Dessutom går det att se en ökad förekomst av cannabis som sekundärdrog i kombination med en annan substans speciellt för klienter med opiater som primärdrog. För denna ökning finns det ingen tydlig enskild förklaring; orsakerna kan bland annat vara att cannabismissbruket har blivit mer utbrett, att antalet fall som rapporteras av det straffrättsliga systemet har ökat och att tonåringarna med sociala eller psykiska problem har blivit fler.

Efter den ökning av kokainbehandlingen som observerades år 1999 förefaller det år 2000 ha skett en stabilisering, särskilt i de länder där fjolårets ökningar var störst (Nederländerna och Spanien). Denna trend bör dock övervakas de kommande åren. Kokainkonsumtion rapporteras ha blivit ett växande problem i Europa de senaste åren och kokain verkar spela en betydelsefull roll som sekundärdrog i kombination med heroin och alkohol. Trots detta anmärker de flesta länderna att de som söker behandling utgör enbart en liten del av kokainmissbrukarna.

## Administrationssätt

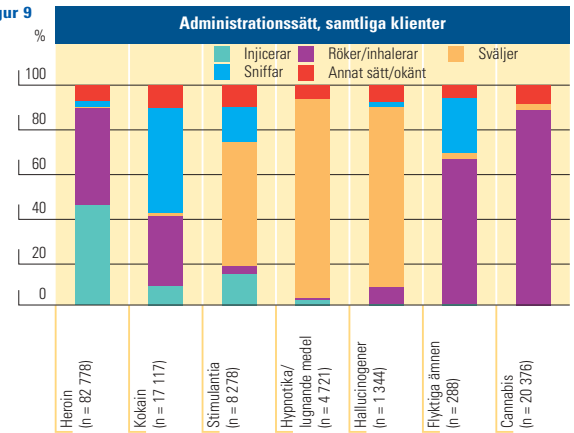
Tre huvudsakliga administrationssätt för primärdroger rapporteras oftast: heroin brukar injiceras (45,9 % av de förstagångsbehandlade), kokain brukar sniffas (47,1 %) och stimulantia brukar sväljas i fast eller flytande form (56,4 %) (figur 9).

Figur 8




*Källa:* Nationella Reitox-rapporter, 2001.

Figur 9




*Anm.:* Inga uppgifter finns för Frankrike, Irland, Österrike och Portugal.
*Källa:* Nationella Reitox-rapporter, 2001. Indikatorn på behandlingsefterfrågan (TDI), data för 2000 från öppenvårdscentraler.

Andelen som injicerar heroin varierar markant mellan länderna, från 13 % i Nederländerna till 73 % i Grekland. En minskning över lag av andelen som injicerar heroin uppträder ganska allmänt, medan en motsatt trend visade sig i vissa länder (exempelvis i Finland, med en ökning från 61,1 % till 68,7 %). Den snabba minskningen av injicerandet i Spanien mellan 1991 och 2000 bör särskilt noteras (figur 10). När det gäller förhållandena på marknaden kan tre huvudsakliga faktorer påverka valet av administrationssätt: dels hur lätt det är att få tag på rökbart heroin (basformen) i förhållande till injicerbart heroin (heroinhydroklorid), dels priset på heroin (högre pris medför ökat injicerande) och dels heroinets renhetsgrad (vid låg renhetsgrad tenderar injektionsmissbruket att öka).

## Sociala kännetecken

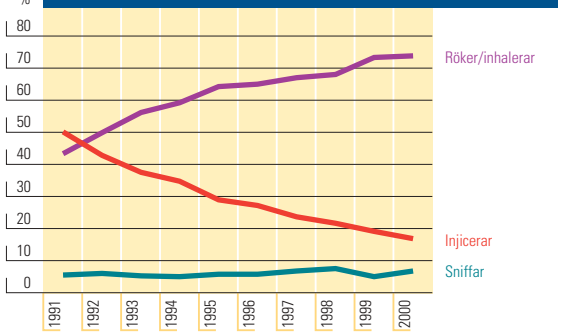
De klienter som påbörjar behandling tenderar att vara män i åldern 20–40 år. Genomsnittsåldern är 29 år och 27 år för klienter som för första gången påbörjar behandling. Irland och Finland har de yngsta klienterna i behandling, medan de som söker behandling är äldst i Grekland och Nederländerna ([11]). Åldersfördelningen i befolkningen som helhet är inte densamma som åldersfördelningen bland klienterna, dvs. de länder som har den äldsta (eller yngsta) befolkningen har inte de äldsta (eller yngsta) klienterna i behandling. Undantag är Irland och Grekland: den låga och höga åldern hos behandlingsklienterna avspeglar åldern i befolkningen som helhet ([12]). Åldersfördelningen bland dem som söker behandling förefaller i själva verket snarast ha samband med vilka typer av droger som konsumeras – i allmänhet är cannabismissbrukare yngre och heroin- och kokainmissbrukare äldre. De yngsta klienterna återfinns exempelvis i Belgien, som har den största andelen cannabiskonsumtion, medan de äldsta klienterna finns i Grekland och Nederländerna, där andelen heroin- och kokainkonsumtion är stor.

Könsfördelningen mellan män och kvinnor varierar mellan 2/1 och 6/1. Det finns likheter mellan sydliga länder med en högre procentandel män och mellan nordliga länder med en lägre procentandel män. Orsakerna till denna fördelning verkar vara olika konsumtionsmönster bland män och kvinnor, men den kan också bero på olika syn på vård. Kvinnor söker i allmänhet vård i mindre omfattning än vad män gör, även om några studier som grundar på jämförelse av könsfördelningen i prevalensuppgifter och behandlingsuppgifter visar att en större andel av de missbrukande kvinnorna söker behandling.

De sociala förhållandena för dem som söker behandling tenderar generellt att försämras på olika områden om man jämför med befolkningen som helhet. Det förekommer exempelvis arbetslöshetstal på upp till 50–55 %, även i länder som Danmark där arbetslösheten i motsvarande åldersgrupp i befolkningen som helhet är mindre än 5 % ([13]). Låg utbildning är också ett kännetecken. Upp till 13,2 % har inte gått ut grundskolan och upp till 65,8 % har bara grundskoleutbildning ([14]).

När det gäller nationalitet påminner behandlingsklienterna om befolkningen som helhet: de är oftast medborgare i det land där de söker behandling, och andelen personer från andra länder (i eller utanför EU) ligger i linje med andelen utlänningar i hela befolkningen ([15]).

**Figur 10** Administrationssätt för heroin i Spanien




*Källa:* Alvarez Requejo, A., "TDI in Spain: evolution of heroin admissions", Redovisning på ett utbildningsseminarium, Plan Nacional de Droga, Regionala narkotikakommissionen, Junta de Castilla y León, Valladolid.

Statistiktabeller som avser det här avsnittet finns på Internet (**http://annualreport.emcdda.eu.int**):

- Vissa kännetecken för personer som behandlas för missbruksproblem i EU.
- Vissa kännetecken för personer som för första gången behandlas för missbruksproblem i EU.
- Vissa kännetecken för kvinnor som behandlas för missbruksproblem i EU.
- Vissa kännetecken för män som behandlas för missbruksproblem i EU.

([11]) Figur 7 OL: Genomsnittsålder för klienter i behandling (Internetversionen).
([12]) Data från Eurostat (1999) har använts som referens i analysen.
([13]) Figur 8 OL: Arbetsmarknadsstatus i vissa länder (Internetversionen).
([14]) Figur 9 OL: Utbildningsnivå i vissa länder (Internetversionen).
([15]) Figur 10 OL: Procentandel utlänningar bland förstagångsklienter (Internetversionen).

# Narkotikarelaterade infektionssjukdomar [16]

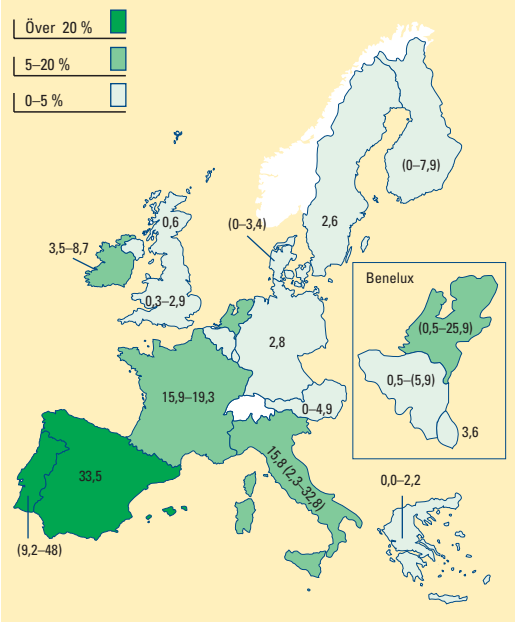
## Prevalens och trender för hiv och aids

Infektionssjukdomar med anknytning till injektionsmissbruk av narkotika vållar större vårdkostnader än någon annan aspekt av narkotikamissbruk. Dessa sjukdomar kan förebyggas genom att injektionsmissbrukarna får information och ren injektionsutrustning och genom att de vaccineras mot hepatit B-virus. I kombination med den ofta mycket höga prevalensen av infektioner bland injektionsmissbrukare gör detta att insatser för att förebygga infektioner i denna grupp är en av de mest kostnadseffektiva åtgärderna på narkotikaområdet.

ECNN har först nyligen börjat att systematiskt samla in uppgifter om hiv och hepatit B och C bland injektionsmissbrukare. Den sammanlagda prevalensen (totalt och för olika undergrupper) beräknas på grundval av rutinuppgifter från olika miljöer (missbruksbehandling, sprutbytesprogram, fängelser m.m.) och uppgifter från särskilda studier [17]. De data vi hittills har fått fram är fortfarande svåra att jämföra med varandra, men de ger en allmän uppfattning om skillnader, bland annat mellan länder eller regioner och mellan miljöer. Målet på längre sikt är att kvaliteten och jämförbarheten hos uppgifterna från de befintliga rutinkällorna skall bli bättre och att verkligt jämförbara europeiska studier av lokal seroprevalens bland injektionsmissbrukare skall genomföras.

Figur 11

**Prevalens av hiv-infektion bland injektionsmissbrukare i EU-medlemsstaterna, 1996–2001**




*Anm.:* Uppgifter inom parentes är lokala. Skillnader mellan länder måste tolkas med försiktighet eftersom källorna kan vara av olika slag och i vissa fall eftersom uppgifterna är lokala. Ett lands färg bestäms av mittpunkten i intervallet för prevalensen enligt de olika datakällorna. Uppgifterna för Spanien, Italien och Tyskland avser enbart hiv-prevalensen bland injektionsmissbrukare i behandling och är eventuellt inte representativa för hiv-prevalensen bland de injektionsmissbrukare som inte befinner sig i behandling. Den höga siffran för Portugal beror på en studie i ett särskilt problematiskt område i Lissabon.

*Källa:* De nationella Reitox-kontaktpunkterna. Primärkällorna redovisas i tabellerna och tabellerna i sammanfattning "Prevalens av hiv-infektion bland injektionsmissbrukare i EU-medlemsstaterna, 1996–2001" på adressen http://annualreport.emcdda.eu.int.

De uppgifter som finns tyder på stora skillnader i hiv-prevalensen bland injektionsmissbrukare, såväl mellan som inom länder. Andelen smittade enligt de olika källorna varierar grovt räknat från omkring 1 % i Förenade kungariket (enkäter och anonym provtagning utan koppling till enkäterna) till 34 % i Spanien (rutinmässig diagnostisk provtagning inom missbruksbehandling), men tenderar att vara stabil [18]. Denna allmänna bild har inte förändrats på senare år (figur 11).

I en del regioner har ändå en extremt hög hiv-prevalens uppmätts mellan 1996 och 2001. I de flesta fallen återspeglar detta gamla epidemier, men det är trots detta mycket viktigt med särskilda förebyggande insatser, exempelvis insatser för att förhindra att nya injektionsmissbrukare smittas, att injektionsmissbrukares sexualpartner smittas och att mödrar smittar sina barn. Prevalensen var över 25 % bland de injektionsmissbrukare som rutinmässigt testades i missbruksbehandling i de italienska regionerna Emilia-Romagna, Lombardiet och Sardinien, i Frankrike (bland injektionsmissbrukare över 34 år), i Lissabon och Porto i Portugal och i Spanien. I studier som inbegripit både injektionsmissbrukare som rekryterats i behandling och sådana som rekryterats i andra sammanhang (den sistnämnda kategorin är mer representativ) har man också funnit en prevalens på över 25 %, närmare bestämt i Lissabon (Portugal), Barcelona, Madrid och Sevilla (Spanien, 1995), Amsterdam (Nederländerna) och Dundee (Skottland, 1995).

Trenderna för hiv-prevalensens utveckling över tiden är betydelsefulla för de politiska åtgärderna och för utvärderingen av dessa. Det behövs förstärkta insatser på de platser där trenden är uppåtgående, medan de befintliga

(16) En mer detaljerad genomgång av den här frågan finns i årsrapporten för 2001, kapitel 3, "Särskilda frågor – Narkotikarelaterade smittsamma sjukdomar", som finns på adressen http://ar2001.emcdda.eu.int.

(17) Mer information om metoder och riktlinjer för datainsamlingen finns på adressen http://www.emcdda.org/situation/themes/infectious_diseases.shtml.

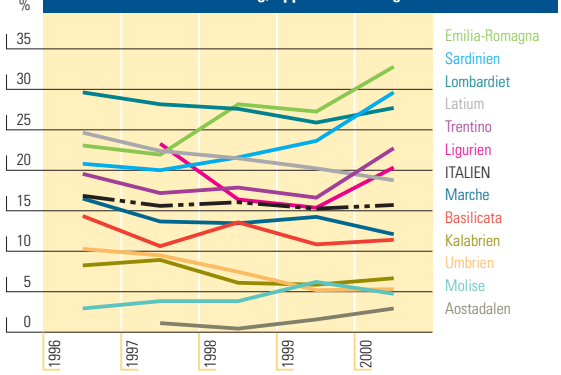
(18) Mer information om dessa uppgifter och om ursprungskällorna finns i de kompletterande statistiktabellerna på adressen http://annualreport.emcdda.eu.int.

insatserna kan vara tillräckliga där trenden pekar nedåt. Även i områden där prevalensen minskar kan emellertid nya personer smittas. På senare år har hiv-smittspridningen ökat bland injektionsmissbrukare – eller i vissa grupper av injektionsmissbrukare – i vissa regioner och städer i Irland, Italien, Nederländerna, Portugal och Finland ([19]). De italienska uppgifterna visar att ett nationellt genomsnitt har ytterst begränsat värde för de politiska åtgärderna och att det är extremt viktigt att man har separat statistik för mindre regioner eller för städer när man skall utvärdera graden av framgång för det förebyggande arbetet (se figur 12), men det är fortfarande mycket få länder som kan redovisa nationell statistik uppdelad efter regioner. Minskningar av hiv-prevalensen har konstaterats bland injektionsmissbrukare i behandling i de italienska regionerna Latium, Marche och Umbrien samt bland personer som utnyttjade sprutbytesprogram i Helsingfors i Finland år 2000 (efter en tidigare kraftig ökning mellan 1998 och 1999). För att man skall kunna följa trenderna över tiden kompletterar man prevalensuppgifterna med uppgifter om anmälda nydiagnostiserade fall. Sådana uppgifter finns ännu inte för de värst drabbade länderna, och mycket beror fortfarande på testningsmönstren, men uppgifter om anmälda fall har bidragit till upptäckten av de nyligen inträffade ökningarna av smittspridningen i Finland (figur 13).

Prevalensen bland unga injektionsmissbrukare kan ge mer information om hur effektivt det förebyggande arbetet har varit, eftersom dessa i genomsnitt har smittats mer nyligen än gruppen som helhet. Prevalensen bland injektionsmissbrukare under 25 år var – bland de länder som kunde redovisa statistik uppdelad efter ålder – högst i Spanien (missbruksbehandling, minskning från 20 % år 1996 till 13 % år 2000), Frankrike (minskning från 6 % år 1997 till 3 % år 1999 i missbruksbehandling, men 8 % år 1998 bland personer som utnyttjade sprutbytesprogram) och Italien (missbruksbehandling, 8 % år 1998) samt bland injektionsmissbrukare i missbruksbehandling i Portugal: Coimbra (7 % år 1999/2000), Lissabon (6–11 % år 1998/2000) och Porto (57 % år 1997).

För några länder finns det uppgifter om hiv-prevalensen bland nya injektionsmissbrukare. Detta är en ännu bättre indikator på hur många som nyligen har smittats (hiv-incidensen) och därmed också ett mer tillförlitligt tecken på hur verkningsfulla de förebyggande insatserna har varit. Bland nya injektionsmissbrukare kan incidensen per 100 personårs exponering variera från 0 i England + Wales (prevalens 0/122, 1998) via 3,9 i den flamländska gemenskapen i Belgien (3/77, 1998–1999) och 9,4 i Coimbra i

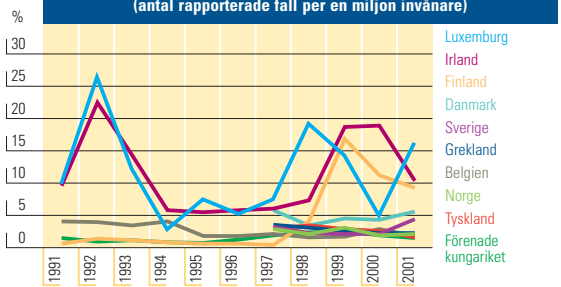
**Figur 12** Prevalens av hiv-infektion bland italienska injektionsmissbrukare i behandling, uppdelat efter region




*Anm.:* Regioner med stabila eller låga trender har uteslutits. Total sampelstorlek: 70 000 per år.Mer information finns i tabellen "Prevalens av hiv-infektion (% smittade) bland injektionsmissbrukare i EU-medlemsstaterna, 1996–2001" på http://annualreport.emcdda.eu.int.

*Källa:* Rivelazione Attività nel Settore Tossicodipendenze – Anno 2000, Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario, Direzione Generale della Prevenzione, Ufficio Dipendenze da Farmaci e Sostanze d'Abuso e AIDS.

**Figur 13** Nydiagnostiserade hiv-infektioner bland injektionsmissbrukare per land och rapporteringsår (antal rapporterade fall per en miljon invånare)




*Anm.:* Grekland och Luxemburg: Tillbakablickande rapportering före 1999. Trenden för Luxemburg är på grund av små antal inte stabil.

*Källa:* 1991–1996: de nationella kontaktpunkterna; 1997–2001: EuroHIV. "Prevalens av hiv-infektion (% smittade) bland nya injektionsmissbrukare i EU-medlemsstaterna, 1996–2001" på http://annualreport.emcdda.eu.int.

Portugal (12/127, 1999–2000) till 10 i Frankrike (11/111, egenrapporterad serostatus bland personer som utnyttjade sprutbytesprogram, 1998) (figur 13).

Uppgifter om aids kan inte längre användas för att följa trender för hiv-smitta, på grund av förbättringar i hiv-behandlingen som försenar utbrottet av aids. Aids-incidensen visar emellertid fortfarande hur tung bördan av nyligen inträffad hiv-sjukdom är i de olika länderna. Aids-incidensen har sjunkit i de flesta länderna sedan ungefär 1996 på grund av de förbättrade behandlingarna och eventuellt även lägre smittspridning på 1990-talet. I Portugal fortsatte aids att öka bland injektionsmissbrukarna i slutet av 1990-talet, ett tecken på att många behövande inte utnyttjade möjligheterna till hiv-behandling och/eller att hiv-spridningen bland injektionsmissbrukare tilltog. Ökningen i Portugal har stabiliserats sedan 1997,

([19]) Mer information finns i rutan "Ökningar av hiv-spridningen bland injektionsmissbrukare i vissa EU-länder" i Internetversionen av rapporten.

och landet har nu den högsta årliga incidensen av aids bland injektionsmissbrukare i EU ([20]).

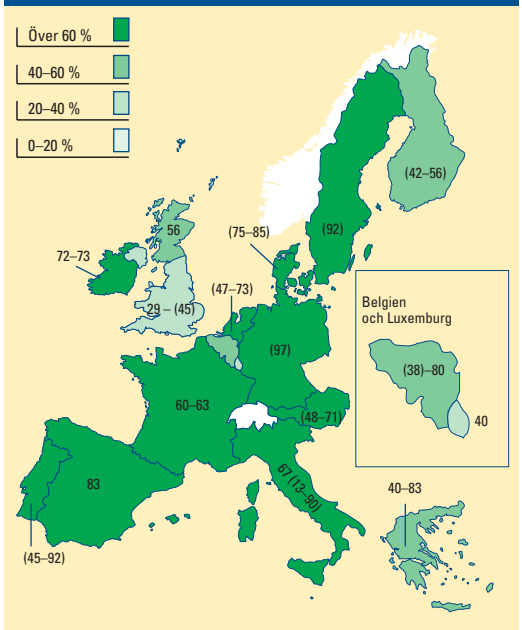
## Prevalens och trender för infektion med hepatit C-virus

Uppgifterna om prevalensen av infektion med hepatit C-virus (HCV) är mer sällsynta; de uppgifter som finns har samma begränsningar som uppgifterna om hiv. Den övergripande bilden är emellertid tydlig även här: HCV-prevalensen är extremt hög i samtliga länder och miljöer, med en andel infekterade på mellan 40 % och 90 % i olika grupper av injektionsmissbrukare (figur 14).

Alla prevalensuppgifter visar mycket höga infektionsnivåer, men prevalensintervallet är ändå brett. Liksom för hiv kan detta delvis återspegla att urvalsmekanismerna för de olika datakällorna skiljer sig åt, och man bör vara försiktig med att göra jämförelser. Flera länder har inte redovisat uppdaterad statistik. Åren 2000 och 2001 rapporterades nivåer över 75 % för Antwerpen i Belgien (80 % i missbruksbehandling och lågtröskelvård 2001), norra Grekland (83 % i metadonbehandling), de italienska regionerna Piemonte, Trentino, Friuli-Venezia Giulia, Ligurien, Emilia-Romagna, Basilicata och Sardinien (missbruksbehandling) och några mindre portugisiska städer utanför Lissabon (missbruksbehandling) ([21]).

Trenderna för HCV-prevalensen kan fungera som en mycket känsligare indikator på förekomsten av riskbeteende i samband med injicering och på det förebyggande arbetets effektivitet än vad hiv-trenderna kan. HCV är mer smittsamt än hiv och kan lättare överföras via annan injektionsutrustning än sprutor, exempelvis bomull, skedar och vatten (men HCV är däremot mycket mindre sexuellt överförbart än hiv). Uppåtgående trender för HCV-prevalensen rapporteras från Frankfurt (akutvård för missbrukare), norra Grekland (metadonbehandling) och vissa italienska regioner (missbruksbehandling: Piemonte, Trentino, Emilia-Romagna, Marche, Basilicata och Sardinien, i linje med hiv-ökningar i vissa av dessa regioner). Minskningar rapporteras från Österrike (missbruksbehandling och lågtröskelvård), Lissabon i Portugal (missbruksbehandling), Helsingfors i Finland (sprutbytesprogram) och London i Förenade kungariket (missbruksbehandling) samt vissa andra italienska regioner (Veneti-en, Toskana, Umbrien och Abruzzerna) – ännu ett bevis för hur viktigt det är för de politiska motåtgärderna att man följer prevalensen inte bara nationellt utan också i enskilda regioner, städer eller andra mindre områden.

**Figur 14** Prevalens av HCV-infektion bland injektionsmissbrukare i EU-medlemsstaterna, 1996–2001




*Anm.:* Uppgifter inom parentes är lokala. Skillnader mellan länder måste tolkas med försiktighet eftersom källorna kan vara av olika slag och/eller uppgifterna lokala. Ett lands färg bestäms av mittpunkten i intervallet för prevalensen enligt de olika datakällorna. Uppgifterna för Spanien, Italien och Portugal avser enbart HCV-prevalensen bland injektionsmissbrukare i behandling och är eventuellt inte representativa för HCV-prevalensen bland de injektionsmissbrukare som inte befinner sig i behandling. Uppgifterna från Luxemburg, Finland och Förenade kungariket bygger på salivtester. Uppgifterna för Frankrike bygger på egenrapporterade testresultat, vilket innebär risk för sämre tillförlitlighet. De svenska uppgifterna avser 1994.

*Källa:* De nationella kontaktpunkterna. Primärkällorna redovisas i statistiktabellen "Prevalens av hepatit C-infektion bland injektionsmissbrukare i EU, 1996–2001" på adressen http://annualreport.emcdda.eu.int.

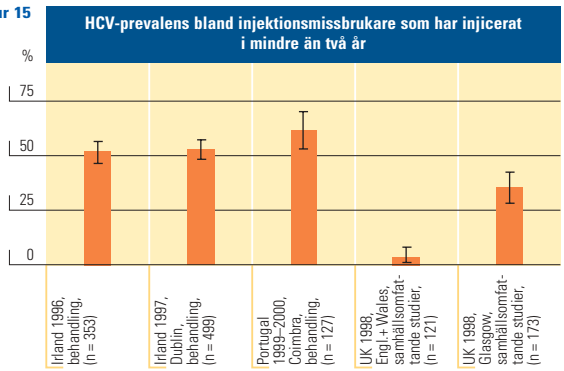
De uppgifter som finns om HCV-prevalensen bland injektionsmissbrukare under 25 år tyder på infektionsnivåer från ca 20 % (flamländska gemenskapen i Belgien, behandling, 1997–98) till över 74 % (Coimbra, Portugal, behandling, 2000). Prevalensen bland unga injektionsmissbrukare förefaller vara på väg nedåt i Frankrike (från 43 % år 1997 till 37 % år 1999), men uppgifterna bygger på egenrapporterade testresultat och kan vara otillförlitliga.

Det är fortfarande få källor som kan redovisa uppgifter om HCV-prevalensen bland nya injektionsmissbrukare (personer som har injicerat i mindre än två år). De uppgifter som finns visar i allmänhet att andelen är 40 % eller mer. Detta tyder på att nya injektionsmissbrukare smittas i mycket stor utsträckning. Det kan dock inte uteslutas att personer med akuta infektioner är överrepresenterade, och således att prevalensen är överskattad, i uppgifterna från de källor som bygger på rutinmässig diagnostisk test-

([20]) Figur 11 OL: Incidens av aids bland injektionsmissbrukare i EU-medlemsstaterna (Internetversionen).

([21]) Ytterligare uppgifter om enskilda länder och regioner finns på Internet på adressen http://annualreport.emcdda.eu.int (Internetversionen).

Figur 15




*Källa:* De nationella kontaktpunkterna. Primärkällorna redovisas i tabellen "Prevalens av HCV-infektion bland missbrukare som har injicerat droger i mindre än två år, 1996–2000" på adressen http://annualreport.emcdda.eu.int.

ning (Coimbra, Portugal) eller på egenrapporterade testresultat (Frankrike). I samhällsomfattande undersökningar i England och Wales har man utanför London funnit så låga prevalenstal bland nya injektionsmissbrukare som 2 %. Detta tyder på att andelen nyligen smittade är mycket liten och eventuellt på att HCV-preventionen i England och Wales är relativt verkningsfull (se figur 15).

### Prevalens och trender för hepatit B-virus

Förekomst av antikroppar mot hepatit B-virus (HBV) anger att en person har varit smittad eller har blivit vaccinerad. Av betydelse för vaccinationspolicyn är därför hur stor andel av injektionsmissbrukarna som saknar antikroppar, dvs. potentialen för vaccinationsinsatser bland dem. Prevalensen av HBV-antikroppar förefaller variera mer inom EU än HCV-prevalensen. Inom EU har grovt räknat mellan 20 % och 60 % av injektionsmissbrukarna antikroppar mot hepatit B, vilket tyder på en omfattande vaccinationspotential (40 % till 80 %).

Att en person har en pågående hepatit B-infektion – som kan vara antingen ny eller kronisk – visas av att en serologisk markör som kallas HbsAg finns i blodet. Andelen personer med pågående HBV-infektion ger en uppfattning om risken för allvarliga komplikationer på lång sikt och för smittspridning till andra genom riskbeteenden i samband med injicering eller genom sexuella kontakter. Uppgifter om prevalensen av pågående HBV-infektion finns bara från ett begränsat antal länder, men skillnaderna förefaller vara stora och prevalensen är i vissa fall hög. I norra Grekland är det möjligt att injektionsmissbrukare i metadonprogram drabbades av en omfattande epidemi av hepatit B någon gång före 1998, eftersom prevalensen var extremt hög 1998 men minskade kraftigt mellan 1998 och 1999. Uppgifter från Belgien om injektionsmissbrukare i behandling tyder på en stadig ökning av andelen med en pågående HBV-infektion mellan 1997 och 1999. I Portugal tyder nya data från missbruksbehandling på en minskning av andelen med en pågående HBV-infektion. I Norge tyder anmälningsdata på en kraftig ökning av andelen pågående HBV-infektioner (och andelen pågående infektioner med hepatit A-virus) bland injektionsmissbrukare.

Detaljerade statistiktabeller som avser det här avsnittet finns på Internet (**http://annualreport.emcdda.eu.int**):

- Sammanfattande tabell "Prevalens av hiv-infektion bland injektionsmissbrukare i EU, 1996–2001".
- Sammanfattande tabell "Prevalens av HCV-infektion bland injektionsmissbrukare i EU, 1996–2001".
- Prevalens av hiv-infektion bland injektionsmissbrukare i EU, 1996–2001.
- Prevalens av hiv-infektion bland injektionsmissbrukare under 25 år i EU, 1996–2000.
- Prevalens av hiv-infektion bland nya injektionsmissbrukare i EU, 1996–2000.
- Anmälda fall av hiv bland injektionsmissbrukare i EU, 1991–2001.
- Prevalens av HCV-infektion bland injektionsmissbrukare i EU, 1996–2001.
- Prevalens av HCV-infektion bland injektionsmissbrukare under 25 år i EU, 1997–2000.
- Prevalens av HCV-infektion bland nya injektionsmissbrukare i EU, 1996–2000.
- Prevalens av pågående hepatit B-infektion (HbsAg) bland injektionsmissbrukare i EU, 1996–2001.
- Prevalens av HBV-antikroppar bland injektionsmissbrukare i EU, 1996–2001.

## Narkotikarelaterade dödsfall och dödligheten bland missbrukare

Antalet "narkotikadödsfall" används ofta i den allmänna debatten, i massmedierna och i diskussioner om problem med olagliga droger. Dessa dödsfall vållar allvarlig oro i samhället och kan påverka utformningen och utvärderingen av narkotikapolitiken.

Den nationella statistiken över "narkotikadödsfall" avser oftast akuta dödsfall med direkt koppling till narkotikakonsumtion eller "överdoser" ([22]). Den definition som används i samband med ECNN:s nyckelindikator avser också dessa typer av dödsfall ([23]). Utöver detta har pro-

([22]) Ruta 1 OL: De definitioner av "akut narkotikarelaterat dödsfall" i EU-medlemsstaterna som används i ECNN:s årsrapport och i de nationella rapporterna (Internetversionen).

([23]) Ruta 2 OL: Narkotikarelaterade dödsfall – ECNN:s definition (Internetversionen).

blematiska narkotikamissbrukare – särskilt opiatmissbrukare – en hög generell dödlighet på grund av överdoser men också på grund av aids, olyckor, våld osv.

## Omfattning och kännetecken för akuta narkotikarelaterade dödsfall

Omfattningen av de akuta narkotikarelaterade dödsfallen framgår klart om man betänker att EU-länderna varje år redovisar mellan 7 000 och 8 000 sådana dödsfall. I de flesta länderna anser man att det förekommer en viss underrapportering, i några fall en betydande underrapportering.

Opiater förekommer i de flesta överdosdödsfallen, även om de halter som uppmäts i de toxikologiska analyserna varierar i hög grad och man mycket ofta hittar även andra ämnen, som i vissa fall kan ha bidragit till den dödliga utgången.

De flesta överdosoffren är unga män i åldern 20–40 år som har missbrukat opiater under flera år. Injicering är en betydande riskfaktor; de missbrukare som inte injicerar löper mindre risk att dö av en överdos. Liksom bland klienter som påbörjar behandling märks i de flesta länderna en tydlig trend mot att offren blir allt äldre. Finland och i viss mån Förenade kungariket är undantag från denna trend mot ökande genomsnittsålder ([24]) ([25]).

Det finns tillräckligt med information för att dra slutsatsen att en betydande del av överdosfallen (både de dödliga och de icke-dödliga) skulle kunna ha undvikits. För det första är en del riskfaktorer för opiatöverdoser kända: injicering jämfört med andra administrationssätt, parallell användning av andra ämnen med lugnande verkan, konsumtion efter en tids avhållsamhet (exempelvis efter fängelsevistelse eller behandling), injicering i ensamhet och sannolikt även oväntade förändringar i renhetsgraden. Dessutom inträffar de flesta överdoser i närvaro av andra missbrukare och döden inträder oftast inte omedelbart, vilket innebär att det finns tid att göra en insats. Vittnena agerar emellertid ofta olämpligt eller alltför sent eftersom de inte vet vad de skall göra eller är rädda för polisen.

För närvarande är det ovanligt i Europa att folk dör av förgiftning med kokain, amfetamin eller ecstasy utan närvaro av opiater. Från flera länder (Spanien, Frankrike, Italien, Nederländerna och Förenade kungariket) rapporteras dock om nationella eller lokala ökningar av antalet fall där man påträffat kokain (i allmänhet tillsammans med andra ämnen). Dessutom kan en del kokainrelaterade dödsfall ha formen av hjärt-kärlproblem och därmed undgå identifiering.

Dödsfall som direkt orsakas av ecstasy är ovanliga men väcker ändå allvarlig oro eftersom de inträffar oväntat bland mycket unga människor och eftersom en del av dem skulle kunna ha undvikits genom enkla åtgärder som tillräcklig ventilation och tillgång till vatten i danslokaler samt hälsoundervisning.

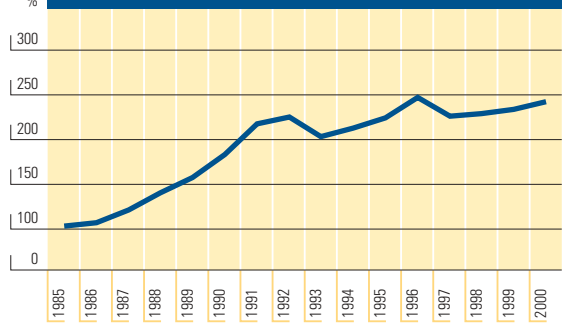
Metadon har påträffats i ett antal dödsfall, även om man på flera håll (bland annat i Tyskland och Förenade kungariket) påpekar att dödsfallen med koppling till metadon oftare hade samband med olaglig än läkarförskriven användning. Det bör understrykas att forskningen visar att substitutionsprogram minskar dödligheten bland patienterna.

## Trender för akuta narkotikarelaterade dödsfall

Om man betraktar trenderna i EU-länderna i ett längre perspektiv (15–20 år), ser man en markant ökning av de narkotikarelaterade dödsfallen under 1980-talet och i början av 1990-talet. På senare år har antalet akuta dödsfall stabiliserats på den högre nivå som denna ökning ledde fram till, med mellan 7 000 och 8 000 dödsfall per år i EU som helhet, även om trenderna i de enskilda länderna är olika (figur 16).

Det är oroväckande att vissa EU-länder rapporterar om ökningar på senare tid efter en period med stabilisering eller minskning. Även från andra länder som Australien och Förenta staterna rapporteras det om ökningar av antalet opiatrelaterade dödsfall på senare år.

**Figur 16** **Övergripande historisk trend för antalet akuta narkotikarelaterade dödsfall i Europeiska unionen, 1985–2000 ([1])**




*Anm.:* Indexerade värden: 1985 = 100. Alla länderna redovisade inte uppgifter om alla år, men i beräkningen av den övergripande trenden har hänsyn tagits till detta. ECNN:s projektrapport CT.99.RTX.04 samordnat av Trimbos Instituut.

([1]) Figur 13 OL: Historiska trender för akuta narkotikarelaterade dödsfall i EU-länderna, 1985–2000 (Internetversionen).

*Källa:* Nationella Reitox-rapporter, 2001; hämtat från nationella dödsorsaksregister eller specialregister (rättsmedicinska register eller polisregister). Baserat på de nationella definitioner av "akuta narkotikarelaterade dödsfall" som beskrivs i ruta 1 OL (Internetversionen).

([24]) Tabell 1 OL: Sammanfattning av egenskaper hos offer för akuta narkotikarelaterade dödsfall i EU (Internetversionen).

([25]) Figur 12 OL: Utveckling av andelen personer över 35 år bland de narkotikarelaterade dödsfallen i vissa EU-länder (Internetversionen).

Förklaringen till dessa övergripande trender kan eventuellt vara den ökning av injektionsmissbruket av heroin som skedde i många europeiska länder under 1980-talet och början av 1990-talet. Den utplaning som observerats på senare år kan ha samband med stabiliseringen av problemmissbrukets omfattning i vissa länder, med den minskade förekomsten av riskbeteenden (injicering) i andra och sannolikt även med den ökade tillgången på behandling, inbegripet substitutionsprogram.

Att det inte finns några tecken på en minskning i EU som helhet understryker att problemet med narkotikarelaterade hälsoskador är långt ifrån löst, att riskfaktorerna måste undersökas ytterligare och att det i än högre grad än tidigare krävs lämpliga målgruppsinriktade åtgärder.

Det är viktigt att framhålla att det bakom den övergripande EU-trend som beskrivs här finns olika nationella trender som ibland pekar åt olika håll.

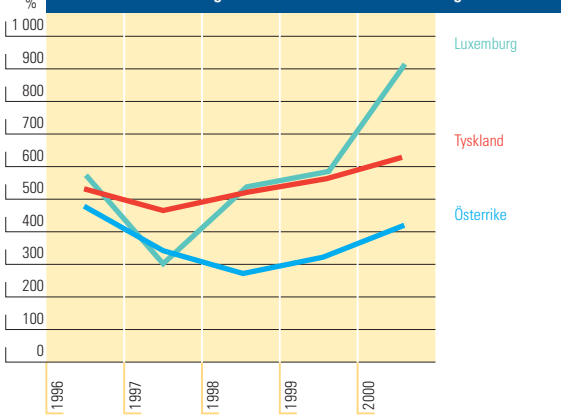
Flera länder redovisade en nedåtgående trend under andra hälften av 1990-talet (Tyskland, Spanien, Frankrike, Italien, Luxemburg och Österrike), möjligtvis på grund av de orsaker som nämnts ovan. I några av dessa länder har minskningen eller stabiliseringen fortsatt under de senaste åren (Spanien, Frankrike och Italien). Däremot är det oroväckande att antalet rapporterade dödsfall åter har ökat i de andra länderna (Tyskland, Luxemburg och Österrike) (figur 17). Att problemmissbrukarna blir allt äldre och att blandmissbruket tilltar anses vara bidragande faktorer.

Från vissa länder rapporterades markant uppåtgående trender under andra hälften av 1990-talet (bland annat Grekland, Irland, Portugal och Norge). I Irland (1999) och Portugal har denna trend nu avstannat. I Finland har trenden på senare år pekat uppåt, och antalet yngre människor bland de avlidna har ökat. Dessa ökningar kan ha samband med att utbredningen av heroinmissbruket började senare i dessa länder, även om bättre rapporteringssystem kan ha spelat en roll i vissa fall.

I Förenade kungariket har trenden för antalet narkotikarelaterade dödsfall gått stadigt uppåt, även om ökningstakten har varit måttlig. I den brittiska definitionen ingår läkemedelsrelaterade dödsfall; om man studerar heroin- och morfinfallen separat ser man en mer markant uppåtgående trend.

I andra länder är trenderna mindre uttalade, eller också är förändringarna mer svårtolkade på grund av att man har gått över från nionde till tionde upplagan av ICD för sina definitioner eller ändrat de nationella definitionerna.

**Figur 17** **Ökningar av narkotikarelaterade dödsfall på senare tid i vissa länder som de föregående åren redovisade minskningar**




*Anm.:* I figuren visas den proportionella variationen jämfört med 1985 (eller första året med uppgifter). För Luxemburg börjar serien 1986 eftersom kurvan annars skulle ge ett felaktigt intryck (värdet för 2000 skulle bli 2 700).

*Källa:* Nationella Reitox-rapporter, 2001; hämtat från nationella dödsorsaksregister eller specialregister (rättsmedicinska register eller polisregister). Baserat på de nationella definitioner av "akuta narkotikarelaterade dödsfall" som beskrivs i ruta 1 OL (Internetversionen).

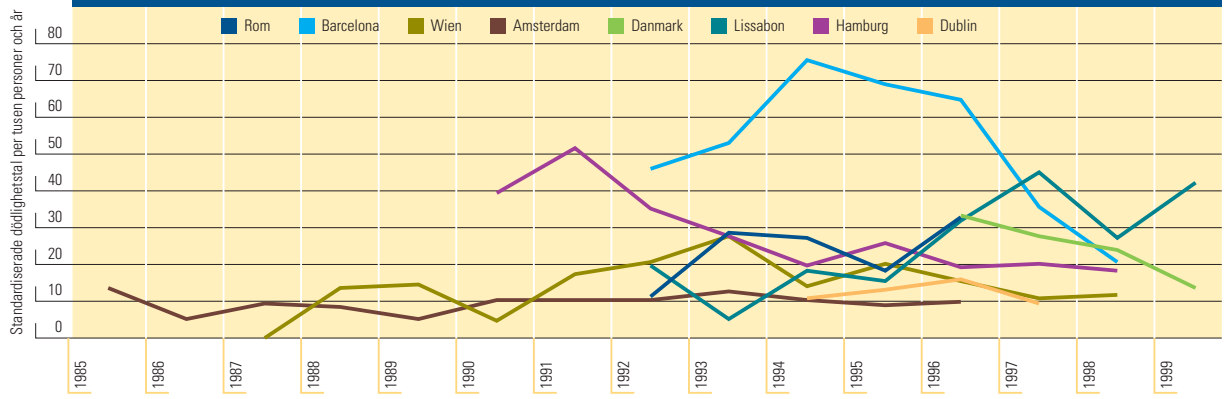
## Övergripande dödlighet bland problemmissbrukare av narkotika

Problemmissbrukarna utgör mindre än 1 % av EU:s vuxna befolkning, men avsevärda hälsoproblem och sociala problem är koncentrerade till denna begränsade grupp. Det finns till och med ett flertal stadsbaserade studier som visar att en betydande del av dödligheten i hela gruppen "unga vuxna" i EU kan tillskrivas problematiskt narkotikamissbruk (främst opiatmissbruk). I Glasgow var exempelvis i början av 1990-talet en tredjedel av dödsfallen bland 15–35-åringar akuta narkotikadödsfall, och i Madrid hänfördes en fjärdedel av dödsfallen år 1990 bland män i åldern 15–39 år till överdoser och aids med anknytning till injektionsmissbruk. Det krävs ytterligare studier för att övervaka verkan av narkotikarelaterade dödsfall på andra ställen och under de senaste åren.

Kohortstudier – där man följer en grupp missbrukare under längre tid – visar att problemmissbrukare har upp till 20 gånger så hög dödlighet som motsvarande åldersgrupp i befolkningen som helhet. Denna höga dödlighet beror på överdoser, men även på aids och andra infektionssjukdomar, olyckor, självmord osv. Överdoser och externa orsaker svarar för en stor del av denna dödlighet, särskilt i länder där hiv-prevalensen bland narkotikamissbrukare är låg, medan aids spelar en framträdande roll i länder med hög hiv-prevalens. Kroniska hälsoproblem (cirros till följd av hepatit, cancer m.m.) kan eventuellt spela en viktig roll på längre sikt.

Dödligheten är två till fyra gånger så hög bland injektionsmissbrukare som bland övriga missbrukare, och fram till nyligen var dödligheten två till sex gånger så hög bland miss-

**Figur 18** **Övergripande dödlighet bland problemmissbrukare av narkotika i ett antal EU-städer**




*Anm.:* Möjligheterna att direkt jämföra platser är fortfarande i viss mån begränsade. Det finns vissa skillnader i fråga om typ av rekryteringsmiljö (behandlingscentrum) och behandlingsformer, även om behandlingsmiljöerna och behandlingsformerna tenderar att representera behandlingstyper som är vanligt förekommande på respektive plats. Se tabell 2 OL: Egenskaper hos studiekohorter. Flera kohorter rekryterade en andel av sina fall genom enheter för sluten vård. Klienter som rekryteras genom enheter för sluten vård är möjligtvis inte helt jämförbara med andra sampel med behandlade klienter.
*Källa:* ECNN-projekten CT.99.EP.07 och CT.00.EP.13, samordnade av epidemiologiska avdelningen vid hälsovårdsmyndigheten i Rom.

brukare med hiv-infektion som bland övriga missbrukare. På grund av senare tids förbättringar av hiv-behandlingen kan den sistnämnda skillnaden vara på väg att minska.

Dödligheten bland de problemmissbrukare som varken använder opiater eller injicerar förefaller vara klart lägre, även om det eventuellt behövs nya metoder för att bedöma dödligheten bland dessa missbrukare.

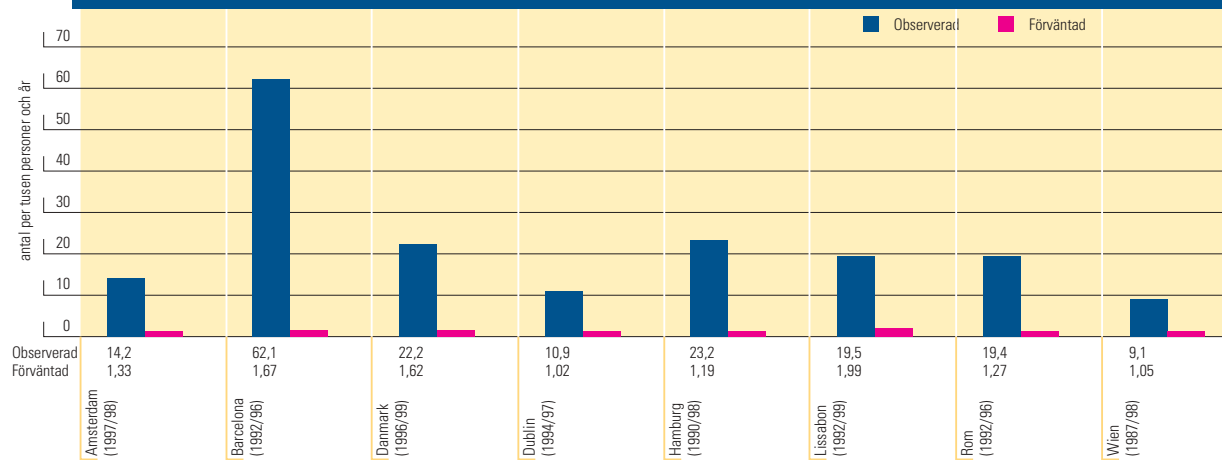
## Trender för dödligheten bland problemmissbrukare

Den studie som genomförs på ett flertal platser och samordnas av ECNN visar att det finns skillnader mellan platserna i fråga om den övergripande dödligheten och fördelningen mellan dödsorsakerna. Studien visar dessutom att både den övergripande och den dödsorsaksspecifika dödligheten har förändrats i relevant grad över tiden.

Dödlighetstalen var högst i Barcelona och lägst i Wien och Dublin. På flera platser var dödligheten högre i början eller mitten av 1990-talet och lägre under de senaste åren. I Barcelona var dödligheten särskilt hög mellan 1992 och 1996 men uppvisade sedan en brant minskning under de senaste åren, främst beroende på minskad dödlighet i aids. I Lissabon har dödligheten stigit fram till de senaste åren (figur 19).

Man bör vara försiktig med direkta jämförelser mellan platser eftersom de behandlingscentrum där missbrukarna rekryterats till studierna har olika profil, även om dessa centrum i allmänhet tenderar att representera behandlingstyper som är vanligt förekommande på respektive plats. Med reservation

**Figur 19** **Observerad och förväntad dödlighet i kohorter av opiatmissbrukare på olika platser i EU**




*Anm.:* "Observerad dödlighet" är genomsnittet för hela studieperioden på respektive plats (inom parentes). På varje studerad plats har dödligheten varierat avsevärt över tiden (figur 18). Om "observerad dödlighet" redovisades för enskilda år skulle värdena bli annorlunda. Se även tabell 2 OL: Egenskaper hos studiekohorter. Flera kohorter rekryterade en andel av sina fall genom enheter för sluten vård. Klienter som rekryteras genom enheter för sluten vård är möjligtvis inte helt jämförbara med andra sampel med behandlade klienter.
*Källa:* ECNN-projekten CT.99.EP.07 och CT.00.EP.13, samordnade av epidemiologiska avdelningen vid hälsovårdsmyndigheten i Rom.

för dessa begränsningar kan man få värdefulla insikter genom att studera trenderna för den övergripande och den dödsorsaksspecifika dödligheten på respektive plats.

Statistiktabeller som avser det här avsnittet finns på Internet (**http://annualreport.emcdda.eu.int**):

Antal registrerade ”akuta narkotikarelaterade dödsfall” i EU-länderna (enligt de nationella definitioner som används vid fallrapporteringen till ECNN), 1985–2000.

Ruta 1: De definitioner av ”akut narkotikarelaterat dödsfall” i EU-medlemsstaterna som används i ECNN:s årsrapport och i de nationella rapporterna.

Ruta 2: Narkotikarelaterade dödsfall – ECNN:s definition.

## Narkotikarelaterad brottslighet

”Narkotikarelaterad brottslighet” kan anses omfatta brott mot narkotikalagar, brott som begås av personer som är påverkade av olagliga droger, brott som missbrukare begår för att få pengar till sitt missbruk (främst tillgreppsbrott och langning) och systembrott som är en del av de olagliga marknadernas sätt att fungera (kamp om territorium, bestraffning av langare osv.). Bortsett från brotten mot narkotikalagar görs det inte rutinmässigt några sammanställningar av uppgifter om dessa brottskategorier, och de uppgifter som faktiskt finns kommer från separata lokala studier som det är svårt att extrapolera från.

Antalet ”arresteringar” ([26]) för brott mot nationell narkotikalagstiftning (användning, innehav, handel osv.) återspeglar skillnader både mellan lagar och mellan kontrollorganens prioriteringar och resurser. Olika registreringsrutiner och definitioner påverkar möjligheterna att göra jämförelser. I det här avsnittet jämför vi trender där så är möjligt.

Cannabis är även år 2000 den drog som oftast förekommer i samband med ”arresteringar” – drogen står för 37 % av de narkotikarelaterade ”arresteringarna” i Sverige och för upp till 85 % i Frankrike. I Luxemburg och Portugal dominerar heroin, och i Nederländerna rör de flesta narkotikabrotten ”hard drugs” (andra droger än cannabis och cannabisderivat) ([27]).

Majoriteten av de rapporterade narkotikabrotten avser användning eller innehav för användning – från 55 % i Portugal till 90 % i Österrike. I Norge avser 60 % av brotten langning och handel. I Spanien, Italien, och Nederländerna där användning av narkotika inte är något brott, avser alla narkotikabrotten langning och handel. Liksom tidigare år rapporterade Luxemburg flest ”arresteringar” som avsåg både användning och handel.

### Trender

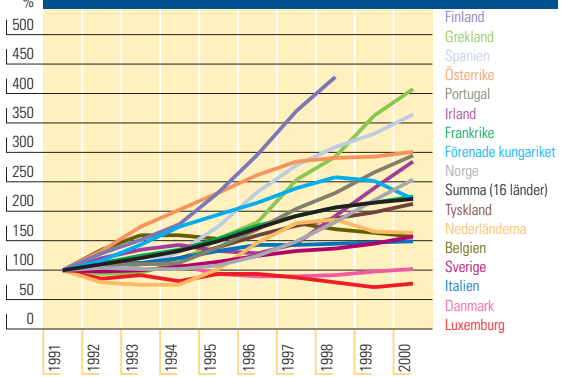
I EU som helhet har antalet ”arresteringar” för narkotikabrott stadigt ökat sedan 1985. Antalet har mer än tiodubblats i Grekland och Portugal. Ökningarna har varit mycket mindre i Danmark, Luxemburg, Nederländerna och Sverige (mindre än en fördubbling).

Under de senaste tre åren har antalet narkotikarelaterade ”arresteringar” ökat i de flesta EU-länderna. De största ökningarna har rapporterats av Grekland, Irland och Norge. År 2000 var det bara Nederländerna och Förenade kungariket som redovisade en minskning av antalet narkotikarelaterade ”arresteringar” ([28]) (figur 20).

Statistiktabeller som avser det här avsnittet finns på Internet (**http://annualreport.emcdda.eu.int**):

- Oftast förekommande drog i samband med ”arresteringar” för narkotikabrott i EU-länderna och Norge.
- Oftast förekommande brottstyp i samband med ”arresteringar” för narkotikabrott i EU-länderna och Norge.
- Antal ”arresteringar” för brott mot narkotikalagar i EU-länderna och Norge, 1985–2000.
- Referenser för figuren ”’Arresteringar’ för narkotikabrott, 1991–2000. Indexerade glidande treårsmedelvärden (1991 = 100)”.

**Figur 20** **”Arresteringar” för narkotikabrott i EU-länderna och Norge, 1991–2000 — indexerade glidande treårsmedelvärden (1991 = 100)**




*Anm.:* Definitioner av ”arrestering för narkotikabrott” finns i statisitktabellen ”Antalet ”arresteringar” för narkotikabrott i EU-länder och Norge, 1985–2000” (Internetversionen). Faktiska värden har använts för samtliga länder avseende år 2000, för Finland avseende 1998 och för Belgien avseende 1995 och 1997, eftersom de uppgifter som finns inte medger beräkning av glidande medelvärden i dessa fall. Serien för Belgien är avbruten för år 1996 (uppgifter saknas).

*Källa:* De nationella Reitox-kontaktpunkterna.

([26]) Termen ”arrestering” avser olika saker i de enskilda medlemsstaterna – exempelvis polisrapporter om personer som misstänkts för narkotikabrott eller väckta åtal för narkotikabrott. Exakta definitioner för de olika länderna finns på Internet i tabellen om ”arresteringar”.

([27]) Figur 14 OL: Oftast förekommande drog i samband med ”arresteringar” för narkotikabrott i EU-länderna (Internetversionen).

([28]) Antalet ”arresteringar” sjönk även i Belgien, dock beror detta på en förändring i registreringsförfarandet.

## Narkotikamarknaderna och tillgången på narkotika

Antalet narkotikabeslag och de beslagtagna narkotikamängderna betraktas oftast som indirekta indikatorer på tillgång och tillgänglighet, men de återspeglar även kontrollorganens resurser, prioriteringar och strategier liksom narkotikahandlarnas åtkomlighet för samhällets motåtgärder. De beslagtagna mängderna kan fluktuera från år till år på grund av några få stora beslag ([29]). Av denna anledning anses antalet beslag vanligtvis vara en bättre indikator på trenderna ([30]). I alla länderna står små beslag på detaljistnivå för en stor del av antalet beslag. Om det finns uppgifter om varifrån de beslagtagna drogerna kommer och vart de är på väg kan man få information om handelsvägar och produktionsområden. Uppgifter om pris och renhetsgrad i missbrukarledet lämnas av de flesta medlemsstaterna, men dessa uppgifter är alltför ofullständiga för att man säkert skall kunna jämföra dem.

### Cannabis

Cannabis är den ledande drogen när det gäller beslag i alla medlemsstater utom Portugal, där heroin dominerar. Sedan 1996 har Spanien beslagtagit mest cannabis – över hälften av den sammanlagda beslagtagna mängden i EU. Förenade kungariket redovisar fler cannabisbeslag, men mängderna är i genomsnitt mindre.

Cannabishartset (haschet) kommer främst från Marocko via Spanien och Nederländerna, medan cannabisbladen (marijuanan) kommer från Afghanistan, Pakistan och Libanon samt från Albanien till Grekland och Italien och från Angola till Portugal. Lokal produktion finns i de flesta medlemsstaterna; mest betydande är odlingen av ”nederwiet” ([31]) i Nederländerna.

År 2000 uppgavs cannabispriset i missbrukarledet variera mellan 1 och 20 euro per gram hasch och mellan 2 och 8 euro per gram marijuana. Halten av THC (det aktiva innehållsämnet) i hasch ligger i genomsnitt mellan 2 % och 13 %, även om det finns rapporter från EU om prover med THC-halter så låga som 0 % och så höga som 50 %. THC-halten i marijuana är i regel lägre – kring 1–6 %. Halterna är dock högre i Belgien (i genomsnitt 17 %) och i Nederländerna (”nederwiet” ligger i genomsnitt på 10 %).

#### Trender

Antalet cannabisbeslag har ökat stadigt i EU sedan 1985 men förefaller vara stabilt de senaste tre åren. Denna trend beror i synnerhet på att antalet cannabisbeslag har varit mindre i Belgien, Nederländerna, Österrike, Portugal och Förenade kungariket under senare år. De beslagtagna mängderna ökade också tidigare men har stabiliserats sedan 1995. År 2000 minskade de beslagtagna mängderna i de flesta medlemsstaterna.

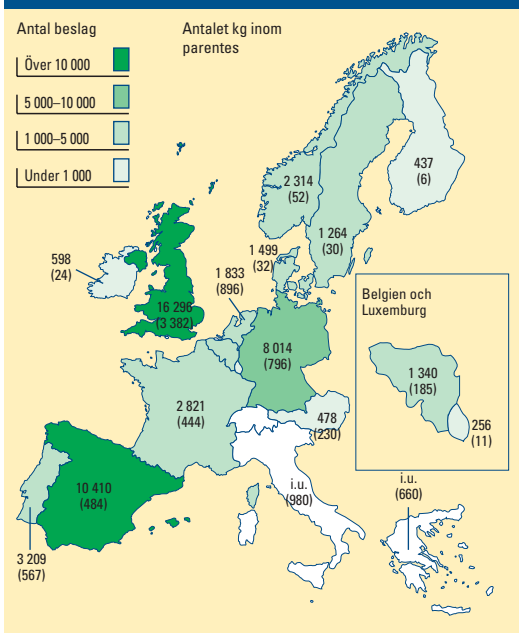
Cannabispriset är över lag stabilt i EU, även om det år 2000 skedde prisökningar i Luxemburg och Portugal (hasch).

### Heroin

År 2000 beslagtogs nästan nio ton heroin i EU, varav över en tredjedel av Förenade kungariket (figur 21). Det heroin som beslagtas i EU kommer i första hand från Gyllene halvmånen (Sydvästasien: Afghanistan och Pakistan) och i andra hand från Gyllene triangeln (Sydostasien: Laos, Myanmar och Thailand). Det kommer primärt till EU via Turkiet, Balkanrutten och Nederländerna. Dessutom rapporteras det om ökad handel via östra Europa (Ryssland, Estland, Bosnien och Slovenien) och centralasiatiska länder i före detta Sovjetunionen.

Heroinpriset i missbrukarledet varierade år 2000 mellan 25 och 330 euro per gram i EU. De högsta priserna rap-

**Figur 21** Antal beslag och beslagtagna mängder av heroin i EU-länderna och Norge år 2000




*Anm.:* i.u. = ingen uppgift.
*Källa:* De nationella Reitox-kontaktpunkterna, 2000. Se statistiktabellerna ”Antalet av heroinbeslag 1985–2000” och ”Mängder beslagtagen heroin, 1985–2000 (kg)” på http://annualreport.emcdda.eu.int

([29]) Figur 15 OL: Beslagtagna mängder av cannabis, kokain, heroin och amfetaminer i EU-länderna (1985–2000) (Internetversionen).
([30]) Trenderna på EU-nivå bör analyseras med försiktighet eftersom serierna inte börjar samma år i de olika länderna. Ytterligare information finns i statistiktabellerna på http://annualreport.emcdda.eu.int.
([31]) ”Nederwiet” är marijuana som odlas lokalt i Nederländerna.

porteras från Irland, Finland och Norge. Renhetsgraden för heroin ligger oftast mellan under 20 % och 45 %, men Belgien, Danmark, Spanien och Norge rapporterar en högre genomsnittlig renhetsgrad för brunt heroin.

**Trender**

I EU som helhet ökade heroinbeslagen fram till 1991–1992 och stabiliserades därefter. År 2000 minskade beslagen i Spanien, Irland, Luxemburg, Portugal och Norge. I förhållande till 1985 har de beslagtagna mängderna i EU som helhet ökat. Under perioden 1991–1998 skedde en stabilisering, men sedan dess har mängderna åter ökat. År 2000 rapporterade alla länder utom Danmark, Tyskland, Spanien, Italien och Sverige en ökning av den beslagtagna mängden heroin.

Heroinpriset i missbrukarledet är över lag stabilt eller fallande, även om brunt heroin rapporteras ha blivit dyrare år 2000 i Portugal, Sverige och Förenade kungariket. Renhetsgraden för heroin uppges vara stabil eller fallande i samtliga länder utom Danmark, Tyskland, Luxemburg och Förenade kungariket, där den har ökat på senare tid; detta gäller i synnerhet brunt heroin.

## Kokain

Spanien är fortfarande det EU-land som ligger högst när det gäller kokainbeslag. Det kokain som konsumeras i Europa kommer från Latinamerika (särskilt Colombia, Brasilien och Venezuela) via Centralamerika och Västindien. För flera länder är det främst via Spanien som kokainet kommer in i EU, men den fortsatta distributionen sker sedan ofta via Nederländerna.

Kokainpriset i missbrukarledet varierade år 2000 mellan 45 och 170 euro per gram. Priset var lägst i Spanien och Förenade kungariket, högst i Finland. Kokainets renhetsgrad är över lag hög – mellan 50 % och 85 % i flertalet länder, dock med undantag av Danmark och Tyskland, där den genomsnittliga renhetsgraden år 2000 var lägre.

**Trender**

Totalantalet kokainbeslag i EU har ökat stadigt från mitten av 1980-talet men stabiliserades år 2000. De beslagtagna kokainmängderna hade tidigare fluktuerat inom ramen för en uppåtgående trend, men år 2000 rapporterades en markant minskning – främst på grund av mycket stora minskningar i de länder som står för lejonparten av kokainbeslagen i EU (Spanien, Frankrike och Nederländerna).

Kokainpriset är stabilt eller fallande i de flesta länderna men steg år 2000 i Danmark, Portugal och Förenade kungariket. Renhetsgraden är stabil eller fallande i samtliga medlemsstater.

## Syntetiska droger: amfetaminer, ecstasy och LSD

I Finland, Norge och Sverige är amfetaminer den drog som näst oftast beslagtas (efter cannabis). Förenade kungariket svarar för huvuddelen av de beslagtagna mängderna amfetaminer, ecstasy och LSD i EU.

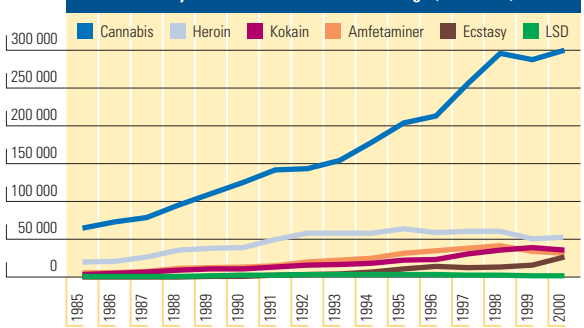
Nederländerna är betydande när det gäller lokal produktion av ecstasy, amfetaminer och relaterade droger, men det finns rapporter om tecken på produktion i andra medlemsstater (Belgien och Förenade kungariket) och i central- och östeuropeiska länder (Tjeckien och Estland).

Amfetaminer uppges säljas för i genomsnitt mellan 5 och 35 euro per gram, medan en ecstasytablett kostar mellan 5 och 15 euro. Uppgifterna för år 2000 visar att syntetiska droger är förhållandevis billiga i Belgien och Förenade kungariket. Renhetsgraden för amfetaminer varierar avsevärt – från 3 % i Irland till 46 % i Finland – men ligger oftast mellan 10 % och 15 % i EU. Andelen av de tabletter som säljs under namnet ”ecstasy” som verkligen innehåller ecstasy eller ecstasyliknande ämnen (MDMA, MDEA, MDA) varierar mellan 2 % i Grekland och 100 % i Finland. Amfetaminer (eller metamfetaminer) påträffades i 2–22 % av tabletterna, men ett antal andra psykoaktiva ämnen (2-CB, 2-CT7, 4-MTA och på senare tid PMA och PMMA) förekommer också i ”ecstasy”-tabletter.

**Trender**

Amfetaminbeslagen – både antalet och mängderna – har ökat sedan 1985. Åren 1999 och 2000 minskade antalet amfetaminbeslag, särskilt i Förenade kungariket. Efter minskningar 1998 och 1999 ökade däremot mängderna igen år 2000, särskilt i Tyskland.

**Figur 22** Antal beslag av cannabis, heroin, kokain, amfetaminer, ecstasy och LSD i EU-länderna och Norge (1985–2000)




*Anm.:* Uppgifter saknas för Grekland. För vissa andra länder finns det uppgifter bara sedan 1988 (Danmark och Portugal), 1993–1996 (Finland) respektive 1997 (Nederländerna). Antalet beslag åren 1999 och 2000 är underskattat eftersom det saknas uppgifter från Italien. De flesta dataserierna för ecstasy börjar i mitten av 1990-talet (utom i Frankrike, Italien, Spanien och Förenade kungariket).

*Källa:* De nationella Reitox-kontaktpunkterna. Se statistiktabellerna om ”Narkotikabeslag i EU-länderna och Norge, 2000” på http://annualreport.emcdda.eu.int.

Ecstasybeslagen har ökat i större delen av EU sedan 1985, med markanta ökningar år 2000. De beslagtagna ecstasymängderna följde samma uppåtgående trend från 1985, var därefter stabila från och med 1993, nådde en topp 1996 och ökar nu åter sedan 1999. År 2000 ökade mängderna i alla länderna utom Danmark, Luxemburg och Portugal.

Det är mindre vanligt med LSD-beslag. Både antalet och mängderna ökade till och med år 1993, minskade därefter men ökade något år 2000. Större ökningar av de beslagtagna mängderna LSD år 2000 rapporteras från Danmark, Tyskland, Spanien, Frankrike, Irland, Nederländerna, Portugal och Finland.

Efter avsevärda minskningar under 1990-talet har priserna på amfetaminer och ecstasy i EU stabiliserats. År 2000 kom det dock rapporter om stigande priser på båda drogerna i Irland och om stigande amfetaminpriser i Tyskland. Från Spanien, Sverige och Förenade kungariket rapporteras att ecstasytabletterna blev billigare år 2000. På senare år har andelen tabletter som faktiskt innehåller ecstasy eller ecstasyliknande ämnen ökat i många länder, medan andelen som innehåller amfetaminer (och metamfetaminer) har minskat. Från Grekland rapporteras en övergång från MDMA till amfetaminer som det huvudsakliga ämnet i majoriteten av tabletterna under åren 1999 och 2000.

Statistiktabeller som avser det här avsnittet finns på Internet (**http://annualreport.emcdda.eu.int**):

- Narkotikabeslag i EU-länderna och Norge, 2000.
- Antal amfetaminbeslag, 1985–2000.
- Antal cannabisbeslag, 1985–2000.
- Antal kokainbeslag, 1985–2000.
- Antal ecstasybeslag, 1985–2000.
- Antal heroinbeslag, 1985–2000.
- Antal LSD-beslag, 1985–2000.
- Beslagtagna mängder amfetamin, 1985–2000 (kg).
- Beslagtagna mängder cannabis, 1985–2000 (kg).
- Beslagtagna mängder kokain, 1985–2000 (kg).
- Beslagtagna mängder ecstasy, 1985–2000 (tabletter).
- Beslagtagna mängder heroin, 1985–2000 (kg).
- Beslagtagna mängder LSD, 1985–2000 (doser).

# Motåtgärder mot narkotikamissbruk

I detta kapitel redovisas en översikt över utvecklingen inom narkotikapolitiken och narkotikastrategierna på nationell nivå och EU-nivå. Dessutom beskrivs åtgärderna mot narkotikaproblemet på områdena utbildning, hälso- och sjukvård, socialtjänst och straffrätt.

## Nationella och europeiska narkotikastrategier

### Från narkotikapolitik till handlingsplaner

**EU:s strategi**

I oktober 2001 behandlade ministerrådets horisontella narkotikaarbetsgrupp en rapport om fastställande av kriterier för utvärdering av EU:s strategi mot narkotika (2000–2004) som utarbetats av ECNN och Europol. I ECNN:s och Europols rapport finns en analys av vart och ett av de sex målen i EU:s handlingsplan ([32]), och där beskrivs möjligheterna och begränsningarna när det gäller uppföljning och utvärdering av dessa. Dessutom innehåller rapporten en uppsättning parametrar som utgångspunkt för utarbetandet av en beskrivning av läget 1999 ([33]) som läget 2004 sedan kommer att jämföras med.

**Nationella narkotikastrategier** ([34])

EU:s handlingsplan mot narkotika har bidragit till att främja medvetenheten om att det behövs samordnade åtgärder på narkotikaområdet i medlemsstaterna. Enligt artikel 1.1.3 i planen skall ministerrådet ge de nationellt narkotikapolitiskt ansvariga tillfälle att regelbundet träffas för att utbyta information om utvecklingen i de enskilda länderna och öka sitt samarbete. Ett sådant möte för nationella narkotikasamordnare anordnades i Sverige under 2001 ([35]).

När det gäller nationella strategier har vi kunnat se en fortsättning av de senaste årens trend att de narkotikapolitiska ramarna omsätts i handlingsplaner, narkotikastrategier eller policydokument, även om det fortfarande finns en klyfta mellan det konkreta genomförandet och de skrivna strategierna.

I mars 2001 godkände den portugisiska regeringen en handlingsplan mot narkotika med titeln ”Horizonte 2004” som innehåller detaljerade syften, mål och specifika åtgärder som skall utvecklas under en period av fyra år. En månad senare godkände den irländska regeringen en nationell narkotikastrategi för perioden 2001–2008 med beskrivningar av specifika mål, centrala resultatindikatorer och enskilda åtgärder för var och en av de ministrar som medverkar i genomförandet av narkotikapolitiken. I juni fattade den grekiska regeringen ett antal beslut som syftar till en heltäckande, samlad och samordnad narkotikapolitik. Regeringen åtar sig genom dessa beslut att för parlamentet lägga fram en femårig nationell handlingsplan med specifika mål som skall uppnås, verksamheter som skall utvecklas och åtgärder som skall vidtas.

I Finland antog man (i februari 2002) en handlingsplan för 2001–2003 och utformade specifika narkotikastrategier i samarbete mellan tullen och gränsbevakningen. I Österrike har nu alla nio delstaterna en narkotika- eller missbrukssamordnare, och sju av dem har handlingspla-

([32]) Utförliga uppgifter om EU:s narkotikastrategi och handlingsplan finns på http://www.emcdda.eu.int/policy_law/eu/eu_actionplan.shtml.
([33]) Finns på Internet på adressen http://snapshot.emcdda.eu.int.
([34]) Tabell 3: Översikt över nyare strategier, handlingsplaner och samordningsarrangemang på narkotikaområdet (Internetversionen).
([35]) ECNN bidrog genom att publicera en jämförande studie av narkotikasamordningen i EU: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/drug_coordination_oct_01.pdf.

ner mot narkotika. I Belgien skapades ett ”Cellule drogue santé” i juni 2001, och det finns planer på att inrätta ett samordningsorgan i slutet av 2002. Som ett led i förverkligandet av den italienska regeringens nya sätt att angripa narkotikaproblemet tillkännagavs i november 2001 skapandet av en särskild avdelning för kampen mot narkotika, med en narkotikasamordnare som chef. I Tyskland har en grupp samordnare från delstaterna arbetat med att förbättra samordningen i flera år. I januari 2002 presenterade den svenska regeringen sin nya handlingsplan mot narkotika (2002–2005) för Riksdagen; dessutom har man utsett en ”narkotikageneral” som skall samordna och stimulera insatserna på olika nivåer i samhället.

Förenade kungariket avviker från den allmänna tendensen: ansvaret för narkotikafrågor inom regeringen flyttades där från den centrala enheten för narkotikasamordning (som har lagts ned) och dess ”drog-tsar” inom premiärministerns kansli till inrikesdepartementet, och ligger nu under inrikesministern.

**Bedömning av narkotikastrategiernas verkan**

Visserligen har nu alla medlemsstaterna mer eller mindre noggrant fastställda narkotikastrategier, men det är fortfarande inte allmänt förekommande att man undersöker hur verkningsfulla strategierna är. Framsteg har gjorts när det gäller utvärderingen av specifika program eller verksamheter, främst sådana som syftar till att minska efterfrågan på narkotika. Om man betraktar lagstiftningen eller de nationella strategierna som helhet framstår emellertid inte utvärdering som något prioriterat område.

Ett fåtal lovande exempel bland de mer nyligen antagna strategierna kan dock nämnas. De nya nationella narkotikaplaner som antogs 2001 i Irland och Portugal syftar båda till att utvärderingsmekanismer skall inrättas för bedömning av de övergripande resultaten. I Finland ingår utvärdering i den nya handlingsplanen för 2001–2003; man kommer att utvärdera planen som helhet, inbegripet behandlings- och narkotikakontrollåtgärderna.

I Frankrike har Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) fått i uppdrag av Mission Interministérielle Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) att utvärdera verkningsfullheten hos de mest betydelsefulla aspekterna i den franska narkotikaplanen för 1999–2001. Utvärdering är en prioritet i Nederländerna, inte enbart vad gäller program för sänkning av efterfrågan utan även vad gäller övriga politiska aspekter (t.ex. riktlinjer för s.k. ”coffee shops”, ändringar i AHOJ-G-kriterierna, dvs. riktlinjer om försäljning, innehav och användning av cannabis som gäller för ”coffee shops”). Den omfattande övervakningen (National Drug Monitor) av narkotikamissbruk och hälsa – och sammanhängande utveckling av verksamhet i den brottsbekämpande straffrätten – bidrar likaså till utvärderingen av politiken. Även i andra nationella narkotikastrategier sägs att utvärdering skall användas som ett verktyg för bedömning av enskilda verksamheter såsom behandlingsmetoder eller preventionstekniker – ett exempel är den nya belgiska ”politiska skrivelsen”, enligt vilken utvärderingar skall göras av behandlingsmetoder, hälsovårdsorgan och preventionstekniker.

**Medlemsstaterna tar sig an lagliga och olagliga ämnen samtidigt**

Det är tydligt att man i den nationella drogpolitiken ägnar större uppmärksamhet åt både lagliga och olagliga ämnen. I Frankrike började man redan 1998, som ett av de första länderna, att resonera i termer av missbruk snarare än enbart i termer av enskilda ämnen när det gäller prevention och rehabilitering. Under det gångna året har den norska regeringen gått vidare i samma banor och utvecklat en heltäckande ”politik avseende missbruk av berusningsmedel” som omfattar även alkohol och gäller områdena prevention, vård och behandling. Den nya tyska narkotikasamordnaren på federal nivå framhöll i en rapport i april 2001 också sin avsikt att utvidga i första hand det förebyggande arbetet till att omfatta även alkohol och tobak. I Belgien är ett av de fyra målen för den federala regeringens nya politik att ungdomar inte skall använda droger (inklusive tobak och alkohol). Samma trend märks även i den nya irländska narkotikastrategin, där man under 2001 har utvecklat formella kopplingar till den nationella alkoholpolitiken på lokal, regional och nationell nivå för att se till att de olika åtgärder som vidtas kompletterar varandra. I Förenade kungariket ställde sig regionregeringen för Nordirland i maj 2001 bakom en gemensam genomförandemodell för strategierna avseende alkohol och olagliga droger. Den walesiska drogstrategin omfattar även lagliga droger.

## Narkotikalagarna i EU [36]

**På EU-nivå**

Den 23 maj 2001 antog Europeiska kommissionen ett förslag till rådets rambeslut om minimibestämmelser för brottsrekvisit och påföljder för olaglig narkotikahandel. Detta initiativ från kommissionen innehåller en gemensam definition av ”olaglig narkotikahandel” liksom

[36] De senaste nyheterna och mer information om utvecklingen i medlemsstaternas rättssystem när det gäller narkotika finns i databasen ”European Legal Database on Drugs” på adressen http://eldd.emcdda.eu.int/.

gemensamma påföljder för storskalig transnationell narkotikahandel. Förslaget behandlas för närvarande (mars 2002) av Europaparlamentet och ministerrådet.

**På nationell nivå**

Den rättsliga utvecklingen på narkotikaområdet under 2001 har främst rört åtgärder gentemot missbrukare, fordonskörning under narkotikapåverkan och substitutionsbehandling.

*Lagens sätt att förhålla sig till (narkotika och) narkotikamissbrukare*

En trend under 2001 är att man i vissa EU-medlemsstater har föreslagit och genomfört lagändringar som skall skapa en tydligare rågång mellan dem som använder narkotika och andra narkotikabrottslingar och mellan cannabis och andra olagliga droger. Man överväger ett antal alternativ i de olika länderna, bland annat att skapa ett mer specialiserat domstolssystem och att ändra lagar eller politik med avseende på dem som bara använder narkotika.

Detta är tydligt i Portugal, där bruk av narkotika och innehav av narkotika för eget bruk inte längre utgör brott. I stället inrättade man i juli 2001 ”kommissioner för förebyggande av narkotikamissbruk”. Kommissionerna består av tre medlemmar (som utnämns av justitie- och hälsodepartementen och regeringsföreträdaren som ansvar för narkotikamissbruksfrågor), en teknisk grupp på fem experter (psykologer, socialarbetare och juridiska experter) samt administrativ personal. Fallen bedöms individuellt och de tekniska gruppernas rapporter stöder medlemmarnas beslut om nödvändiga åtgärder eller sanktioner. I april 2001 sänkte Luxemburg straffet för cannabisrelaterade brott genom att ta bort möjligheten att döma till fängelse för innehav av cannabis för egen konsumtion och för konsumtion av cannabis. Man tillkännagav också en policy som innebär att åklagarna i fortsättningen skall koncentrera sig enbart på problematiskt missbruk. Den ”politiska skrivelse” som den belgiska regeringen utfärdade den 19 januari 2001 innehåller en översiktlig beskrivning av en liknande tanke. I Luxemburg och Belgien har man dessutom för första gången gjort åtskillnad i lagen mellan cannabis och övriga droger, och detsamma har man gjort i Grekland i form av ett förslag till ändring av narkotikalagen som ett flertal partier lade fram för parlamentet i april 2001. Det avslogs dock av det grekiska parlamentet i maj 2002. I Förenade kungariket väntas cannabis flyttas från narkotikaklass B till narkotikaklass C år 2002, vilket skulle innebära att en person som misstänks för cannabisinnehav för eget bruk inte längre kommer att kunna häktas utan häktningsorder. I Irland kommer missbrukande brottslingar som inte är våldsbenägna att hänvisas till en särskild narkotikadomstol som i januari 2001 inrättades på försök i Dublin – och i november startades ett liknande projekt i Glasgow i Skottland. För de som kan få fängelsestraff under sex månader trädde nederländska regeringens nya lag om alternativa straff i kraft den 1 februari 2001. Lagen tillåter åläggande av kombinerade arbets- och utbildningspåföljder i samband eller i stället för fängelsestraff och/eller böter.

Detta är emellertid inte någon allmängiltig trend. I Finland gjordes sommaren 2001 en ändring i strafflagen som innebar att möjligheten till åtalsunderlåtelse för narkotikabrott som ansågs inte kränka lagen togs bort och att åklagaren fick möjlighet att genomföra en summarisk process utanför domstolen med böter eller högst sex månaders fängelse som påföljd. Det finns dock fortfarande bestämmelser som tillåter att avstå från åtal eller straff om brottet anses obetydligt.

*Narkotika och fordonskörning*

Det arbetas i allt större omfattning – på både politisk och operativ nivå – med lagstiftning om fordonskörning under påverkan av narkotika.

På politisk nivå i Finland föreslogs i juni 2001 nolltolerans för narkotika i vägtrafiken av den arbetsgrupp som tillsatts för att förverkliga regeringens nya resolution om trafiksäkerhet. Andra medlemsstater har skärpt sina föreskrifter om vem som skall testas och hur testerna skall gå till. I Österrike ändrade man vägtrafiklagen våren 2001 men beslutade att inte ta med en bestämmelse om obligatoriska narkotikatester för fordonsförare. I Portugal (maj) och Frankrike (november) har man infört lagstiftning om testning av personer som varit inblandade i trafikolyckor, så att man skall få underlag för forskning om narkotika och fordonskörning med avseende på omfattningen och typerna av narkotikamissbruk bland fordonsförarna och missbrukets bidrag till olyckorna; tack vare detta kommer man att kunna utforma en ändamålsenlig specifik lag om fordonskörning under påverkan av berusningsmedel. Även den brittiska regeringen har infört ny lagstiftning (i mars 2001) om testning m.m. av personer som misstänks ha framfört fordon under påverkan av olagliga ämnen.

*Substitutionsbehandling*

Medlemsstaterna fortsätter att arbeta med lagstiftning som rör substitutionsbehandling av narkotikamissbruk. I vissa länder överväger man att införa sådan lagstiftning, och i de länder där sådan lagstiftning redan finns arbetar man med att förbättra sina rättsliga ramar.

I Belgien arbetar man med lagstiftning som skall definiera ”substitutionsbehandling”, detta som ett led i genom-

förandet av den "politiska skrivelsen" från januari 2001. I juli 2001 upprättade man i Tyskland ett centralt substitutionsregister som skall göra det möjligt att förhindra upprepad förskrivning av substitutionsläkemedel, och dessutom har man infört krav på en särskild yrkeskvalifikation för att läkare skall få ägna sig åt substitutionsbehandling. I enlighet med storhertigens förordning från februari 2002 måste läkare som förskriver substitutionsläkemedel i Luxemburg ha en av hälsoministern utfärdad statlig licens. Samma förordning föreskriver upprättande av en särskild övervakningskommission och av ett nationellt substitutionsregister. I Grekland planeras ytterligare åtgärder inom ramen för lag 2716/1999 för att styrka substitutionsbehandlingens struktur genom att utvidga adminstreringen av substitutionsmedel genom det nationella hälsovårdssystemet. I Förenade kungariket finns det nu (sedan april 2001) rättsliga regler som medger förskrivning av buprenorfin för substitutionsbehandling; tidigare fick bara metadon skrivas ut.

## Åtgärder för att minska efterfrågan på narkotika

Som beskrivs ovan har de flesta EU-medlemsstaterna en nationell narkotikastrategi eller motsvarande ([37]), och detsamma gäller Norge. Alla sådana strategier innefattar prioriteringar när det gäller motåtgärder mot narkotika; i vissa länder (Spanien, Irland, Portugal och Förenade kungariket) har man också satt upp kvantitativa mål.

Naturligtvis innehåller de nationella strategierna ett brett spektrum av motåtgärder. Trots detta kan man möjligen urskilja vissa prioriteringstendenser: man satsar på att stärka vissa typer av motåtgärder och/eller att utveckla effektivare strukturer ([38]). Det förebyggande arbetet i skolorna ses som prioriterat i tio av medlemsstaterna, samtidigt anser man i sju andra att det förebyggande arbetet i lokalsamhället är viktigt. Förebyggande åtgärder och tidiga insatser bland ungdomar i riskzonen står högt på dagordningen i nio länder. Åtgärder för att minska missbrukets skadeverkningar och behandling med läkemedel anses vara prioriterade områden i vardera sex medlemsstater, medan man i Italien och Sverige vill satsa ännu mer på drogfri behandling. I sex av länderna nämner man återintegrering i samhället och i sju åtgärder inom det straffrättsliga systemet som högt prioriterade områden. I fyra länder ser man ett behov av att förstärka preventionsstrukturerna i landet och i åtta länder ser man ett behov av att förstärka behandlingsstrukturen.

I de flesta länderna är genomförandet av de efterfrågeminskande motåtgärderna decentraliserat, beroende på de berörda aktiviteternas natur. De prioriteringar som anges i de nationella strategierna och den därmed sammanhängande finansieringen av forskning och praktiska insatser har trots detta grundläggande betydelse för genomförandet på regional och lokal nivå. Den relativa betydelsen av politiken, det praktiska arbetet och forskningen när det gäller hur åtgärderna genomförs varierar mellan länderna. Självklart sker det en inbördes påverkan mellan alla tre områdena, men i några länder verkar den nationella politiken utöva ett större inflytande på det praktiska arbetet medan det i andra länder, ofta på regional nivå, mest är det praktiska arbetet som påverkar politiken.

Att åtgärderna för att minska efterfrågan på narkotika håller hög kvalitet garanteras genom att man (i vissa länder) har infört nationella standarder, förfaranden för ackreditering eller riktlinjer. Flera länder har fler obligatoriska kvalitetsstandarder för behandling än för förebyggande arbete ([39]).

### Prevention i skolor, lokala miljöer och lokalsamhället

Alla medlemsstaterna betonar att förebyggande arbete har hög prioritet i deras nationella strategier och att det genomförs ett stort antal förebyggande insatser i olika miljöer, i första hand i skolorna. Trots detta blir det allt tydligare i många medlemsstater att det finns ett avsevärt glapp mellan de politiska målsättningarna och den förebyggande verksamhetens faktiska omfattning och kvalitet ([40]). Det går att med någorlunda god precision mäta omfattningen av preventionsarbetet (exempelvis i skolorna) om detta utförs på ett strukturerat sätt inom ramen för noggrant beskrivna program ([41]). Detta är helt nödvändigt för att det skall gå att bedöma vissa nyckelparametrar – bland annat innehållet (vilka modeller man använder, vilka riskfaktorer man inriktar sig mot) och antalet skolor, elever och lärare som omfattas. Sådana strukturerade sammanhang för preventionen finns i en del med-

([37]) Tabell 4 OL: Kort presentation av EU-medlemsstaternas och Norges åtgärder för att minska efterfrågan på narkotika (Internetversionen).
([38]) Tabell 5 OL: Översikt över medlemsstaternas och Norges prioriteringar i fråga om efterfrågeminskande insatser (Internetversionen).
([39]) Tabell 6 OL: Översikt över kvalitetsstandarder för prevention och behandling i medlemsstaterna och Norge (Internetversionen).
([40]) Tabell 7 OL: En översikt över preventionsmål, skolprogram, webbplatser och förebyggande insatser i nöjesmiljöer (Internetversionen).
([41]) En översikt över preventionsprogrammen i skolor finns i tabell 7 OL (skolprogram) (Internetversionen).

lemsstater (flamländska gemenskapen i Belgien, Tyskland, Grekland, Spanien, Irland och Förenade kungariket), där det också finns programbaserad information som kan utvärderas. Ofta får emellertid strävan att förebygga missbruk bli en del av en bredare skolpolicy med syftet att verka för hälsosamma livsstilar i vardagslivet (skollivet). I sådana ”ostrukturerade” sammanhang genomförs de förebyggande insatserna på sätt som kan variera från fall till fall – av lokala rådgivande grupper eller organ (i Danmark, Frankrike och Norge) – och/eller med nära anknytning till specifika nyligen uppkomna behov och till de resurser som finns att tillgå (exempelvis i Frankrike, Italien, Österrike, Portugal och Finland). Ett sådant tillvägagångssätt är svårt att beskriva på ett standardiserat sätt och svårt att utvärdera.

Målen för det förebyggande arbetet i skolorna är många och olikartade: något som ofta nämns är att man vill främja hälsan i övergripande bemärkelse, och därutöver kan det exempelvis handla om att man vill att eleverna skall utveckla social kompetens och individuella färdigheter eller att man vill främja deras identitet eller personlighet. Medvetenhet och information har ofta en central plats i narkotikapreventionen, men det har visats att man inte når särskilt goda resultat om man satsar enbart på detta (Skolverket, 2000). Det finns ingen gemensam europeisk evidens- eller forskningsbaserad princip för det förebyggande arbetet i skolorna. Det transnationella projektet ”Healthy schools and drugs” (sunda skolor och narkotika), som finansieras av Europeiska kommissionen, tillämpar kvalitetselement som grundar sig på bevis för utvärderat och effektivt förebyggande i skolor (http://www.school-and-drugs.org).

Ett annat nyckelproblem är de logistiska och administrativa aspekterna av att i ett helt land genomföra program som på vissa platser har visat sig fungera väl (och också utvärderats med positivt resultat). Tyskland och Nederländerna nämner uttryckligen denna utmaning. I en del medlemsstater (till exempel Danmark och Tyskland) börjar man nu på preventionsområdet ägna alltmer uppmärksamhet åt nöjesmiljöerna, som en reaktion på att konsumtionstrenderna förändras, och när det gäller innehållet börjar man satsa alltmer på hantering av risker snarare än undvikande av risker. Det finns en europeisk webbplats (http://www.drug-prevention.de) med uppgifter om projekt som tillämpar denna filosofi. Preventionswebbplatserna har över lag blivit både fler och mer attraktiva i de flesta medlemsstaterna ([42]). Ytterligare en komponent är riktlinjer om hur man upptäcker att en elev använder droger och vad man i så fall kan göra.

På senare tid har det blivit tydligt att det finns en trend mot ökat intresse för och ökade resurser till kvalitetssäkring och evidensbaserad prevention i vissa medlemsstater (Spanien, Irland, Nederländerna och Förenade kungariket). En parallell utveckling sker i Tyskland, Grekland, Frankrike, Irland, Nederländerna och Förenade kungariket, där man upprättar databaser för bedömning och övervakning av den nationella ”preventionstäckningen”. I Spanien finns det redan ett etablerat informationssystem.

När det gäller program i lokalsamhället finns det ingen modell som är gemensam för medlemsstaterna. Till att börja med avser dessa program inte enbart prevention, utan ofta även åtgärder för att minska de narkotikarelaterade riskerna. Dessutom menar man olika saker med ”program i lokalsamhället” (på engelska: *community programme*) – i en del medlemsstater är det ett program som genomförs *i* ett lokalsamhälle, av ”samhället” i betydelsen ”styrande organ” (dvs. uppifrån och ned), men i andra ett program som genomförs *av* ett lokalsamhälle, av ”samhället” i betydelsen ”de människor som bor på samma plats” (dvs. nedifrån och upp).

Dessutom finns det stora skillnader mellan medlemsstaterna i fråga om massmediernas roll i preventionsstrategierna – från ingen roll alls (i Österrike och Förenade kungariket) till en mycket framträdande roll (i Frankrike och Italien). Kamratgruppsbaserade insatser är också en omstridd metod: i den flamländska gemenskapen i Belgien (De Sleutel) och i Danmark (Guardian Angels) används den i stor utsträckning, medan man i vissa österrikiska delstater har förkastat den eftersom man anser den vara verkningslös.

## Prevention i nöjesvärlden

Rent begreppsmässigt kan preventionsarbetet i nöjesvärlden anses ligga på gränsen mellan prevention och riskreducering, och därför hittar man ofta grupperingar med motstridiga ideologier. I en del medlemsstater anser projekten att de ägnar sig åt ”sekundärprevention”, medan andra hellre beskriver sitt arbete som ”åtgärder för att minska drogernas skadeverkningar”. Den här formen av prevention kan grovindelas i tre olika insatstyper: dels produktion av informationsmaterial om droger och hälsorelaterade, rättsliga och känslomässiga frågor med anknytning till droger, dels därmed sammanhängande insatser gentemot enskilda personer på diskotek eller ravefester, dels strukturella åtgärder som exempelvis riktlinjer för säkra nattklubbar ([43]).

([42]) En lista över preventionswebbplatser finns på Internet i tabell 7 OL (webbplatser) (Internetversionen).
([43]) En översikt över preventionsinitiativ i nöjesmiljöer finns i tabell 7 OL (nöjesmiljöer) (Internetversionen).

Att producera och distribuera informationsmaterial i nöjesmiljöerna har traditionellt varit den metod man föredrar och oftast använder. Särskilt i Tyskland, Spanien och Förenade kungariket produceras ett stort antal broschyrer, affischer och flygblad av diverse aktörer, men det finns inte mycket kunskap om hur verkningsfulla dessa strategier för anonym envägskommunikation egentligen är.

I ett mindre antal länder (Tyskland, Spanien, Nederländerna och Förenade kungariket) använder man kamratgruppsbaserade metoder för att nå ut till nattklubbsbesökarna och sprida information med förebyggande syfte på ett mer interaktivt och personligt sätt, även om man också i dessa sammanhang delar ut informationsmaterial.

Insikten om att det är både viktigt och effektivt med enkla men grundläggande regler för säkerheten i festmiljöer har blivit alltmer utbredd. Denna typ av strukturell prevention, som redan existerar i Förenade kungariket i form av officiella riktlinjer för säkrare nattklubbar (http://www.clubhealth.org.uk/pages/downloads.htm), är det mest direkta sättet att förebygga drogrelaterade problem i festmiljöer. Syftet är att minimera de vanligaste hälsoriskerna genom att se till att det finns vatten att dricka och "chill out"-lokaler där nattklubbsbesökarna kan varva ned, så att man undviker överhettning, och genom att se till att personalen har utbildning i första hjälpen, i hur man ser att någon behöver hjälp och i hur man kan göra det lättare för preventionsgrupper som arbetar uppsökande att tidigt upptäcka personer som riskerar att få problem. Sådana riktlinjer finns i flera länder, men det varierar fortfarande stort i vilken mån nattklubbsägarna eller de ansvariga myndigheterna i medlemsstaterna följer dem. Det finns dock initiativ som syftar till att en harmoniserad uppsättning riktlinjer för säkra nattklubbar skall tillämpas i hela Europa.

Något som är mer sällsynt men förekommer i bland annat Belgien och Tyskland är specifika insatser som avser exempelvis hantering av "dåliga trippar" – dvs. hur man kan klara av oväntade negativa effekter av droger utan att behöva läggas in på sjukhus – och, i vissa medlemsstater, analys av tabletter i samband med fester.

Att erbjuda testning av tabletter på platsen skulle eventuellt kunna vara ett bra sätt att locka en målgrupp av erfarna eller experimenterande användare av partydroger som man skulle kunna erbjuda intensiv interaktiv rådgivning i förebyggande syfte ([44]), men frågan om detta verkligen är fallet har hamnat i skuggan av diskussioner om hur god farmakologisk precision testerna har (Winstock, 2001) och om vad det innebär ideologiskt ([45]) eller juridiskt att man erbjuder sådana tester.

## Prevention av infektionssjukdomar

De mer omfattande evidensbaserade åtgärderna för att förebygga infektionssjukdomar bland narkotikamissbrukare är samhällsbaserad uppsökande verksamhet, missbruksbehandling – i synnerhet förskrivning av metadon eller andra substitutionsläkemedel (något som har blivit betydligt mer omfattande i EU och Norge på senare år; se avsnittet om behandling) – vaccinering mot hepatit, tillhandahållande av steril injektionsutrustning samt information och utbildning om hur man använder droger på ett säkrare sätt ([46]).

Någon form av uppsökande verksamhet finns i alla EU-länderna och Norge, men det varierar stort både inom och mellan länder i vilken utsträckning narkotikaorganens personal ger sig ut och erbjuder sina tjänster på de platser där klienterna finns. Lågtröskelvården har fortfarande en viktig roll när det gäller att nå ut till missbrukarna och lära dem vilka risker missbruket medför och hur dessa risker kan reduceras. Dess roll när det gäller att ge missbrukarna en grundläggande hälsovård som kan bidra till att minska risken för att de skall smittas av infektionssjukdomar får allt större erkännande; lågtröskelvården har under år 2000 byggts ut i flera EU-länder och i Norge.

Särskilda program som erbjuder tillgång till steril injektionsutrustning har stor betydelse för strävan att minimera förekomsten av hiv och andra blodburna virusinfektioner bland narkotikamissbrukare, och program för sprutbyte via narkotikaorgan, apotek eller automater finns i alla EU-länderna och i Norge. Sprutbytesverksamheten har byggts ut under år 2000 ([47]). Det finns fortfarande stora skillnader inom och mellan länder i fråga om tillgänglighet och täckning (Wiessing m.fl., 2001).

I Helsingfors och flera andra finländska kommuner har det år 2001 blivit lättare att få tag på injektionsutrustning. I den flamländska gemenskapen i Belgien öppnades det första sprutbytesprogrammet i slutet av år 2000 –

([44]) Se ECNN:s studie på följande adress: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/pill_testing_report.pdf, s. 35–37.

([45]) Artikel i tidningen *Corriere della Sera*, 2 november 2001.

([46]) Se även *Fokus på narkotika*, nr 4, ECNN Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer, 2002.

([47]) Tabell 8 OL: Omfattning och typ för program för sprutbyte, apotekens medverkan, antal utdelade/sålda sprutor (Internetversionen).

sex år efter det att det första programmet startats i den franska gemenskapen. I den nationella irländska narkotikastrategin för 2001–2008 ingår riskreducering i ”behandlingspelaren”, och i den nationella portugisiska narkotikahandlingsplanen ”Horizonte 2004” finns det ambitiösa skademinskningsmål, bland annat att det skall finnas tillgång till sprutbyte i alla distrikt senast 2004. Av totalbudgeten för den portugisiska narkotikapolitiken har emellertid bara 5 % anslagits till minskning av missbrukets skadeverkningar, medan 95 % läggs på prevention, behandling och rehabilitering. Det brittiska hälsodepartementet har lanserat kampanjen ”Making Harm Reduction Work” i England med syftet att främja och utveckla de skademinskande åtgärderna tillsammans med missbrukarna (Hunt m.fl., 2001).

Hur insatserna för skademinskning har påverkat hepatit C-epidemin undersöktes i vetenskapliga studier avseende England och Wales (Hope m.fl., 2001) och avseende Irland (Smyth m.fl., 1999), och man fann tecken på att strategierna faktiskt leder till minskat riskbeteende.

Systematiska satsningar på att göra det lättare att bli vaccinerad mot hepatit B och öka andelen missbrukare med fullständig vaccination är på gång i Tyskland, Irland, Nederländerna, Portugal, Österrike, Finland, Förenade kungariket och Norge. För närvarande verkar det inte vara särskilt lätt för missbrukarna att bli vaccinerade och andelen med vaccination är i allmänhet låg. Kostnaden kan också vara relevant: i den flamländska gemenskapen i Belgien är exempelvis narkotikamissbrukare inte någon prioriterad grupp inom ramen för hälsodepartementets vaccinationspolicy, och därför är det inte heller gratis att bli vaccinerad ([48]).

## Prevention av narkotikarelaterade dödsfall

År 2000 registrerades det i EU uppskattningsvis 7 000–8 000 narkotikarelaterade dödsfall på grund av oavsiktlig eller avsiktlig överdos. Forskningen har visat att dödsrisken är högre för injektionsmissbrukare och i synnerhet för dem som kombinerar heroin med ämnen som har dämpande verkan på centrala nervsystemet, exempelvis alkohol och bensodiazepiner (se avsnittet om narkotikarelaterade dödsfall).

Det finns vetenskapliga bevis som tyder på att underhållsbehandling med metadon i signifikant grad reducerar dödligheten i opioidöverdos och dödligheten oavsett dödsorsak (WHO, 1998). Innovativa sätt att förebygga och hantera överdoser – exempelvis utbildning för missbrukare i hur de kan skydda sig själva från överdoser och bättre hantera överdoseringsfall de blir vittnen till, utbildning i hur man tillför naloxon och hur man utför grundläggande återupplivningstekniker, eller utveckling av specifika informationsmaterial i preventionssyfte – rap-

### Faciliteter för drogkonsumtion

I september 2001 fanns det i Tyskland nitton konsumtionsrum (Stöver, 2002), och år 2002 fanns det i Nederländerna över 20 officiella drogkonsumtionsfaciliteter i flera städer. I Spanien öppnades ett injektionsrum i maj 2000, i Las Barranquillas nära Madrid, och en mobil injektionsfacilitet har funnits i Barcelona sedan 2001. Faciliteter för droganvändning under övervakning ingår i den portugisiska politiska ramen för minskning av missbrukets skadeverkningar och nämns i den nationella narkotikahandlingsplanen ”Horizonte 2004”. I Luxemburg har man undanröjt de rättsliga hinder som gjorde att injektionsrum tidigare inte kunde betraktas som missbrukarvårdsinrättningar, och man planerar nu att lägga till ett injektionsrum i samband med utbyggnaden av vården vid ett ”akutskyddscentrum” före utgången av år 2003.

I Norge föreslog den avgående regeringen (på hösten 2001) att ett försök skulle genomföras efter det att en offentlig utfrågning anordnats. Med stöd av majoriteten hörda svar fattade den aktuella regeringen i maj 2002 beslut mot försöket. Ett initiativ i Danmark avseende injektionsrum skrinlades år 2000 av Sundhedsministeriet mot bakgrund av de internationella konventionerna på området. En enkät i Österrike (Feistritzer, 2001), där man i flera år har diskuterat att inrätta en drogkonsumtionsfacilitet (”hälsorum”), visade att allmänheten var mer gynnsamt inställd till injektionsrum år 2001 (28 %) än år 1997 (20 %).

Målen för konsumtionsrummen, de tjänster som erbjuds och utnyttjandet av rummen har beskrivits i flera studier, som ”… ger vissa bevis när det gäller de fyra viktigaste väntade fördelarna med sådana faciliteter: mindre sanitära olägenheter för allmänheten, bättre tillgång till och utnyttjande av hälsovård och övrig socialvård, mindre risk för opioidrelaterad överdos och mindre risk för överföring av blodburna virus” (Dolan m.fl., 2000). ECNN håller på att utarbeta en sammanfattning av erfarenheter, utmaningar och lärdomar när det gäller faciliteter för drogkonsumtion.

([51]) Tabell 9 OL: Hiv-rådgivning, hiv-tester, hiv-behandling och vaccinering mot hepatit B-virus (HBV) för injektionsmissbrukare i vissa europeiska länder enligt de nationella kontaktpunkternas uppgifter, 2000 och 2001 (Internetversionen).

porteras från Belgien, Tyskland, Finland, Norge och Förenade kungariket. I det sistnämnda landet lanserade regeringen i november 2001 en handlingsplan för att förebygga narkotikarelaterade dödsfall som innefattar utbildnings- och informationskampanjer liksom övervakning och forskning ([49]).

## Tillgång på behandling

Under de senaste fem åren har tillgången på behandling i EU och Norge ökat avsevärt ([50]). Både behandlingen med läkemedel (substitutionsbehandlingen) och den drogfria behandlingen har ökat i omfattning, även om ökningens storlek varierar i hög grad mellan länderna.

På det hela taget verkar behandlingen med läkemedel ha vuxit snabbare än den drogfria behandlingen. Snabba ökningar av behandlingen med läkemedel har skett i Frankrike (från 500 till över 80 000 klienter mellan 1993 och 2000), i Norge (från 50 till 1 100 klienter mellan 1997 och 2001), i Finland (från 10 till 240 klienter mellan 1996 och 2001) och i Spanien (från 12 000 till 72 000 klienter mellan 1993 och 1999). Antalet platser för drogfri behandling registreras inte på samma systematiska och kvantitativa sätt, men även här har det skett ökningar, exempelvis i Danmark (från ett terapeutiskt samhälle med specialisering på narkotika 1994 till omkring trettiofem 1999) och i Grekland (från ett terapeutiskt samhälle med specialisering på narkotika 1993 till åtta 1999).

Utbyggnaden av behandlingsfaciliteterna är inte bara välkommen utan nödvändig för arbetet mot narkotikamissbruket i Europa. I Grekland och Portugal uppger man emellertid fortfarande att behandlingsutbudet inte motsvarar klienternas krav, och forskningen om systematiskt val av behandling för enskilda klienter med ledning av klienternas egenskaper har inte gett några särskilt tillförlitliga resultat. Detta är väsentliga frågor som måste lösas om åtgärderna mot narkomani och behandlingsutfallen skall kunna bli bättre ([51]).

## Motåtgärder inom det straffrättsliga systemet

Domstolarna i EU-länderna förfogar över en rad åtgärder i olika stadier av det straffrättsliga systemet som innebär att en missbrukare som har begått ett brott kan placeras i behandling ([52]). Det är tydligt att man i medlemsstaterna satsar alltmer på att bättre dokumentera de olika åtgärder som står till buds, kartlägga i vilken utsträckning de används och utvärdera hur effektiva de är. Dessa initiativ är relevanta för bedömningen av framstegen när det gäller det femte målet för EU:s strategi mot narkotika – ”Inom loppet av fem år avsevärt minska antalet narkotikarelaterade brott” – därför att de alternativa åtgärderna i slutändan syftar till att minska frekvensen av återfall i brott och i narkotikamissbruk bland missbrukande brottslingar. Nedan redovisas några exempel.

### Remittering till behandling

I Förenade kungariket har man konstaterat att system där häktade ges möjlighet att samtala med behandlingspersonal (ARS) och system med domstolsföreläggande om missbruksbehandling och drogtestning (DTTO) bidrar till att öka antalet missbrukande brottslingar i behandling. Forskningen har visat att häktningen innebär en kris för missbrukaren och därmed är ett lämpligt tillfälle att sätta in förebyggande och behandlande åtgärder för honom eller henne (DPAS, 2000), och man planerar att utvidga systemen till att omfatta alla polisdistrikt i landet senast i maj 2002. Den första utvärderingen av DTTO-system (18 månader efter inrättandet) konstaterade att de berörda personerna hade lagt mindre pengar på droger och begått färre brott (Turnbull & Sweeney, 2000), och i oktober 2000 infördes systemen på reguljär basis efter den framgångsrika pilotfasen.

Ett fyraårigt experimentprojekt i Haag i Nederländerna för behandling – avgiftning och eftervård – av kriminella missbrukare i närområdet visade uppmuntrande nog att 40 % av deltagarna avstod från att använda droger under de två åren närmast efter behandlingsinsatsen, men också att det fanns ett starkt samband mellan positivt utfall och kontinuerlig behandling (Vermeulen m.fl., 1999). En utvärdering av det franska systemet med domstolsföreläggande om behandling (Setbon, 2000) visade emellertid på bristande effekt. En särskild narkotikadomstol, som kan döma personer som begått mindre narkotikabrott till rehabilitering och strukturerad övervakning, inrättades på försök i Irland i januari 2001. Det bör dock noteras att varken DTTO i Förenade kungariket eller den irländska narkotikadomstolen hittills har blivit föremål för en noggrann utvärdering med användning av randomiserad rättegångskontroll.

### Behandling i fängelserna

Detta tema tas upp i kapitel 3 i den här rapporten, i avsnittet ”Narkotikamissbruket i fängelserna” (sidan 51).

([49]) Exempel på de budskap för att förebygga överdoser som används i kampanjen redovisas på Internet (Internetversionen).
([50]) Tabellerna 10 och 11 OL: Tillgång på drogfri behandling och substitutionsbehandling i EU och Norge (Internetversionen).
([51]) Framgångsrik behandling är en av de ”särskilda frågor” som tas upp i kapitel 3 i den här rapporten.
([52]) Se även *Fokus på narkotika*, nr 2, ECNN, Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer, 2002.

**Skyddstillsyn**
Skyddstillsyn (villkorlig dom) är i alla EU-länderna en möjlig åtgärd gentemot dömda brottslingar under vissa förutsättningar, men i en del av länderna gäller särskilda förutsättningar för missbrukare. Det finns fortfarande mycket få försök att analysera utfallet för den här typen av alternativ åtgärd. En analys i Italien av i vilken mån missbrukare fick sin skyddstillsyn undanröjd visade dock att detta var sällsynt: i ett urval av 4 237 missbrukare som befann sig under skyddstillsyn första halvåret 2000 fick bara 253 (6 %) sin dom omvandlad till fängelse.

Det pågår andra utvärderande studier av remittering till vård som alternativ till straff (Finland), behandling i kriminalvården (Sverige), behandling av kriminella missbrukare utanför fängelserna (Danmark) och missbrukarvård inom rättssystemet (Nederländerna). Luxemburgs nya övergripande program för narkomanvård kommer att ha en betydande utvärderingskomponent redan från programmets början i mitten av 2002. Alla fängelsebaserade behandlingsprogram i Förenade kungariket genomgår för närvarande en kvalitetsutvärdering, som krävs för att de skall kunna få officiell ackreditering.

Det nederländska inrikesdepartementet har låtit göra en litteraturgenomgång för att ta reda på hur effektiva program för rättsliga påföljder generellt är (Beenakkers, 2000). Slutsatsen blev att effekten beror på hela kombinationen av insatser eller behandlingar, och författaren rekommenderar att man använder kognitiva-beteendevetenskapliga ansatser och vård enligt en ”trappstegsmodell” för att sänka återfallsfrekvensen. Detta sistnämnda bekräftades också av kompletterande specifika granskningar i Nederländerna 1998 och 1999 av de åtgärder som riktar sig till missbrukande brottslingar.

## Åtgärder för att minska tillgången på narkotika

Narkotikaproduktion och narkotikahandel är fortfarande år 2000–2001 de främsta verksamheterna för kriminella grupper inom EU (Europol, 2001). Dessa grupper utnyttjar fullständigt de möjligheter som en alltmer globaliserad marknadsekonomi erbjuder, bland annat när det gäller användning av ny teknik. De tenderar att ägna sig åt flera typer av brott – de inskränker sig inte till bara en typ av drog. Detta återspeglas också i att allt fler beslag består av flera olika droger.

Kampen mot den organiserade narkotikahandeln är en prioriterad fråga för medlemsstaterna. En satsning på att förbättra databassystemen och teknikerna för brottsanalys, i kombination med en resursökning, sker nu i flera medlemsstater. Samtidigt utvecklas det internationella samarbetet, bland annat med kopplingar till internationella organisationer som Interpol och Världstullorganisationen (WCO).

Det ökade internationella samarbetet leder till att grupper med specifika arbetsuppgifter inrättas – ett exempel är den grupp som skall samla och bearbeta all information som rör narkotikahandeln längs Silkesvägen, där för närvarande Interpol, Europol, WCO och den federala tyska polismyndigheten Bundeskriminalamt (BKA) medverkar. Konkret går arbetet i det här fallet till så att BKA gör analyser på grundval av den information som gruppens övriga medlemmar tillhandahåller. Ett annat exempel är operation ”Road Runner II”, som finansieras av Europeiska kommissionen och avser övervakningsåtgärder i kampen mot narkotikahandeln längs Balkanrutten. Denna operation har resulterat i att betydande mängder narkotika har kunnat beslagtas under medverkan av de femton EU-medlemsstaterna och tretton länder i Central- och Östeuropa (se http://www.europol.eu.int).

Kampen mot avledning (dvs. annan användning än den avsedda eller uppgivna) av kemikalier och av prekursorer (dvs. ämnen som används vid framställning av exempelvis narkotika) som är föremål för kontrollåtgärder är en viktig del av det ökade internationella samarbetet. Man tror att 1 500 ton ättiksyraanhydrid – av en global årsproduktion på 2,5 miljoner ton – avleds för att användas vid heroinframställning. EU står för omkring 20 % av den globala produktionen av ättiksyraanhydrid.

Operation ”Topaz” är en insats mot avledning av ättiksyraanhydrid med bland annat ett system som gör det möjligt att ta reda på varifrån beslagtagna kemikalier kommer. Tack vare denna operation har man kunnat ingripa mot elva sändningar på nästan 230 ton ättiksyraanhydrid som skulle kunna ha använts för att framställa mellan 55 och 230 ton heroin. Den legala internationella handeln låg 2001 på ungefär 180 000 ton. Eftersom de flesta sändningarna inte går direkt från producentlandet till konsumentlandet behövs det ytterligare resurser för att garantera en tillräcklig nivå på övervakningen. Internationella narkotikakontrollstyrelsen (INCB) har konstaterat att vissa nationella myndigheter – bland annat de nederländska – som är särskilt betydelsefulla eftersom en stor del av transithandeln passerar genom deras territorium, i avsevärd grad har ökat de resurser som används för detta ändamål (se http://www.undcp.org).

Det internationella programmet för övervakning av kaliumpermanganat har resulterat i att 1 100 ton av denna kemikalie har konfiskerats. Övervakningsprogrammen för kaliumpermanganat har medfört att exporten från de

främsta exportländerna nu måste anmälas i förväg. Operation ”Purple”, som inleddes år 2000, fortsatte att förbättra sina resultat under 2001: man stoppade 17 sändningar till den illegala marknaden, motsvarande 1 100 ton kemikalier. År 2000 stoppades 13 sändningar och ungefär 655 ton beslagtogs. Den legala internationella handeln med kaliumpermanganat år 2001 motsvarade ungefär 19 000 ton; volymen år 2000 var 11 000 ton. Utöver detta har programmet gjort det möjligt att upptäcka nya metoder och rutter som används för avledning av kemikalien utan att den legala internationella handeln drabbas av orimligt stora förseningar. INCB har emellertid noterat en kontinuerlig ökning av sändningarna – både antalet och volymen – till länder som inte medverkar i operation ”Purple” (se INCB:s rapport om prekursorer från 2001, http://www.undcp.org).

Det internationella tullsamarbetet och verksamheten i FATF, arbetsgruppen för finansiella åtgärder inom OECD, spelar en mycket viktig roll för åtgärderna mot penningtvätt. I november 2000 framhölls det i en FN-konvention mot organiserad gränsöverskridande brottslighet hur viktigt det är med åtgärder för att upptäcka och följa gränsöverskridande flöden av kontanter och obligationer. Att de kontantflöden som har samband med narkotikahandeln är viktiga har framhållits av internationella organisationer som samarbetar mot penningtvätt (se FATF:s rapport för 2001–2002, http://www.oecd.org/FATF). Ett exempel på det regionala samarbetets betydelse är operation ”Goldfinger”, där tullmyndigheter i Östersjöområdet samlade in information om de transaktioner som avsåg mer än 10 000 US-dollar. De främsta slutsatserna från denna operation är att regionalt tullsamarbete har en avskräckande effekt på penningtvätten och att det finns mycket stora skillnader mellan lagstiftningen i de olika länderna när det gäller kontantflöden (se rapporten ”Customs and Drugs” för 2000, http://www.wcoomd.org).

FATF:s främsta verksamheter har gått ut på att sprida budskapet mot penningtvätt till alla världsdelar och regioner, förbättra medlemsländernas genomförande av de 40 rekommendationer som FATF antog 1990 och ändrade 1996, och stärka granskningen av metoderna för och motåtgärderna mot penningtvätt. I juni 2000 började FATF sin bedömning av icke samarbetande länder och territorier (Non Cooperative Countries and Territories Exercise, NCCT) i syfte att identifiera vilka länder och behörighetsområden som inte uppfyllde FATF:s kriterier mot penningtvätt. FATF har också gynnat upprättandet och förstärkningen av regionala FATF-liknande organ. Den årliga genomgången av penningtvättstyper, som 2001 leddes av Norge, inriktades mot bland annat följande huvudfrågor: dels bankverksamhet och kasinon på Internet, dels stiftelser, andra liknande enheter och penningtvätt, dels jurister, notarier, revisorer och andra yrkesgrupper, dels kontanternas roll i penningtvättssystem och dels terroristrelaterad penningtvätt. Europeiska centralbanken och Europol har dessutom under året fått observatörsstatus i FATF (se http://www.oecd.org/FATF).

**Källor — Kapitel 2**


Nationella rapporter om narkotikasituationen (2001) från alla medlemsstaterna och Norge.

Beenakkers, E. M. Th. (2000): *Effectiviteit van sanctieprogramma's: bowstenen voor een toetingskader; Een literatuuronderzoek* (*Onderzoesnotities 2000/1*), Den Haag, Ministerie van Justicie/Weten schappelijk Onderzoeks- en documentatiecentrum (WODC) (*).

Dolan, K., Kimber, J., Fry, C., Fitzgerald, J., Mcdonald, D. & Trautmann, F. (2000) ”Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injection centres in Australia”, *Drug and Alcohol Review*, Vol. 19, s. 337–346.

DPAS Home Office Drugs Prevention Advisory Service (2000) ”Criminal Justice – a golden opportunity”, *Access*, nr 1, s. 1–2.

ECNN (2002) *Fokus på narkotika* – Briefing 2: Narkotikamissbrukare och lagstiftningen i EU:s medlemsstater, ECNN, Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer, Luxemburg.

ECNN (2002) *Fokus på narkotika* – Briefing 4: Injektionsmissbruk, ECNN, Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer, Luxemburg.

Europol (2001): *European Union situation report on drug production and drug trafficking,* 2000-2001, Europol, The Hague.

*European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons* (2001) Final Progress Report, Bonn & Marseille.

Feistritzer, G. (2001) Suchtmittel und Drogenpolitik. Bevölkerungsbefragung Wien, Februar 2001, IFES, Wien.

Hope, V., Judd, A., Hickman, M. m.fl. (2001) ”Prevalence of hepatitis C among injection drug users in England and Wales: is harm reduction working?”, *American Journal of Public Health*, Vol. 91, nr 1, s. 38–42.

Hunt, N., Stillwell, G., Taylor, C. & Griffiths, P. (1998) ”Evaluation of a brief intervention to reduce initiation into injecting”, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, Vol. 5 (2) s. 185–194.

Hunt, N., Britton, J., Derricott, J. & Preston, A. (2001) *Making harm reduction work: Harm reduction and injecting drug users*, DrugScope, Department of Health & University of Kent, London & Canterbury.

Hunter, G. M., Stimson, G.V., Judd, A., Jones, S. & Hickman M. (2000) ”Measuring injecting risk behaviour in the second decade of harm reduction: a survey of injecting drug users in England”, *Addiction*, Vol. 95, s. 1351–1361.

Setbon, M. och De Calan, J. (2000): *L'injonction thérapeutique: évaluation du dispositif légal de prise en charge des usagers de drogues interpellé,* CNRS-GAPP/OFDT, Paris (*).

Skolverket, (2000) ”Undervisningen om tobak, alkohol och andra droger”, i: *Nationella kvalitetsgranskningar* 1999, Skolverket, Stockholm.

Smyth, B., McMahon, J., O'Connor, J. & Ryan, J. (1999) ”Knowledge regarding hepatitis C among injecting drug users”, Drugs: Education, *Prevention and Policy*, Vol. 6 (2) s. 257–264 (*).

Stöver, H. (2002) ”Consumption rooms – Between health orientation and public order”, *Journal of drug issues* (under tryckning).

Turnbull, P., Mc Sweeney, T. och Hough, M. (2000): ''Drug Treatment and Testing Orders - the 18-Month Evaluation'',

*Research Findings No. 128*, Home Office Research, Development and Statistics Directorate, London.

Vermeulen, K. T., Hendriks, V. M. och Zomerveld, R. (1999): *Dranbehandeling in Den Haag: Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van het behandelprogramma Triple-Ex voor justitiabele verslaafden,* Den Haag, Parnassia Addiction Research Centre (PARC) (*).

Wiessing, L. G., Denis, B., Guttormsson, U. m.fl. (2001) ”Estimating coverage of harm reduction measures for injection drug users in the European Union” i: *Proceedings of 2000 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug-Using Populations. Third Annual Meeting*, Durban South-Africa, 5–7 July 2000, National Institute on Drug Abuse – National Institutes of Health – U.S. Department of Health and Human Services.

Winstock, A. R., Wolff, K. & Ramsey, J. (2001) ”Ecstasy pill testing: harm minimisation gone too far?” *Addiction*, Vol. 96, s. 1139–1148.

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.

(*) Jämför den nationella rapporten.

# Särskilda frågor

Det här kapitlet tar upp tre särskilda frågor med anknytning till narkotikaproblemet i Europa: blandmissbruk, framgångsrik behandling och narkotikamissbruket i fängelserna.

## Blandmissbruk

Med den breda definition av ”blandmissbruk” som används i många medlemsstater avses att en person använder mer än en typ av drog – genom att konsumera dem samtidigt eller efter varandra (detta är också definitionen i WHO:s lexikon. I Europa har begreppet ”blandmissbruk” funnits sedan 1970-talet. I den vidaste bemärkelsen definieras blandmissbruk som användning av en laglig drog samt av ytterligare en laglig eller olaglig drog. Det finns dock avsevärda skillnader mellan medlemsstaterna i fråga om vilka ämnen som inkluderas och vilka tidsramar som används. Skillnaderna verkar bero på vilka undersökningsuppgifter som finns att tillgå och hur man ser på riskerna med enskilda ämnen eller kombinationer av ämnen. Oftast inkluderar man de vanligaste olagliga drogerna, alkohol och läkemedel. Energidrycker inkluderas ibland, och i Frankrike inkluderar man tobak. Tidsramarna för konsumtionen varierar mellan en sextimmarsperiod och en individs hela livstid.

Enligt den vidaste bemärkelsen skulle alla som använder olagliga droger vara blandmissbrukare eftersom de nästan alltid använder alkohol och/eller tobak någon gång i sitt liv. Även om man definierar ”blandmissbruk” på grundval av enbart olagliga droger finns det så stor variation i kombinationer och missbruksmönster att det inte är mycket värt att införa en standarddefinition. När vi här tar upp allmänna farhågor i samband med blandmissbruket i EU koncentrerar vi oss främst på akuta hälsorisker.

Det råder allmän enighet om att blandmissbruk har fyra huvudfunktioner: att maximera effekter, motverka eller reglera negativa effekter och ersätta eftersträvade effekter. Informationen om varför man kombinerar specifika droger kommer från missbrukares beskrivningar av hur de försökt att få, och förlänga, lustupplevelser (Seppälä, 1999; Strang m.fl., 1993). Vilka ämnen som används beror på den lokala tillgångssituationen, på modetrender och på lokal praxis för förskrivning i den mån det handlar om läkemedel som skrivs ut till missbrukare i behandling (i Tyskland, Frankrike, Irland och Förenade kungariket).

### Hälsorisker

De kombinationer av droger som påträffas i samband med överdoser och andra dödsfall ger indikationer på särskilda risker med olika drogkombinationer (se ruta).

**Exempel på drogkombinationer som anses medföra förhöjd risk**

- Det är svårt att ta en överdos av enbart bensodiazepiner, men om man kombinerar en stor dos av bensodiazepiner med en stor dos av alkohol eller en opiatdrog som heroin eller metadon kan detta leda till döden.
- När ecstasy används tillsammans med alkohol ökar hälsoriskerna, eftersom alkohol hämmar kroppens temperaturreglering och ökar vätskeförlusterna.
- Kombinationen av kokain och alkohol kan vara mer direkt giftig för hjärta och lever än endera drogen för sig. Alkohol påträffas ofta hos personer som dött av hjärtproblem orsakade av kokainkonsumtion.
- Kombinerad användning av olika stimulantia, inklusive energidrycker, kan leda till överaktivitet i det sympatiska nervsystemet, vilket kan hämma temperaturregleringen och hjärtats funktion.

*Källa:* Leccese m.fl., 2000; *DrugScope* 2001.

Hälsoriskerna i samband med kombinationer av psykotropa ämnen beror inte bara på de farmakologiska egenskaperna hos de konsumerade ämnena och de konsumerade mängderna, utan också på en rad egenskaper hos individen, sociala faktorer och miljöfaktorer.

När det gäller ”förvarningssystem” finns det en växande oro över att det kan finnas blandningar av olika psykoaktiva ämnen i tabletter som säljs under namnet ”ecstasy” och att de som konsumerar tabletterna därför oavsiktligt kan utsätta sig för hälsorisker med anknytning till blandmissbruk. I Danmark fann man exempelvis 2001 att mellan 10 % och 32 % av de tabletter man analyserade innehöll mer än ett verksamt ämne. De vanligaste ämnena i tabletterna var MDMA samt PMA, PMMA, MDE och MDA (Danmark). I Frankrike visade det sig att två tredjedelar av ett analyserat urval av tabletter som såldes under namnet ”ecstasy” innehöll MDMA i kombination med andra verksamma ämnen – företrädesvis läkemedel.

**Dödliga och icke-dödliga överdoser**

De narkotikadödsfall som har fått mest uppmärksamhet i pressen under det senaste decenniet är i huvudsak sällsynta ecstasydödsfall (Belgien, Danmark, Italien och Förenade kungariket). Pressens intresse fångas däremot oftast inte av dödsfall bland problemmissbrukare. Huvuddelen av de 7 000–8 000 registrerade akuta narkotikarelaterade dödsfallen (överdoserna) i EU varje år drabbar män som har missbrukat opiater i flera år (se Narkotikarelaterade dödsfall i den här rapporten).

Resultat från toxikologiska analyser av dödliga och icke-dödliga överdoser med anknytning ([53]) till missbruk av olagliga droger finns inte tillgängliga i någon större utsträckning, men de resultat som finns visar konsekvent att de flesta dödsfallen har samband med injicering av heroin i kombination med andra droger. En nyligen utförd studie av 153 narkotikamissbrukare i Förenade kungariket som varit med om en icke-dödlig överdos visade att mer än en drog hade använts i 111 av fallen (73 %) (Neale, 2001). När det gäller dödliga överdoser är minst en annan drog eller alkohol inblandad i över 50 % av fallen i Förenade kungariket och i upp till 90 % av fallen i Irland. Bensodiazepiner, alkohol, metadon och kokain är de ämnen som oftast påträffas i kombination med opiater, och en vanligt förekommande förklaring till de enskilda överdoserna är att dessa kombinationer vållade dem (ONS, och 2000a och 2000b; Farrell, 1989; Bennett & Higgins, 1999; Strang m.fl., 1999; Taylor m.fl., 1996) ([54]).

Dödsfall med anknytning till kokain, amfetamin eller MDMA (ecstasy) utan närvaro av opiater eller bensodiazepiner är ovanliga; oftast är det fråga om kombinationer med andra droger eller alkohol.

**Andra risker**

Blandmissbruk anses också medföra en särskilt hög risk för trafikfarlig körning men uppgifterna på EU-nivå om droger och fordonskörning är ytterst begränsade. Våldsamt eller aggressivt beteende har nyligen kopplats till mönster med ökad användning av alkohol i kombination med stimulantia (Snippe & Bieleman 1997; Vermaas 1999).

**Trender**

I vissa länder ökar fortfarande antalet dödsfall – den allvarligaste konsekvensen av blandmissbruk. De oftast påträffade ämnena var kombinationer av morfin, bensodiazepiner och alkohol, med en nationell eller lokal ökning på senare tid för kokain enligt rapporter från Spanien, Frankrike, Italien, Nederländerna och Förenade kungariket (mer information finns i Narkotikarelaterade dödsfall i den här rapporten).

## Oron över riskgrupper

Samhällets och allmänhetens oro med anknytning till blandmissbruksmönster avser främst två grupper som skiljer sig från varandra med avseende på vilka typer av ämnen och kombinationer de använder och i vilka miljöer konsumtionen sker.

- Den största vetenskapligt bevisade hälsorisken finns bland problemmissbrukare, i första hand bland dem som injicerar opiater och andra droger.

- Massmedierna och allmänheten oroar sig också över riskerna för dödsfall och överdoser bland personer som använder droger i nöjessyfte, som inte är beroende av drogerna och som för de mesta konsumerar olagliga droger enbart i specifika sociala miljöer eller enbart under en viss period av sina liv. Denna oro är överdriven med hänsyn till det relativt begränsade antalet dödsfall.

För problemmissbrukarnas del använder man antalet klienter som söker behandling vid specialiserade centrum i

([53]) En drog anses vara inblandad eller ha anknytning till ett fall om drogen med säkerhet identifieras i den toxikologiska analysen eller om det framläggs bevis för att den avlidne konsumerade drogen innan han eller hon dog. Detta innebär inte nödvändigtvis att drogen var dödsorsaken. Det kan innebära att drogen eller drogerna var en bidragande dödsorsak.

([54]) Tabell 12 OL visar ett exempel på antalet droger i samband med opiatrelaterade dödsfall i Irland (Internetversionen).

Europa och dessa klienters egenskaper som en indirekt indikator. När det gäller dem som använder droger i nöjessyfte kan man använda resultaten från en stor europeisk enkät bland nöjesdrogsmissbrukare i nio europeiska städer samt ett antal enstaka enkäter bland nattklubbsbesökare.

**Problemmissbrukare**

Man har sedan 1970-talet kunnat visa att problemmissbrukare anpassar sin "drogmeny" efter drogtillgången på marknaden och efter i vilken fas av livet de befinner sig. Om ett ämne inte går att få tag på kan de ersätta detta med ett annat ämne, som inte nödvändigtvis behöver vara av samma typ (Haw, 1993; Strang m.fl., 1993; Fountain m.fl., 1999).

*Blandmissbruk bland behandlingsklienter*

På europeisk nivå ger behandlingsdata information om primär- och sekundärdroger: primärdrogen är "den drog som vållar klienten mest problem" ([55]) och sekundärdroger är den näst mest problematiska drogen. I det europeiska systemet för information om behandling, som bygger på anvisningarna för indikatorn på behandlingsefterfrågan (TDI), registreras upp till fyra ämnen per person. Dessa uppgifter kan användas som en indirekt indikation på utbredningen av problematiskt blandmissbruk ([56]), även om de bara avser missbrukare som befinner sig i behandling.

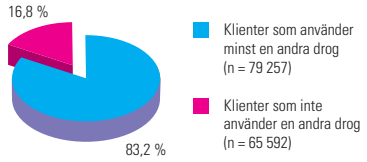
De flesta (83,2 %) klienter i behandling använder en sekundärdrog vid sidan av sin primärdrog (figur 23). I många länder uppger man att blandmissbruket ökar ([57]).

De vanligaste mönstren för problematiskt blandmissbruk är dels heroin i kombination med andra opiater, exempelvis "förskingrat" metadon (som används på ej avsett sätt), eller med bensodiazepiner, dels opiater i kombination med kokain, cannabis och stimulantia eller alkohol, dels kokain i kombination med alkohol eller stimulantia ([58]).

Missbruksmönstren skiljer sig markant mellan länder och mellan könen. De tillgängliga uppgifterna visar att det i vissa länder finns en drogkombination som dominerar,

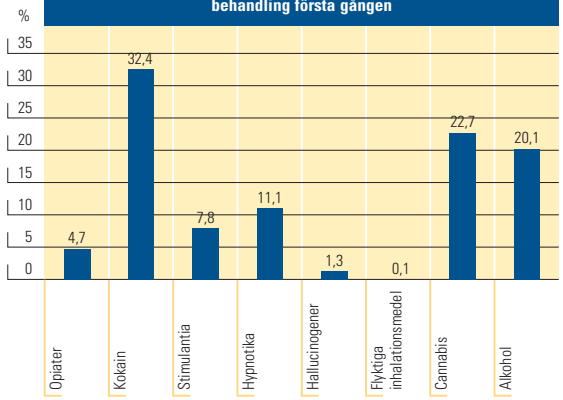
**Figur 23 A**

**Andel av klienter i behandling som använder mer än en drog**




**Figur 23 B**

**Den näst mest problematiska drogen för klienter som tagists in för behandling första gången**




*Källa:* Indikatorn på behandlingsefterfrågan (TDI), data för 2000 från öppenvårdscentraler. Nationella Reitox-rapporter, 2001.

medan det i andra länder förekommer flera olika kombinationer. Tillgängliga uppgifter tyder på homogena mönster i några länder, exempelvis Grekland och Italien, när det gäller primärdrogsfördelningen: heroin används samtidigt med hypnotika, sedativ, andra opiater eller cannabis. I Spanien och Nederländerna, där en relativt stor andel av klienterna söker behandling för kokain som primärdrog, förekommer kokain också ofta som sekundärdrog till heroin eller stimulantia.

När det gäller könsfördelningen är blandmissbrukarna i behandling oftast män. Detta gäller i särskilt hög grad dem som kombinerar heroin med andra opiater och kokain eller alkohol; andelen kvinnor är större bland dem som kombinerar stimulantia med cannabis, andra stimulantia och andra ämnen (hypnotika/lugnande medel, flyktiga ämnen) ([59]).

De personer som kombinerar sin primärdrog med cannabis är huvudsakligen mellan 15 och 24 år gamla. Blandmissbrukarna av opiater och kokain är äldre (20–39 år),

([55]) I standardanvisningarna ("protokollet") för indikatorn på behandlingsefterfrågan (TDI), version 2.0, punkt 14, definieras primärdrogen som "den drog som vållar klienten mest problem", medan punkt 19 – "Annan drog (sekundärdrog) vid sidan av primärdrogen" – ger en indikation på blandmissbruk (se följande webbplats: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf).

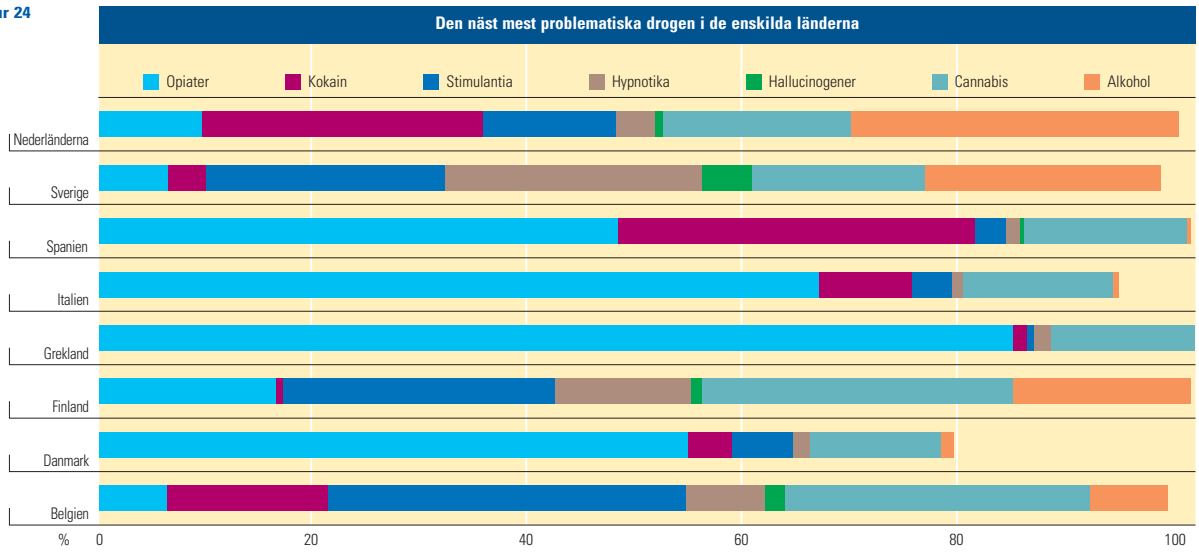
([56]) Uppgifter om detta fanns från följande länder: Belgien, Grekland, Spanien, Italien, Nederländerna, Finland och Sverige.

([57]) Se de nationella Reitox-rapporterna, avsnittet om efterfrågan på behandling, kapitel 1, figur 6 "Samtliga klienter som tagits in för behandling".

([58]) Figur 16 OL: Vanliga mönster i fråga om drogkombinationer: den mest problematiska drogen och den näst mest problematiska drogen (Internetversionen).

([59]) Figur 17 OL: Den näst mest problematiska drogen, uppdelning efter kön (i procent av totalantalet per drog) (Internetversionen).

**Figur 24**




*Källa:* Indikatorn på behandlingsefterfrågan (TDI), data för 2000 från öppenvårdscentraler. Nationella Reitox-rapporter, 2001.

och de som kombinerar andra droger med alkohol är äldst av blandmissbrukarna i behandling ([60]).

Med ledning av de tillgängliga uppgifterna kan man urskilja följande missbruksmönster bland behandlingsklienterna:

- Äldre klienter, oftast män, har opiater som primärdrog och kombinerar primärdrogen med andra opiater eller med cannabis.
- Yngre klienter, män och kvinnor, använder cannabis och stimulantia i kombination med alkohol eller andra ämnen (exempelvis hallucinogener).
- Män under 30 använder kokain i kombination med alkohol och andra stimulantia.
- Män i åldern 20–39 år använder heroin och kokain.

*Personer som konsumerar droger i nöjessyfte*

Förekomsten av blandmissbruk är högre bland ungdomar i nattklubbsmiljöer än bland ungdomar i andra miljöer – i synnerhet när det gäller alkohol, cannabis och stimulantia (Calafat m.fl., 1999; ESPAD 2000). Det finns också en del bevis för att blandmissbruk av nöjesdroger i Europa generellt är vanligare bland män och personer som regelbundet använder cannabis än bland kvinnor och personer som experimenterar med cannabis, även om det finns geografiska skillnader. En stor europeisk studie av personer som använde droger i vissa nattklubbsmiljöer år 1998 visade att ungefär hälften av de personer i technomiljö som sade sig använda droger uppgav sig kombinera alkohol och cannabis; på andra och tredje plats kom kombinationerna alkohol och ecstasy respektive cannabis och ecstasy (Calafat m.fl., 1999). Tabell 1 visar att droganvändningen i nöjesvärlden tydligt domineras av alkohol. De flesta av dem som använder droger i nöjessyfte konsumerar inte stora mängder olagliga droger i kombination med alkohol, men det finns studier som tyder på att andelen personer med ”tunga” mönster för droganvändning blir allt större, och det finns en allt starkare oro för de hälsorisker och möjliga skador på lång sikt som kan vållas av vissa mönster för droganvändning i nöjessyfte (Club Health, 2002; Hunt, 2002; McElrath & McEvoy, 1999; Reitox).

Tungt blandmissbruk i nöjesvärlden har anknytning till upprepad exponering för problem med drogtillgången

**Tabell 1**

**Kombinationer av droger som konsumerats samma kväll/natt av personer som använder droger i nöjessyfte**

| | % |
|---|---|
| Alkohol och cannabis | 50,6 |
| Alkohol och ecstasy | 11,9 |
| Alkohol och cannabis och ecstasy | 10,4 |
| Cannabis och ecstasy | 8,4 |
| Alkohol och kokain | 7,8 |
| Cannabis och ecstasy, alkohol och kokain | 7,8 |
| Cannabis, alkohol och kokain | 2 |

*Källa:* Calafat m.fl. (1999) Night life in Europe and recreative drug use, IREFREA & Europeiska kommissionen, Valencia.

([60]) Figur 18 OL: Den näst mest problematiska drogen, uppdelning efter ålder (Internetversionen).

och en positiv syn på drogkombinationer i kamratgruppen. Det tunga drogmissbruket begränsas dock i allmänhet till vissa sociala evenemang, semesterperioder eller vissa särskilt sociala och utåtriktade faser i livet (Bellis m.fl., 2000).

En ökad förekomst av heroinrökning har rapporterats av några medlemsstater (Frankrike och Italien). På senare år har man särskilt oroat sig över att folk röker heroin för att ”komma ner” efter ecstasy, men bevisen för detta är blandade eller motsägelsefulla. Exempelvis uppgav över hälften av de drogmissbrukare som intervjuades i behandlingsmiljöer och fängelser i irländska studier att de hade rökt heroin för att ”komma ner” efter ecstasy, men enkäter bland personer som använder nöjesdroger och bland 15–16-åriga skolelever visar att heroin fortfarande har en mycket negativ image (ESPAD, 2000).

## De lokala marknaderna

Det finns föga forskning om drogmarknaderna i EU och därför går det inte att redovisa exakt vilka kombinationer av droger som finns att tillgå på de lokala marknaderna.

När det gäller konkreta marknadsplatser rapporteras det regelbundet i brittiska massmedier om handel med ecstasy, amfetamin, pulverkokain och cannabis på klubbar och barer för personer som frekventerar nattklubbar. Nederländsk forskning har dock visat att många unga nattklubbsbesökare får sina droger från kamrater snarare än från langare. Vissa av de marknadsplatser som används av dem som köper och säljer heroin, crackkokain och receptbelagda läkemedel (som bensodiazepiner) är välkända, men det är oftast inte där som nattklubbsbesökarna köper sina droger. Olika droger säljs på olika platser: en del är inriktade mot ”förskingrade” receptbelagda läkemedel, medan det på andra främst handlas med heroin och/eller crackkokain. När det gäller ”förskingrade” receptbelagda läkemedel sköts distributionen av ett stort antal personer som säljer läkemedel de har fått utskrivna till sig själva (Edmunds m.fl., 1996; Fountain m.fl., 1999).

## Insatser mot blandmissbruk

Två olika målgrupper för insatserna kan urskiljas: äldre personer med problematiskt blandmissbruk och ungdomar som använder droger i nöjessyfte.

### Äldre personer med problematiskt blandmissbruk

När det gäller de äldre problematiska blandmissbrukarna är det viktigt att förebygga narkotikarelaterade skadeverkningar eftersom det kan uppstå oväntade konsekvenser. De budskap man förmedlar går bland annat ut på att ge missbrukarna tillräckliga kunskaper om effekterna av enskilda droger, om konsekvenserna av blandmissbruk och om lämpliga åtgärder i narkotikarelaterade akutfall.

Blandmissbruk har visat sig vara svårare att behandla än missbruk av en enda drog. Medlemsstaterna redovisar inga uppgifter om specifika behandlingsprogram för enskilda drogkombinationer, men nästan all vård är öppen för blandmissbrukare. Man inriktar sig mot beteenden snarare än droger. I akutbehandling och i samband med abstinens skulle blandmissbruk emellertid kunna vara högst relevant.

Om en klient använder både heroin och bensodiazepiner, påverkar detta behandlingseffekten. Om man angriper opiatmissbruket men inte bryr sig om det parallella missbruket av bensodiazepiner, riskerar substitutionsbehandlingen, exempelvis med metadon, att bli mindre effektiv. I Förenade kungariket framhålls det i de officiella förskrivningsriktlinjerna (Department of Health m.fl., 1999) att stimulantia inte bör skrivas ut till blandmissbrukare.

I alla länderna utom Sverige är det ett stort problem att få andra droger än opiater under kontroll i behandling med läkemedel, exempelvis metadon. I de övriga länderna anses uppenbarligen fördelarna med att ha regelbunden kontakt med missbrukare i substitutionsprogram vara större än de nackdelar som samtidig användning av andra droger medför, men i Sverige tar man inte in blandmissbrukare i metadonbehandling oavsett hur allvarligt deras heroinproblem är.

Samtidig förekomst av psykisk sjukdom är en frekvent diagnos för blandmissbrukare. Från Danmark, Nederländerna, Österrike och Sverige rapporteras att ett stort och möjligen växande antal blandmissbrukare tas in på psykiatriska sjukhus.

Det finns inte mycket forskning om hur effektiv behandlingen av blandmissbrukare är. I allmänhet ökar sannolikheten för framgång om behandlingen anpassas till den enskilde klienten. I den brittiska NTORS-studien fann man att opiatmissbrukare som vid intagningen frekvent använde stimulantia uppvisade markanta förbättringar i termer av minskat opiatmissbruk *och* stimulantiamissbruk ett år senare (Gossop m.fl., 1998). Från Grekland rapporteras att man inom substitutionsprogrammen hävdar att behandlingsinsatserna bidrar till att minska blandmissbruket (KETHEA & NSPH, 2001).

Utveckling av speciella behandlingsprogram för särskilda grupper som blandmissbrukare nämns som ett behov i den tyska nationella rapporten, och i den brittiska rapporten sägs att det kunde vara lämpligt att sprida exempel på metoder som visat sig fungera väl. Från finländskt håll framhålls att det behövs utbildning, och det har redan inletts en del verksamheter för att ge behandlingspersonalen utbildning i hur man hanterar blandmissbrukare.

**Personer som använder droger i nöjessyfte**

I vissa länder (Spanien, Frankrike och Italien) har man lanserat vittomfattande massmediekampanjer där man varnar för kombinerad användning av flera droger i nöjesmiljöer. I Italien stöddes kampanjen genom lokala initiativ vid stora evenemang för ungdomar. Det är inte alltid man nämner drogerna vid namn, och det anges inte uttryckligen vilka konsekvenserna kan bli. I andra länder (Belgien, Tyskland, Nederländerna, Österrike och Förenade kungariket) förmedlar man motsvarande hälsovarningar och råd via socialarbetare på narkotikaområdet eller via kamrater och självhjälpsgrupper.

Projekt för testning av tabletter kan ge missbrukarna information om farligt och oväntat tablettinnehåll ute i nöjeslokalerna, i tidskrifter, på affischer eller via Internet. På hösten 2000 hittade *ChEck iT!* i Österrike till exempel ett flertal tabletter som såldes under namnet ”Ecstasy” och innehöll PMA/PMMA, och man skickade genast ut varningar i nöjeslokaler och via Internet (Krieger m.fl., 2001). I november 2001 sände det nederländska DIMS-projektet exempelvis ut en snabb varningssignal om tabletter som innehåller PMA.

Behandling för personer som använder flera droger i nöjesmiljöer finns i princip inte. En orsak kan vara att den mesta missbrukarvården inte har utrustning för att hantera annat än opiatproblem och svåra beroendeproblem.

### Policyfrågor

De ritualer och sociala kontroller som blandmissbrukarna utnyttjar för att uppnå de effekter de eftersträvar och samtidigt minska riskerna måste studeras, så att vi bättre förstår de sociala och miljömässiga omständigheter som bidrar till riskerna i olika missbrukargrupper (Boys m.fl., 2000; Decorte, 1999; Akram & Galt, 1999).

Det förebyggande arbetet, särskilt i nöjesmiljöer, bör innefatta tydlig vägledning och råd om de risker som är förbundna med blandmissbruk. Mer evidensbaserad kunskap behövs för att vi skall kunna slå fast vilken vård som är den bästa för blandmissbrukare och i synnerhet för problemmissbrukare med psykiska störningar.

En prioriterad åtgärd som kan ge ökad förståelse av de farmakotoxikologiska riskerna med specifika kombinationer är att de kliniskt verksamma läkarna bör följa upp patienter med misstänkt drogförgiftning och redovisa evidensbaserad information om akuta och långsiktiga hälsoskador.

## Framgångsrik behandling

Det tredje strategimålet i EU:s handlingsplan mot narkotika (2000–2004) är att ”avsevärt öka antalet missbrukare som genomgått framgångsrik behandling”. Det finns inga sammanställda uppgifter på europeisk nivå som gör det möjligt att direkt mäta i vilken mån detta mål uppnås, men det har gjorts många utvärderingar i olika delar av Europa där man har försökt ta reda på om behandling fungerar och vilka typer som fungerar bäst. Utvärderingsresultat rörande framgångsrik behandling redovisas här i ordning efter typen av behandling: först abstinensbehandling, sedan drogfri behandling och sist behandling med läkemedel. Framgångskriterierna varierar mellan behandlingstyperna, och de avser även återintegrering i samhället och rehabilitering efter avslutad behandling.

### Abstinensbehandling

Abstinensbehandling – även kallad avgiftning – anses i allmänhet vara första steget i en fullständig behandlingsprocess. Syftet är att först uppnå ett stadium där klienten är fysiskt drogfri och inte känner begär efter olagliga droger och sedan överföra/remittera klienten till drogfri behandling. I Sverige och Finland är slutförd abstinensbehandling ett krav för att en person skall få påbörja metadonbehandling.

Utvärderingar av abstinensbehandling har gjorts i de olika medlemsstaterna och i Norge, men detta är ändå den generellt sett minst utvärderade behandlingstypen. Över lag har abstinensbehandling med läkemedel som naltrexon, klonidin, lofexidin och buprenorfin visat sig kunna minska tecknen och symptomen på abstinens, även om effekten på olika slag av abstinenssymptom skiljer sig från läkemedel till läkemedel (Greenstein m.fl., 1997). Metadon används i stor utsträckning för att behandla abstinenssymptom, trots att det finns forskningsresultat som tyder på att metadon är bäst lämpat för underhållsbehandling.

Det förekommer även abstinensbehandling utan läkemedel (”cold turkey”), men dess omfattning är väsentligen okänd. Det finns inte heller några rapporter om effekter och utfall av icke-läkemedelsbaserad abstinensbehandling i jämförelse med abstinensbehandling med läkemedel. Den nya idén om snabb avgiftning med naltrexon under full narkos (ibland kallat ”turboabstinensbehandling”) bör undersökas noggrannare.

Inom ramen för en behandlingsinsats i Portugal där man kombinerade tillförsel av naltrexon med psykoterapi kunde man efter tre månader se märkbara förbättringar både i sociodemografiska och psykologiska variabler och i riskbeteende (Costa, 2000). I ett tyskt experiment avgiftade man metadonanvändare med naltrexon under full narkos. Patienterna var relativt nöjda med behandlingen men hela 50 % uppgav att de känt svårt obehag under första månaden efter avgiftningen. Sex månader efter

utskrivning hade en tredjedel av patienterna inte konsumerat tunga droger (Tretter m.fl., 2001).

Trots att vissa abstinensbehandlingar har utvärderats behövs det mer ingående kunskaper om för- och nackdelarna med de olika typerna och om vilken typ av abstinensbehandling som bör användas för en viss typ av patient.

## Drogfri behandling

Vid drogfri behandling använder man fysisk-sociala tekniker för att få klienten att först avhålla sig från droger och sedan långsiktigt bli fri från begäret efter droger. Det primära framgångskriteriet för drogfri behandling är att klienten skall ha slutfört den planerade behandlingen drogfri, även om andra kriterier som förbättring av det psykiska, sociala och ekonomiska tillståndet också är viktiga. Betydelsefulla bieffekter är minskad brottslighet och minskat riskbeteende liksom förbättrad hälsa och förbättrat allmänt välbefinnande för klienten.

Utvärderingar av drogfria behandlingar har visat att dessa mål faktiskt uppnås, om än i större eller mindre utsträckning (Gossop m.fl., 2001). Utvärderingsresultaten uppvisar stor variation, men i allmänhet gäller att 30–50 % av de klienter som påbörjar en behandling slutför denna med framgångsrikt resultat. I en dansk studie fann man att andelen som framgångsrikt slutfört en drogfri behandling låg i intervallet 17–58 % av dem som påbörjat den, med variation beroende på typen av drogfri behandling (Pedersen, 2000).

En annan sak som många är beredda att skriva under på är att behandlingstiden har nära samband med behandlingsutfallet – med andra ord: ju längre tid i drogfri behandling, desto bättre resultat. Detta får stöd i en tysk studie där man för drogfri behandling fann att andelen patienter som stannar kvar i behandling och behandlingstiden verkade uppvisa korrelation med behandlingsutfallet (Sonntag D. og Künzel, J., 2000). En del forskare har försökt hitta den punkt där framgångsrikt behandlingsutfall förbättras som mest. I en studie fann man att klienter som hade stannat kvar i drogfri behandling inom slutenvården under 90 dagar uppnådde bättre resultat ett år efter utskrivningen i fråga om avhållsamhet från opiater och stimulantia och i fråga om minskat injektionsmissbruk än de patienter som hade lämnat den drogfria behandlingen efter kortare tid än 90 dagar (Gossop m.fl., 1998). Detta bekräftas av en grekisk studie där man fann att de klienter som lämnade behandlingen under de första tre månaderna minskade sin heroinkonsumtion efter utskrivningen med bara 11 %, att jämföra med 76 % för dem som stannade minst ett år (KETHEA, 2001).

När det gäller effekten på lång sikt fann man i en österrikisk studie att en behandling med inriktning på sociala insatser och psykoterapi resulterade i en markant förbättring av klienternas sociala kompetens och subjektiva tillfredsställelse, något som leder till långsiktig stabilitet för klienterna (Wirth, 2001).

På begäran av hälsoministern inledde man 1994 i Förenade kungariket en nationell forskningsstudie om behandlingsutfall (NTORS) för att bedöma hur ändamålsenlig missbrukarvården i landet var. Till studien rekryterades 1 075 klienter 1995. Dessa följdes sedan i fem år. Man upprättade ett slumpmässigt, stratifierat urval på 650 klienter som följdes i fyra typer av behandling: slutenvård, rehabilitering under boendeliknande former, reduktion med metadon och underhållsbehandling med metadon. Den viktigaste slutsatsen av studien var att de behandlade personerna verkligen blir bättre när det gäller utfallsparametrar som drogkonsumtion, injektionsfrekvens, delning av injektionsnålar och mental hälsa. Undersökningsgruppen som helhet uppvisade en statistiskt signifikant förbättring i fråga om heroinkonsumtion – omkring 75 % använde heroin regelbundet i början av studien, men bara omkring 40 % fyra–fem år senare. Andelen som regelbundet använde icke läkarförskrivet metadon minskade från 30 % vid studiens början till under 10 % och andelen som delade injektionsnålar minskade från 20 % vid studiens början till omkring 5 %. Även resultaten i fråga om mentalt hälsotillstånd uppvisade statistiskt signifikanta förbättringar mellan studiens början och fyra–fem år senare.

Drogfria behandlingar har utvärderats i hela Europa, med användning av olika metoder, och betydande insikter har vunnits, i synnerhet under det senaste decenniet. Trots detta finns det fortfarande områden där det behövs mer forskning med anledning av företeelser som först nyligen har dykt upp. Ett exempel är frågan hur effektiv drogfri behandling är för dem som primärt använder kokain eller amfetaminer, liksom för andra specifika grupper. Dessutom finns det få storskaliga studier av hur många som förblir drogfria på längre sikt efter att framgångsrikt ha slutfört en behandling.

## Behandling med läkemedel

”Behandling med läkemedel” (vilket innefattar bland annat substitutionsbehandling) innebär i det här sammanhanget att man behandlar klienterna med agonister eller antagonister. Agonister (t.ex. metadon) aktiverar opiatreceptorerna i hjärnan och antagonister (t.ex. naltrexon) begränsar eller eliminerar effekten av andra olagliga droger. En behandling med läkemedel kan syfta till att klienten skall avhålla sig från att använda droger, men kan också vara tänkt att pågå under längre tid (under-

hållsbehandling). Oavsett om målet är att uppnå avhållsamhet eller att minska missbrukets negativa effekter finns det gemensamma etappmål: att minska konsumtionen av olagliga droger och risken för infektionssjukdomar, att förbättra klientens mentala och fysiska tillstånd och att minska den narkotikarelaterade brottsligheten.

Underhållsbehandling med metadon är den mest utbredda typen av behandling med läkemedel. Som ordet ”underhåll” antyder är syftet med denna typ av behandling inte att klienten skall avhålla sig från droger utan att han eller hon skall förbli i behandling under längre tid, varigenom brottsligheten och riskbeteendena (och därmed risken att smittas av infektionssjukdomar) skall minska och hälsotillståndet och förmågan att fungera i samhället skall förbättras.

Behandlingar med läkemedel har i stor utsträckning utvärderats i hela Europa, och det har i allmänhet visat sig att de är ändamålsenliga när det gäller att uppnå mål som minskad konsumtion av olagliga droger, minskat riskbeteende och minskad brottslighet. I synnerhet är det behandlingar med metadon som har utvärderats och befunnits vara ändamålsenliga för dessa mål (Lowinson m.fl., 1997; ECNN, 2000), även om buprenorfin också har befunnits vara ändamålsenligt. En strukturerad genomgång av litteraturen om prövningar av buprenorfin visade att läkemedlets främsta styrka var dess förmåga att minska risken för överdoser och förekomsten av parallell användning av olagliga droger (Berglund m.fl., 2001). För både metadon och buprenorfin har det visat sig att dosen måste vara tillräckligt hög om man vill uppnå goda resultat.

Trots att detta kan förefalla vara exempel på framgång, anser man i vissa länder att varken metadon eller buprenorfin har varit tillräckligt effektivt när det gäller att förbättra särskilt utsatta missbrukande uteliggares allmänna tillstånd, och man har därför sökt andra alternativ.

I februari 2002 publicerades slutsatserna från en randomiserad kontrollerad studie i Nederländerna av samtidig förskrivning av heroin och metadon till metadonklienter. Målgruppen var äldre heroinmissbrukare med svår narkomani som inte kunnat dra tillräcklig nytta av underhållsbehandling med metadon. Avgränsningen av denna grupp skedde med hjälp av ett antal i förhand bestämda kriterier för vem som skulle respektive inte skulle få ingå, och studiepersonerna hämtades i det lokala systemet för registrering av underhållsbehandling med metadon. Sammanlagt 625 patienter från sex behandlingsenheter i olika delar av Nederländerna valdes ut. De delades slumpmässigt in i en undersökningsgrupp och en kontrollgrupp. Först delade man upp patienterna efter administrationssätt (inhalering respektive injicering) och sedan gjorde man en andra uppdelning efter behandlingstyp (bara metadon eller en kombination av metadon och heroin). Den främsta slutsatsen av studien var att metadon plus heroin var mer effektivt än enbart metadon för äldre heroinmissbrukare med svår narkomani, oavsett administrationssättet. Studien visade också att 30 % av klienterna i undersökningsgruppen vid studiens slut inte längre uppfyllde kriterierna för deltagande i studien (eftersom deras allmäntillstånd hade förbättrats avsevärt), medan den motsvarande andelen i kontrollgruppen var bara 11 % (van den Brink m.fl., 2002).

I Tyskland har ett försök med förskrivning av medicinskt heroin till opiatmissbrukare utvecklats och förfinats under de senaste åren. Försöket inleddes våren 2002 och kommer att pågå i tre år. Sju tyska städer deltar. Huvudfrågan för försöket är om heroinförskrivning till en grupp extremt underprivilegierade heroinmissbrukare kan bidra till att förbättra missbrukarnas tillstånd med avseende på hälsomässiga, sociala och rättsliga aspekter, och i så fall under vilka förutsättningar detta kan ske. De patienter som deltar kommer slumpmässigt att delas in i en undersökningsgrupp och en kontrollgrupp. Dessa grupper kommer vidare att delas upp i två grupper som kommer att få differentierat psykosocial intervention – fallbehandling i den ena gruppen och psykologiskt bildande i den andra. Studien förväntas ge vidare insikter i psykosocial intervention och dess effekt vid behandling av opiatberoende (http://www.heroinstudie.de/).

I Danmark har man lanserat ett projekt för alternativ till heroin med en separat budget för 2000–2002. Syftet är att starta särskilda pilotprojekt för missbrukare i metadonbehandling, med massiva psykosociala aktiviteter. I en kvalitativ och kvantitativ utvärdering kommer man att studera i vilken mån det går att uppnå resultat i form av bättre social, hälsomässig och mental funktion, minskad drogkonsumtion, minskning av infektionssjukdomar och brottslighet och utökning av de sociala nätverken.

## Slutsatser och framtidsutsikter

Graden av framgång hänger samman med syftet för behandlingen. Därför bör också bedömningen av behandlingsresultaten ske mot bakgrund av de i förväg fastställda målen. Det finns redan en omfattande forskning som har jämfört målen med utfallet och därigenom genererat insikter och kunskaper om hur verkningsfulla och/eller framgångsrika olika typer av behandling är.

Ett av de viktigare rönen är exempelvis att andelen klienter som stannar kvar i behandling har avgörande betydelse för behandlingens utfall eller ”framgång”, men vi behöver mer kunskap om hur man gör för att behålla kli-

enterna i behandling – eller med andra ord kunskap om vilka faktorer i behandlingen som är särskilt viktiga för att öka andelen klienter som stannar kvar. Att identifiera detta ”aktiva innehållsämne” i en viss behandling är en svår uppgift, men den måste lösas om behandlingsvårdens prestanda och därmed behandlingsutfallen skall kunna förbättras.

Att ha de teoretiska kunskaperna och insikterna är emellertid något helt annat än att omsätta dem i praktiken. Ett exempel på detta är vikten av kompletterande psykosociala insatser vid behandling med läkemedel: det finns mycket forskning som visar att sådana insatser bidrar till ett framgångsrikt resultat, men i praktiken genomförs de ändå inte på ett tillfredsställande sätt.

På senare år har det satsats mycket på att bygga ut behandlingsvården, och detta mål har nu i stor utsträckning uppnåtts. Nästa utmaning är att bredda behandlingsvårdens spektrum och förfina själva insatserna så att de blir mer ”framgångsrika”.

## Narkotikamissbruket i fängelserna

Förekomsten av narkotika och narkotikamissbruk har i grunden förändrat verkligheten i fängelserna under de senaste två decennierna. I dag har man i alla europeiska länder stora problem i fängelserna som orsakas av narkotika och narkotikarelaterade infektionssjukdomar.

### Efterfrågan på narkotika i fängelserna ([61])

Det är sällsynt med rutinmässig nationell information om missbrukets utbredning, mönster och konsekvenser bland internerna. De flesta tillgängliga uppgifterna i EU kommer från enstaka studier som har genomförts lokalt och avsett ett litet antal interner. Detta innebär att det är mycket svårt att göra extrapoleringar.

**Andelen narkotikamissbrukare i fängelserna**

Fängelseinternerna kan anses utgöra en högriskgrupp med avseende på narkotikamissbruk, och andelen missbrukare är också större i fängelserna än i befolkningen som helhet. Den andel av internerna i EU som uppger att de någon gång har använt en olaglig drog varierar mellan 29 % och 86 % beroende på land och fängelse (men ligger över 50 % i de flesta studierna) (figur 25). Liksom i befolkningen som helhet är cannabis den drog som flest har använt, men flera studier visar att många interner också har använt heroin (nära 50 % av internerna, och mer i några fall).

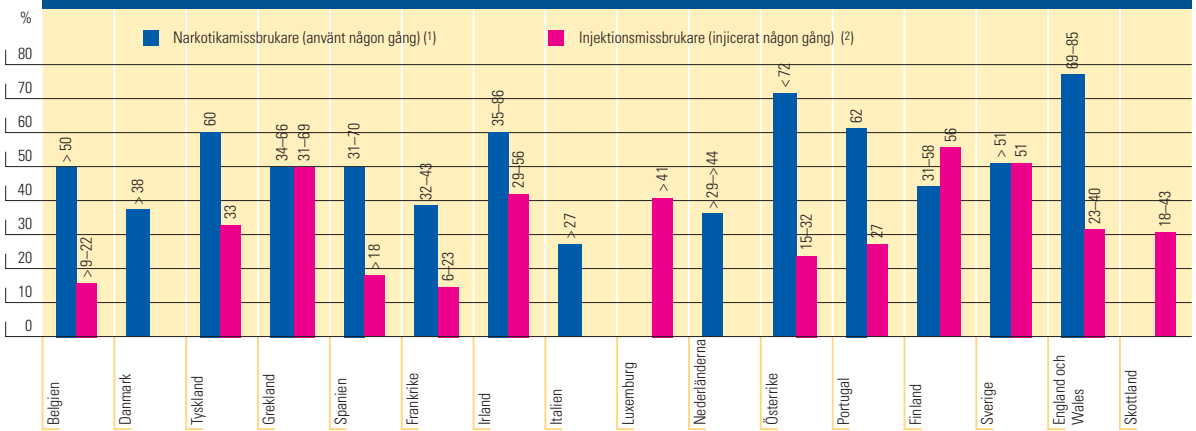
I olika studier uppger mellan 6 % och 69 % av internerna ett mer vanemässigt och/eller skadligt missbruk, exempelvis injektionsmissbruk, vanemässigt missbruk eller beroende.

**Omfattningen av narkotikamissbruket i fängelserna**

Att en missbrukare sätts i fängelse innebär inte nödvändigtvis att han eller hon slutar använda droger. De flesta missbrukare tenderar att avbryta eller skära ned sitt missbruk i fängelset eftersom det är svårt för dem att få tag på olagliga droger där, men andra fortsätter att använda droger, i vissa fall mer än tidigare, och en del personer börjar använda droger i fängelset.

Narkotikamissbruk under tiden i fängelset uppges av 16–54 % av internerna, och regelbundet narkotikamissbruk i fängelset av 5–36 %. Mellan 0,3 % och 34 % av internerna har någon gång injicerat droger i ett fängelse.

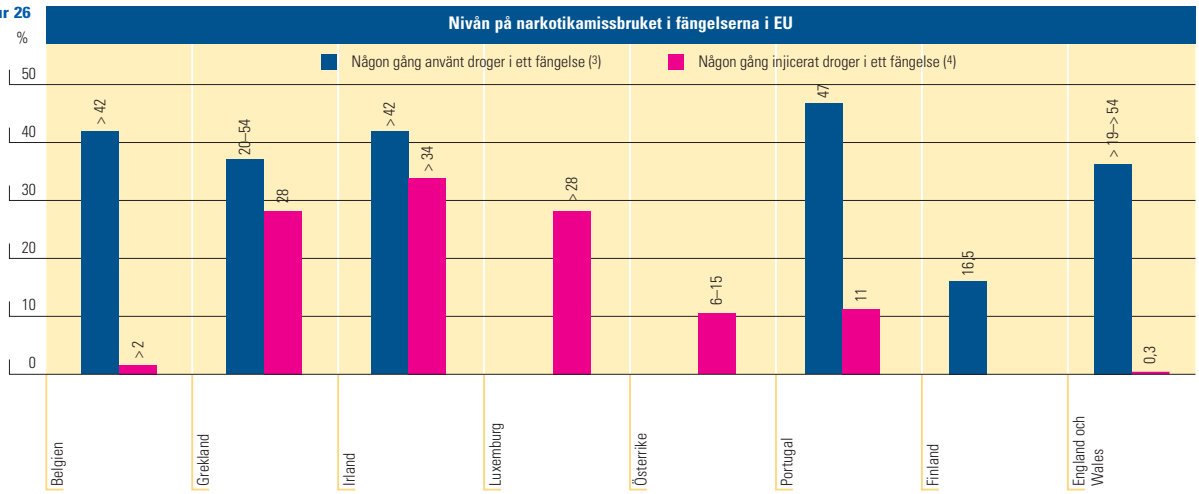
**Figur 25** Andelen missbrukare som någon gång använt droger i fängelserna i EU




*Anm.:* Värdena i figurerna har beräknats på grundval av uppgifter från enkäter eller studier i medlemsstaterna. I Internetversionen av rapporten redovisas de ursprungliga datakällorna.
(1) (2) Se Internetversionen för förklaringar.
*Källa:* De nationella Reitox-kontaktpunkterna; se också tabellen ”Andelen narkotikamissbrukare bland internerna i EU” i Internetversionen.

([61]) Se även tabellen: Andelen narkotikamissbrukare i fängelserna i EU (Internetversionen).

Figur 26




*Anm.:* Värdena i figurerna har beräknats på grundval av uppgifter från enkäter eller studier i medlemsstaterna. I Internetversionen av rapporten redovisas de ursprungliga datakällorna.
(3) (4) Se Internetversionen för förklaringar.
*Källa:* De nationella Reitox-kontaktpunkterna; se också tabellen på Internet över andelen narkotikamissbrukare bland internerna i EU.

Det händer också att interner första gången använder eller injicerar droger medan de sitter i fängelse. Enligt flera studier i Belgien, Tyskland, Spanien, Frankrike, Irland, Italien, Österrike, Portugal och Sverige uppger 3–26 % av de missbrukande internerna att de använde droger för första gången när de satt i fängelse, och 0,4–21 % av de injektionsmissbrukande internerna började injicera i fängelset (nationella rapporter, 2001; WIAD-ORS, 1998).

## Kvinnliga narkotikamissbrukare i fängelserna

Antalet kvinnor i fängelse är lägre än antalet män. Narkotikamissbruket förefaller dock vara särskilt akut bland de kvinnliga internerna. De uppgifter som finns visar en högre andel missbrukare bland kvinnorna än bland männen i fängelserna – närmare bestämt rör det sig om andelen som använt droger under de senaste sex månaderna i Danmark, andelen som senaste året respektive någon gång använt heroin i Irland och andelen interner med narkotikaproblem respektive ett allvarligt narkotikaproblem i Sverige.

När det gäller riskbeteenden i fängelserna visar studier som genomförts i Tyskland (nationell rapport, 2001) och Frankrike (WIAD-ORS, 2001) att det är vanligare bland kvinnliga än manliga missbrukande interner att dela droger, att dela injektionsutrustning och att prostituera sig. Andra studier, från Österrike (nationell rapport, 2001) och från England och Wales (WIAD-ORS, 2001), visar däremot att de manliga internerna delar injektionsutrustning oftare än vad de kvinnliga internerna gör.

## Hälsokonsekvenser och rättsliga följder

### Riskbeteenden

Studier som genomförts i Belgien, Tyskland, Grekland, Frankrike, Irland, Luxemburg, Österrike och Förenade kungariket (nationella rapporter, 2001) visar att en stor andel av injektionsmissbrukarna i fängelserna delar injektionsutrustning. I fängelserna är det vanligt att injektionsmissbruk är kopplat till att man delar injektionsutrustning, och i några fall säger upp till 100 % av injektionsmissbrukarna att de har gjort detta. Enligt en studie från Luxemburg (nationell rapport, 2001) rengörs sprutorna enbart med vatten i 70 % av fallen; i 22 % av fallen rengörs de inte alls. De tillgängliga uppgifterna visar att det är vanligare att man delar injektionsutrustning i fängelset än ute i samhället.

Från en multicenterstudie i ett antal fängelser i Belgien, Tyskland, Spanien, Frankrike, Italien, Portugal och Sverige 1996–1997 (WIAD-ORS, 2001) rapporteras att injektionsmissbrukarna lät göra fler tatueringar och piercingar under fängelsetiden än icke-injektionsmissbrukarna. Dessutom uppger injektionsmissbrukarna en högre frekvens av oskyddat sex i Belgien, Tyskland, Portugal och Sverige, men från andra länder finns rapporter om en lägre frekvens.

### Infektionssjukdomar

Uppgifter om läget i fråga om hiv och hepatit C-virus (HCV) bland injektionsmissbrukare i fängelserna tillhandahölls av Belgien, Tyskland, Spanien (bara HCV), Frankrike, Irland och Luxemburg (nationella rapporter, 2001). Dessa uppgifter kommer från lokala studier som gjorts i ett mindre antal fängelser och är därför inte representati-

va för läget i länderna som helhet. Prevalensen av hiv bland injektionsmissbrukarna ligger mellan 0 % och 13 % i de undersökta fängelserna. Andelen HCV-positiva är mycket större – mellan 14 % och 100 % beroende på fängelse och land. Liksom ute i samhället är prevalensen av hiv och HCV högre bland dem som injicerar än bland dem som inte injicerar.

**Straff för användning/innehav av droger**

Om interner befinns inneha olagliga droger, straffas de för det mesta enligt fängelsets regler. Det kan bli en anteckning i internens personakt. Bland de straff som oftast förekommer märks inskränkning av rättigheter (besök av vänner och bekanta, telefonsamtal), indragning av permissioner, utvisning från specialiserade behandlingsavdelningar och placering i isoleringscell.

Innehav av droger kan påverka verkställigheten av domen. I Danmark finns det risk att internen inte får villkorlig frigivning efter att ha avtjänat två tredjedelar av strafftiden. Om en brittisk interns urinprov befinns vara positivt, kan strafftiden förlängas med åtminstone några dagar.

En intern som befinns inneha droger kan dessutom åtalas för detta utanför fängelset.

## Tillgången på droger i fängelserna

**Drogernas tillgänglighet**

Det är mycket svårare att få tag på olagliga droger i fängelserna än ute i samhället. Trots detta uppges det vara lätt att skaffa olagliga droger i fängelserna för den som vill använda sådana – främst cannabis, heroin och läkemedel (bensodiazepiner), men allt kan köpas mot betalning.

Enligt internerna råder det stor variation i fråga om kvalitet, ”leveranssäkerhet” och pris för olagliga droger i fängelserna. Drogpriserna uppskattas vara två till fyra gånger så höga som utanför fängelset, vilket räknat i köpkraft innebär att droger i själva verket är tio till tjugo gånger dyrare innanför murarna. Annan betalning än pengar förekommer ofta: utbyte av tjänster (prostitution, cellstädning) eller varor (telefonkort, tobak) och/eller medverkan i narkotikadistributionen.

**Smuggling och handel**

Det finns många sätt att få in droger i fängelserna. Alla kontakter med yttervärlden är tillfällen att smuggla in droger: vid besök (på besökarnas kläder, i deras kroppshåligheter, i mat), under transporter till domstolar för rättegång, efter permission, via posten (paket). Droger kan kastas in över fängelsemurarna inuti bollar. Dessutom händer det att fängelsepersonalen smugglar in droger.

Distributionen och handeln varierar mellan fängelser och mellan länder. Från Belgien (nationell rapport, 2001) rapporteras både handel på individnivå och pyramidformade nätverk där (liksom ute i samhället) högt uppsatta personer organiserar narkotikahandeln men inte själva missbrukar narkotika. Från Tyskland (nationell rapport, 2001) kommer uppgifter om småskalig handel där ett stort antal interner medverkar via ett flertal kanaler, utan central organisation. En studie som nyligen gjordes på Mountjoy-fängelset i Irland (nationell rapport, 2001) visade att det där fanns ett system baserat på personliga arrangemang: de som kunde få tag på droger ute i samhället smugglade in dessa i fängelset och distribuerade dem i sitt personliga nätverk. Narkotikahandeln i fängelserna uppges vara mycket mer pressande än den ute i samhället, med hot, trakasserier och annan kriminalitet.

Man vidtar flera olika åtgärder för att förhindra narkotikasmuggling – rutinmässigt eller när det finns misstankar. Bland annat söker man igenom celler, kroppsvisiterar dem som återvänder efter permission, förbjuder paket, övervakar besök och spänner upp nät över rastgårdar. I Förenade kungariket har man nyligen vidtagit åtgärder för att minska narkotikatillförseln till fängelserna: bland annat använder man i ökad utsträckning hundar som skall avskräcka och upptäcka smugglare, och man har infört besöksförbud för personer som man har kommit på med att försöka smuggla in droger i fängelset.

Beslag av olagliga droger i fängelserna eller vid entrén rapporteras från många länder. Oftast rör det sig om små mängder. Vid inspektioner händer det dessutom att man hittar injektionsutrustning, haschpipor och dylikt.

## Åtgärder för att minska efterfrågan på narkotika i fängelserna

De nuvarande åtgärderna för att minska efterfrågan på narkotika inne i fängelserna går mestadels ut på att man försöker motverka missbruk genom skärpta kontroller, såsom genomsökning av celler och slumpmässig drogtestning i kombination med straff eller förlust av privilegier. I Sverige lämnar internerna exempelvis i genomsnitt två till tre urinprov per månad.

Mot bakgrund av ett stigande antal narkotikamissbrukare har man inom fängelsesystemen upprättat specialiserade enheter för narkomanvård (exempelvis i Nederländerna), infört centraliserad missbrukarvård i vissa fängelser (Irland och Österrike) eller ”importerat” sakkunskap om narkomanvård från externa narkotikaorgan.

Sedan 1995 har vården för missbrukare i fängelser varit under utbyggnad (Ambrosini, 2001), och åtgärder för att förhindra överföring av infektionssjukdomar har vidta-

gits. Detta har emellertid skett betydligt senare än ute i samhället. Dagens utbud av narkomanvård motsvarar inte de potentiella behoven hos de uppskattningsvis över 50 procenten narkotikamissbrukare i fängelserna.

Många narkotikamissbrukare återvänder till fängelset flera gånger, med samma eller till och med allt värre problem i fråga om missbruk och infektionssjukdomar, och fångvårdsstyrelserna har därför tvingats inse att de måste ta itu med narkomani och missbruk och de därmed sammanhängande riskerna och hälsokonsekvenserna på ett mer systematiskt sätt i fängelsemiljön. En nyare utveckling i många EU-länder som återspeglar detta är att man har antagit "fängelsenarkotikastrategier" värda namnet, utarbetat riktlinjer för vård och behandling av missbrukande interner eller utvecklat kvalitetsstandarder för specifika vårdtyper ([62]). Fängelsenarkotikastrategierna omfattar för det mesta en rad åtgärder för att behandla interner, motverka narkotikamissbruk och minska tillgången på narkotika.

**Narkomanvård**

Hälsovården i fängelserna har traditionellt ombesörjts av fängelsernas egen vårdpersonal under justitiedepartementets ansvar, men i hela EU och i Norge litar man inom fängelsesystemen i hög grad även till extern sakkunskap och externa resurser för vården av missbrukare. Som ett led i strävan att behandlingen i fängelserna skall vara likvärdig med behandlingen ute i samhället (Europarådet, 1993; WHO, 1993) har man i Frankrike (1994) och Italien (2000) överfört ansvaret för vården av missbrukande interner till hälsodepartementet, vilket innebär att de lokala och regionala vårdorganen numera enligt lagen skall vara delaktiga. Konkreta samarbetsavtal mellan domstolssystemet och offentliga eller icke-offentliga hälsovårdsorgan har dessutom ingåtts i Irland (1999), Portugal (1999) och Spanien (2000) med syftet att förbättra kvaliteten och täckningen för den vård som står till buds för missbrukande interner.

Externa specialister på narkotikaområdet spelar en viktig roll i stödet till missbrukare i de flesta – eller kanske alla – europeiska fängelsesystem. Däremot finns det betydande variation mellan och inom länder när det gäller i vilken mån fängelserna omfattas och vilken vård som erbjuds. Noterbara undantag i fråga om täckning är Skottland, där det finns drogrådgivare i alla fängelser, Spanien, där det finns missbrukarvård i 71 av 73 fängelser, Sverige, där en tredjedel av det uppskattade antalet interner med narkotikaproblem år 2000 omfattades av program för att motivera dem till behandling, och England och Wales, där alla fängelser sedan 1999 har specialiserade externa grupper (CARAT-grupper — *Counselling, Assessment, Referral, Advice and Throughcare Services*) som skall tillgodose de missbrukande internernas behov från ankomsten hela vägen till eftervården – en flaskhals förefaller dock vara bristen på möjligheter till remittering (Spacca, 2002). I Skottland kan interner nu också få övergångsvård under de första tolv månader efter frisläppandet för att göra deras återkomst till samhället lättare.

Den vård som de externa organen erbjuder utgörs av allmän upplysning och undervisning med syftet att förebygga narkotikamissbruk, program för att motivera internerna att genomgå behandling och förberedelser inför frisläppandet, inbegripet remittering till vård i samhället och till eftervård. I Belgien och Grekland är det hittills enbart icke-statliga organisationer som står för den begränsade primärvård som erbjuds missbrukande interner. I Tyskland har externa narkotikaorgan och specialiserade interna narkomanvårdsenheter varit verksamma i fängelserna sedan mitten av 1980-talet, och år 2000 erbjöd över 350 narkomanirådgivare sina tjänster i tyska fängelser. Täckningen för denna rådgivning varierar dock mellan delstaterna. I Frankrike var medverkan av extern vårdpersonal en framträdande trend även år 2000, och i Italien noterade det offentliga narkotikaorganet "Ser.T." en betydande ökning av antalet klienter, beroende på dess nya ansvar för interner. I den spanska nationella strategin mot narkotika (2000–2008) anges medverkan av externa specialister i vården av missbrukande interner som en prioriterad fråga, och fleråriga planer för samarbetet mellan fängelser och icke-statliga organisationer har medfört att över hälften av personalen inom narkomanvården (GAD) i de spanska fängelserna är externa experter från icke-statliga organisationer.

*Den vård som erbjuds*

Skriftliga informationsmaterial om narkotika och narkotikarelaterade infektionssjukdomar förefaller finnas tillgängliga i de flesta fängelserna i EU och Norge. Däremot är det sällsynt att man systematiskt och regelbundet personligen tar upp preventionsfrågor med internerna; där detta sker beror det ofta på initiativ från externa organ eller enskilda fängelseanställda.

Avgiftning erbjuds i allmänhet via fängelsehälsovården eller på särskilda avgiftningsavdelningar, men ofta saknas det kvalitetsriktlinjer. Om ett program inom vilket 1 200 till 1 500 interner per år avgiftades har det sagts att insatserna skedde "på ett väsentligen ostrukturerat och oöver-

([62]) Tabell 13 OL: Nyare fängelsenarkotikastrategier, ministerdirektiv och vårdstandarder i EU och Norge (Internetversionen).

vakat sätt, utan uppföljning och utan planering på medellång till lång sikt" (Department of Justice, Equality and Law Reform, 1999). Kvalitetsstandarder börjar emellertid införas. Ett exempel är den "Prison Service Order" från december 2000 som innebär att alla fängelser i England och Wales skall erbjuda kvalificerad avgiftningsvård.

I vissa länder medverkar externa organ direkt även i den mer långvariga missbruksbehandlingen. Exempel på detta är de små program för missbrukare i danska och norska fängelser som drivs av specialiserade externa narkotikaorgan ("importmodellen"), liksom substitutionsbehandling i spanska, franska och italienska fängelser. Den höga täckningsgraden i Spanien har kunnat uppnås tack vare en omfattande medverkan av externa missbrukarvårdsorgan.

I nio EU-länder har man strukturerade abstinensinriktade behandlingsprogram i fängelser, och i Norge finns det ett program för behandlingsmotivation. Det sammanlagda antalet platser är mycket litet i jämförelse med det uppskattade antalet interner med narkotikaproblem. I Spanien medverkade emellertid 8 984 interner i de 18 tillgängliga programmen för drogfri behandling år 2000, och i England och Wales registrerades 3 100 deltagare i de 50 intensivbehandlingsprogrammen 2000–2001. I Sverige har man särskilt avsatt 10 % av fängelsefaciliteterna, med plats för 500 interner, för frivillig behandling och tvångsbehandling av narkotikamissbrukare (Lysén, 2001), och i Finland deltar 18 % av de inkommande internerna i program för rehabilitering av personer med alkohol- eller narkotikamissbruk (Jungner, 2001). På det österrikiska fängelset Favoriten, som är helt specialiserat på missbrukarvård, finns det 110 behandlingsplatser. I Danmark finns det 30 platser och i Irland 9. Det norska programmet för behandlingsmotivation kan ta in 18 interner per år ([63]).

Om man undantar Grekland, Sverige och två delstater i Tyskland (Bayern och Baden-Würtenberg) erbjuds nu substitutionsbehandling i fängelser i samtliga EU-länder och i Norge. Även i länder där många problemmissbrukare ute i samhället befinner sig i substitutionsbehandling är det emellertid ofta så att fängelsernas policy är inriktad mot avgiftning. Frekvensen i fängelserna i exempelvis Tyskland och Nederländerna tros vara mellan 1 % och 4 % (Stöver, 2001; WIAD-ORS, 2001) – att jämföra med en uppskattad täckning ute i samhället på 30–50 %. De flesta fängelsernas policy för underhållsbehandling innebär att sådan behandling bara får ges till personer med kort strafftid, gravida missbrukare och personer med en lång missbrukarkarriär bakom sig eller med allvarliga psykiska eller fysiska hälsoproblem. Det är sällsynt att substitutionsbehandling inleds i fängelserna, även om detta i de flesta länderna är tillåtet enligt lagen. Det viktigaste undantaget är Spanien, där frekvensen av substitutionsbehandling ligger på samma nivå i och utanför fängelserna ([64]).

Tio EU-länder och Norge driver drogfria enheter eller fängelser. Syftet med vissa av dessa är inte bara att skydda de interner som inte är missbrukare från narkotika, utan också att erbjuda missbrukare behandling. Interner i substitutionsbehandling med metadon brukar inte få tas in på drogfria enheter. De 22 drogfria avdelningarna för missbruksvägledning i nederländska fängelser kan ta emot 446 interner; år 1999 var dock en tredjedel av kapaciteten outnyttjad. I Sverige finns det 356 platser på drogfria behandlingsenheter, och i Finland överväger man att öka andelen drogfria avdelningar i fängelsesystemet som helhet från dagens 10 % till 50 %. I Portugal har man nyligen öppnat sju drogfria behandlingsenheter med 195 platser, gjort en utvärdering och funnit att detta varit "mycket lyckat", och man planerar nu två enheter till. Genom en analys av forskning om narkomanvård inom fängelsesystemet (Rigter, 1998) kom man dock fram till slutsatsen att det råder brist på tillförlitliga och giltiga resultat i hela världen.

**Prevention av infektionssjukdomar**

Att förhindra spridning av blodburna sjukdomar under fängelsevistelser har blivit ett prioriterat mål för flera europeiska fängelsesystem – även på grund av de kraftigt ökade kostnader för läkemedel för att behandla narkotikarelaterade infektioner (exempelvis HAART och interferon) som fängelserna måste finansiera.

I många länder försöker man följa de allmänna principer och specifika rekommendationer som finns i WHO:s riktlinjer rörande hiv-infektion och aids i fängelser (WHO, 1993). Det finns flera åtgärder för att minska riskerna som är svåra att genomföra eftersom de är politiskt laddade, möter motstånd från personalen och anses vara otillräckliga i fängelsemiljön. I tabellen nedan redovisas ett urval av preventionsåtgärderna i WHO:s riktlinjer och uppgifter om i vilken omfattning EU-länderna och Norge genomför dessa åtgärder. Åtgärdernas täckning förefaller fortfarande vara otillräcklig i många av länderna, men vissa framsteg

([63]) Tabell 14 OL: Abstinensinriktad behandling och drogfria enheter i fängelserna i vissa EU-länder och Norge (Internetversionen).
([64]) Tabell 15 OL: Substitutionsbehandling i fängelser i EU och Norge (Internetversionen).

**Tabell 2** **Översikt över vissa åtgärder för att förhindra spridning av blodburna sjukdomar i fängelser i EU och Norge**

| | Upplysning/ undervisning | Vaccinering mot hepatit B | Tillhandahållande av desinficeringsmedel | Sprut- och nålbyte |
|---|---|---|---|---|
| Belgien | ++ Men inte i alla fängelser | + Anvisningar ("protokoll") utvecklas av hälsodepartementet | + | 0 |
| Danmark | 0 | ++ Men mycket låg täckningsgrad (2 %) | ++ Med anvisningar | 0 |
| Tyskland | + | i.u. | + | + |
| Grekland | + Men tillhandahållandet sköts i första hand av externa organ | + Bara 1 fängelse | + Endast ett fängelse | 0 |
| Spanien | ++ | ++ och uppmuntras | ++ | ++ |
| Frankrike | + | ++ | ++ | 0 |
| Irland | 0 | ++ | + Men ++ rekommenderas av Review Group on Prison Health Care, 2001 | 0 Review Group on Prison Health Care rekommenderar inte sprut- och nålbyte p.g.a. risken för anfall |
| Italien | 0 | i.u. (obligatorisk vaccinering vid 12 års ålder, hela befolkningen, infördes i början av 1990-talet) | ++ | 0 |
| Luxemburg | + | ++ | 0 | 0 Diskuteras |
| Nederländerna | + | ++ | ++ | 0 |
| Österrike | + | + (1) | ++ Med anvisningar om rengöring | 0 |
| Portugal | + | ++ Nationellt vaccinationsprogram | ++ I praktiken: + | 0 |
| Finland | + | ++ | ++ | 0 Diskuteras |
| Sverige | 0 Beror på fängelset | 0 Beslut om eventuellt införande av allmän vaccinering skall fattas | 0 | 0 |
| Förenade kungariket | + | ++ (Skottland) | ++ England/Wales: inte lätt att få tag på. Efter pilotstudie görs tabletter mer tillgängliga. Skottland: ++ med anvisningar | 0 |
| Norge | i.u. | i.u. | 0 Hälsomyndigheterna har bett fängelserna att erbjuda tillgång till desinficeringsmedel | 0 |

*Anm.:* i.u. = ingen uppgift

**Upplysning/undervisning**
0 allmänna skriftliga material
+ skriftliga material som särskilt utvecklats för fängelsemiljön
++ fängelsespecifika material plus utbildning i säkrare användning

**Vaccinering mot hepatit**
0 ej systematiskt tillgängligt
+ i få fängelser
++ i alla fängelser

**Desinficeringsmedel**
0 ej tillgängligt
+ i vissa fängelser
++ i alla fängelser (åtminstone i teorin)

**Nål-/sprutbyte**
0 ej tillgängligt
+ program i få fängelser
++ program i alla fängelser

*Källor:* Nationella Reitox-rapporter 2001.
European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons, Final Progress Report, WIAD: Bonn & ORS: Marseille, december 2001.
(1) Spirig, H & Ess-Dietz, O (2001) Preventive measures in Austrian Prisons.in WIAD-ORS.

har gjorts ([65]). Man kan nu implementera sprutbytesprogram i alla spanska fängelser ([66]) och i Luxemburg och Portugal diskuteras införandet av sådana program. I många länder rekommenderar man att internerna skall ha tillgång till utspädd kloridlösning för desinficering, och efterlevnaden av den rekommendationen har blivit bättre.

## Källor — Kapitel 3


Akram, G. & Galt, M. (1999) "A profile of harm-reduction practices and co-use of illicit and licit drugs amongst users of dance drugs", *Drugs: Education, Prevention and Policy*, Vol. 6 (2) s. 215–225.

Ambrosini, F. (2001) "Europäisches Netzwerk zur Drogen- und AIDS-Hilfe im Strafvollzug", i: Jacob, J., Keppler, K. & Stöver, H. (red.), *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin, s. 106–113.

Bellis, M.A., Hale, G., Bennett, A., Chaudry, M., Kilfoyle, M. (2000) "Ibiza uncovered: changes in substance use and sexual behaviour amongst young people visiting an international night-life resort", *International Journal of Drug Policy*, Vol. 11, s. 235–244 (*).

Bennett, G. A. & Higgins, D. S. (1999) "Accidental overdose among injecting drug users in Dorset, UK", *Addiction*, Vol. 94 (8) s. 1179–1189.

Berglund, M., Andréasson, S., Franck J., Fridell, M., Håkanson, I., Johansson, B. A., Lindgren, A., Lindgren, B., Nicklasson, L., Rydberg, U., Salaspuro, M., Thelander, S. & Öjehagen, A. (2001), *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, Statens beredning för medicinsk utvärdering,* Sverige.

Boys, A., Fountain, J., Marsden, J., Griffiths, P., Stillwell, G. & Strang, J. (2000), *Drug decisions: a qualitative study of young people*, Health Education Authority, London.


([65]) Information om situationen fram till år 2000 finns på följande adress: http://ar2001.emcdda.eu.int/en/chap2/specific_demand.html#table2.

([66]) Utom fängelserna i Ceuta och Melilla. Den autonoma gemenskapen Katalonien har egna befogenheter när det gäller administration av fängelser.

Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Palmer, A., Sherlock, K., Simon, J., Stocco, P., Sureda, M. P., Tossmann, P., van de Wijngaart, G. & Zavatti, P. (1999), *Night life in Europe and recreative drug use,* IREFREA & Europeiska kommissionen, Valencia.

Club Health conference Proceedings (2002), andra internationella konferensen om droganvändning på nattklubbar och därmed sammanhängande hälsofrågor, 24–27 mars 2002, Rimini, Regione Emilia Romagna och John Moores University.

Costa, N., Padua, J., Correia, M. (2000), ”Um ano de Naltrexona”, *Toxicodependências,* Vol. 6, (1) s. 51–60.

Darke, S., Ross, J., Zador, D. & Sunjic S. (2000), ”Heroin-related deaths in New South Wales, Australia, 1992–1996”, *Drug and Alcohol Dependence,* Vol. 60, s. 141–150.

Decorte, T. (1999), ”Informal Control Mechanisms among Cocaine and Crack Users in the Metroploitan Area of Antwerp”, doktorsavhandling, faculteit Rechtsgeleerdheid, Universiteit Leuven, Leuven.

Department of Justice Equality and Law Reform (1999), ”Drug misuse and drug treatment in the prison system: Draft action plan” (ej publicerad) (*).

DHSSPS (Department of Health, Scottish Office Department of Health, Welsh Office, Department of Health and Social Services) (1999), *Drug misuse and dependence: Guidelines on clinical management*, The Stationery Office, London.

Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A. & Alcabes, P. (1998), ”Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV”, *AIDS,* Vol. 12 (suppl. A), s. 217–230.

DrugScope (2001), ”Drug abuse briefing: a guide to the non-medical use of drugs in Britain”, åttonde upplagan, *DrugScope,* London (*).

ECNN (2000), *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European* Union, Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer.

Edmunds, M., Hough, M. & Urquia, N. (1996), *Tackling Local Drug Markets,* Crime Detection and Prevention Series Paper 80, Home Office Police Research Group, London (*).

ESPAD (2000), rapport 1999, *Alcohol and other drug use among students in 30 European countries*, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), Europarådets Pompidougrupp .

Europarådet (1993), Recommendation nr R (93)6 of the Committee of Ministers to Member States concerning prison and criminological aspects of the control of transmissible diseases including AIDS and related health problems in prison, Europarådet, Strasbourg.

Farrell, M. (1989), ”Ecstasy and the Oxygen of Publicity”, *British Journal of Addiction*, Vol. 84, s. 943.

Fountain, J., Griffiths, P., Farrell, M., Gossop, M. & Strang, J. (1999), ”Benzodiazepines in polydrug-using repertoires: the impact of the decreased availability of temazepam gel-filled capsules”. *Drugs: Education, Prevention and Policy,* Vol. 6 (1) s. 61–69 (*).

Gossop, M., Marsden, J. & Stewart, D. (1998), *NTORS at one year – The National Treatment Outcome Research Study*, Department of Health, London.

Gossop, M., Marsden, J. & Stewart, D. (2001), *NTORS after five years. Changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake*, National Treatment Outcome Research Study, National Addiction Centre, London.

Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A. & Segar, G. (1998), ”Substance use, health and social problems of clients at 54 drug treatment agencies: intake data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)”. *British Journal of Psychiatry*, Vol. 173.

Greenstein, R. A., Fudala, P. J. & O’ Brien, C. P. (1997), ”Alternative Pharmacotherapies for Opiate Addiction”, artikel i *Substance Abuse – A Comprehensive Textbook*, USA.

Haw, S. (1993), *Pharmaceutical drugs and illicit drug use in the Lothian region,* Centre for HIV/AIDS and Drug Studies (CHADS), City Hospital, Edinburgh.

Heroinstudie (2002), officiell webbplats med information om den tyska heroinstudien: http://www.heroinstudie.de

Hunt, N. (2002) ”Preliminary results from the 2001 UK Mixmag drug use survey”, andra internationella konferensen om droganvändning på nattklubbar och därmed sammanhängande hälsofrågor, 24–27 mars 2002, Rimini, Regione Emilia Romagna och John Moores University.

Jungner, M. (2001), ”Treatment of intoxicating substance misuse in Finnish prisons”, i: *Connections, The Newsletter of the European Network of Drug and HIV/AIDS Services in Prison,* nummer 9 & 10, november 2001, s. 12–13.

KETHEA – NSPH (2001), *Effectiveness-evaluation of the KETHEA’s Therapeutic Communities. Therapy Centre for Dependent Individuals (KETHEA),* National School of Public Health, Section of Sociology (NSPH), Aten.

Kriener, H., Billet, R., Gollner, C., Lachout, S., Neubauer, P., Schmid, R. (2001), *An Inventory of On-Site Pill Testing Interventions in the EU*, ECNN, Lissabon.

Leccese, A. P., Pennings, E. J. M. & De Wolff, F.A. (2000), *Combined use of alcohol and psychotropic drugs.* A review of the literature, Academisch Ziekenhuis Leiden (AZL), Leiden (*).

Lowinson, H. L., Payte, F. T., Salsitz, E., Joseph, H., Marion, I. J. & Dole, V. P. (1997), ”Methadone Maintenance”, artikel i *Substance Abuse – A Comprehensive Textbook*, USA.

Lysén, L. (2001), ”The Swedish system and the experiences at the Gävle prison – management of drug problems in prison”, i: *Connections, The Newsletter of the European Network of Drug and HIV/AIDS Services in Prison,* nummer 9 & 10, november 2001, s. 10–11.

McElrath, K. & McEvoy, K. (1999), *Ecstasy use in Northern Ireland,* Queen’s University, Belfast.

Nationella rapporter för 2001 till ECNN från respektive land: kapitel 13 (kapitel 12 i den norska och kapitel 18 i den finska rapporten).

Nationella Reitox-rapporter, 2001.

Neale, J. (2001), ”Don’t overdo it: overdose prevention and extent”, *Druglink,* Vol. 16, juli/augusti 2001, s. 18–22.

ONS (Office for National Statistics) (2000a), ”ONS drug-related deaths database: first results for England and Wales, 1993–7”, *Health Statistics Quarterly* nr 5 (våren 2000), s. 57–60, Office for National Statistics, London (*).

ONS (Office for National Statistics) (2000b), ”Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1994–1998”, *Health Statistics Quarterly* nr 7 (hösten 2000), s. 59–62, Office for National Statistics, London.

ONS (Office for National Statistics) (2000c), ”Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1995–1999”, *Health Statistics Quarterly* nr 9 (våren 2001), s. 70–72, Office for National Statistics, London.

Pedersen, M. U. (2000), *Stofmisbrugere før under efter behandling,* Center for Rusmiddelforskning.

Rigter, H. (1998), *Effecten van justitiële drang en dwang bij de behandeling van verslaafden,* Trimbos-instituut, Utrecht (*).

Seppälä, P. (1999), *Kielletyt aineet ja niiden merkitys teknokulttuurissa* [Förbjudna ämnen och deras relevans för teknokulturen]. Yhteiskuntapolitiikka, 64, (4), s. 359–368 (*).

Snippe, J. & Bieleman, B. (1997), ”Opiate users and crime in the Netherlands” i: Korf, D. & Riper, H. (red.) *Illicit drug use in*

*Europe:* Proceedings of the 7th Conference on drug use and drug policy, University of Amsterdam (SISWO), Amsterdam.

Sonntag, D. & Künzel J. (2000), ”Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg?” *Sucht,* Vol. 46 (Sonderheft 2).

Spacca, E. (2002), Personligt meddelande från Edoardo Spacca, samordnare för European Network of Drug Services in Prison (ENDSP), baserat vid Cranstoun Drug Services i London.

Stöver, H. (2001), *Assistance to drug users in European Union prisons: an overview study*, vetenskaplig rapport från ECNN, Lissabon & London.

Strang, J., Griffiths, P., Powis, B., Fountain, J., Williamson, S., Gossop, M. (1999), ”Which drugs cause overdose amongst opiate misusers? Study of personal and witnessed overdoses.” *Drug and Alcohol Review,* Vol. 18, s. 253–261 (*).

Strang, J., Seivewright, N. & Farrell, M. (1993), ”Oral and intravenous abuse of benzodiazepines” i: Hallstrom, C. (red.) *Benzodiazepine dependence,* Oxford University Press, Oxford.

Taylor, A., Frischer, M. & Goldberg, D. (1996), ”Non-fatal overdosing is related to polydrug use in Glasgow”, insändare, *British Medical Journal*, Vol. 313, 30 november 1996, s. 1140–1141.

Tretter, F., Küfner, H., Kümmler, P., Beloch, E., Drobik, U., Burkhardt, D., Walcher, S. (2001), ”Katamnese nach antagonisteninduziertem narkosegestütztem Opiatentzug”, *Sucht,* Vol. 47 (3) s. 189–200.

Van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., Huijsman, I. A. & Ree, J. M. V. (2002), *Medical co-prescription of heroin – two randomised controlled trials*, Central Committee on the treatment of heroin addicts (CCBH), Nederländerna.

Vermaas, P. (1999), ”Drugs en geweld, ’Poligebruikers’ zijn onvoorspelbaar en agressief”, *Algemeen Politieblad,* nr. 10 (*).

WHO (1994) Lexicon of Alcohol and Drug Terms (*).

WHO Global Programme on AIDS (1993), *Guidelines on HIV infection and AIDS in prison,* WHO/GPA/DIR/93.3 (och nytryck UNAIDS/99.47/E) Kan laddas ned som pdf-fil från följande adress: http://www.unaids.org/bestpractice/collection/subject/sector/keyprisons.html.

WIAD-ORS, *European Network on HIV/AIDS and Hepatitis prevention in Prisons* (1998), Annual Report to the EC, WIAD: Bonn & ORS: Marseille.

WIAD-ORS, *European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons* (2001), Final Progress Report, WIAD: Bonn & ORS: Marseille.

Wirth, U. (2001), *Der Verlauf der Drogenabhängigkeit nach der stationären Behandlung, Eine Studie des Anton Proksch-Instituts,* Anton Proksch-Institut, Wien.

Mer information om narkomanvård i fängelser kan fås från European Network of Drug Services in Prison (ENDSP – tidigare ENDHASP) på webbplatsen http://www.cranstoun.org.

(*) Jämför den nationella rapporten.

# Reitox-kontaktpunkter

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

**Denmark —** Mr Thomas Clement
National Board of Health
Islands Brygge, 67, Postbox 1881
DK-2300 Copenhagen S
Tel. (45) 72 22 74 00
Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: tcl@sst.dk
Kari Grasaasen
E-mail: kag@sst.dk

**Germany —** Mr Roland Simon
Institute for Therapy Research
Parzivalstraße 25
D-80804 Munich
Tel. (49-89) 36 08 04 40
Fax (49-89) 36 08 04 49
E-mail: Simon@ift.de

**Greece —** Ms Manina Terzidou
University of Mental Health Research Institute (UMHRI)
(**Office:** 12 Eginitou Street)
GR-115 28 Athens
Tel. (30-10) 653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73
**Postal address**
Greek Reitox Focal Point
PO Box 66517 — Papagou Post Office
GR-15 601 Athens
E-mail: ektepn@hol.gr

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

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

**Ireland —** Mr Hamish Sinclair
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Tel. (353-1) 676 11 76 ext. 160
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie
Mary O'Brien
Tel. (353-1) 676 11 76 ext. 163
E-mail: Mobrien@hrb.ie

**Italy —** Ms Annalisa Vittore
Ministry of Labour and Social Policies
Department of Social and Previdential Policies
Directorate-General for Drug Addiction and for the National Observatory
Via Fornovo, 8, Pal. B
I-00187 Rome
Tel. (39) 06 36 75 48 01
Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: svittore@minwelfare.it
Silvia Zanone
E-mail: szanone@minwelfare.it

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

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

**Austria —** Ms Sabine Haas
ÖBIG — Austrian Health Institute
Stubenring 6
A-1010 Vienna
Tel. (43-1) 515 61–160
Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

**Portugal —** Dr Elza Pais
Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT)
Av. João Crisostomo, 14
P-1000-179 Lisbon
Tel. (351) 213 10 41 00
Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Elza.Pais@ipdt.pt
Dr Maria Moreira
Tel. (351) 213 10 41 26
E-mail: Maria.Moreira@ipdt.pt

**Finland —** Mr Ari Virtanen
National Research and Development Centre for Welfare and Health
PO Box 220
(**Office:** Siltasaarenkatu 18 A)
FIN-00531 Helsinki
Tel. (358-9) 396 71
Fax (358-9) 76 13 07
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

**Sweden —** Mr Bertil Pettersson
National Institute of Public Health
S-103 52 Stockholm
(**Office:** Olof Palmes gata 17)
Tel. (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
Mobile: (46) 704 83 35 13
E-mail:Bertil.Pettersson@fhi.se

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

**Norway —** Mr Knut Brofoss
National Research Centre (SIRUS) — SIFA
PB 565 Sentrum
N-0105 Oslo
**Office:** Øvre Slottsgate 2B
N-0157 Oslo
Tel. (47) 22 34 04 00
Fax (47) 22 34 04 01
Mr Odd Hordvin (Coordinator NFP)
E-mail: odd@sirus.no

---

**European Commission —** Mr Timo Jetsu
European Commission
Justice and Home Affairs DG — Drugs Coordination Unit
LX46, 3/186
B-1049 Brussels
Tel. (32-2) 29-95784
Fax (32-2) 29-53205
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk

**2002 — Årsrapport över situationen på narkotikaområdet i Europeiska unionen och Norge**

Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer

2002 — 59 s. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-136-9

# 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: elebooks@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

NEDERLAND

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

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

ÍSLAND

**Bokabud Larusar Blöndal**
Skólavördustig, 2
IS-101 Reykjavik
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@tbb1.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

TÜRKIYE

**Dünya Infotel AS**
100, Yil Mahallessi 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: eucck@eucck.org
URL: http://www.eucck.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.ik

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: euitupe@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

2/2002

16 17 5 TD-AC-02-001-SV-C

# OM ECNN

Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN) är en av tolv decentraliserade inrättningar som skapats av Europeiska unionen med uppgiften att utföra specialiserat vetenskapligt eller tekniskt arbete.
Centrumet inrättades 1993 och har varit verksamt sedan 1995. Dess huvuduppgift är att tillhandahålla ”objektiv, tillförlitlig och jämförbar information på Europanivå om narkotika och narkotikamissbruk och konsekvenser av detta”. Genom den statistik, dokumentation och tekniska information som centrumet samlar in, analyserar och sprider förser ECNN sina avnämare – beslutsfattare, yrkesverksamma inom narkotikaområdet och europeiska medborgare – med en övergripande bild av narkotikaproblemet i Europa.

ECNN:s huvuduppgifter är att

- samla in och analysera befintliga data,
- förbättra metoderna för att jämföra data,
- sprida information, och
- samarbeta med europeiska och internationella organisationer och med länder utanför EU.

**ECNN på Internet**
En interaktiv version av årsrapporten för 2002 finns på Internet, på webbplatsen http://annualreport.emcdda.eu.int på tolv språk. I den versionen finns det länkar till de datakällor, rapporter och bakgrundsdokument som har använts vid sammanställandet av rapporten.

På ECNN:s webbplats http://www.emcdda.eu.int finns också detaljerad information om narkotikamissbruk i Europa, nedladdningsbara publikationer på de elva officiella EU-språken och norska, länkar till olika specialiserade organ för narkotikainformation i och utanför Europa och fritt tillgängliga databaser med narkotikainriktning.

BYRÅN FÖR EUROPEISKA GEMENSKAPERNAS
OFFICIELLA PUBLIKATIONER

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-136-9

9 789291 681365