

2001

Årsrapport över situationen
på narkotikaområdet
i Europeiska unionen



E . C . N . N .
Europeiska centrumet för kontroll
av narkotika och narkotikamissbruk

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 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, 2001

ISBN 92-9168-120-2

© Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, 2001

Kopiering tillåten med angivande av källan.

Printed in Belgium



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

Förord	5
Tack	6
KAPITEL 1	7
Efterfrågan och tillgången på narkotika	7
Narkotikamissbruk	7
Allmänhetens narkotikamissbruk	7
Problematiskt narkotikamissbruk	11
Narkotikamissbrukets konsekvenser för hälsan	14
Efterfrågan på behandling	14
Narkotikarelaterade smittsamma sjukdomar	16
Narkotikarelaterade dödsfall och dödligheten bland missbrukare	17
Indikatorer från kontrollorganen	20
"Arresteringar" för narkotikabrott	20
Narkotikamissbrukare i fängelserna	21
Indikatorer från narkotikamarknaden — beslag, pris och renhetsgrad	21
Heroin	22
Kokain	22
Syntetiska droger: amfetaminer, ecstasy och LSD	22
Cannabis	23
KAPITEL 2	25
Motåtgärder mot narkotikamissbruk	25
Politiska åtgärder och strategier	25
På EU-nivå	25
På nationell nivå — EU-medlemsstaternas narkotikastrategier	25
Specifika motåtgärder	29
Åtgärder för att minska efterfrågan på narkotika	29
Åtgärder för att minska tillgången på narkotika	34

KAPITEL 3	35
Särskilda frågor	35
Kokain och freebase/crack-kokain	35
Prevalens, mönster och problem	35
Kokainmarknaden	38
Interventionsprojekt och nya tillvägagångssätt	38
Politiska frågor	39
Smittsamma sjukdomar	39
Prevalens och trender	39
Bestämmande faktorer och konsekvenser	42
Åtgärder för att minska skadeverkningarna	44
Syntetiska droger	45
Missbrukets utbredning	46
Missbruksbeteenden och missbruksmönster	46
Tillgången på olika substanser	46
Behandlingsdata	47
Hälsorisker	47
Dödsfall med anknytning till syntetiska droger	48
Motåtgärder	48
Åtgärder för att minska tillgången på droger	49
Nya initiativ och utmaningar för de politiskt ansvariga	49
KAPITEL 4	51
Narkotikaproblemet i de central- och östeuropeiska länderna	51
Läge och trender	51
Prevalens och missbruksmönster	51
Efterfrågan på behandling	52
Tillgången på narkotika	52
Strategier och institutioner för kampen mot narkotikamissbruket	53
Lagstiftning	53
Samordning på nationell nivå	54
Nationella strategier och handlingsplaner	54
Penningtvätt	55
Kontaktpunkterna för Reitox	57

Förord

Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN) kan med glädje lägga fram sin sjätte *Årsrapport över situationen på narkotikaområdet i Europeiska unionen*, som framför allt skall vara en hjälp i beslutsfattandet på regional nivå, nationell nivå och EU-nivå.

Rapporten förmedlar en aktuell bild av narkotikasituationen i EU och lyfter fram nya tendenser och utvecklingslinjer. Utöver den allmänna översikten behandlas kokain, infektionssjukdomar och syntetiska droger mer ingående. Rapporten ger också en allmän översikt över situationen i de central- och östeuropeiska länderna.

I år märks en betydande förbättring av kvaliteten och jämförbarheten på medlemsstaternas uppgifter. Icke desto mindre är det av största vikt att medlemsstaterna ständigt strävar efter att förbättra uppgifternas jämförbarhet inom EU och på alla områden och att de även svarar för att dessa uppgifter produceras regelbundet.

Därmed kommer vi till den viktiga frågan om en snabb harmonisering av uppgifterna, en förutsättning för att narkotikainformationen i EU skall bli tillförlitligare och mer jämförbar än den är nu. Som hjälp har ECNN utarbetat riktlinjer för hur det standardiserade genomförandet av de fem epidemiologiska huvudindikatorerna i EU skall gå till. Under det kommande året bär medlemsstaterna huvudansvaret för att dessa standardiserade indikatorer används fullt ut i respektive land.

Det bör särskilt noteras att det är information och utvärdering som prioriteras i EU:s narkotikastrategi och handlingsplan (2000–2004). Insamling och analys av

information är förvisso alltid det första steget vid bedömning av hur en åtgärd utfallit. I EU:s handlingsplan betonas även vikten av att de olika informationskällor som finns i Europeiska unionen används – särskilt ECNN och Europol.

ECNN arbetar intensivt på att uppfylla denna viktiga informationsroll och har anpassat sitt arbetsprogram för 2001–2003 efter de sex prioriterade målen i EU:s narkotikastrategi. Centrumet deltar även i utvärderingen av resultaten av EU:s handlingsplan och har med sina nationella kontaktpunkter och Europol och dess nationella narkotikaenheter arbetat fram verktyg i form av en uppsättning variabler, som lämpar sig för produktion av två ögonblicksbilder och som är anpassade till EU-strategins prioriterade mål.

Den första ögonblicksbilden skall visa hur situationen och åtgärderna såg ut 1999, innan EU:s handlingsplan antogs, och skall bilda utgångspunkt för mätningen av de framsteg som gjorts när handlingsplanen är genomförd år 2004. Den andra ögonblicksbilden skall med information från samma variabler visa hur situationen och åtgärderna ser ut 2004.

Alla dessa åtgärder för oss en bit på vägen mot ECNN:s största utmaning, nämligen att förse beslutsfattarna med en solid kunskapsbas för en välinformerad planering av narkotikapolitiken.

Georges Estievenart
Verkställande direktör

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 Pompidougrupp, 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,
- Andrew Haig & Associates, grafisk formgivning och layout.



En interaktiv version av årsrapporten för 2001 finns på Internet, på webbplatsen <http://www.emcdda.org>. I den versionen finns det länkar till de datakällor, rapporter och bakgrundsdokument som har använts vid sammanställandet av rapporten.

Efterfrågan och tillgången på narkotika

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

Förbättring av jämförbarheten hos data — ECNN:s nyckelindikatorer

Att öka möjligheterna att jämföra uppgifter från olika medlemsstater är en av ECNN:s viktigaste uppgifter. ECNN utvecklar och rekommenderar metoder och verktyg för att göra det möjligt att samla in och analysera harmoniserade data av hög kvalitet på europeisk nivå. I EU:s handlingsplan mot narkotika (2000–2004) uppmanas medlemsstaterna att i enlighet med ECNN:s rekommenderade tekniska verktyg och riktlinjer tillhandahålla tillförlitlig och jämförbar information om följande fem centrala epidemiologiska indikatorer:

- Prevalens och mönster för allmänhetens narkotikamissbruk (befolkningsundersökningar).
- Prevalens och mönster för problematiskt narkotikamissbruk (statistiska skattningar av prevalens och incidens kompletterade med undersökningar bland missbrukare).
- Narkotikarelaterade smittsamma sjukdomar (prevalens och incidens för hiv, hepatit B och hepatit C hos injektionsmissbrukare).
- Narkotikarelaterade dödsfall och dödligheten bland missbrukare (statistik från allmänna dödlighetsregister, specialregister och kohortstudier av dödligheten och dödsorsakerna bland narkotikamissbrukare).
- Efterfrågan på missbrukarvård (statistik från behandlingscenter över de klienter som påbörjar behandling).

Narkotikamissbruk

Allmänhetens narkotikamissbruk

En skattning av hur stor del av befolkningen i sin helhet som använder eller har experimenterat med narkotika utgör grundläggande information när man skall bedöma narkotikaläget, utveckla motåtgärder mot missbruket och utvärdera dessa åtgärder. Det är dessutom nödvändigt att veta i vilka grupper missbruket är särskilt utbrett och vilka närmare egenskaper (mönster) som kännetecknar missbruket.

Mönster för narkotikamissbruket

I samtliga EU-länder är cannabis den vanligaste olagliga drogen, både i fråga om andelen av befolkningen som någon gång har provat och i fråga om andelen som nyligen har använt någon viss drog. Det är mindre vanligt med användning av de övriga olagliga drogerna.

Andelen av den vuxna befolkningen (15–64 år enligt ECNN:s standard, men det finns vissa skillnader mellan länderna) som någon gång har använt cannabis ligger mellan omkring 10 % i Finland och omkring 20–25 % i Danmark, Frankrike, Irland, Nederländerna, Spanien och Storbritannien (1).

De övriga drogerna har prövats av avsevärt färre personer. Amfetaminer uppges ha prövats av 1–4 % av de vuxna – men av upp till 10 % i Storbritannien. Ecstasy har använts av 0,5–4 % av de vuxna européerna, medan 0,5–3 % har testat kokain. De som har provat heroin utgör överlag under 1 % av de vuxna, vilket står i kontrast mot heroinets framträdande roll när det gäller indikatorerna på missbruksproblem.

Missbruket av olagliga droger är koncentrerat till vissa grupper i befolkningen – i synnerhet unga vuxna, män

(1) Figur 1 OL: Andelen av den vuxna befolkningen som någon gång har använt cannabis, amfetaminer och kokain, uppmätt genom nationella befolkningsundersökningar (Internetversionen).

Metoder för skattning av allmänhetens narkotikamissbruk

Enkäter bland allmänheten är det verktyg som används för att uppskatta missbrukets omfattning. Tolv av medlemsstaterna har under senare år låtit genomföra nationella undersökningar av allmänhetens narkotikamissbruk (även om antalet personer som ingick i Luxemburg var litet), och i de återstående tre medlemsstaterna (Italien, Portugal och Österrike) är man för närvarande i färd med att organisera sådana undersökningar. I flera länder finns det redan serier av upprepade nationella undersökningar där samma metoder används (till exempel Tyskland, Spanien, Sverige och Storbritannien), och i Grekland, Frankrike och Nederländerna har man påbörjat sådana serier. I vissa länder har man genomfört ad hoc-undersökningar vid olika tidpunkter där resultaten i viss mån är jämförbara (till exempel Danmark, Finland och Frankrike).

Det finns skillnader mellan länderna i fråga om metoder för datainsamling, urvalsmetoder och sampelstorlek som skulle kunna påverka skattningarnas precision och validitet. Innan dessa skillnader har åtgärdats bör man iaktta försiktighet när man gör direkta jämförelser av missbruksnivåerna i olika medlemsstater, i synnerhet om skillnaderna är små.

ECNN har utarbetat riktlinjer avsedda att förbättra kvaliteten och jämförbarheten hos befolkningsundersökningarna i EU. I dessa riktlinjer ingår bland annat dels en uppsättning gemensamma centrala punkter som kan användas för rapportering av data från redan gjorda undersökningar eller arbetas in i bredare enkäter, dels grundläggande metodanvisningar. Riktlinjerna genomförs nu successivt i medlemsstaterna.

och stadsbor. Bland unga vuxna (15–34 år gamla enligt ECNN:s standard, men det finns vissa skillnader mellan länderna) är det för de flesta drogerna upp till dubbelt så många, eller ännu fler, som har provat jämfört med den vuxna befolkningen som helhet ⁽²⁾ ⁽³⁾.

Andelen unga vuxna som har provat cannabis är exempelvis omkring 15 % i Finland och Sverige, och upp till omkring 28–40 % i Danmark, Frankrike, Irland, Nederländerna, Spanien och Storbritannien, medan det är ungefär 1–6 % av de unga vuxna som har provat amfetaminer, ecstasy och kokain (i Storbritannien är andelen dock större: omkring 16 % har provat amfetaminer och 8 % ecstasy). Det är överlag fler män än kvinnor som har provat droger, men här finns det viss variation mellan länderna och skillnaderna tenderar att minska med tiden ⁽⁴⁾.

Personer som bor i städer och andra tätorter uppger oftare att de har provat droger än vad landsbygdsbor gör. Skillnaderna mellan länder kan i hög grad bero på att olika stora andelar av deras befolkning bor i tätorter respektive på landsbygden ⁽⁵⁾.

Uppgifter om hur många som någon gång har provat droger används i stor utsträckning men räcker emellertid inte för att uppskatta narkotikaanvändning på senare tid, eftersom uppgifterna omfattar alla som någon gång provat narkotika, det må vara en gång eller för flera år sedan. När man gör skattningar av "narkotikaanvändning på senare tid" brukar man avse andelen personer som över huvud taget har använt en viss drog under det senaste året (12-månadersprevalens).

Andelen av de vuxna européerna som nyligen (dvs. under den senaste tolv månadersperioden) har använt cannabis är 1–9 %. När det gäller övriga olagliga droger är det sällsynt att mer än 1 % av de vuxna uppger användning under de senaste tolv månaderna. Bland unga vuxna är prevalensen högre, ungefär dubbelt så hög som för hela gruppen vuxna. I Irland, Spanien (för kokain) och Storbritannien tenderar andelarna att vara något högre än i övriga länder ⁽⁶⁾.

Trender

Uppgifter om narkotikatrender kan ge mer information än vad man kan få enbart av en "stillbild" av det rådande läget. Hittills är det dock bara Tyskland, Spanien, Sverige

⁽²⁾ Figur 2 OL: Andelen av personerna i olika åldersgrupper i England och Wales som har använt ecstasy och kokain under de senaste tolv månaderna, 1998 (Internetversionen).

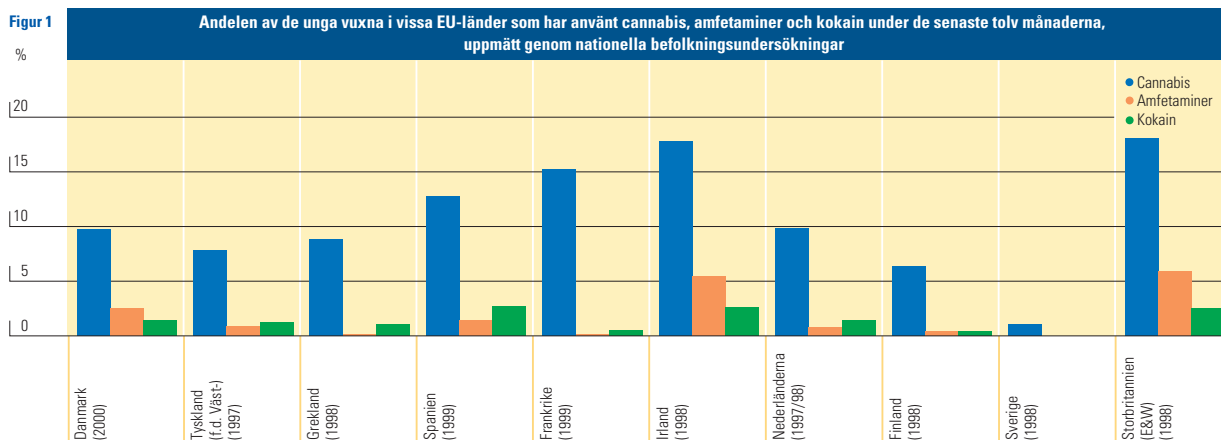
⁽³⁾ Figur 3 OL: Andelen av alla vuxna och av unga vuxna i vissa EU-länder som någon gång har använt cannabis, uppmätt genom nationella befolkningsundersökningar (Internetversionen).

⁽⁴⁾ Figur 4 OL: Andelen av den vuxna befolkningen (män och kvinnor) i vissa EU-länder som någon gång har använt cannabis, uppmätt genom nationella befolkningsundersökningar (Internetversionen).

⁽⁵⁾ Figur 5 OL: Andelen av de vuxna i olika tätbefolkade områden i Finland som någon gång har använt cannabis, 1998 (Internetversionen).

⁽⁶⁾ Figur 6 OL: Andelen av de vuxna i vissa EU-länder som någon gång respektive under de senaste tolv månaderna har använt cannabis, uppmätt genom nationella befolkningsundersökningar (Internetversionen).

Efterfrågan och tillgången på narkotika



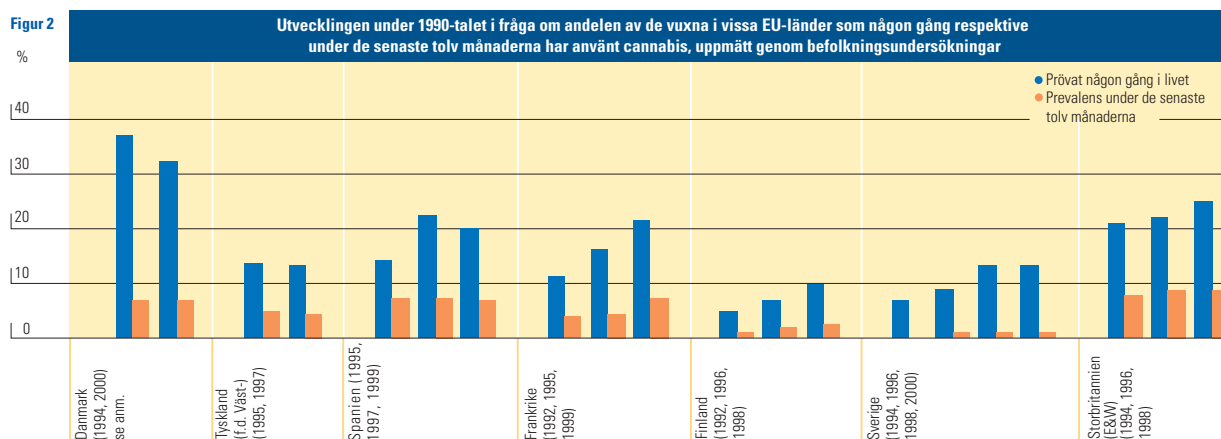
Anm.: Uppgifterna är hämtade från de fräschaste nationella undersökningarna i varje land. Åldersgrupperna sträcker sig från 15–18 och upp till 34–39 år. Variationerna i åldersintervall kan ge skillnader mellan länderna. I vissa länder räknades siffrorna på nationellt, för att de så långt som möjligt skulle stämma med ECNN:s standardåldersgrupper (unga vuxna 15–34).
Källa: Reitox nationella rapporter 2000, hämtade från befolkningsundersökningsrapporter eller vetenskapliga artiklar. Se även de epidemiologiska standardtabellerna på ECNN:s webbplats.

och Storbritannien som har låtit genomföra serier av jämförbara nationella undersökningar. I andra länder har man gjort flera undersökningar med olika utformning, vilket gör att man måste vara försiktig när man försöker utläsa trender.

Andelen som någon gång använt cannabis ökade under 1990-talet i de flesta av de länder för vilka det finns information. I nyare undersökningar redovisas från flera länder relativt likartade prevalensnivåer – grovt räknat 20–25 %. I de länder där prevalensen var låg i början av 1990-talet (till exempel Grekland, Finland och Sverige) förefaller ökningarna ha varit förhållandevis större än i de länder där man i utgångsläget hade en högre prevalens (till exempel Danmark, Tyskland och Storbritannien).

Att allt fler människor någon gång har prövat cannabis behöver inte innebära att andelen som har använt drogen under det senaste året ökar i samma takt. Överlag har ökningen varit långsammare för andelen som har använt cannabis på senare tid än för andelen som någon gång har prövat.

Trenderna för användningen av andra droger är svårare att följa. Det tenderar att vara relativt begränsade grupper av befolkningen som berörs, men effekterna på folkhälsan och narkotikapolitiken kan ändå vara betydande. Ett exempel är den mycket omdiskuterade eventuella ökningen av kokainmissbruket, som för de flesta ländernas del behöver analyseras mer i detalj. Inte heller den senare tidens ökning av ecstasymissbruket – en väldoku-



Anm.: Åldersgrupperna sträcker sig från 15–18 år till 59–69 år (i Finland till 74 år 1992 och 1996). Variationer i åldersintervall kan ge skillnader mellan länder.
I Danmark är åldersintervallet 16–44 när det gäller jämförelse mellan länder, men siffrorna skall inte jämföras med övriga länder.
I Tyskland visar resultaten från en undersökning 2000 (offentliggjord i maj 2001) en ökning av cannabismissbruket.
Källa: Reitox nationella rapporter 2000, hämtade i undersökningsrapporter eller vetenskapliga artiklar. Se även de epidemiologiska standardtabellerna på ECNN:s webbplats.

menterad ökning inom vissa grupper av ungdomar – märks särskilt tydligt i enkätundersökningar som avser hela befolkningen. Samplen måste vara tillräckligt omfattande och analysen riktas på lämpliga åldersgrupper. En översampling av unga människor bör också tas i beaktande.

tande och analysen riktas på lämpliga åldersgrupper. En översampling av unga människor bör också tas i beaktande.

Narkotikamissbruk bland skolelever

För personer under 18 år använder ECNN information från en jämförbar skolundersökning som innehåller uppgifter från 30 deltagande europeiska länder och dessutom uppgifter från USA. Elva av EU-medlemsstaterna deltog 1999 i det senaste projektet för europeiska skolundersökningar (ESPAD) (1), som beskriver användningen av tobak, alkohol och andra droger bland 15–16-åriga elever. I Belgien, Luxemburg och Spanien genomfördes 1998 eller 1999 dessutom andra skolundersökningar oberoende av ESPAD-undersökningen. Deras resultat ligger i linje med ESPAD-resultaten.

Rådande läge och missbruksmönster

Dessa undersökningar visar att cannabis fortsätter att vara den olagliga drog som används mest bland skolelever. Andelen av de 15–16-åriga eleverna som någon gång har provat cannabis ligger mellan 8 % i Sverige och Portugal och 35 % i Frankrike och Storbritannien. I två medlemsstater (Grekland och Sverige) är andelen som har provat inhalationsmedel (flyktiga ämnen) lika stor som, eller större än, andelen som har provat cannabis.

Skolundersökningarna visar vidare att av de 15–16-åriga skoleleverna har 1–8 % någon gång använt amfetaminer, 1–5 % ecstasy och 1–4 % kokain; Spanien och Nederländerna ligger högst i fråga om kokain.

Mönstret är ett annat när det gäller andelen som någon gång har använt lugnande medel utan läkarrecept, där Storbritannien och Norge ligger lägst med 4 % och Frankrike ligger högst med 12 %. Fler flickor än pojkar har någon gång använt lugnande medel utan recept i Frankrike, Portugal, Italien, Finland och Sverige. Däremot är det i samtliga medlemsstater och för samtliga olagliga droger fler pojkar än flickor som någon gång har provat.

Det är värt att notera att jämförbara uppgifter från USA visar att andelen där som någon gång har använt ett antal olagliga droger är större än i någon EU-medlemsstat: 41 % av de amerikanska skolungdomarna har provat cannabis, 16 % amfetaminer, 6 % ecstasy och 8 % kokain.

Det råder ett negativt samband mellan hur många som har provat en viss olaglig drog i ett visst land och uppfattningen om riskerna med den drogen. Flickor är överlag mer benägna än pojkar att betrakta narkotikamissbruk som förenat med risker. Att man tar avstånd från användning av narkotika är en inställning som konsekvent delas av en stor andel av både pojkar och flickor i alla medlemsstaterna: i genomsnitt omkring 80 %, även om de som tar avstånd från cannabis är något färre – i genomsnitt 70 %.

Trender

I alla utom två (Storbritannien och Irland) av de medlemsstater som deltog både i de tidigare och i de senare ESPAD-undersökningarna var andelen som någon gång hade använt var och en av de olagliga drogerna större 1999 än 1995.

Cannabis

Totalsiffrorna för användningen av olagliga droger bland 15–16-åringarna bestäms i hög grad av cannabismissbruket. I de flesta länderna har andelen som någon gång använt cannabis ökat.

I Finland och Norge fördubblades andelen som någon gång använt cannabis mellan 1995 och 1999. Ökningar skedde även i Sverige, Portugal, Danmark och Italien. Däremot minskade andelen i de två medlemsstater som hade de högsta andelarna 1995 – i Storbritannien från 41 % 1995 till 35 % 1999 och i Irland från 37 % till 32 %.

Mellan 1995 och 1999 blev det enligt ungdomarnas egen uppfattning avsevärt lättare att få tag på cannabis i Danmark, Finland, Italien och Norge. De irländska och brittiska ungdomarna ansåg däremot att det hade blivit svårare att få tag på cannabis, men minskningen av den upplevda tillgängligheten var mindre än minskningen av andelen som någon gång använt drogen.

”Övriga olagliga droger” (amfetamin, LSD/hallucinogener, crack, kokain, ecstasy och heroin)

ESPAD-undersökningen visar också en ökning av andelen som någon gång använt ”övriga olagliga droger” (en sammanräknad kategori) i de flesta av medlemsstaterna, men avsevärda minskningar i Storbritannien och Irland – från 22 % till 12 % respektive från 16 % till 9 %. Ökningen i majoriteten av medlemsstaterna och minskningen i Storbritannien och Irland bekräftar trenden att mönstren för narkotikamissbruk blir allt mer lika i medlemsstaterna. De avsevärda minskningarna i Irland och Storbritannien kan tyda på att när drogutbredningen blir tillräckligt stor, når man en mättnadsnivå där det inte

(1) 1999 års ESPAD-rapport: Alcohol and other drug use among students in 30 European countries (Skolundersökning om alkohol och andra droger i 30 europeiska länder), B. Hibell, B. Andersson, S. Ahlström, O. Balakireva, T. Bjarnason, A. Kokkevi, M. Morgan, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) i Sverige, Europarådets Pempidougrupp, december 2000.

Efterfrågan och tillgången på narkotika

längre finns fler 15–16-åringar som är intresserade av att experimentera med olagliga droger.

Lugnande medel (utan läkarrecept)

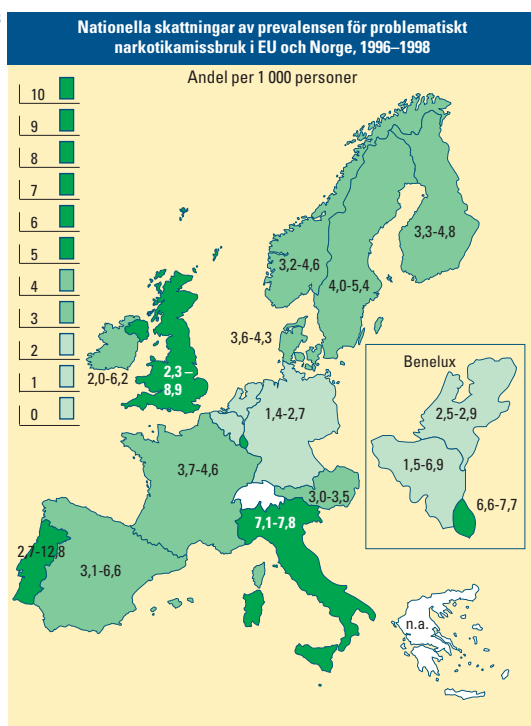
Traditionellt har flickor i betydligt större utsträckning än pojkar använt lugnande medel utan läkarrecept. Mellan 1995 och 1999 skedde det en avsevärd minskning med i runda tal 50 % av antalet danska, italienska, irländska och brittiska flickor som någon gång hade tagit lugnande medel utan läkarrecept. Bland flickor i Finland och

Portugal ökade däremot användningen av lugnande medel något (med 3 % respektive 2 %), medan användningen bland pojkar i de båda länderna minskade.

Inhalationsmedel

Det skedde inga större förändringar mellan 1995 och 1999 i fråga om andelen som någon gång använt inhalationsmedel – utom i Sverige och Storbritannien, där andelen minskade.

Figur. 3



Anm: n.a.: uppgift saknas.

Skillnaderna mellan olika länder bör tolkas med försiktighet på grund av att olika metoder använts och på grund av att målgrupperna skiljer sig åt. För ytterligare uppgifter se tabellerna 1 QL och 2 QL på www.emdda.org. Uppgifterna för Österrike och Belgien är från 1995, för Italien från 1999 och för Portugal från 1999–2000. Den ursprungliga svenska skattningen har minskats med 8 % och omfattar nu inte cannabismissbrukare för att stämma med ECNN:s definition av problemmissbruk. Färgen för ett land visar mittvärdet av skattningarnas variationsbredd, utom för Belgien (punktskattning – 3,0 – och 95 % konfidensintervall). Den belgiska skattningen avser injektionsmissbrukare och underskattar således det problematiska drogmissbruket.

Källa: Reitox kontaktpunkter, 2000. För Sverige: B. Olsson, C. A. Wahren, S. Byqvist, *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998*, CAN, Stockholm, 2001.

Problematiskt narkotikamissbruk

Överlag förefaller prevalensen av problematiskt narkotikamissbruk vara högst i Italien, Luxemburg, Portugal och Storbritannien, med mellan fem och åtta problemmissbrukare per 1 000 invånare i åldern 15–64 år (här används mittvärdet för varje lands intervall). Prevalensen verkar vara lägst i Belgien (men de belgiska uppgifterna avser enbart injektionsmissbrukare och är således en underskattning), Tyskland och Nederländerna, med två till tre problemmissbrukare per 1 000 invånare i åldern 15–64 år. En medelhög prevalens på mellan tre och fem

problemmissbrukare per 1 000 invånare i åldern 15–64 år råder i Österrike, Danmark, Finland, Frankrike, Irland, Spanien och Norge. Vissa länder redovisar uppgifter som avviker något från dem de lämnade 2000, vilket beror på förbättrade data och skattningar. Danmark och i synnerhet Finland redovisar dock mycket högre prevalenstal, vilket beror på att man har kasserat mindre tillförlitliga (och i båda fallen lägre) skattningar.

Utöver prevalensskattningar är uppgifter om missbruksmönster viktiga. Det finns emellertid få uppgifter om missbruksmönstren hos problemmissbrukare som inte är under behandling, trots att sådana uppgifter är viktiga som underlag för politiska beslut som rör den framtida behandlingsefterfrågan. I de nordliga länderna, särskilt Finland och Sverige, har majoriteten av problemmissbrukarna amfetamin som primärdrog (uppskattningsvis 70–80 % i Finland 1997). I andra länder tenderar de flesta problemmissbrukare däremot att ha en opiat som primärdrog (även om blandmissbruk är vanligt förekommande).

Trender

Prevalenstrender är viktiga för utvärderingen av motåtgärderna, men det är ännu inte möjligt att beräkna trenderna för prevalensen av det problematiska narkotikamissbruket med dagens metoder, datakvalitet och datatillgång. Incidensen av problematiskt missbruk kan vara ett kompletterande och betydelsefullt sätt att mäta trenderna. Incidensen är antalet nya fall ett visst år, medan prevalensen är summan av alla befintliga fall, såväl nya som gamla. Incidens-trenderna påverkas i mycket högre grad av epidemiologiska förändringar och av insatser som förhindrar uppkomsten av nya fall.

I ett ECNN-projekt gjorde man nya incidensskattningar av heroinmissbruket för Belgien, Lissabon, Budapest, London och Amsterdam vilka tyder på att tidpunkterna för heroinepidemier i dessa regioner kan ha varit mycket olika (se figur 4, London och Amsterdam saknas).

Definition och metoder för skattningen av det problematiska narkotikamissbruket

”Problematiskt narkotikamissbruk” definieras här som ”injektions- eller långvarig/vanemässig användning av opiater, kokain och/eller amfetaminer”. Denna definition inbegriper inte dem som använder ecstasy eller cannabis och inte heller dem som aldrig – eller inte vanemässigt – använder opiater, kokain eller amfetaminer. Som opiater räknas även läkarförskrivna opiater som metadon. De nationella skattningar av det problematiska narkotikamissbruket som redovisas här för EU och för Norge (som medverkade i ECNN:s projekt för skattning av missbrukets omfattning) avser perioden 1996–1998. Avsaknad av tillräckligt aktuella uppgifter som grundval för beräkningarna (se figur 3) gjorde att tre länder redovisade äldre skattningar: Österrike (för 1995) och Belgien (för 1995); Luxemburg, Portugal och Italien redovisade däremot nyare skattningar (för 1999–2000).

De metoder som använts för att göra dessa skattningar bygger i huvudsak på statistiska modeller med narkotika-relaterade indikatorer:

- En metod som baseras på flera indikatorer.
- Fångst-återfångst.
- Tre multiplikatorer baserade på uppgifter från polisen, uppgifter från behandlingsorgan och dödlighetstalen.

- En multiplikatorermetod som använder ett retroaktivt beräknat tal för injektionsmissbrukare med hiv/aids i kombination med hiv/aids-förekomsten bland injektionsmissbrukare.

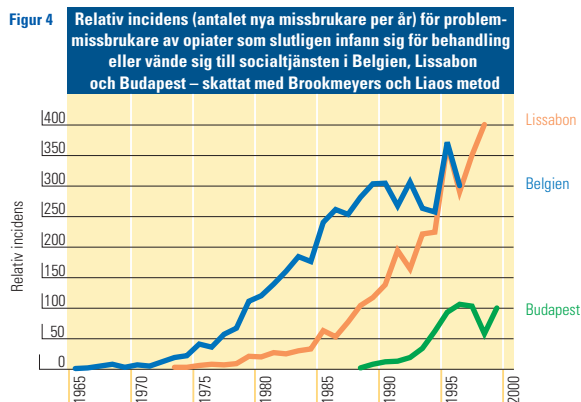
De intervall som visas i figur 3 härrör ofta från en kombination av metoder. Detta innebär att det högsta och det lägsta värdet kan ha erhållits med olika metoder, både inom och mellan länder. Metoderna avser inte alltid samma målgrupp – de indexerade uppgifterna för hiv/aids och multiplikatorerna för överdosdödlighet avser exempelvis injektionsmissbrukare, medan multiplikatorerna för behandlingsdata med nödvändighet måste avse den större grupp som utgörs av personer med problematiskt opiatmissbruk.

I ett antal länder användes flera skattningsmetoder – två (Spanien, Luxemburg och Nederländerna), tre (Tyskland, Frankrike, Irland, Finland och Storbritannien) eller till och med fyra (Italien och Portugal). Vissa andra länder (Belgien, Danmark, Österrike, Sverige och Norge) kunde inte använda mer än en metod, och Grekland kunde över huvud taget inte redovisa någon skattning. Användning av flera inbördes oberoende skattningar kan göra det möjligt att korsvalidera resultaten så att man får en mer tillförlitlig totalskattning för det berörda landet. Det bästa tillvägagångssättet är därför att använda flera metoder, allra helst för varje enskilt år.

Figur 5 visar att även inom ett och samma land – i det här fallet Italien – kan heroinepidemier inträffa vid olika tidpunkter i olika regioner. Resultaten tyder också på att det kan förekomma en initial (epidemisk) period med snabb spridning, som följs av mättnadseffekter (de mest mottagliga personerna har blivit heroinmissbrukare) och en lägre men konstant spridningstakt (endemisk situation) – vilket påminner om hur smittsamma sjukdomar sprids. Denna upptäckt kan vara av vikt för de politiska beslutsfattarna när de skall försöka finna rätt balans mellan primärprevention, som måste sättas in vid rätt tidpunkt för att kunna förhindra att prevalensen blir hög, och sekundärprevention (missbrukarvård och insatser för att minska skadeverkningarna), som blir viktigare när en hög prevalensnivå väl har etablerats.

I figur 5 är det anmärkningsvärt att heroinepidemin i Apulien förefaller ha startat tidigare än epidemierna på Sicilien och i Kampanien. Apulien – ”klacken” på den italienska stöveln – ligger längs en viktig heroinhandelsväg som leder in i Europa via Balkan, vilket kan vara orsaken till att heroinmissbruket spreds tidigare. Detta

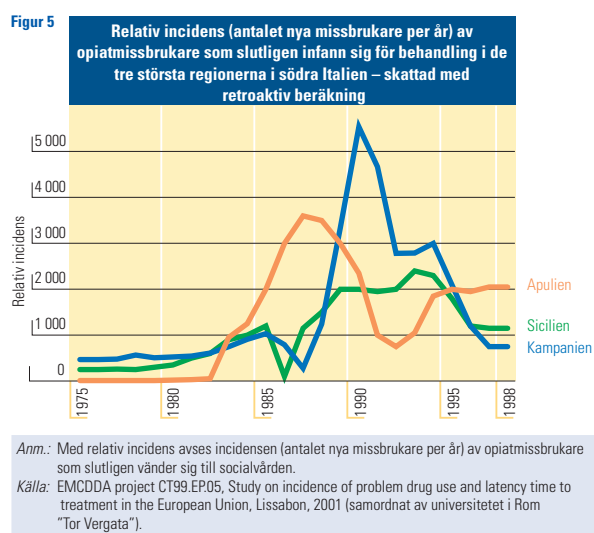
bekräftar tidigare resultat baserade på geografiska analyser av behandlingsdata (se ECNN:s årsrapport för 2000).



Anm.: Med relativ incidens avses incidensen (antalet nya missbrukare per år) av opiatmissbrukare som slutligen kommer att vända sig till socialtjänsten. Lissabon: Ytterst problematiskt område av Lissabon, missbrukare som vänt sig till socialtjänsten. Belgien: Sampel av dem som sökt vård i den franskspråkiga delen av landet.

Källa: EMCDDA project CT99.EP05, Study on incidence of problem drug use and latency time to treatment in the European Union, Lissabon, 2001 (samordnat av universitetet i Rom "Tor Vergata").

Efterfrågan och tillgången på narkotika



Skillnader i fråga om prevalensen av narkotikamissbruk påverkas av en rad olika faktorer i de enskilda länderna. Eftersom länder med en mer liberal narkotikapolitik (som Nederländerna) och länder med en mer restriktiv inställning till narkotika (som Sverige) har likartade prevalenstal, är det oklart i vilken mån den nationella narkotikapolitiken (mer liberal eller mer restriktiv) påverkar prevalensen av narkotikamissbruk, i synnerhet problematiskt missbruk. Däremot står det klart att en heltäckande nationell narkotikapolitik är mycket betydelsefull för möjligheterna att minska de negativa konsekvenserna av det problematiska missbruket, exempelvis hiv-smitta, hepatit B, hepatit C och dödsfall orsakade av överdos. Andra faktorer som kan påverka prevalensen av problematiskt narkotikamissbruk är drogernas tillgänglighet och pris liksom arbetslöshet, fattigdom och andra samhällsproblem (till exempel krig), befolkningens åldersstruktur och dess fördelning mellan tätorter och landsbygd. Dessutom förefaller narkotikamissbruket uppträda på samma sätt som sjukdomsepidemier (se exempelvis figur 4 och 5). Detta betyder att missbruket kan följa långvariga epidemicykler som i hög grad beror på att samhället hela tiden fylls på med nya generationer av "mottagliga" ungdomar som saknar erfarenhet av de problem som är förknippade med tyngre missbruk. Därför är det i dagsläget inte möjligt att göra någon slutgiltig tolkning av orsakerna till att prevalensen varierar inom EU-medlemsstaterna.

Ytterligare kvalitativ eller lokal information om trender för det problematiska narkotikamissbruket finns att tillgå för ett antal länder och enskilda städer.

I Österrike verkar prevalensen av problematiskt narkotikamissbruk för närvarande vara stabil i de flesta regionerna, även om fältarbetare i Wien har noterat en minskning av antalet unga nykomlingar i missbruksmiljöerna.

I Frankrike minskar heroinkonsumtionen överlag, men det är oklart vad detta innebär om man ser till antalet heroinmissbrukare, och det finns vissa tecken på nya, lokala ökningarna. I Finland tyder prevalensskattningar för Stor-Helsingfors avseende 1995–1997 på att missbruket av tung narkotika ökade med minst 40 % på två år. De tydligaste ökningarna observerades bland män, personer över 26 år och amfetaminmissbrukare.

I Tyskland finns heroinmissbruk främst i de större städerna; prevalensen och beslagen på landsbygden ligger på en mycket lägre nivå. I de nya delstaterna (före detta Östtyskland) är det fortfarande sällsynt med heroinmissbruk. De undersökningar som gjorts tyder på att heroinmissbruket sedan 1992 har ökat bara marginellt eller stagnerat, samtidigt som kokainmissbruket dock har vuxit stabilt överlag. I Grekland visar indirekta indikatorer (behandlingsdata, dödsfall, lågtröskelinsatser) att det problematiska missbruket ökar. I Irland är missbrukarna unga, vilket avspeglar befolkningsstrukturen i landet. Fram till ungefär 1996 pekade trenden för heroinmissbruket mot en ökad förekomst av rökning, men på sistone har det åter blivit allt vanligare att missbrukarna injicerar. I Italien verkar missbruksnivåerna vara högre i de nordliga regionerna, men det problematiska missbruket kan vara jämnare fördelat mellan de nordliga, centrala och sydliga regionerna, även om "riskpopulationen" varierar mellan de geografiska områdena. (Den totala populationen av 15–54-åringar ligger runt 32 miljoner – 44 % bor i norr, 19 % i de centrala delarna och 37 % i söder.) Dessutom finns det tecken på att användningen av partydroger är större i norr.

I Luxemburg visade det nationella registreringsystemet en markant ökning – med 42 % – av antalet nya registreringar mellan 1998 och 1999. Detta gäller dock främst personer som bryter mot narkotikalagstiftningen, och polisens aktivitetsnivå kan spela in. Personer från andra länder utgör en stor del (48 %) av problemmissbrukarna i Luxemburg. Den skattade prevalensen visar en uppåtgående trend, medan injektionsmissbruket har minskat från över 90 % till omkring 66 %. I Amsterdam (Nederländerna) har antalet heroinmissbrukare minskat något under senare år, samtidigt som andelen injektionsmissbrukare bland dem har minskat kraftigt. I Portugal är missbruksproblemen mer betydande i distriktet Lissabon, Porto, Setúbal och Faro. I Spanien minskar heroinets, särskilt injektionsmissbrukets, roll samtidigt som kokainet spelar en allt större roll i den totala missbruksbilden. I Sverige har antalet tunga missbrukare ökat under 1990-talet och heroinmissbruk blir allt vanligare bland yngre problemmissbrukare. En engelsk rapport från 1998 visar att det skett en ökning av nytt heroinmiss-

bruk bland unga människor i de flesta regionerna i England sedan 1996, medan en färsk Londonstudie visar en tvåfaldig ökning av incidensen av icke-injicerande heroinmissbruk mellan 1991 och 1997.

Narkotikamissbrukets konsekvenser för hälsan

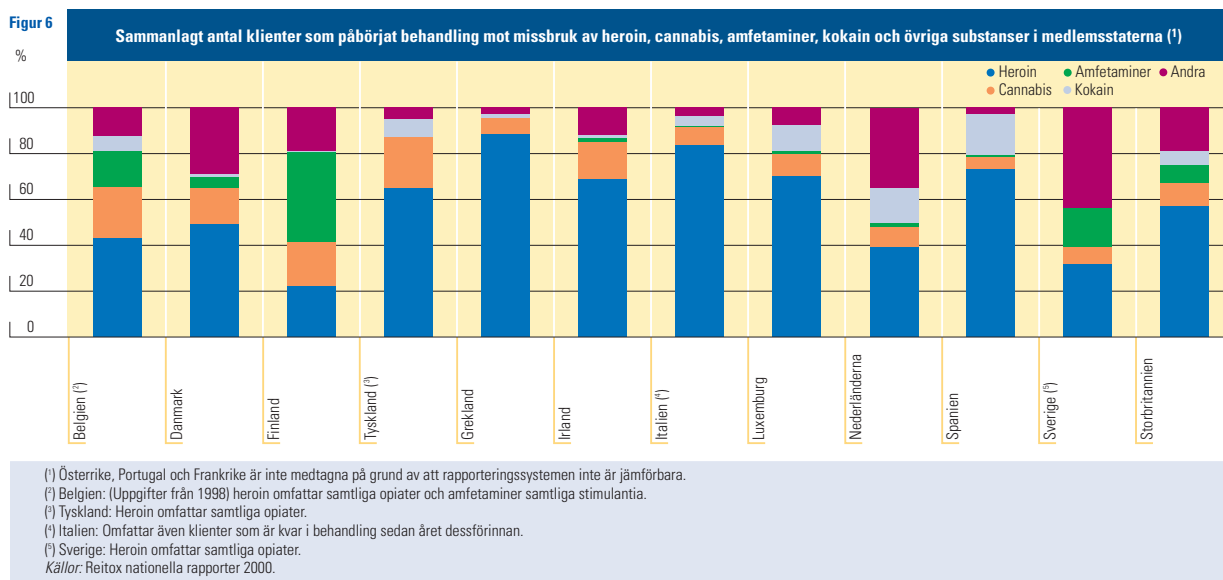
Efterfrågan på behandling

Uppgifter om vilka egenskaper som kännetecknar gruppen av klienter som påbörjar behandling (exempelvis deras sociala ställning) och deras konsumtionsbeteenden (exempelvis andelen injektionsmissbrukare eller opiatmissbrukare) kan ge ledtrådar till mer omfattande trender för det problematiska narkotikamissbruket. Här kan dock systematiska fel uppstå på grund av att metoderna för insamling av informationen är olika och på grund av att utbudet av behandlingsmöjligheter varierar mellan länderna.

Typer av droger

Trots skillnaderna i behandlingsstrategier och registreringsrutiner går det att urskilja både gemensamma och landsspecifika trender i Europa.

I de flesta länderna är opiater (särskilt heroin) den huvudsakliga drogen för de nya klienter som påbörjar behandling. Variationen mellan länder är ganska stor – från 22,4 % i Finland till 84,2 % i Grekland – men oftast ligger andelen missbrukare med en opiat som primärdrog mellan 50 % och 70 %. Andra droger som ofta förekommer som primärdrog bland dem som söker behandling är cannabis (över 15 % i Belgien, Danmark, Finland och Irland) och kokain (särskilt i Nederländerna, med 15,4 %, och i Spanien, med 17 %). Ecstasy är primärdrog i relativt få fall – den största andelen är 8,9 %, i Irland. När det gäller amfetaminer är skillnaderna mellan länder stora. De största andelarna rapporteras från Finland (39 %), Sverige (17 %) och Belgien (15 %).



Trender

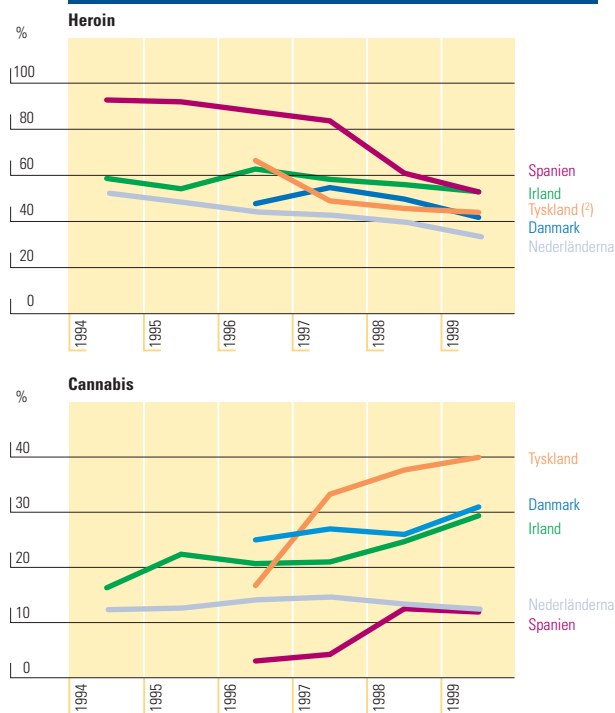
Det finns gemensamma trender för antalet nya klienter som söker behandling: antalet klienter som söker behandling för heroinmissbruk minskar samtidigt som antalet ökar vad gäller cannabismissbruk och i synnerhet kokainmissbruk. Den största ökningen av andelen cannabismissbrukande klienter har skett i Tyskland (från 16,7 % 1996 till 40 % 1999 – noteras bör dock att dessa uppgifter avser enbart öppenvården), i Irland (från 20,7 % 1996 till 29,4 % 1999) och i Danmark (från 25 % 1996 till 31 % 1999), medan de största ökningarna av andelen kokainmissbru-

kande klienter har skett i Spanien (från 21,6 % 1998 till 30,9 % 1999) och i Nederländerna (från 14,7 % 1994 till 23,2 % 1999).

Dessa trender bekräftas av uppgifter om samtliga klienter som påbörjat behandling under olika år – dessa uppgifter visar tydligt ökningen av andelen kokainmissbrukare – liksom av jämförelser mellan gruppen nya klienter och samtliga klienter som påbörjat behandling i vissa medlemsstater. Dessutom framgår det att kokain har blivit vanligare som sekundärdrog bland klienter med opiater

Efterfrågan och tillgången på narkotika

Figur 7 Utveckling i fråga om antalet nya klienter som påbörjat behandling mot missbruk av heroin och cannabis (1)



(1) Vissa länder har inte tagits med på grund av bristen på jämförbara uppgifter under de år som angivits.

(2) Uppgifterna gäller samtliga opiater.

Källa: Reitox nationella rapporter 2000.

som primärdrog (7) (8). I allmänhet använder de personer som söker behandling flera olika droger, och skillnader noteras i enskilda missbrukargrupper.

En ökning av efterfrågan på substitutionsbehandling, särskilt bland gravida kvinnor, rapporteras från många länder. Skälet är antagligen att substitutionsbehandlingen har byggts ut.

Injicering och andra administrationssätt

Andelen injektionsmissbrukare bland dem som får behandling för heroinberoende varierar betydligt – från 12,5 % i Nederländerna till 72,7 % i Grekland. En allmän minskning av injektionsmissbruket av heroin är relativt tydlig i de flesta länderna, även om minskningen är olika stor (men från Irland rapporteras däremot att det blir vanligare med injicering). En jämförelse mellan hela klientgruppen och gruppen av nya klienter som söker behandling för heroinmissbruk förefaller bekräfta att

injektionsmissbruket av heroin minskar (bland de nya klienterna injicerar i genomsnitt 10 % färre) (9).

Många faktorer kan tänkas påverka administrationssättet, och dessa faktorer har ännu inte tydligt påvisats i vetenskapliga studier, men det kan tänkas handla bland annat om marknadsfaktorer, kulturella traditioner och utomstående ingripanden.

När det gäller marknaden kan tre huvudsakliga faktorer tänkas 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 ökad injicering) och dels heroinets renhetsgrad (vid låg renhetsgrad tenderar injektionsmissbruket att öka).

På det kulturella planet finns det en del traditioner som är särskilt knutna till vissa etniska minoriteter. Bland undergruppen av surinameser tycks det vara motviljan mot injicering som gör att heroinmissbrukarna sniffar eller röker. Någon liknande påverkan har däremot inte kunnat återfinnas i andra grupper, exempelvis nordafrikaner i Frankrike eller västindier, som också traditionellt röker eller sniffar heroin.

Flera utvärderingsstudier visar att förebyggande insatser (lokaler, information om riskerna med injektionsmissbruk) och attitydförändringar kan främja en övergång från injicering till sniffning eller rökning.

Sociala kännetecken

De klienter som påbörjar behandling tenderar att vara män i åldern 25–40 år. Medianåldern är 29 år för samtliga klienter och 27 år för nya klienter. Kvinnorna är oftast yngre än männen – de söker behandling nästan ett år tidigare än vad männen gör. Klienterna är äldst i Sverige och Nederländerna, yngst i Irland och Finland; när det gäller Irland avspeglar detta även landets befolkningsstruktur.

Könsfördelningen varierar; länderna fördelar sig på en sydlig grupp där männen är en särskilt stor majoritet (86:14 i Italien, 85:15 i Spanien, 84:16 i Portugal, 84:16 i Grekland) och en nordlig där det finns fler kvinnor i behandling (70:30 i Irland, 72:28 i Sverige).

(7) Figur 7 OL: Utveckling i fråga om totalantalet klienter som påbörjat behandling mot missbruk av heroin, cannabis och kokain (Internetversionen).

(8) Figur 8 OL: Samtliga klienter respektive nya klienter som påbörjat behandling mot missbruk av cannabis och kokain (Internetversionen).

(9) Figur 9 OL: Andelen injektionsmissbrukare bland de klienter som påbörjat behandling mot missbruk av heroin i vissa EU-länder, uppgifter från 1999 (Internetversionen).

Eventuella öknings av hiv-spridningen bland injektionsmissbrukare i vissa EU-länder

Preliminära uppgifter tyder på att öknings av hiv-spridningen kan ha skett i vissa grupper av injektionsmissbrukare i vissa EU-länder. Härvidlag bör man beakta att det är förenat med vissa begränsningar att använda rutinmässiga data för att försöka upptäcka förändringar i smittspridning (se kapitel 3, sidan 39). I Irland kan till exempel ökningen delvis bero på ökad testning av injektionsmissbrukare. Trots detta är det viktigt att noga följa dessa eventuella öknings och vid behov vidta lämpliga åtgärder. Hiv-spridningen kan ha ökat i Österrike, Luxemburg, Irland, Nederländerna, Portugal och Finland.

I Österrike ökade hiv-förekomsten bland opiatöverdoser från 1 % till 5 % under 1999 (från 3 % 1996, 2 % 1997 och 1 % 1998).

I Luxemburg steg antalet anmälda hiv-infektioner hos injektionsmissbrukare från 2–3 per år 1995–1997 till 6–7 per år 1998 och 1999.

I Irland tredubblades antalet positiva hiv-tester bland injektionsmissbrukare till 69 fall 1999 (från 20–26 fall per år under perioden 1994–1998).

I Portugal kommer uppgifterna från lokala källor. I Coimbra ökade prevalensen bland injektionsmissbrukare i behandling från 9 % till 13 % mellan 1999 och 2000, i

huvudsak bland kvinnor, och i åldersgruppen 25–34 år från 9,5 % till 18 %. En fältstudie av 250 hemlösa heroinmissbrukare i en ytterst problematisk del av Lissabon kom 1998–1999 fram till en prevalens på 48 %.

I Finland skedde en stor ökning av antalet anmälda hiv-fall bland injektionsmissbrukare från 0–5 fall per år 1990–1997 till 20 fall 1998 och 84 fall 1999. Prevalensen bland de personer som utnyttjade sprututbytesprogram och begärde att bli hiv-testade ökade också, från 0 % 1997 till 3 % 1998 och 8 % 1999 men minskade sedan till 3 % 2000.

I Nederländerna ökade hiv-infektionen från 11 till 22 % mellan 1994 och 1998/1999 bland injektionsmissbrukare i staden Heerlan i södra Nederländerna.

Anm.: Sampelstorlekar: Österrike 1996 – 184, 1997 – 131, 1998 – 108, 1999 – 126; Nederländerna, Heerlan 1994 – 161, 1998/1999 – 116; Portugal, Coimbra 1999 – 227, 2000 – 106, Lissabon 1998/1999 – 252; Finland 1997 – 131, 1998 – 135, 1999 – 63, 2000 – 356.

Källa: De nationella kontaktpunkterna. Uppgifterna för Lissabon: Valle, H., Rodrigues, L., Coutinho, R., et al., HIV, HCV and HBV infection in a group of addicts from Lisbon, Sjunde europeiska konferensen om de kliniska aspekterna av hiv-infektion, 23–27 oktober 1999, Lissabon, Portugal (sammanfattning 866).

Den sociala ställningen för de klienter som söker behandling förefaller bli allt sämre med avseende på utbildningsnivå och sysselsättningsstatus. De flesta klienterna finns i städerna, men detta kan tänkas bero delvis på att vårdutbudet är större där än på landsbygden.

Narkotikarelaterade smittsamma sjukdomar

Mer detaljerade uppgifter om den här frågan ges i kapitel 3, "Särskilda frågor – Smittsamma sjukdomar".

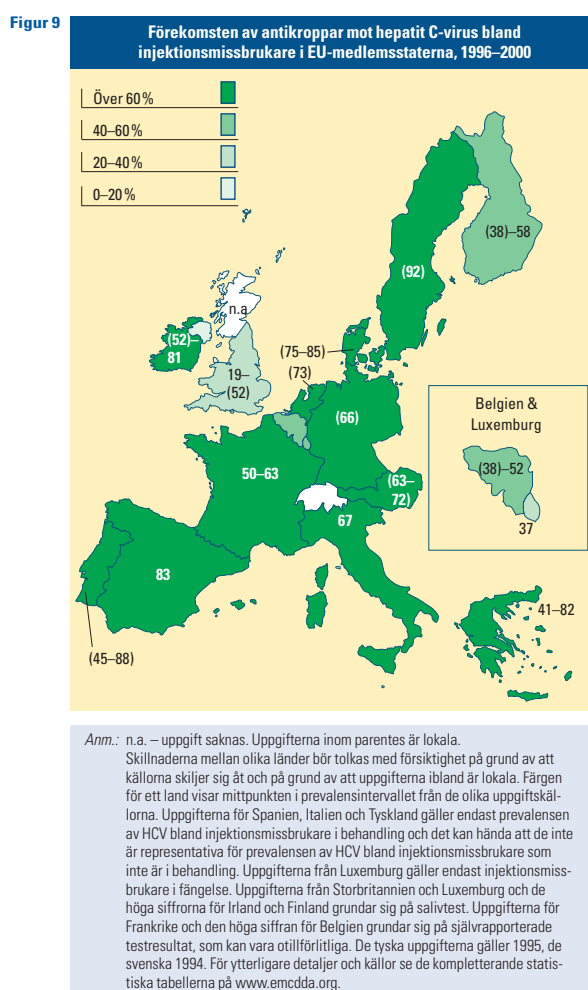
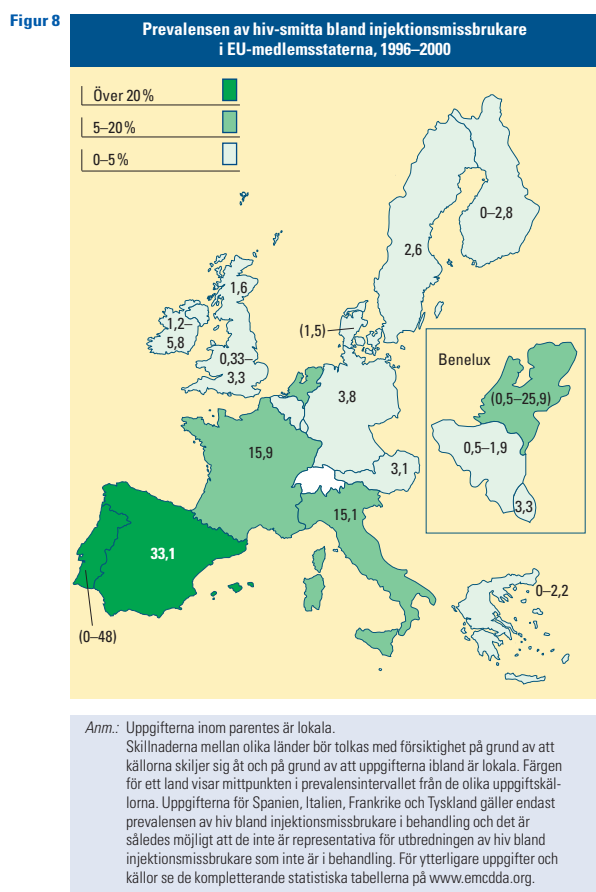
Prevalens och trender

Eftersom de tillgängliga uppgifterna kommer från olika källor (ibland lokala) går det inte att ge mer än ett allmänt intryck av hiv-prevalensen bland injektionsmissbrukare. Trots detta syns stora skillnader både mellan och inom länder. De befintliga uppgifterna tyder på smittonivåer i olika grupper av injektionsmissbrukare på grovt räknat mellan omkring 1 % i Storbritannien och 32 % i Spanien. Denna övergripande bild har inte förändrats på senare år. Däremot finns det tecken på nya öknings av hiv-sprid-

ningen bland (grupper av) injektionsmissbrukare i vissa länder (se rutan ovan).

Uppgifterna om prevalensen för 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: HCV-prevalensen är extremt hög enligt uppgifterna från alla EU-länderna – andelen infekterade ligger mellan 40 % och 90 % i olika grupper av injektionsmissbrukare (se figur 9). HCV-prevalensen bland injektionsmissbrukare under 25 år – i den mån sådana uppgifter finns – ligger mellan 20 % (Belgien, behandlingsdata, 1998) och över 74 % (Portugal, behandlingsdata från Coimbra, 2000) (se figur 7 i kapitel 3, "Särskilda frågor – Smittsamma sjukdomar"). Detta tyder på att en omfattande HCV-spridning fortfarande sker i flera länder, även om en del studier ger vid handen att förebyggande åtgärder kan ha minskat överföringen (Storbritannien).

Efterfrågan och tillgången på narkotika



Narkotikarelaterade dödsfall och dödligheten bland missbrukare

Antalet akuta narkotikarelaterade dödsfall ("överdoser") används ibland som ett mycket förenklat mått på narkotikasituationen i ett land och för jämförelser mellan länder. Narkotikarelaterade dödsfall vållar oro bland medborgare och politiker, i synnerhet akuta dödsfall bland unga människor.

Kännetecken för akuta narkotikarelaterade dödsfall

Under de senaste fem åren (1994–1999) har totalantalet rapporterade fall i EU-länderna, på grundval av den information som finns tillgänglig, fluktuerat mellan 7 000 och 8 000. I EU är opiater fortfarande inblandade i de allra flesta akuta narkotikarelaterade dödsfallen – "överdoser" eller "förgiftningar" (10).

Det är vanligt att även andra ämnen förekommer, exempelvis alkohol, bensodiazepiner och kokain. Förekomsten av ämnen med lugnande inverkan som exempelvis alkohol eller bensodiazepiner anses vara en

riskfaktor för opiatöverdos. Akuta dödsfall där kokain, amfetamin eller ecstasy men inte någon opiat förekommer verkar vara sällsynta i Europa.

Vid många dödsfall med anknytning till opiater inträder döden upp till tre timmar efter konsumtionstillfället, vilket innebär att det finns tid för medicinska insatser. Dessutom finns det ofta andra missbrukare närvarande vid såväl dödliga som icke-dödliga överdoser, något som borde öka möjligheterna till sådana insatser ytterligare – förutsatt att missbrukarna vet hur och var de skall söka hjälp.

De flesta opiatrelaterade dödsfallen inträffar bland injektionsmissbrukare i åldern 25–40 år, oftast efter flera års missbruk. De allra flesta dödsfallen drabbar män. Liksom när det gäller klienter som påbörjar behandling kan en tydlig trend mot en allt högre medelålder observeras bland de opiatmissbrukare som avlider i många EU-länder (11).

Vissa kokainrelaterade dödsfall kan undgå registrering som sådana på grund av de drabbades sociala bakgrund

(10) Figur 10 OL: Andelen fall av missbruk av opiater och andra droger bland de narkotikarelaterade dödsfallen, validerade procentandelar baserade på fall med känd toxikologi (Internetversionen).

(11) Figur 11 OL: Andelen personer över 30 år bland de drabbade av narkotikarelaterade dödsfall i vissa EU-medlemsstater, 1986 och 1999 (Internetversionen).

Metoder och definitioner med anknytning till narkotikarelaterade dödsfall

I den här rapporten ligger fokus på akuta narkotikarelaterade dödsfall (överdoser) om inget annat sägs.

Direkta jämförelser mellan länder kan vara missvisande eftersom antalet narkotikarelaterade dödsfall beror inte bara på utbredningen av det problematiska narkotikamissbruket och förekomsten av riskbeteenden (som injektionsmissbruk) utan också på nationella definitioner och registreringsmetoder. Portugal tillämpar exempelvis en bred definition medan Sverige nyligen har övergått från en bred till en snävare definition (1).

Narkotikarelaterade dödsfall och dödligheten bland narkotikamissbrukare är en av ECNN:s fem huvudsakliga epidemiologiska indikatorer. Ett europeiskt standardförfarande har utvecklats för rapporteringen av fall från allmänna dödsfallsregister och från särskilda register – de rättsliga organens och polisens. Detta standardförfarande har prövats i alla medlemsstaterna, och aktivt samarbete sker med Eurostat och WHO (2).

Om definitionerna, metoderna och kvaliteten på rapporteringen bibehålls inom ett visst land kan man sammanställa statistik som visar olika trender och som – om den analyseras på ett korrekt sätt och kombineras med andra indikatorer – kan vara av nytta när det gäller att följa de mer extrema missbruksmönstren.

Dödsfall som har indirekt samband med narkotikamissbruk – dödsfall på grund av aids, trafikolyckor, våld eller självmord – bör också beaktas när man bedömer totaleffekten av missbruket, men för sådana uppgifter behövs andra källor och mer forskningsinriktade metoder.

(1) Ruta 1 OL: De definitioner av "akut narkotikarelaterat dödsfall" i de olika EU-medlemsstaterna som används i ECNN:s årsrapport och i de enskilda ländernas nationella rapporter (Internetversionen).

(2) Ruta 2 OL: ECNN:s föreslagna standard för beräkning av antalet akuta narkotikarelaterade dödsfall – DRD-standard, version 1 (Internetversionen).

eller på grund av att den kliniska bilden avviker från typiska överdosfall (till exempel ischemiska hjärtsjukdomar eller arytmier). Personalen inom akutvården bör vara medveten om den här möjligheten. Akuta dödsfall med anknytning enbart till ecstasy verkar vara sällsynta, trots den oro som sådana dödsfall orsakade bland allmänheten i mitten av 1990-talet i vissa europeiska länder.

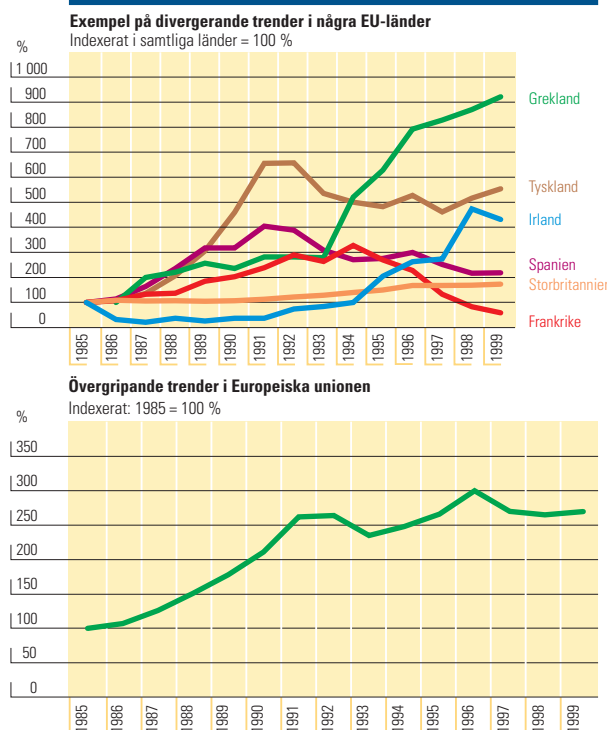
Metadon har påträffats i samband med ett antal narkotikarelaterade dödsfall och ämnets roll har diskuterats i flera europeiska länder. Eftersom substitutionsbehandling med metadon har blivit förhållandevis utbrett på senare år, har det också blivit vanligare att man gör toxikologiska fynd av metadon även hos narkotikamissbrukare som dör på grund av olyckor, aids osv. Ett litet antal lokala studier tyder på att en del akuta dödsfall kan ha orsakats av metadon som kommit ut på den illegala marknaden, eventuellt delvis på grund av att förskrivningen varit dåligt organiserad. I några länder har man också rekommenderat en förbättring av organisationen av programmen för metadonsubstitution. Trots dessa problem finns det forskning som visar att substitutionsbehandling minskar risken för narkotikarelaterad död för dem som deltar i programmen.

Trender för antalet akuta narkotikarelaterade dödsfall

I många EU-länder skedde en markant ökning av antalet akuta narkotikarelaterade dödsfall under andra hälften av 1980-talet och början av 1990-talet. På senare år har dock antalet akuta dödsfall stabiliserats i EU som helhet – på nivån 7 000–8 000 dödsfall per år – och i några länder har antalet till och med minskat.

Det finns antagligen flera orsaker till denna stabilisering av antalet narkotikarelaterade dödsfall. Antalet problemmissbrukare kan ha stabiliserats och behandlingsdata

Figur 10 Trender för antalet akuta narkotikarelaterade dödsfall i vissa EU-länder och i EU som helhet, 1985–1999



Anm.: Proportionella variationer i siffrorna för 1985. För Grekland inleddes serien 1986 för att undvika snedvridning.

Att det finns en stigande trend i vissa länder kan bero på att rapporteringen förbättrats. Det föreligger inte uppgifter från samtliga länder, men denna situation har kontrollerats i analysen.

Källa: Reitox nationella rapporter 2000, hämtade från nationella dödlighetsregister eller särskilda register (kriminaltekniska register eller polisregister). Se även de epidemiologiska standardtabellerna på ECNN:s webbplats.

Efterfrågan och tillgången på narkotika

tyder på att utbredningen av riskabla beteenden som injektionsmissbruk också har minskat i vissa länder. Dessutom har behandlingsinsatserna – inbegripet substitutionsprogrammen – utökats i många länder och det medicinska biståndet i samband med överdoser kan ha förbättrats.

Stabiliseringen är också förenlig med den minskning av den totala dödligheten (och i vissa fall även av överdödsfallen) i grupper av problemmissbrukare som beskrivs nedan (avsnittet om dödligheten bland missbrukare).

Inom ramen för den övergripande EU-trenden finns olika nationella trender:

- I flera länder är trenden allmänt nedåtgående även om det förekommer variationer från år till år – exempel på detta är Österrike, Frankrike, Tyskland, Luxemburg, Italien och Spanien. Rapporter om ökning på senare tid har kommit från Österrike (1999), Tyskland (1999–2000) och Luxemburg (1997–1998), men antalen når inte upp till de tidigare högre nivåerna. Denna utveckling måste följas noga.
- Vissa länder har rapporterat en kraftigt uppåtgående trend fram till nyligen – exempel på detta är Grekland, Irland (där dock en minskning observerades 1999) och Portugal. Dessa ökning har sannolikt att göra med att heroinmissbrukets utbredning skedde senare i dessa länder under nittioalet, vilket kanske kan förklaras av den sociala utvecklingen. Registreringspraxis kan också ha förbättrats. Den breda definition som tillämpas i Portugal kan vara en del av orsaken till den markanta ökning som nyligen observerats i landet.
- Storbritannien redovisar en svagt men konsekvent uppåtgående trend. I andra länder är trenden stabil, eller också är trenderna svåra att bedöma på grund av den nyligen gjorda ändringen i den internationella sjukdomsklassificeringen ICD (från nionde till tionde upplagan) eller ändringar i nationella definitioner.

Jämförelser mellan EU och USA med avseende på det uppskattade antalet narkotikarelaterade dödsfall bör göras och tolkas med mycket stor försiktighet. De aktuella europeiska definitionerna av narkotikarelaterade dödsfall är heterogena, och den amerikanska definitionen är något bredare – bland annat ingår dödsfall med anknytning till psykoaktiva läkemedel. Med dessa förbehåll är det värt att notera att antalet registrerade fall i EU-länderna (med

376 miljoner invånare) är grovt räknat hälften så stort som antalet registrerade fall i USA (med 270 miljoner invånare). På senare år har antalet fall i EU fluktuerat mellan 7 000 och 8 000, medan det verkar finnas en uppåtgående trend i USA – från omkring 13 000 till nästan 16 000 under samma period (ONDCP, The National Drug Control Strategy, 2001 Annual Report).

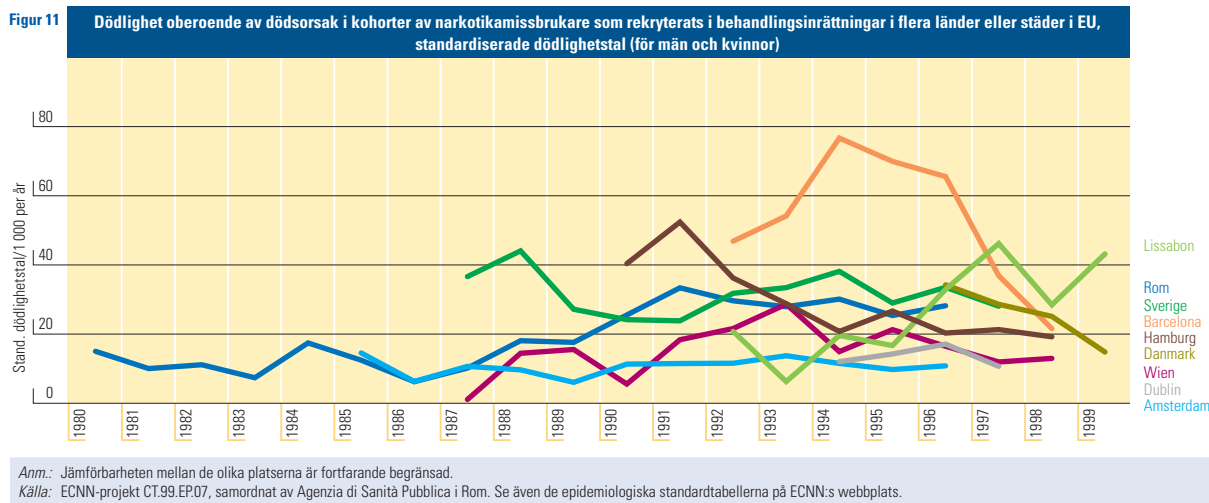
Dödligheten bland narkotikamissbrukare

Problemmissbrukarna utgör en mycket liten del av befolkningen, men de har oproportionerligt stora hälsoproblem och i synnerhet en mycket hög dödlighet.

Studier där man har följt grupper av problemmissbrukare (oftast opiatmissbrukare som rekryterats i behandlingsinrättningar) under flera år har konsekvent visat att opiatmissbrukare har en total dödlighet (samtliga dödsorsaker) som är upp till 20 gånger högre än för samma åldersgrupp i befolkningen i allmänhet. Detta beror inte bara på överdoser utan också på olyckor, självmord, aids och andra smittsamma sjukdomar. Även andra riskfaktorer har påträffats: injektionsmissbrukare har två till fyra gånger högre dödlighet än missbrukare som inte injicerar, och hiv-smittade missbrukare har två till sex gånger högre dödlighet än de som inte är smittade. Den som kombinerar opiater med andra lugnande ämnen som alkohol eller bensodiazepiner kan löpa större risk att drabbas av överdoser.

Dödligheten bland problemmissbrukare som inte använder opiater eller inte injicerar droger är tydligt lägre, även om hälsoriskerna för denna kategori är svårare att bedöma med precision. I allmänhet registreras relativt få personer med tungt kokain- eller amfetaminmissbruk av de traditionella inrättningarna för missbrukarvård, och en avsevärd del av dem som registreras förefaller vara före detta opiatmissbrukare, personer med ett parallellt opiatmissbruk, före detta injektionsmissbrukare eller socialt marginaliserade människor. Det kan tänkas att det behövs andra metoder och/eller källor för dessa kategorier av missbrukare än för traditionella opiatmissbrukare.

I en studie som genomförs på flera platser och samordnas av ECNN har kohorter upprättats på nio platser i Europa (städer eller länder), och man följer så långt som möjligt gemensamma förfaranden som utvecklats inom ramen för nyckelindikatorn "narkotikarelaterade dödsfall och dödligheten bland missbrukare". Studien visar på avsevärda skillnader mellan platserna i fråga om övergripande dödlighet och dödsorsaker.



Trender för dödligheten bland narkotikamisbrukare

Den ovannämnda ECNN-studien visar att dödligheten på flera platser nådde en topp i början eller mitten av 1990-talet men sedan har sjunkit (detta gäller Barcelona, Hamburg, Wien och möjligen Danmark – där det finns information bara för de senaste åren). I Barcelona var denna utveckling särskilt tydlig: dödligheten låg på över 50 dödsfall varje år per 1 000 missbrukare från 1992 till 1996 men föll sedan markant, vilket främst berodde på att antalet dödsfall i aids minskade men även på att överdosfallen blev färre.

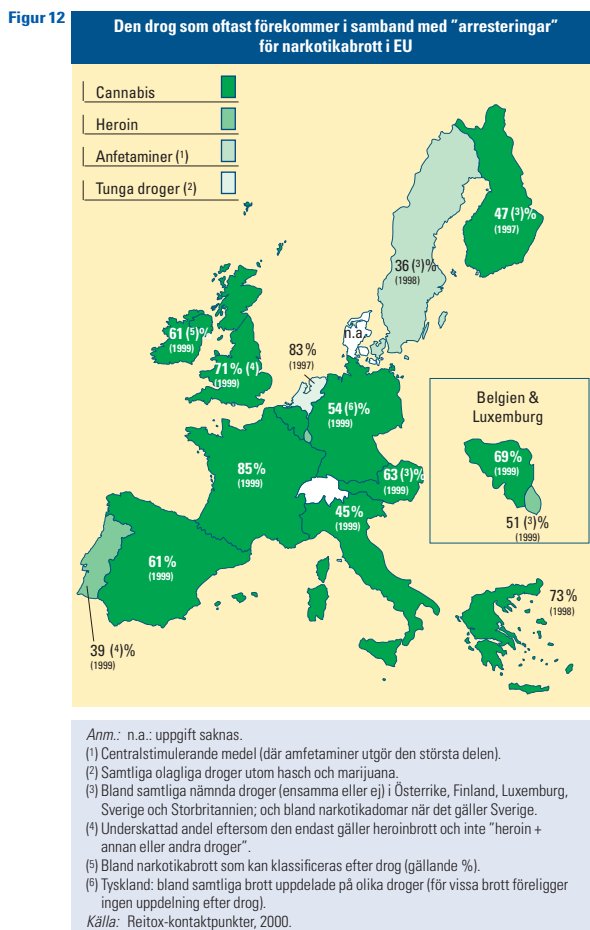
Indikatorer från kontrollorganen

Statistiken över brott mot nationell narkotikalagstiftning (exempelvis användning, innehav och handel) avspeglar skillnader mellan lagar och skillnader i fråga om kontrollorganens resurser och prioriteringar. Möjligheterna att göra jämförelser påverkas också av skillnader i registreringsrutiner och definitioner. Trots detta jämförs trender där så är möjligt.

”Arresteringar”⁽¹²⁾ för narkotikabrott

Cannabis är liksom 1999 den drog som oftast förekommer i samband med ”arresteringar” – cannabis står för 45 % av de narkotikarelaterade ”arresteringarna” i Italien och för 85 % i Frankrike. I Sverige förekommer amfetaminer något oftare än cannabis. I Portugal och Luxemburg dominerar heroin, och i Nederländerna gäller de flesta narkotikabrotten ”tung narkotika” (dvs. andra droger än cannabis och derivat därav).

Majoriteten av de rapporterade narkotikabrotten gäller användning eller innehav för användning, utom i Italien, Nederländerna och Spanien, där narkotikabrotten avser



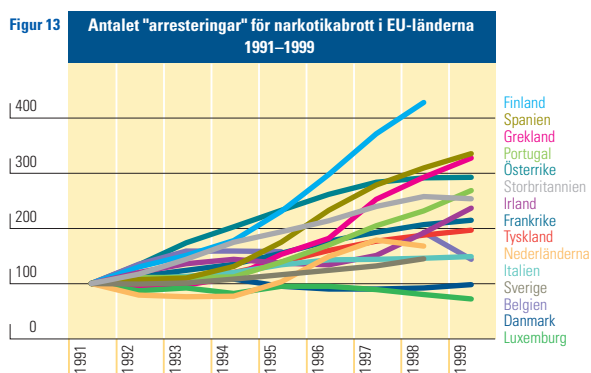
(12) ”Arresteringar” för narkotikabrott definieras på olika sätt i medlemsstaterna. Termen kan avse exempelvis personer som misstänks för brott eller väckta åtal för narkotikabrott. Exakta definitioner återfinns i ”Statistical Bulletin” på webbplatsen www.emcdda.org.

endast langning eller handel. Liksom tidigare år avsåg de flesta rapporterade "arresteringar" från Luxemburg 1999 brott som innefattade både användning och handel.

Trender

Antalet "arresteringar" för narkotikabrott har ökat stadigt sedan 1985 i EU som helhet. Antalet har ökat med över 600 % i Finland, Grekland och Portugal, medan ökningarna har varit mycket mindre i Danmark, Italien, Nederländerna och Sverige (100 % eller mindre).

Under de senaste tre åren har antalet narkotikarelaterade "arresteringar" ökat i de flesta av EU-länderna. De största ökningarna har skett i Grekland, Irland, Portugal och Spanien. År 1999 var Belgien och Storbritannien ensamma om att rapportera en minskning av antalet narkotikarelaterade "arresteringar" (13).



Anm.: För olika definitioner av "arresteringar", se kompletterande tabeller på www.emcdda.org. Reella värden har getts för samtliga länder 1999 och för Belgien, Finland, Nederländerna och Sverige 1998 eftersom de uppgifter som föreligger inte alltid medger att glidande medelvärden beräknas i dessa fall. Serien avbryts i Belgien 1996 och 1997 (uppgifter saknas). Grekland: siffran för 1998 rör ett antal påståenden om brottslig gärning. Källa: Reitox-kontaktpunkterna.

Narkotikamissbrukare i fängelserna

Andelen narkotikamissbrukare bland internerna i fängelserna uppskattas huvudsakligen med hjälp av ett antal ad hoc-studier som genomförts lokalt. Upp till 90 % av internerna uppger att de någon gång har använt en olaglig drog. Andelen problemmissbrukare och/eller injektionsmissbrukare är mindre, men på sina håll kan det ändå handla om upp till 50 % av internerna (14).

Från flera länder rapporteras om missbruk i fängelserna. Injektionsmissbrukare är mindre benägna att injicera när de sitter i fängelse än när de är ute i samhället, men å andra sidan är benägenheten att dela på injektionsutrustning större i fängelserna än utanför dem.

Indikatorer från narkotikamarknaden — beslag, pris och renhetsgrad

De uppgifter om beslag, pris och renhetsgrad som analyseras nedan kommer från Reitox-kontaktpunkterna. Där de avviker från de uppgifter som publicerats av Europol är orsaken skillnader i rapporteringsrutinerna (15).

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 narkotikasmugglarnas åtkomlighet för samhällets motåtgärder. Trender i fråga om beslagta mängder är mindre tillförlitliga eftersom enstaka stora beslag kan leda till kraftiga fluktuationer från år till år. Antalet beslag är normalt en bättre indikator på trender i missbrukarledet. Detta beror på att små beslag på detaljnivå står för en stor del av beslagen i alla länderna. Om det finns uppgifter om varifrån de beslagtagna drogerna kommer och vart de var på väg kan man få information om smugglingsrutiner och produktionsområden. Uppgifter om pris och renhetsgrad i missbrukarledet lämnas av de flesta medlemsstaterna, men det råder brist på data och det är därför inte möjligt att göra några exakta jämförelser. Däremot kan sådana uppgifter, vid sidan av information om drogtillgången för de enskilda missbrukarna, ge en allmän bild av hur lätt det är att få tag i olika droger.

15–16-åriga skolelevs tillgång till droger

Enligt ESPAD-skolundersökningarna verkar 15–16-åringarnas upplevda tillgång till droger ha blivit större mellan 1995 och 1999 i samtliga medverkande EU-länder (1) utom Irland och Storbritannien, där det har skett en minskning. År 1999 ansåg 20–60 % av eleverna att det var "mycket lätt" eller "ganska lätt" att få tag på cannabis. Motsvarande andel för heroin och kokain var 5–20 % och för amfetaminer och ecstasy 6–38 %. Generellt anser de finska eleverna att det är mycket svårt att få tag på olagliga droger, medan de irländska, danska och brittiska eleverna anser att det är ganska lätt.

(1) Deltagande EU-länder: Danmark, Finland, Frankrike, Grekland, Irland, Italien, Portugal, Sverige, Storbritannien.

Källa: 1999 års ESPAD-rapport. Se sidan 10 för fullständiga uppgifter.

(13) Tabell 3 OL: Antal "arresteringar" för narkotikabrott i EU-medlemsstaterna (Internetversionen).

(14) Tabell 4 OL: Andel drogmissbrukare bland fångar i EU-medlemsstaterna (Internetversionen).

(15) Tabell 5 OL: Narkotikabeslag i EU-länderna, 1999 (Internetversionen).

Heroin

År 1999 beslagtogs över sju ton heroin i EU, varav en tredjedel i Storbritannien. Det heroin som beslagtogs i EU kommer primärt från Gyllene halvmånen (Sydvästasien: Afghanistan och Pakistan) och sekundärt från Gyllene triangeln (Sydostasien: Myanmar, Laos och Thailand). Det kommer till EU via Turkiet, Balkanrutten och Nederländerna. Dessutom rapporteras om ökad smuggling via länder i nordöstra Europa, i synnerhet Ryssland.

I missbrukarledet varierade heroinpriset i EU mellan 30 och 340 euro per gram. De högsta priserna rapporteras från Finland och Sverige. Renhetsgraden för heroin ligger oftast mellan 20 % och 35 %, men Danmark, Finland och Storbritannien rapporterar en högre genomsnittlig renhetsgrad.

Spanien. I samtliga medlemsstater fluktuerade de beslagtagna mängderna under perioden. År 1999 noterades markanta minskningar av de beslagtagna heroinmängderna i Österrike, Frankrike, Grekland, Irland och Nederländerna, medan mängderna ökade betydligt i Italien och Spanien.

Heroinpriset i missbrukarledet är överlag stabilt, men i Luxemburg, Portugal, Sverige och Storbritannien har priset nyligen sjunkit. Renhetsgraden för heroin uppges vara stabil eller fallande i samtliga länder utom Tyskland och Storbritannien, där den har ökat på senare tid.

Kokain (16)

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, Spanien och Nederländerna.

Kokainpriset i missbrukarledet varierade 1999 mellan 35 och 170 euro per gram. De lägsta priserna återfinns i Belgien och Spanien, de högsta i Finland. Kokainets renhetsgrad är överlag hög – mellan 55 % och 70 % i flertalet länder, dock med undantag av Irland, där den genomsnittliga renhetsgraden 1999 var 41 %.

Trender

Totalantalet kokainbeslag i EU har stadigt ökat från mitten av 1980-talet men föreföll ha stabiliserats 1999. Under året ökade kokainbeslagen markant i Luxemburg och Sverige men minskade i Österrike, Belgien och Danmark.

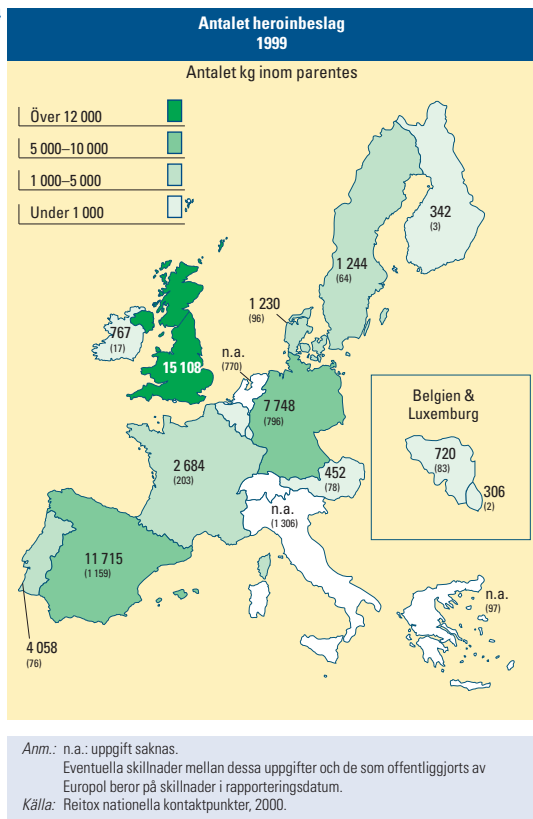
Efter ökning fram till 1990 stabiliserades mängderna beslagttaget kokain; från och med 1994 fluktuerade de kring en uppåtgående trend. På senare år har mängderna ökat i Frankrike och Sverige men minskat i Grekland, Irland och Luxemburg.

Kokainpriserna är stabila i de flesta länderna, men de sjunker i Luxemburg, Portugal och Storbritannien. Renhetsgraden är överlag stabil, även om den ökade i Storbritannien under 1999.

Syntetiska droger: amfetaminer, ecstasy och LSD (17)

I Finland och Sverige är amfetaminer den drog som näst oftast beslagtogs. Storbritannien svarar för huvuddelen av de beslagtagna mängderna amfetaminer, ecstasy och LSD i EU.

Figur 14



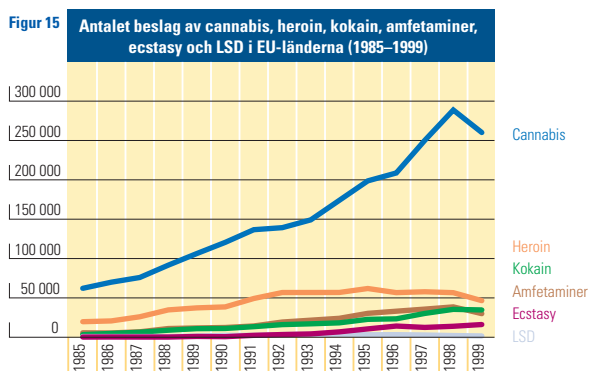
Trender

På EU-nivå ökade heroinbeslagen fram till 1991–1992 och stabiliserades därefter. Antalet heroinbeslag har ökat stadigt i Luxemburg, Portugal och Sverige sedan 1985, medan markanta minskningar har skett sedan 1996–1997 i Österrike, Belgien, Danmark, Frankrike, Tyskland och

(16) Figur 12 OL Antalet kokainbeslag 1999 (Internetversionen).

(17) Figur 13 OL Antalet amfetaminbeslag 1999 (Internetversionen).

Efterfrågan och tillgången på narkotika



Anm.: Uppgifter för Grekland saknas. För vissa andra länder finns endast uppgifter sedan 1988 (Danmark, Portugal), 1993–1996 (Finland) och 1997 (Nederländerna). Antalen beslag är underskattade 1999 eftersom det saknas uppgifter för Italien och Nederländerna. Cannabis, heroin och kokain: det saknas uppgifter för Italien och Nederländerna för 1999. Amfetaminer: det saknas uppgifter sedan 1998 för Österrike och Nederländerna, och för 1999 för Italien. 1998 och 1999 omfattar uppgifterna för Belgien även ecstasybeslag. Ecstasy: de flesta uppgiftsserierna inleds under första hälften av 1990-talet (utom Frankrike, Italien, Spanien, Storbritannien). Det saknas data för 1999 för Nederländerna och Italien. 1998 och 1999 omfattar uppgifterna för Belgien även amfetaminbeslag. Mellan 1985 och 1994 omfattar uppgifterna för Spanien även LSD-beslag.
Källa: Reitox-kontaktpunkterna.

Det finns en betydande lokal produktion av syntetiska droger i Nederländerna, och det finns uppgifter om produktion även i andra medlemsstater – Belgien och Storbritannien – och i Östeuropa (Tjeckien, Estland och Polen).

Priset på amfetaminer uppges ligga mellan 5 och 60 euro per gram, medan en ecstasypulver kostar mellan 5 och 25 euro. Syntetiska droger är förhållandevis billiga i Belgien och Storbritannien. Renhetsgraden för amfetamin varierar avsevärt – från 3 % i Irland till 55 % i Finland – men ligger oftast mellan 10 % och 20 % i EU. De tabletter som säljs under namnet "ecstasy" innehåller i 15–90 % av fallen ecstasy eller ecstasyliknande ämnen (MDMA, MDEA, MDA). I 6–22 % av tabletterna finns amfetaminer (eller metamfetaminer), och även ett stort antal andra psykoaktiva ämnen kan påträffas i ecstasypulver.

Trender

Amfetaminbeslagen – både antal och mängder – har ökat sedan 1985. År 1999 fortsatte antalet amfetaminbeslag att öka i Finland och Sverige, medan antalet var stabilt eller minskade i andra länder. De beslagtagna mängderna var som störst 1997–1998 i de flesta av medlemsstaterna.

Ecstasybeslagen ökade fram till 1996, stabiliserades därefter men ökade åter 1999 i alla länderna utom Belgien och Luxemburg. De beslagtagna ecstasymängderna följde samma uppgående trend från 1985, var därefter stabila från och med 1993, nådde sitt högsta värde 1996 och minskade 1997. Sedan dess har mängderna åter ökat i alla medlemsstater utom Österrike

och Irland. De största ökningarna skedde i Finland, Tyskland, Grekland, Portugal, Sverige och Storbritannien.

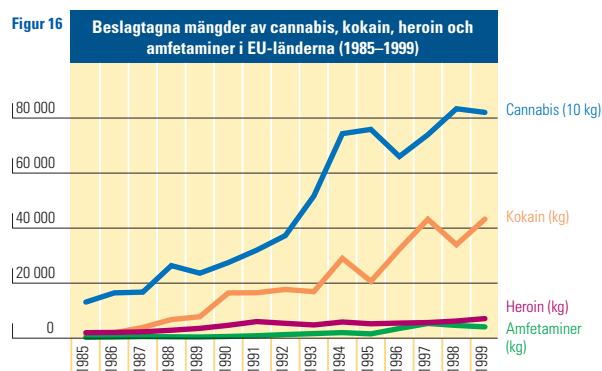
Det är mindre vanligt med LSD-beslag. Både antalet och mängderna ökade till och med 1993 men minskade därefter. År 1999 fortsatte de beslagtagna mängderna att minska i alla länderna utom Österrike, Grekland, Portugal och Storbritannien.

Efter avsevärda minskningar under 1990-talet har priserna på amfetaminer och ecstasy i EU stabiliserats. År 1999 kom det dock rapporter om sjunkande priser på ecstasy i Portugal och på amfetaminer i Sverige, samtidigt som priset på ecstasypulver i Grekland fördubblades. 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.

Cannabis

Cannabis är den drog som oftast tas i beslag i samtliga medlemsstater utom Portugal, där heroinbeslagen dominerar. Sedan 1996 har Spanien beslagtagit de största mängderna cannabis. Antalet beslag är större i Storbritannien, men de berörda kvantiteterna är i genomsnitt mindre (18).

Cannabishartset (haschet) kommer främst från Marocko via Spanien och Nederländerna, medan cannabisbladen (marijuan) kommer från Afghanistan, Pakistan och Libanon och från medlemsstaternas tidigare kolonier. Det finns uppgifter om lokal produktion i de flesta medlemsstaterna; mest betydande är odlingen av "nederwiet" (19) i Nederländerna.



Anm.: Vissa av de beslagtagna mängderna är underskattade eftersom uppgifter saknas. Amfetaminer: Uppgifter saknas för Österrike sedan 1998. Sedan 1996 omfattar uppgifterna för Belgien både beslag av amfetaminer och ecstasypulver (amfetamin- och ecstasypulver har inte tagits med här).
Källa: Reitox-kontaktpunkterna.

(18) Figur 14 OL Antalet cannabisbeslag 1999 (Internetversionen).

(19) Nederwiet: nederländska cannabisplantor som odlas lokalt i Nederländerna.

2001 Årsrapport över situationen på narkotikaområdet i Europeiska unionen

År 1999 varierade cannabispriset i missbrukarledet mellan 3 och 18 euro per gram hasch och mellan 3 och 12 euro per gram marijuana.

Halten av det psykoaktiva ämnet i hasch – delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) – ligger i genomsnitt mellan 3 % och 15 %; enstaka exempel på THC-halter så låga som 0 % och så höga som 70 % har dock rapporterats i EU. THC-halten i marijuana är överlag lägre – kring 2–7 %. "Nederwiet" ligger dock högre (i genomsnitt 8,6 %).

Trender

Antalet cannabisbeslag i EU har ökat stadigt sedan 1985. År 1999 fortsatte antalet att öka i alla länder utom Belgien, Danmark och Storbritannien, där det i stället minskade. De beslagtagna mängderna ökade i takt med antalet beslag, men stabiliserades mellan 1995 och 1997. Sedan dess har trenden varit uppåtgående i de flesta länderna, även om betydande minskningar skedde 1999 i Österrike, Belgien, Grekland och Storbritannien.

Priset på cannabis är överlag stabilt i EU, även om drogen sedan 1997 har blivit allt billigare i Portugal.

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.

Politiska åtgärder och strategier

På EU-nivå

EU:s handlingsplan mot narkotika (2000–2004)

I juni 2000, vid mötet i Santa Maria da Feira, ställde sig Europeiska rådet bakom EU:s handlingsplan mot narkotika, som är en konkret uppföljning av den europeiska strategin mot narkotika (2000–2004). I strategin anges elva allmänna mål och sex huvudmål för EU, och i handlingsplanen redovisas omkring hundra specifika åtgärder som EU skall vidta fram till 2004. De sex huvudmålen är följande:

- Att inom loppet av fem år avsevärt minska både narkotikamissbrukets omfattning och nyrekryteringen av missbrukare, i synnerhet bland ungdomar under 18 år.
- Att inom loppet av fem år avsevärt minska antalet nya fall av narkotikarelaterade hälsoskador (hiv, hepatit, tuberkulos osv.) och antalet narkotikarelaterade dödsfall.
- Att avsevärt öka antalet missbrukare som genomgått framgångsrik behandling.
- Att inom loppet av fem år göra det avsevärt svårare att få tag på olagliga droger.
- Att inom loppet av fem år avsevärt minska antalet narkotikarelaterade brott.
- Att inom loppet av fem år avsevärt minska omfattningen av penningtvätt och olaglig handel med prekursorer (ämnen som används vid narkotikaframställning).

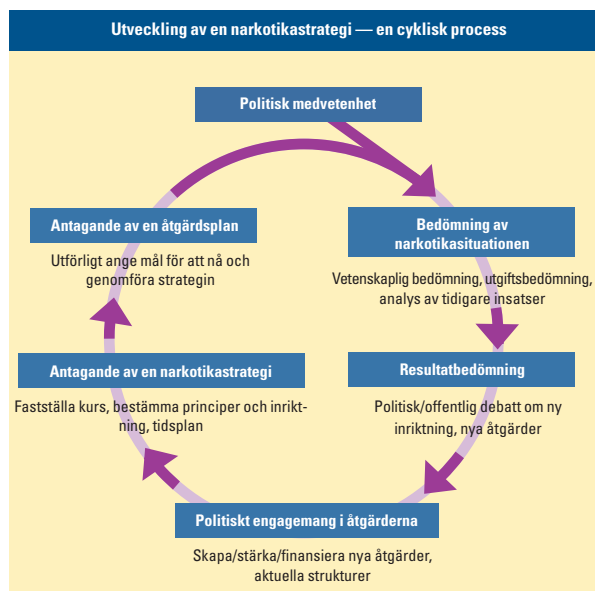
Handlingsplanen är inte något rättsligt bindande dokument, men den utgör ännu ett steg framåt i kampen mot narkotika i EU eftersom den visar att medlemsstaterna är fast beslutna att uppnå de mål som anges i strategin från 1999. Planen innehåller riktlinjer och ramar för insatserna. Dessutom betonas vikten av regelbunden utvärdering – som måste ske 2002, efter halva tiden, och i slutet av 2004, efter slutförandet.

I handlingsplanen ägnas särskild uppmärksamhet åt samordning och information, och planen återspeglar behovet av ett balanserat tillvägagångssätt där åtgärder för att minska såväl efterfrågan som tillgången på narkotika ömsesidigt stärker varandra. Dessutom framhålls vikten av att integrera kandidatländerna och därigenom ge konkret uttryck åt EU:s åtagande att hjälpa dessa länder hantera narkotikaproblemet på ett så verkningfullt sätt som möjligt.

På nationell nivå — EU-medlemsstaternas narkotikastrategier

Från medlemsstaterna rapporteras om en förhöjd aktivitetsnivå när det gäller översyn och revidering av narkotikapolitiken. Det finns skillnader i fråga om hur långt initiativen på det här området har kommit, hur omfattande de är och vad de konkret innebär, men de illustrerar ändå en tydlig trend mot förstärkning och förbättring av narkotikapolitiken. Detta förefaller bygga på en insikt hos alla berörda om att ingen enskild motåtgärd på egen hand kan lösa det mångfasetterade narkotikaproblemet – och en insikt om att mångfasetterade motåtgärder är värdefulla förutsatt att de ingår i en samordnad och långsiktig strategi.

Figur 17



Vetenskapliga bedömningar och regelbunden utvärdering anses nu allmänt vara nödvändiga komponenter i arbetet med att se över och revidera narkotikastrategierna. Ett tillvägagångssätt som används i flera medlemsstater illustreras i figur 17, som visar hur politikernas återigen ökande medvetenhet om narkotikaproblemet bidrar till en ständigt pågående cyklisk process med vetenskapliga bedömningar, utvärdering, politisk debatt, utformning av åtgärder, antagande av lagar och genomförande av dessa.

Arrangemang för samordning på narkotikaområdet

I EU:s handlingsplan mot narkotika (2000–2004) uppmanas medlemsstaterna att inrätta och förstärka nationella samordningsmekanismer och/eller att utse en nationell narkotikasamordnare, så att de kan följa en heltäckande, områdesövergripande, samlad och balanserad strategi i kampen mot narkotikaproblemet. Dessutom uppmanas

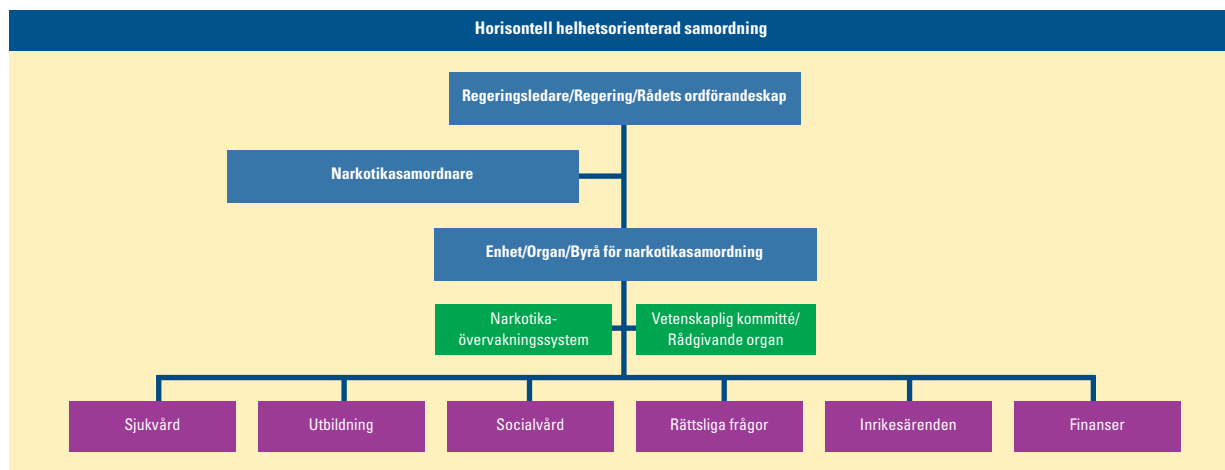
Figur 18

Översikt över nyare narkotikastrategiutveckling	
Antagen	1998–1999
Österrike	Wiener Drogenkonzept, 1999; Salzburg, handlingsplan
Frankrike	Fransk narkotikastrategi, 1999–2001
Nordirland	Drug strategy: Drug misuse in Northern Ireland: a policy statement, 1999
Norge	Handlingsplan för minskning av drogmissbruk 1998–2000
Portugal	Portugisisk narkotikapolitik, 2000
Skottland	Drug strategy: Tackling drugs in Scotland: action in partnership, 1999
Spanien	Spansk narkotikastrategi, 2000–2008
Storbritannien	Drug strategy: Tackling Drugs to Build a Better Britain, 1998–2008
Antagen	2000–2001
Österrike	Handlingsplaner: Styria, Nieder-Österreich
Belgien	Politisk not, 2001
Irland	Building on experience, Ireland's National Drug Strategy, 2001–2008
Luxemburg	Handlingsplan, 2000–2004
Portugal	Handlingsplan, 2000–2004
Skottland	Skottlands exekutiva handlingsplan 'Protecting our future', 2001
Wales	Tackling substance misuse in Wales: a partnership approach, 2001
Storbritannien	Nationell plan 2000/2001
Under arbete	2000–2001
Finland	Omprövning av principbeslutet för 2001–2003
Grekland	Parlamentarisk undersökning (samtliga partier) av narkotikapolitiska åtgärder, 2000
Sverige	En handlingsplan för narkotika kommer under 2001

ministerrådet att göra det möjligt för de nationellt ansvariga för narkotikafrågor att regelbundet träffas så att de kan utbyta information om utvecklingen i de enskilda medlemsstaterna och öka samarbetet ⁽²⁰⁾.

Det finns organ eller funktioner för samordning på narkotikaområdet i alla medlemsstaterna, även om skillnaderna i struktur och organisation är stora. För att skapa klarhet

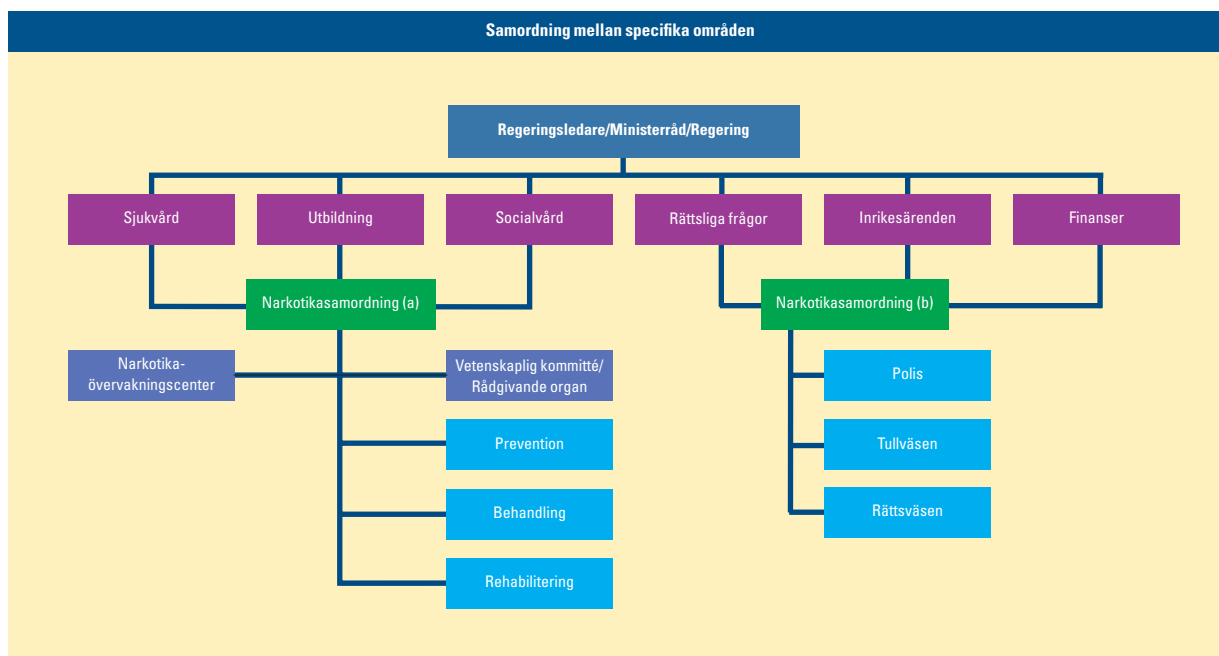
Figur 19



⁽²⁰⁾ Artikel 1.1.3 i EU:s handlingsplan mot narkotika 2000–2004, Cordroge 32 9283/00.

Motåtgärder mot narkotikamissbruk

Figur 20



om narkotikasamordningssystemen i Europa inledde ECNN år 2000 en preliminär genomgång, som kommer att slutföras 2002. Undersökningarna (som redovisas på <http://www.emcdda.org>) visar att man i en del medlemsstater tenderar att inrätta eller förstärka samordningsorgan på central nivå. I vissa medlemsstater (till exempel Frankrike, Portugal och Spanien) är alla frågor med anknytning till narkotika och narkotikamissbruk samlade hos ett enda organ med vittgående beslutsbefogenheter som är direkt underställt premiärministern (se figur 19).

I andra EU-länder (exempelvis Tyskland, Finland, Grekland, Italien och Storbritannien) sker samordningen på interministeriell nivå – utan att det finns något centralt samordnande organ – genom regelbundna kontakter och möten mellan de regeringsdepartement och andra organ som berörs av de olika aspekterna av narkotikaproblemet. Där den här modellen används tenderar ansvaret för narkotikasamordning att ligga på social- eller hälsodepartementet. Det kan även i den här modellen finnas en narkotikasamordnare, som i så fall ansvarar för hälso- och socialaspekterna men också måste samverka med de departement som är verksamma på andra narkotikarelaterade områden (se figur 20).

Lagstiftning och åtal

ECNN har åtagit sig att följa viktigare trender och förändringar när det gäller narkotikalagstiftningen. En databas med EU-narkotikalagar, lagkommentarer och jämförande studier finns på webbadressen <http://eldd.emcdda.org>.

Bland den senare tidens mer betydelsefulla utveckling märks att man i Portugal från och med den 1 juli 2001 inte längre kommer att tillämpa straffrättsliga sanktioner på privat bruk av olagliga ämnen (lag 30/2000, antagen i november 2000). I stället kommer särskilda kommissioner att hänvisa lagöverträdarna till behandling eller rådgivning. Sedan maj 2001 bestraffas bruk och innehav av cannabis i Luxemburg enbart med penningböter (enligt lagen av den 27 april 2001). Den belgiska regeringen har för avsikt att utfärda en förordning som innebär att "icke-problematiserande" användning av cannabis inte längre skall vara straffbar.

I flera rapporter sägs att enskildas narkotikaanvändning och innehav för personligt bruk av olagliga droger inte tillhör de högst prioriterade frågorna för kontrollorganen i Europa: grövre brott och narkotikahandel är det man oftast väcker åtal för när det gäller narkotikarelaterad brottslighet. De nya åtgärder i riktning mot avkriminalisering av användningsbrotten eller åtalsunderlåtelse för dessa brott som vidtagits i vissa medlemsstater förefaller bekräfta den tendensen. En ny studie av benägenheten att väcka åtal för narkotikarelaterade brott som ECNN lät göra år 2000 visade också att ärenden som rör innehav eller användning av små mängder narkotika i privata sammanhang ofta läggs ned innan de kommer till domstolarna. Däremot är åklagarna och domstolarna mindre benägna att avstå från att vidta åtgärder när det rör sig om innehav och användning på offentlig plats, narkotikaförsäljning av missbrukare eller tillgreppsbrott med anknytning till narkotikamissbruk.

2001 Årsrapport över situationen på narkotikaområdet i Europeiska unionen

En särskild narkotikadomstol inrättades i Dublin i januari 2001. Syftet är att rehabilitera missbrukande brottslingar och att ta itu med den narkotikarelaterade brottsligheten. Domstolen – som påminner om narkotikadomstolarna i Kanada, Australien och USA – leds av en domare som är specialist på narkotikafrågor och handlägger enbart fall med icke-våldsamma missbrukande brottslingar, vilka erbjuds övervakad behandling och rehabilitering i stället för fängelse. Regionledningen för Skottland har också beslutat att inrätta en narkotikadomstol i slutet av 2001, och i England pågår ett antal liknande initiativ på försök.

En ändring av den federala lagen i Österrike som trädde i kraft den 8 april 2001 innebär att gränsvärdet för en "stor mängd" minskas från 5 till 3 gram. Detta kommer att påverka gränsdragningen mellan lindrigare brott (köp samt innehav av små mängder) och grövre brott (framställning samt innehav av stora mängder). Man har dessutom diskuterat den rättsliga ställningen för användning av cannabis för medicinska ändamål.

I Tyskland innebär en ändring av den federala narkotikalagen att en grundläggande ram skapas som ger varje delstat rätten att själv bestämma minimikrav för inrättande av "användarrum" (dvs. rum där injektionsmissbrukare kan använda droger under hygieniska förhållanden). Detta ger delstaterna möjlighet att bestämma om de skall tillåta användarrum. Genom lagen skapas också ett centralt register över substitutionsbehandling, och det införs krav på särskild utbildning för de läkare som ger sådan behandling. I Portugal överväger man efter offentlig debatt att utfärda en förordning som reglerar inrättandet av "användarrum". I Luxemburg ger lag 27 från april 2001 den rättsliga grunden för inrättandet av användarrum.

När det gäller konfiskering av olagligen förvärvad egendom med anknytning till narkotikabrottslighet har man i Storbritannien utarbetat ett lagförslag som innebär att en särskild myndighet inrättas tillsammans med ett civilrättsligt system som gör det enklare att ta ifrån brottslingar olagligen förvärvade tillgångar. I Finland har regeringen lagt fram en proposition för riksdagen om konfiskering av intäkterna från narkotikarelaterad brottslighet i fall där det finns misstankar om olagligt ursprung – så kallad omvänd bevisbörda. I Irland har brottslingarna sedan 1996, då myndigheten för konfiskering av olagligen förvärvade tillgångar inrättades genom en lag ⁽²¹⁾, varit tvungna att bevisa att de har förvärvat sina tillgångar på laglig väg. I Spanien har man inom ramen för den nationella narkotikaplanen fördelat konfiskerade olagliga intäkter under fem års tid. Över 4,5 miljoner euro från beslagtagna olagliga tillgångar (båtar, bilar, kontanter) "återbördades" enbart under 2000 till kampen mot narkotika – 1 543 137 euro till åtgärder mot narkotikahandel och 2 978 014 till program för prevention och rehabilitering.

Statsmakternas utgifter med anknytning till narkotika

Inom ramen för övervakningen av åtgärderna mot narkotikaproblemet i medlemsstaterna genomfördes under 2000 ett omfattande forskningsarbete i fråga om insamling, analys och skattning av information om statsmakternas utgifter med anknytning till narkotika. För varje land beräknades de sammanlagda utgifterna, både inom vårdsektorn och inom kontrollorganen, genom mätning av direkta kostnader (utgifter som uttryckligen avser narkotika) och indirekta kostnader (utgifter som uppstått till följd av narkotikaproblemet i allmänna inrättningar såsom fängelser).

Figur 21

Klassificering av begrepp inom det efterfrågeminnskande arbetet			
Mål			
Arena	Prevention	Behandling	Skadereducerande insatser
Tvång ("Du måste stanna hos oss")		Behandling i fängelserna ⁽¹⁾ Alternativ till fängelser Tvångsvård	Skadereducerande insatser i fängelserna ⁽¹⁾
Bestämda arenor/platser ("Du är här hos oss")	Skolor ⁽¹⁾	Slutenvård och behandlingshem	
Bestämda lokaler ("Kom till oss")	Ungdomscentrer	Öppenvård Primärvård	Lågtröskelvård ⁽¹⁾
Rörligt ("Vi söker efter dig")	Uppsökande arbete Lokal mobilisering ⁽¹⁾		Uppsökande arbete ⁽¹⁾
Media ("Du får vara anonym")	Internet, massmedia ⁽¹⁾ Tidiga hälsoinsatser ⁽¹⁾		Hjälptelefoner Tidiga hälsoinsatser ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Anger att begreppen finns i rapporten.

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

Trots ett antal skillnader framträder en liknande strategi i alla EU-medlemsstaterna när det gäller fördelningen av resurser på narkotikaområdet. Överlag satsas 70–75 % av resurserna på upprätthållande av lagen (kontrollpolitik) medan resten läggs på sjukvård.

Specifika motåtgärder

Åtgärder för att minska efterfrågan på narkotika

I det här avsnittet beskrivs en rad insatser som har olika mål och sker i olika sammanhang. En översikt över sammanhang och tillvägagångssätt inom arbetet med att minska efterfrågan visas i figur 21.

Förebyggande åtgärder

Förebyggande arbete i skolor

Förebyggande arbete mot narkotika i skolorna är och förblir en prioriterad fråga i alla medlemsstaterna. Det finns gott om anvisningar för hur lärare och andra kan bedriva det förebyggande arbetet, och det kan vara nödvändigt att göra en genomgång av utbudet på marknaden med syftet att ta reda på vilket material som är bäst lämpat (något som har gjorts i Tyskland). I de flesta läroplaner är narkotikapreventionen en del av det allmänna hälsofrämjande arbetet. Kamratgruppsstrategier (dvs. där elever utbildar varandra) anses ha vissa fördelar, trots att de är svåra att etablera och vidmakthålla. Engagemang från föräldrarna anses vara en nödvändig förutsättning.

Polisen visar allt större intresse för att medverka i den primära narkotikapreventionen i skolorna (detta gäller i Belgien, Frankrike, Nederländerna, Österrike och Sverige), men det har diskuterats om polisen verkligen har den pedagogiska kompetensen för den här typen av arbete.

Skolelever använder droger (se kapitel 1, Narkotikamissbruk bland skolelever), och de befinner sig i riskzonen. Detta faktum förnekades tidigare av många skolor, som inte ville riskera att få dåligt rykte. I allt större utsträckning – i Spanien, Frankrike, Luxemburg, Nederländerna, Österrike och Storbritannien – utarbetar man strategier för hur varje enskild skola skall kunna utveckla sin egen policy när det gäller förebyggande av riskbeteenden, tidiga insatser och hjälp att komma i kontakt med missbrukarvården. Särskild uppmärksamhet ägnas åt de ungdomar som hoppar av skolan eller blir relegerade. I Spanien gör man standardiserade insatser gentemot dessa ungdomar, och i Storbritannien har 95 % av skolorna en strategi i fråga om narkotikarelaterade incidenter.

Mobilisering av eleverna i det förebyggande arbetet

På begäran av det franska utbildningsdepartementet gjordes en utvärdering av de skolor som medverkade i pilotprogrammet "Les élèves acteurs de prévention". Inom programmet fick eleverna råd om hur de kunde organisera kampanjer och förmedla kunskaper i de berörda frågorna till sina skolkamrater. Att eleverna var med och organiserade programmet gjorde att de fick positiva reaktioner från sina jämnåriga kamrater. Experimentet blev framgångsrikt på hälften av de medverkande skolorna, och även på de skolor där framgångarna uteblev visade eleverna stort intresse för programmet. Dess inverkan på stämningen och livskvaliteten i skolorna var mycket positiv, i såväl elevernas som utomstående personers ögon.

Förebyggande arbete i närsamhället

Det förebyggande arbetet i närsamhället har utökats på senare år och uppträder i olika skepnader. Från samtliga medlemsstater kommer rapporter om olika former av utbildning för föräldrar i lokalsamhällena. I Spanien deltog exempelvis 25 000 familjer i "escuelas de padres" år 1999, och i Frankrike finns det 75 särskilda rådgivningscentrum där ungdomar kan få hjälp med känslomässiga, familjerelaterade och sociala problem. I de nordiska länderna nattvandrar grupper av föräldrar under helgerna på gatorna i städerna, så att de kan ge ungdomarna stöd. I Danmark deltar 1 300 föräldrar.

Idrottsföreningarna har nu en mer framträdande roll inom narkotikapreventionen än vad de hade tidigare i många länder, bland annat Belgien, Tyskland, Grekland, Spanien, Frankrike, Italien och Storbritannien. I Tyskland har idrottsföreningarna och narkotikapreventionen samarbetat sedan 1994, och år 2000 fick ytterligare 2 500 ungdomsidrottsledare utbildning i narkotikafrågor. En konferens om missbruksprevention i idrottsföreningar anordnades i Potsdam i Tyskland i mars 2000. Huvudtemat var kvaliteten på det förebyggande arbetet i föreningarna och förhållandet mellan narkotikamissbruk och föreningarnas ritualer och kultur.

Samordning mellan aktörer är en nödvändig förutsättning för framgång. I Danmark, Grekland, Finland, Frankrike, Irland, Italien, Portugal, Sverige och Storbritannien har överenskommelser inom ramen för lokala eller regionala myndigheter om strategier för narkotikapreventionen börjat tillämpas eller är under utveckling över hela landet.

Behandling

Drogfri behandling

För närvarande är föga känt om tillgången på drogfri behandling i olika delar av EU. Drogfri behandling förefaller dock dominera behandlingsutbudet i Finland, Grekland, Norge och Sverige. Tendensen i dessa länder är att man har kortare behandlingsperioder på 3–6 månader i stället för 1–2 år, även om den genomsnittliga behandlingstiden i Grekland är 12 månader. En metaanalys som nyligen gjordes i Tyskland och omfattade flera europeiska länder gav vid handen att det finns ett samband mellan lång behandlingstid och goda behandlingsresultat. Trots detta finns det fortfarande ett behov av att förbättra utvärderingen av olika behandlingsalternativ.

Personanpassade insatser (intensiva, skraddarsyddna insatser av lågtröskeltyp) görs i allt större utsträckning för att hjälpa missbrukarna att hitta rätt väg genom behandlingsnätverken, bland annat i Belgien, Tyskland och Nederländerna. Resultaten av fem nederländska studier av personer med dubbel diagnos (både missbruk och psykiska problem) visar att sådana insatser i någon mån inverkar positivt både på hur nöjda patienterna är med behandlingen och på deras droganvändning, deras psykiska symptom, deras sociala kompetens och deras utnyttjande av vården.

Från Nederländerna redovisas en något negativ bild av en svår målgrupp som inte ändrar sitt missbruksbeteende ens

Utvärdering av olika behandlingstyper

I Norge pågår ett projekt för utvärdering av olika typer av missbruksbehandling där man försöker ta reda på om vissa behandlingar ger bättre resultat än andra och vilka klienter som svarar bäst på vilka typer av behandling. Eftersom missbrukare ofta prövar flera olika behandlingar utgår man i studien från att varje ny behandling bygger vidare på resultaten av de tidigare – hypotesen är alltså att de resurser som satsas inte går till spillo.

efter flera behandlingsförsök. Man har inrättat särskilda centrum för motivering av slutenvårdspatienter som är tänkta att ge missbrukarna möjlighet att återhämta sig och hjälpa dem att förbättra sin sociala kompetens och att strukturera sitt vardagsliv så att de får större motivation att söka sig till den reguljära vården. Hela 60 % av missbrukarna hoppar emellertid av från dessa centrum, och den slutsats som man har dragit är att det inte går att ge verkningsfull hjälp till missbrukare som saknar motivation.

Substitutionsbehandling

Substitutionsbehandlingen i EU har byggts ut i måttlig takt under de senaste åren. I Grekland, Finland, Norge och Sverige har man nyligen underlättat tillgången till substitutionsbehandling, främst med metadon. Buprenorfin, som är det dominerande substitutionsämnet i Frankrike,

Tabell 1

	Substitutionsbehandling bland problemmissbrukare		
	Skattad utbredning av problematiskt drogmissbruk ⁽¹⁾	Skattat antal klienter i substitutionsbehandling	Substitutionsbehandling (täckning) ⁽²⁾ (%)
Belgien	20 200	7 000 (1996)	35 ⁽³⁾
Danmark	12 752–15 248	4 398 (4 298 metadon + 100 buprenorfin)(1 januari 1999) ⁽⁴⁾	27–34
Tyskland	80 000–152 000	50 000 (2001) ⁽⁴⁾	33–63
Grekland	n.a.	966 (1 januari 2000) ⁽⁴⁾	
Spanien	83 972–177 756	72 236 som får metadon (1999)	41–86
Frankrike	142 000–176 000	71 260 (62 900 som får buprenorfin och 8 360 som får metadon)(december 1999) ⁽⁴⁾	40–50
Irland	4 694–14 804	5 032 (31 december 2000) ⁽⁴⁾	34–100 ⁽⁵⁾
Italien	277 000–303 000	80 459 (1999) ⁽⁴⁾	27–29
Luxemburg	1 900–2 220	864 (164 i det officiella programmet och +/- 700 med läkarförskrivning av mephenon (metadon i pillerform) (2000)) ⁽⁴⁾	38–45
Nederländerna	25 000–29 000	11 676 (1997)	40–47
Norge	9 000–13 000	1 100 (2001)	8–12
Österrike	15 984–18 731	4 232 (1 januari 2000) ⁽⁴⁾	23–26
Portugal	18 450–86 800	6 040 (1 januari 2000)	7–33
Finland	1 800–2 700 ⁽⁶⁾	240 (170 buprenorfin och 70 metadon)	9–13
Sverige	1 700–3 350 ⁽⁶⁾	621 (31 maj 2000) ⁽⁴⁾	19–37
Storbritannien	88 900–341 423	19 630	6–22

Anm.: n.a. uppgift saknas.

⁽¹⁾ För ytterligare uppgifter om nationell prevalens och problematiskt narkotikamissbruk se kapitel 1 – Narkotikamissbruk och onlinetabell 10L på www.emcdda.org.

⁽²⁾ Skattad andel problemmissbrukare i substitutionsbehandling.

⁽³⁾ Prevalenssiffran omfattar endast injektionsmissbrukare, vilket kan leda till ett överskattat substitutionstal.

⁽⁴⁾ Uppgifterna är hämtade direkt från den nationella kontaktpunkten.

⁽⁵⁾ En täckningskvot på 100 % för substitutionsbehandling förefaller osannolik, vilket tyder på att siffran 4 694 (1 195) kan vara lägre än den aktuella prevalensen.

⁽⁶⁾ Opiatmissbrukare.

har införts även i Belgien, Danmark, Finland (för avgiftning), Tyskland, Italien, Luxemburg, Norge, Portugal, Österrike och Storbritannien, och LAAM skrivs numera ut i Danmark, Spanien och Portugal. I Nederländerna pågår studier av snabbavgiftning med naltrexon som medicinsk behandling – eventuellt ett möjligt alternativ till andra behandlingar. Naltrexon har använts i Portugal under de senaste tio åren.

Heroin förskrivs fortfarande i utvalda fall i Storbritannien. Heroinförskrivning på försök för behandling av svårbehandlade kroniska narkotikamissbrukare förekommer i Nederländerna inom ramen för vetenskapliga experiment, och ett försök med heroinförskrivning kommer att påbörjas i Tyskland 2001. Även i Luxemburg överväger man ett försök med heroin, som eventuellt inleds 2002. Experterna är ense om att heroinförskrivning bör vara ett sistahandsalternativ som tas till då alla andra behandlingsalternativ har prövats utan framgång. Heroinförskrivning medför en tung börda för klienterna; tvånget att komma till behandlingscentrumet två eller tre gånger om dagen är en störande faktor för dem. Trots detta finns det tecken på att heroinförskrivning är en verkningsfull metod för särskilt utsatta missbrukare i bemärkelsen minskad brottslighet, förbättrad hälsa och ökad integration i samhället.

Åtgärder för att minska skadeverkningarna

Uppsökande arbete

Att få en fullständig bild av det uppsökande arbetet (dvs. där man tar kontakt med missbrukarna i deras egen miljö) i EU är ingen lätt uppgift eftersom många insatser görs lokalt av icke-statliga organisationer och inom ramen för strukturer som ofta är ganska komplexa.

Det uppsökande arbetet har sin grund dels i traditionellt arbete med ungdomar (med syftet att få missbrukare att söka behandling), dels i en oro för folkhälsan (särskilt strävan att förebygga smittsamma sjukdomar). Det uppsökande arbetet kan innefatta socialt arbete bland missbrukare, sprututbytesprogram, lågtröskelinsatser och/eller särskilda insatser för etniska minoriteter, prostituerade och andra grupper som är svåra att nå. Uppsökande insatser gentemot problemmissbrukare som inte befinner sig i traditionella vårdinrättningar görs i alla medlemsstaterna. Projekt där missbrukarna stöder varandra har organiserats i Danmark, Frankrike, Nederländerna, Österrike och Storbritannien som ett sätt att tillgodose missbrukarnas behov.

Det uppsökande arbetet växer i omfattning i de flesta medlemsstaterna. I Sverige var omfattningen dock större för 10–15 år sedan, och en ny studie visar att resursnedskärningarna har medfört att många missbrukare nu inte längre nås av uppsökande insatser. Bland nyheterna på området märks insatser som riktar sig till

Projekt för uppsökande insatser gentemot hemlösa kvinnor

I Sverige startade socialtjänsten i Stockholm år 2000 ett projekt för uppsökande arbete vars målgrupp är hemlösa kvinnor – varav många har inga eller nästan inga kontakter med de sociala myndigheterna. Ett av syftena är att ge kvinnorna motivation att öka dessa kontakter genom att till en början erbjuda dem grundläggande medicinsk hjälp. Projektet är förebildligt i så måtto att det är ett samarbete mellan socialtjänsten, frivilligorganisationer och sjukvården.

nordafrikanska missbrukare i Nederländerna och särskilda insatser för kvinnliga missbrukare i Danmark, Norge, Österrike och Sverige.

En typ av uppsökande arbete som finns i Frankrike, Nederländerna, Österrike och Spanien är testning av tabletter på plats vid danstillställningar. Detta lockar besökarna eftersom dessa ständigt oroar sig för vad tabletterna egentligen innehåller. De flesta projekten erbjuder också upplysningssamtal, sprider kunskap om hur man kan minska skadeverkningarna och gör insatser i krissituationer. En ny ECNN-studie ("An inventory of on-site pill testing interventions in the EU", ECNN 2001) tyder på att testning av tabletter kan vara ett verkningsfullt sätt att varna för oväntade och farliga effekter av partydroger.

Lågtröskelinsatser

Lågtröskelinsatserna ökar i omfattning i de flesta medlemsstaterna. "Användarrum" – dvs. särskilda rum där injektionsmissbrukare kan injicera under hygieniska och säkra förhållanden – legaliserades i Tyskland i februari 2000, och ett användarrum skapades som pilotprojekt i Madrid i Spanien samma år. I Nederländerna har sådana rum funnits i flera år; där kan även heroinrökare och kokain- och crackmissbrukare utnyttja rummen. Liknande initiativ diskuteras i Österrike, Luxemburg och Portugal. I Danmark diskuterades det också att införa injektionsrum i anslutning till befintliga lågtröskelinsatser, men hälsoministeriet beslutade att lägga initiativet på is med anledning av internationella överenskommelser på området.

Tidiga hälsovårdsinsatser i fråga om nya syntetiska droger

Man har börjat vidta åtgärder för att undvika hälsoproblem som kan uppstå med anknytning till konsumtion av syntetiska ämnen som missbrukarna själva inte kan identifiera. Eftersom dessa personer inte själva söker kontakt med behandlings- och rådgivningsorganen handlar det om okända ämnen som konsumeras av okända personer. Åtgärderna är antingen strukturella insatser som exempelvis anordnande av säkra rave-fester (utbildning av personalen

och tillhandahållande av vatten och "chill out"-rum där festdeltagarna kan varva ned) eller upplysning om partydroger genom massmediekampanjer, interaktiva webbplatser och cd-rom-skivor eller genom specifik information om resultaten av testning av tabletter (på plats eller i laboratorium) som lämnas på Internet eller i särskilda tidskrifter. Insatserna har således ibland samband med uppsökande insatser som testning av tabletter på plats.

I Danmark, Spanien, Irland, Italien och Nederländerna uppsöker de lokala myndigheterna de platser där ungdomarna brukar tillbringa fritiden (exempelvis nattklubbar, barer och diskotek) och erbjuder dem som arbetar där utbildning och stöd som ökar deras möjligheter att hantera narkotikarelaterade händelser på ett lämpligt sätt.

Från Luxemburg rapporteras att man satsar på "realtidsovervakning" av ungdomarnas nöjesmiljö. Efter utvärdering har spelpaketet "Ecstasy" tillämpats på olika ungdomsmiljöer och arbetats in i lämpliga kurser i skolorna. Spelet uppmuntrar ungdomarna att diskutera, dela med sig av sina erfarenheter och hitta alternativ till narkotikamissbruk, särskilt när det gäller syntetiska droger. Den gruppdynamik som spelet stimulerar gör det möjligt att ta upp frågor som ungdomarna bör göras medvetna om. Utvärderingen tyder på att det är lämpligt att öka de kreativa och handlingsinriktade inslagen i spelet.

På Internet finns enorma mängder information av alla de slag om narkotika, med alla åsiktsinriktningar representerade. Det finns dock inga möjligheter att styra kvaliteten

Utbildning för nattklubbpersonal

I Irland får de som arbetar på nattklubbar utbildning och stöd så att de kan hantera narkotikarelaterade händelser på klubbarna på ett lämpligare sätt. De två första etapperna inom projektet innebär att utbildningsprogram anordnas för dem som äger eller driver klubbarna och för dörrvakerna. Utbildningen inriktas främst på att öka dessa personers kunskaper om narkotika, ta reda på deras attityder till narkotika och gå igenom olika rättsliga, hälsorelaterade och säkerhetsmässiga aspekter. I den tredje etappen sprider man korrekt information om narkotika till unga nattklubbbesökare genom att dela ut ett häfte i kreditkortsstorlek ("Vital Information Pack" eller "VIP") till ungdomar på ett antal platser, bland annat högskolor och nattklubbar. Som en fjärde etapp kommer man att anordna en heldagskonferens för att få musik- och dansindustrins stöd för utveckling av godtagbara regler för danslokaler. Den sista etappen går ut på att standardisera utbildningen av dörrvakter och erbjuda sådan utbildning i modulform.

Domstolsföreläggande om behandling och testning i Storbritannien

Den brittiska regeringen har inrättat program för domstolsförelägganden om behandling och testning (DTTO) som ger domstolarna möjlighet att tvinga brottslingar att genomgå behandling antingen som alternativ till fängelse eller som straff i sig. Införandet av DTTO väntas medföra att omkring 3 425 förelägganden utfärdas fram till och med år 2001. Som jämförelse kan nämnas att omkring 120 000 personer dömdes för narkotikabrott 1999. Olika organ för rådgivning om narkotikaprevention kommer att samarbeta med övervakarna och ge stöd på fältet i samband med att DTTO genomförs på nationell nivå: man kommer att sprida information om de konkreta resultaten av pilotprogrammen och hjälpa de lokala narkotikahandlingsgrupperna att utveckla lämpliga arrangemang när det gäller faciliteter.

på informationen. De flesta statliga och icke-statliga organisationer på preventionsområdet har eller planerar egna webbplatser, främst med information men också med interaktiva funktioner. Exempel är den italienska "Io non calo la mia vita" (<http://www.iononcalo.it>), den svenska "Drugsmart" (<http://www.drugsmart.com>) och sökfunktionen för information om narkotika (<http://www.drugscope.org.uk>), som tillhandahålls av DrugScope i Storbritannien. Från Finland rapporteras om ett nyskapande initiativ där man erbjuds möjlighet att anonymt göra ett rådgivnings- och självbedömningstest på nätet (<http://www.a-klinikka.fi/plimenu1.htm>). ECNN:s ständigt växande databas EDDRA (<http://www.emcdda.org>) ger hänvisningar till över 250 utvärderade projekt på området efterfrågeminskning.

Minskning av den narkotikarelaterade brottsligheten

Åtgärder för att förebygga narkotikarelaterad brottslighet

I alla medlemsstaterna finns det möjlighet att döma till vård i stället för straff på vissa villkor, exempelvis att brottet är förhållandevis lindrigt eller brottslingen förhållandevis ung. Vård i stället för straff anses göra de berörda mindre benägna att begå brott längre fram, men det finns sällan utvärderingar som styrker detta.

Narkotikamissbrukare utgör fortfarande ett stort problem i det straffrättsliga systemet – upp till 50 % av internerna i fängelserna har narkotikarelaterade problem. Med tanke på att många tillbringar relativt kort tid i fängelse uppskattar man att mellan 180 000 och 600 000 missbrukare varje år passerar genom systemet i EU. Andelen narkotikamissbrukare beror på typen av fängelse: missbrukarna är förhållandevis fler i stora fängelser och i fängelser där

Motåtgärder mot narkotikamissbruk

Tabell 2

	Hjälp till narkotikamissbrukare i fängelserna i EU		
	Drogfri behandling i fängelserna	Substitutionsbehandling i fängelserna	Skadereducerande insatser i fängelserna
Belgien	Ja, i en experimentell fas	Gradvis avgiftning med metadon	Vissa lokala hiv-förebyggande åtgärder
Danmark	Samarbete med privat behandlingsinstitution	Ja, om metadonbehandlingen inletts före fängelsevistelsen	Rengöringsvätska tillhandahålls, hepatit B-vaccination
Tyskland	Ja	Ja	Sprututbyte i vissa fängelser
Grekland	Självhjälpsgrupper	Nej	Information i vissa fängelser
Spanien	Ja	Ja	Ja
Finland	Kurser om drogmissbruk, drogfria avdelningar	Ja, om buprenorfin/metadonbehandlingen inletts före fängelsevistelsen	Rengöringsvätska tillhandahålls, hepatit B-vaccination
Frankrike	Nej	Ja (metadon eller buprenorfin)	Information till internerna, distribution av klorin
Irland	Begränsad	Avgiftning med metadon, underhållsbehandling för hiv-positiva interner	Nej
Italien	Ja	Ja	Nej
Luxemburg	Ja	Ja, om metadonbehandlingen inletts före fängelsevistelsen och behandlingsinitering före frigivningen	Nej
Nederländerna	Ja, obligatorisk behandling för tunga missbrukare	Begränsad, reduktionsprogram för långtidsinterner	Ja
Österrike	Ja	Ja	Ja
Portugal	Ja	Ja	Information, utbildning av vakter, kondomer och utdelning av desinfektionsmedel för sprutor, hepatitvaccination
Sverige	Ja	Nej	Nej
Storbritannien	Ja	Avgiftning med metadon. Sofaxidin, dihydrokodein och naltrexon finns också.	Desinficerande tabletter i vissa fängelser, rådgivning och information

många interner tillbringar kort tid, och de är fler på kvinnofängelser än på mansfängelser.

Tabell 2 ger en grov översikt över den hjälp som narkotikamissbrukarna i EU:s fängelser erbjuds – ECNN-rapporten "Assistance to drug users in prisons" ger betydligt mer detaljerad information.

Social rehabilitering och återintegrering

Utbildning, boende och arbete är nyckelfrågor för strävan att rehabilitera missbrukare efter behandling, fängelsevistelse eller långvariga program för underhållsbehandling med substitutionsämnen. Insatserna på detta område förefaller emellertid vara underutvecklade – trots att fackfolk ofta betonar att eftervård och återintegrering i samhället är en ytterst viktig del av missbrukarbehandlingen och måste förbättras.

Utvärdering

Utvärdering är en nödvändighet för att man skall kunna

vara säkra på att åtgärderna inom narkotikaområdet håller en hög kvalitet. Lika viktigt är det med tillfredsställande planering, infrastruktur, professionalism, uppföljning, utbildning, forskning och nätverkssamarbete. Kvalitetssäkringsrutiner införs nu på området efterfrågeminskning i allt fler EU-länder. Initiativ för kvalitetssäkring av det förebyggande arbetet uppges ha införts i Tyskland, Grekland, Finland, Frankrike, Italien, Nederländerna och Österrike, och initiativ för kvalitetssäkring av vården har tagits i Tyskland, Grekland, Luxemburg, Nederländerna, Norge, Österrike, Portugal och Storbritannien.

Det finns särskild utbildning för allmänpraktiserande läkare och annan vårdpersonal i Belgien, Tyskland, Finland, Irland, Italien, Österrike och Storbritannien. Från andra länder – Grekland, Frankrike, Italien, Luxemburg, Nederländerna och Sverige – meddelas att det finns viss utbildning för yrkesaktiva inom prevention, sjukvård och straffrättsystemet, men att det trots detta behövs kurser av hög kvalitet.

"Back to the Future" i Finland

I Finland har programmet "Back to the Future" (som finansieras av EU:s Integra-program) deltagit i projekt med unga narkomaner. Projektresultaten bekräftar uppfattningen att personer som drabbats av arbetslöshet och penningbrist efter att ha återhämtat sig från missbruksproblem befinner sig i en synnerligen svår situation. De problem de möter gäller bland annat otillräckliga bostäder, nedsatt arbetsförmåga och brist på yrkesutbildning liksom svårigheter att klara arbetslivet och behålla sin nya drogfria livsstil. Projektdeltagarna erbjöds utbildning, men de hade svårt att klara av kontakterna med

utbildningssystem och praktikplatser, och det var inte lätt för dem att hitta arbetsgivare som ville anställa dem på lärlingskontrakt. Trots att staten automatiskt går i borgen för studielånet, vägrade bankerna att ge personliga lån eftersom nästan 90 % av klienterna inte var kreditvärdiga. Projektet visade att de åtgärder som socialtjänsten och sjukvården kan vidta inte räcker för att lösa komplexa välfärdspådrag. Rehabiliteringssystemet måste kunna vidta aktiva åtgärder som specialanpassas för varje enskild person, baserade på samarbete över myndighetsgränser och med tillräcklig finansiering.

Kvalitetssäkring av det efterfrågeminskande arbetet

I Österrike blir kvalitetssäkringsrutiner ett allt viktigare inslag i arbetet med att minska efterfrågan på narkotika. Riktlinjer för kvalitetsarbetet har utarbetats, liksom minimistandarder för alla verksamhetsområden och för vården av enskilda substitutionsklienter. Man har fastställt minimikrav för bland annat kvaliteten på narkotika- och alkoholordgivning som kommer att införas enligt en plan som är uppdelad i flera etapper. I Wien har särskilda kompetenscentrum inrättats med ansvar för att samordna nätverkssamarbetet och för att se till att lämplig information når även verksamheter som inte uttryckligen arbetar med narkotikafrågor (exempelvis ungdomsarbete och sjukvård).

Åtgärder för att minska tillgången på narkotika

Informationen nedan har hämtats i rapporter från Europol.

Med hjälp av nya tekniker för snabba insatser och störande verksamhet under olika etapper av brottsutredningar går det att undvika långa, utdragna och resurskrävande undersökningar. De nya strukturerna för samarbete mellan polis, tull, åklagare, domstolar och liknande organ i EU-medlemsstaterna bör kunna utnyttjas fullständigt, så att fler aktörer delar med sig av information till varandra, både inom medlemsstaterna och på internationell nivå.

Omfattningen av den organiserade brottsligheten i EU ökar. Produktion av och handel med narkotika verkar fortfarande vara de kriminella nätverkens främsta verksamheter. Smugglarna fortsätter att byta och ändra sina transportrutter, vilket orsakar problem för dem som försöker få stopp på smuglingen. Brottslingarna fortsätter att utvärdera med- och motgångarna för smuglingsverk-

samheten och anpassar sig hela tiden genom att byta smuggelvägar, utveckla nya metoder att gömma drogerna eller rekrytera nya kurirer.

Ett projekt med hoppningivande resultat som Europol tar upp ("EU Situation Report on Drug Production and Drug Trafficking 1999/2000") är "Operation Purple", vars syfte är att förhindra att obehöriga får tillgång till kaliumpermanganat, ett ämne som används vid kokainframställning. I projektet deltar 23 länder – däribland 7 EU-medlemsstater – som producerar, importerar, exporterar eller är transitland för detta ämne, och dessutom Internationella narkotikakontrollstyrelsen (INCB), ICPO/Interpol och Världstullorganisationen (WCO). Projektets mål är att förhindra att kemikalien kommer i fel händer, något som kan vara verkningsfullt med tanke på att tillgången på nödvändiga kemikalier spelar en nyckelroll för narkotikaproduktionen. Sedan Operation Purple inleddes har 248 försändelser på sammanlagt 7 778 ton kaliumpermanganat övervakats. Som ett direkt resultat av detta har 32 försändelser på totalt nästan 2 226 ton stoppats eller tagits i beslag. Detta anses motsvara 29 % av samtliga övervakade försändelser. En liknande operation kommer att genomföras avseende ättiksyraanhydrid, en kemikalie som används vid bearbetning av heroin.

Till följd av den politiska utveckling vars syfte är att öka samarbetet mellan domstolar och kontrollorgan kommer Europols behörighet att utvidgas till att omfatta all penningtvätt – oavsett vilken typ av brott som ligger bakom de tvättade pengarna.

För närvarande utvecklar Europol och experter från medlemsstaterna och ECNN en harmoniserad databas över narkotikabeslag, med gemensamma definitioner och parametrar som skall införas i alla medlemsstaterna. Detta bör kunna leda till standardiserad datainsamling i hela EU och därmed till bättre möjligheter att jämföra och analysera narkotikasituationen i de olika medlemsstaterna.

Särskilda frågor

Det här kapitlet tar upp tre särskilda frågor med anknytning till narkotikaproblemet i Europa: kokain och freebase/crack-kokain, smittsamma sjukdomar och syntetiska droger.

Kokain och freebase/crack-kokain

Det finns en växande oro i EU över ett ökande kokainmissbruk, men de faktiska trenderna för kokainmissbruket och dess konsekvenser i olika delar av EU är svåra att kontrollera. För det första visar de nationella uppgifterna från exempelvis enkäter eller behandlingsinrättningar inte prevalensförändringar och problem som uppstår i begränsade geografiska områden i enskilda städer, och inte heller förändringar som är koncentrerade till vissa sociala grupper. För det andra saknar dagens information om kokain ofta tydliga, vetenskapliga definitioner – det är exempelvis sällsynt att informationssystemen skiljer mellan freebase/crack och kokainhydroklorid eller mellan olika typer av freebase/crack. Dessa olika former av kokain har olika marknadsegenskaper och missbruksmönster och bidrar till olika problem, och det behövs därför fullständig och differentierad information för att effektiva politiska strategier skall kunna utarbetas och lämpliga åtgärder vidtas för att minska efterfrågan.

Prevalens, mönster och problem

Prevalens

Varken undersökningar bland allmänheten eller undersökningar i skolorna tyder på någon allmän ökning av kokainmissbruket i EU. Det är bara i Storbritannien som det har skett en bekräftad ökning av andelen 16–29-åringar som någon gång har använt kokain. Den nationella kontaktpunkten i Italien rapporterar att ett antal olika italienska källor har visat att kokainmissbruket ligger på andra plats efter cannabis – före både amfetaminer och ecstasy.

En europeisk skolundersökning från 1999 visar att det fortfarande är få 15–16-åringar som har experimenterat med kokain (dvs. använt drogen någon gång) – mycket färre än som någon gång har använt cannabis. I alla de

medlemsstater som omfattades av undersökningen uppgavs det vara svårare att få tag på kokain än på ecstasy, även om det fanns betydande skillnader mellan länderna. Andelen av 15–16-åringarna som sade att kokain var lätt att få tag på var störst i Irland och

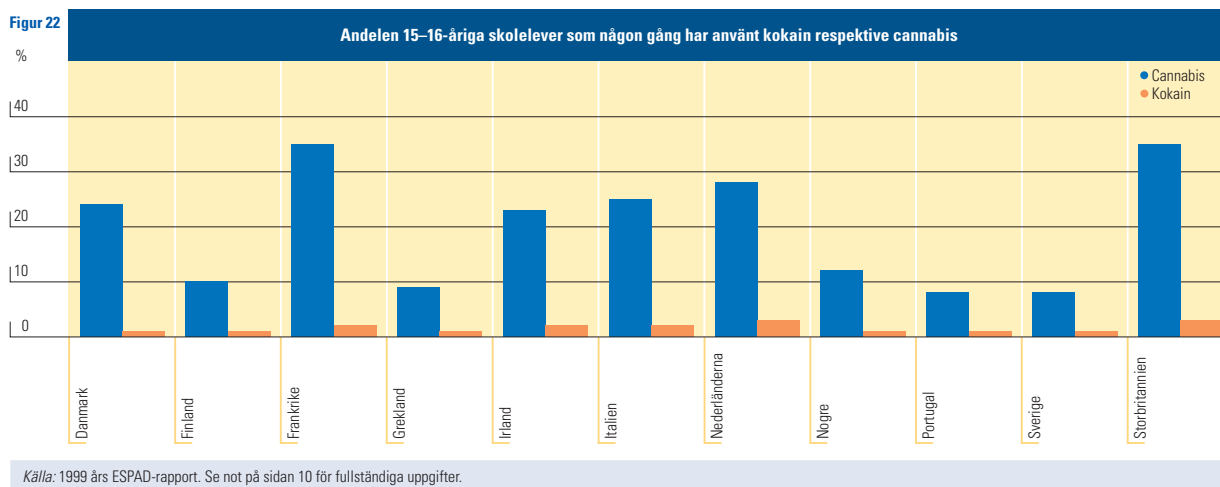
Vad är kokain och crack?

Kokain är en centralstimulerande drog som utvinns ur kokabuskens (*Erythroxylon coca*) blad och som utvecklades i mitten av 1800-talet för behandling av en lång rad sjukdomar. Det kemiska namnet på den förädlade drogen är kokainhydroklorid. Kokain säljs oftast "på gatan" i form av ett kristalliskt pulver som går under många namn – bland annat "koks" och "snö". Drogen tas oftast via näsan; mer sällsynt är att man löser den i vatten och injicerar.

Freebase/crack-kokain är ett informellt namn på kokain som har behandlats så att det kan rökas eller så att kokainångorna kan inandas på annat sätt. Dessa konsumtionsätt ger omedelbara och intensiva effekter. Det finns minst tre sätt att framställa freebase/crack (1). En av metoderna ger en ren slutprodukt – man tillsätter hett vatten och ammonium- eller natriumvätekarbonat och häller av överskottsvätskan, som innehåller utspädningsmedel. En annan metod, som ger lägre kokainhalt eftersom allt utspädningsmedlet blir kvar, är att värma en degliknande massa av kokain och natriumvätekarbonat i mikrovågsugn.

Man skiljer normalt mellan kokain och freebase/crack på grundval av utseendet och renhetsgraden. Det kan uppstå problem på grund av att en del freebase/crack ser ut som kokainhydroklorid.

2001 Årsrapport över situationen på narkotikaområdet i Europeiska unionen



Storbritannien (21 % respektive 20 %) och minst i Finland (6 %). I alla de undersökta EU-länderna ansåg ungdomarna dock att det var betydligt svårare att få tag på kokain än vad deras jämnåriga i USA anser (2). En mycket stor majoritet uppgav sig ta avstånd från kokainmissbruk. Denna inställning var mer eller mindre densamma i alla de medverkande länderna och låg på samma nivå som för heroin.

Missbruksmönster

Även om inget dramatiskt händer i befolkningen som helhet på nationell nivå finns det högre nivåer av kokainmissbruk i vissa sociala sammanhang. Tidigare forskning om kokainmissbrukare har visat på en tydlig rågång mellan å ena sidan dem som använder pulverkokain

(kokainhydroklorid) i nöjessyfte och å andra sidan problemmissbrukare av freebase/crack och injektionsmissbrukare av kokain. Ett brett spektrum av mönster för nöjeskonsumtion av pulverkokain kan observeras i grupper av personer som besöker nattklubbar och danstillställningar och som använder drogen i sociala eller praktiska syften. Dessa grupper av nöjesmissbrukare skiljer sig från de marginaliserade grupper – exempelvis hemlösa ungdomar, prostituerade och problemmissbrukare av heroin – som röker freebase/crack eller injicerar kokain blandat med heroin och som finns i begränsade geografiska områden i vissa städer. Rågången mellan pulverkokain och freebase/crack kan emellertid vara på väg att bli mindre tydlig på grund av en ny trend med kokainrökning i nöjes- och nattlivssammanhang och

Tabell 3

	Andel personer som någon gång använt kokain i riktade undersökningar jämfört med i allmänna befolkningsundersökningar					
	Nattklubsbesökare som någon gång prövats			Unga vuxna ur den allmänna befolkningen		
	% LTP	Samplets storlek	(År) och källa	% LTP	Samplets storlek	År och åldersgrupp
Österrike	42	50	(1999) Österrikiska ravedeltagare	–	–	–
Belgien	45	154	(1998) Rockfestival i den fransktalande delen	–	–	–
Danmark	–	–	–	3,1	14 228	2000 16–34 år
Finland	–	–	–	1,2	2 568	1998 15–34 år
Frankrike	56	896	(1999) Techno rave parties, Médecins Du Monde	1,9	2 003	1999 15–34 år
Tyskland						
F.d. Väst	–	–	–	2,2	6 380	1997 18–39 år
F.d. Öst	–	–	–	0,4	1 620	1997 18–39 år
Nederländerna	48	456	(1998) Frågeformulär till besökare på olika klubbar (s.k. clubbers) i Amsterdam (23 % svarsfrekvens)	3,7	22 000	1997/98 15–34 år
Spanien				4,8	12 488	1999 15–34 år
Storbritannien	62	517	(1997) Release drugs and dance (1)	6,4	10 293	1998 16–34 år
	18		'crack'			
	50	100	(1999) Clubbers i Liverpool (2)			
Nordirland	45	106	(2000) Ecstasyanvändare i Nordirland			

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

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

Källa: Nationella kontaktpunkter och referenser markerade med (1).

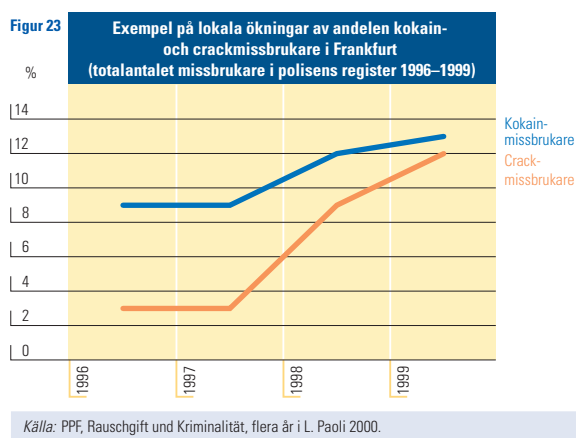
Särskilda frågor

nyligen inträffade förändringar på marknaden. För det första kommer det rapporter från fem medlemsstater – Nederländerna, Frankrike, Grekland, Storbritannien och Italien – om en ny trend som innebär att man blandar freebase/crack-kokain och tobak i en "joint" som man röker. För det andra finns det rättsmedicinska uppgifter om att en del freebase/crack-kokain fysiskt liknar pulverkokain (kokainhydroklorid), vilket gör det svårt för polisen och för ovana användare att se skillnad (8). För det tredje finns det i Storbritannien tecken på att freebase/crack avsett för rökning ges en "ansiktslyftning" och säljs under nya namn som "rock" och "stone". På det här sättet försöker man markera en skillnad mellan rökbart kokain och freebase/crack och skapa en mer exklusiv image för rökbart kokain som närmar sig pulverkokainets (4).

Kokainmissbruk är mycket vanligare i vissa grupper där det är vanligt med missbruk även av andra droger än bland unga vuxna i allmänhet. Tabell 3 (Andelen personer som någon gång använt kokain i riktade undersökningar) illustrerar en avsevärd skillnad mellan gruppen unga besökare av danstillställningar och nattklubbar, där relativt många någon gång har använt kokain, och unga vuxna i allmänhet, där betydligt färre har prövat. Kokain är relativt dyrt och effekten relativt kortvarig, vilket minskar benägenheten att regelbundet använda drogen i nöjessammanhang. En hög disponibel inkomst kan vara en framträdande faktor för dem som regelbundet konsumerar kokain. I nattlivssammanhang finns det för vissa personer en tendens att de dricker avsevärt mer alkohol än de brukar när de har tagit kokain. Kokainet ökar sällskapligheten genom att mildra alkoholens ej önskvärda effekter.

Problem

Mellan 1994 och 1999 blev andelen personer med kokain som primärdrog bland alla personer som sökte missbruksbehandling avsevärt större i Spanien och Nederländerna. Också i Tyskland, Grekland och Italien ökade andelen kokainmissbrukare bland klienterna i behandling, och detsamma gällde i Irland fram till 1998 (22). Även från Storbritannien och från de fransk- och flamländspråkiga delarna av Belgien rapporterades ökning. Det råder brist på jämförbar forskning om kokainmissbrukare i behandling i EU, och ökningen av andelen kokainister bland dem som söker hjälp för missbruksproblem kan tyda på att kokainproblemen faktiskt har ökat men skulle också kunna bero på att färre personer nu söker behandling för opiatmissbruk eller på att tidigare opiatmissbrukande klienter har gått över till kokain som primärdrog. Utvecklingen av allt mer attraktiva vårdmöjligheter för kokainmissbrukare kan också



påverka behandlingsstatistiken. Från en del behandlingsorgan rapporteras att det har blivit vanligare att klienter som är under behandling för heroinmissbruk även använder kokain, särskilt i form av rökning av freebase/crack eller intravenöst i kombination med heroin.

Figur 23 visar ett exempel på en lokal ökning av antalet missbrukare av freebase/crack-kokain som inte avspeglas på nationell nivå. I Frankfurt fyrfaldigades andelen crackmissbrukare i polisens missbrukarregister mellan 1996 och 1999.

Varken vårdinrättningarna eller kokainmissbrukarna rapporterar särskilt ofta dödsfall eller nedsatt fysisk hälsa som en direkt konsekvens av sniffning av pulverkokain, och eftersom de som använder drogen i nöjessammanhang ofta samtidigt konsumerar stora mängder alkohol eller andra droger är det svårt att säga vad som egentligen är orsaken när något negativt inträffar. Från Luxemburg, Nederländerna och Italien rapporteras dock en ökning av antalet narkotikarelaterade dödsfall och från Spanien en ökning av antalet akutfall på sjukhus med kokain inblandat jämte andra droger. En ökad medvetenhet bland sjukhusens akutpersonal om den roll som kokain kan spela för hjärt-kärlproblem skulle kunna medföra att fler fall rapporterades (4).

Svåra hälsoproblem, sociala problem och psykiska problem med anknytning till rökning av freebase/crack har kunnat observeras, särskilt i socialt marginaliserade grupper som problemissbrukare av opiater, hemlösa eller på annat sätt missgynnade ungdomar och kvinnliga prostituerade. Det är oklart i vilken mån dessa problem är direkta konsekvenser av kokaintyperna i fråga, av missbruksfrekvensen och de mängder som konsumeras eller av redan existerande sociala eller psykiska problem eller missbruksproblem.

(22) Figur 15 OL Kokain: utveckling i fråga om nya klienter som påbörjar behandling (Internetversionen).

Kokainmarknaden

År 1999 ökade antalet kokainbeslag markant i Luxemburg och Sverige men minskade i Österrike, Belgien och Danmark. De rapporterade kokainpriserna i missbrukarledet ligger mellan 24 och 170 euro per gram; lägst ligger städer som Amsterdam och Frankfurt och högst medlemsstater som Sverige och Finland. I Storbritannien och Frankrike har priset i missbrukarledet sjunkit samtidigt som renhetsgraden var relativt konstant på 55–70 % fram till slutet av 1999, då den genomsnittliga renhetsgraden för crack sjönk kraftigt i Storbritannien (10). Prisskillnaderna mellan olika geografiska delar av medlemsstaterna är markanta. Små mängder kokain – bråkdelar av ett gram eller i form av "bollar" eller "stenar" – kan köpas för mindre än 15 euro i vissa städer, särskilt sådana som har en öppen narkotikamiljö och där kokainhalten kan vara betydligt under genomsnittet (exempelvis Frankfurt, Milano, Paris, London, Manchester och Liverpool). Kokain distribueras främst i kedjor av bekantas bekanta, men i en del städer sker handeln öppet på nattklubbar och liknande eller på gatan. Möjligheterna att bedriva handel i andra typer av lokaler och att erbjuda leveransservice har förbättrats avsevärt tack vare mobiltelefonen, som skapar större bekvämlighet och ger langarna bättre skydd (i form av anonymitet) (4, 5, 6, 7).

Det rapporteras om en ökad tillgång på rökbart kokain (freebase/crack) i ett antal europeiska städer (Amsterdam, Rotterdam, London, Liverpool, Manchester, Frankfurt, Milano och Paris), men framställningsmetoderna (och därmed kokainhalten i slutprodukten, som kan uppgå till 100 %) varierar och skapar förvirring i systemen för narkotikainformation. Att det saknas vetenskapliga definitioner av gatutermer som "crack" och "freebase" medför problem för dem som försöker vidta motåtgärder inom utbildning och förebyggande arbete. På gatan kan det förekomma att kokain säljs färdigblandat med heroin.

Spanien, Belgien och Nederländerna uppges vara viktiga genomfartsländer för kokainet från Latinamerika (särskilt Colombia, Brasilien och Venezuela) till övriga EU. År 1999 uppges sex laboratorier för kokainbearbetning ha förstörts i Spanien. Sedan dess har kokainpriset i grossistledet stigit i landet, vilket anses bero på ingripandena mot laboratorierna.

Interventionsprojekt och nya tillvägagångssätt

EU:s åtgärder mot det ökande missbruket av kokain och crack har fått tre huvudsakliga former på området efterfrågeminskning. Under 1990-talet utvecklade man för det första i ett litet antal städer specialiserade inrättningar som skulle tillgodose behoven hos personer med primärt kokainmissbruk och arbeta med särskilt sårbara grupper.

Exempel är "Jugendberatung und Jugendhilfe e.V." i Frankfurt och "Take Five" i Rotterdam. Från vissa medlemsstater rapporteras för det andra om försök att anpassa befintliga strukturer efter de behov som kännetecknar problemmissbrukare av kokain och crack. I Frankrike och Storbritannien utarbetar exempelvis inblandat fackfolk på olika områden nu områdesövergripande strategier för insamling och utbyte av information om kokain- och crackmissbrukarnas behov så att lämpliga utbildningar skall kunna utformas och så att dagens modeller och behandlingar skall kunna ge en vård som har bättre förutsättningar att tillgodose kokain- och crackmissbrukarnas behov. För det tredje har man i vissa medlemsstater prioriterat behovet av att ta itu med den kriminalitet och de hälsokonsekvenser som följer av blandmissbruk i allmänhet.

Uppgifter om åtgärderna mot kokainproblem inom den privata vård- och behandlingssektorn är svåra att få tag på, men det är sannolikt att privata inrättningar spelar en framträdande roll för behandlingen av socialt mer privilegierade problemmissbrukare av kokain.

Exempel på behandling för kokainproblem

Det finns få beskrivningar av behandlingssätt i medlemsstaternas rapporter. Tyskland och Nederländerna redovisade dock insatser som särskilt utformats för kokainproblem.

I Frankfurt erbjuder ungdomsorganisationen "Jugendberatung und Jugendhilfe e.V." en process för behandling av kokainberoende som skräddarsys för varje enskild klient. Den inledande "intensivfasen", som varar ett par dagar, sker antingen inom öppenvården med psykosocialt stöd eller som avgiftningsprocess på sjukhus. Nästa fas består av sex veckors slutna vård med ett dagligt aktivitetschema, bland annat behandlingssessioner både i grupp och enskilt. Sedan följer en återhämtningsfas som sker antingen inom öppenvården eller inom slutenvården och som syftar till att återupprätta eller förbättra kontakterna med och relationerna till missbrukarnas familjer, släktingar eller partner.

I Rotterdam har "Take five", ett behandlingsprogram för personer med tungt missbruk av freebase/crack, funnits sedan 1996. Programmet, som administreras av den kommunala hälso- och sjukvården, fungerar som en lågtröskelinrättning. I den första fasen tar fältarbetare kontakt med missbrukare av freebase/crack på olika platser, exempelvis langningsställen, användarrum eller kriscentrum. I den andra fasen besöker patienten en "time out"-lokal med stöd dygnet runt och med en allmänläkare och flera psykiatrer tillgängliga på begäran. Syftet med

Särskilda frågor

den tredje fasen är att stabilisera patientens hälsotillstånd och påbörja rehabiliteringen. Från detta experiment i Rotterdam rapporteras att många av klienterna föredrar att utnyttja akupunktur för att kunna slappna av.

Politiska frågor

I EU finns det en marknad bestående av relativt välbeställda personer som missbrukar narkotika i nöjessyfte och som antingen är på sin vakt mot ecstasytabletter med osäkert innehåll och risken att sådana tabletter skall orsaka akuta eller långsiktiga hälsoproblem, eller också har tröttnat på MDMA och dess obehagliga efterverkningar några dagar eller upp till en halv vecka efter konsumtionstillfället. Det finns forskning som visar att personer som missbrukar kokain i nöjessyfte anser att kokain är mer förutsägbart, mångsidigt och diskret än ecstasy och att efterverkningarna av kokain är mindre allvarliga eller obehagliga och mer kortvariga än efterverkningarna av ecstasy och amfetaminer (3).

Forskning om kokainmissbrukare har visat att det finns tydliga sociala – och än tydligare kulturella – skillnader mellan dem som använder pulverkokain (hydroklorid) och dem som röker freebase/crack, men gränsdragningen kan komma att behöva ifrågasättas på grund av senare tids förändringar på marknaden och en ny trend som innebär att man blandar freebase/crack-kokain och tobak i "jointar" som man röker i nöjes- och nattlivssammanhang. Resultatet av dessa förändringar kan bli en försvagning av det tabu mot rökning av freebase/crack som tidigare har fungerat som ett informellt hinder för spridningen av crack till den traditionella nöjesdrogskulturen. Dessa tecken på att de informella sociala hindren mot missbruk av freebase/crack-kokain börjar försvinna gör det än viktigare att vidta motåtgärder i tid.

En positiv, ändamålsenlig och lyxig bild av pulverkokainet, och kanske även av freebase/crack-kokainet, i kombination med rika potentiella konsumenter, skulle kunna leda till att konsumtionen av kokain och freebase/crack-kokain breder ut sig i EU. Denna utbredningspotential bör behandlas försiktigt eftersom en ensidig nyhetstäckning av freebase/crack-kokain kan leda till mytbildning om användningen, vilket kan avleda uppmärksamheten från ihållande strukturella problem i innerstadsområdena (9).

Källor

(De nationella kontaktpunkternas rapporter för 2000)

(1) The Forensic Science Service, *Drug Abuse Trends*, nr 9, Metropolitan Forensic Science Laboratory, London, 1999.

(2) 1999 års ESPAD-rapport (Europeiska projektet för skolundersökningar om alkohol och andra droger), Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) i Sverige och

Europarådets Pampidougrupp.

(3) A. Boys et al., *Cocaine trends: A qualitative study of young people and cocaine use*, januari 2001, National Addiction Centre, London.

(4) A. Ghuran & J. Nolan, "Recreational drug misuse: issues for the cardiologist", *Heart*, vol. 83, 2000, s. 627–633.

(5) K. Brain, H. Parker & T. Bottomley, *Evolving crack cocaine careers: New users, quitters and long term combination drug users in NW England*, University of Manchester, 1998.

(6) L. Paoli, Pilot project to describe and analyse local drug markets: First-year report to the EMCDDA, Max Planck Institute, Freiburg, 2000.

(7) P. Blanken, C. Barendregt, L. Zuidmulder, "Retail level drug dealing in Rotterdam" in *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*, EMCDDA Scientific Monograph Series, nr 4, 2000.

(8) *Drug abuse trends*, Issue nr 10, New Series, okt/dec 1999.

(9) D. Hartman & A. Golub, "The social construction of the crack epidemic in the print media", *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 31 (4) 1999.

(10) Home Office *Statistical bulletin*, 2000.

Smittsamma sjukdomar

Prevalens och trender

Hiv

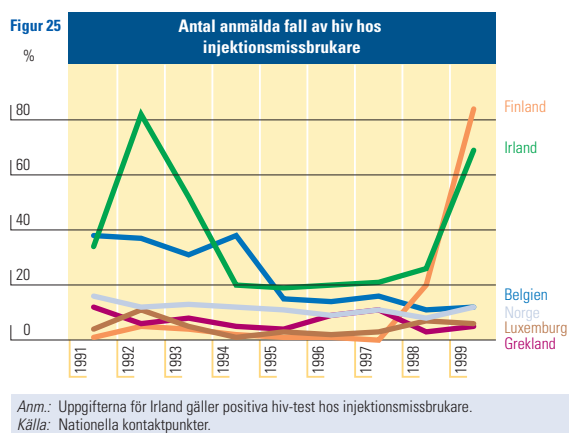
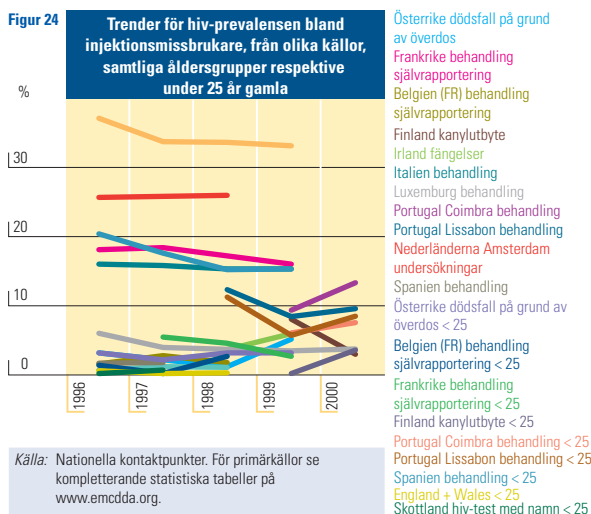
Prevalensen av hiv-infektion varierar stort mellan länder – och inom länder, mellan regioner och städer. Jämförelser försvåras av att källorna och metoderna för datainsamling är olikartade, men de data som finns tyder på att den genomsnittliga andelen infekterade i olika grupper av injektionsmissbrukare varierar mellan omkring 1 % i Storbritannien och 32 % i Spanien (se figur 8 i kapitel 1).

Hiv-prevalensen verkar ha varit stabil i de flesta länderna sedan mitten av 1990-talet, efter de snabba ökningarna som följde på den första större epidemin bland injektionsmissbrukare på 1980-talet (se figur 24). I några länder (Österrike, Luxemburg, Irland, Nederländerna, Portugal och Finland) kan smittspridningen åter ha ökat i vissa grupper av injektionsmissbrukare (se rutan på sidan 16 i kapitel 1).

Man kan möjligen få en bättre bild av smittspridningen på senare tid om man studerar prevalensen bland de injektionsmissbrukare som är under 25 år. Bland dem måste hiv-överföringen i genomsnitt ha skett mer nyligen eftersom de flesta injektionsmissbrukare börjar injicera i åldern 16–20 år (1, 2). Trenderna i den här åldersgruppen är – så långt det finns data att tillgå – mer markanta än för den allmänna prevalensen, och ibland går de till och med i motsatt riktning. I Finland inträffade exempelvis en större epidemi 1998/1999, något som framgår av uppgif-

terna om anmälda hiv-fall (se figur 25). Efter 1999 minskade den totala prevalensen, om man ser till uppgifter från sprututbytesprogram (se figur 24), men prevalensen bland unga injektionsmissbrukare ökade från 0 % 1999 till omkring 4 % 2000. Detta kan tyda på att antalet nya infektionsfall började minska bland äldre injektionsmissbrukare på grund av att mättnadsnivån uppnåtts (de flesta i riskzonen har smittats) och/eller att personer i riskgrupperna ändrade sina beteenden, varvid nya fall av hiv-infektion främst inträffade bland yngre injektionsmissbrukare, som ofta i högre grad uppvisar riskbeteenden.

I flera länder är hiv-prevalensen konsekvent högre bland kvinnliga injektionsmissbrukare än bland manliga. Detta kan bero på att kvinnorna oftare eller på andra sätt delar sprutor och/eller på att kvinnliga injektionsmissbrukare löper större risk för sexuell överföring.

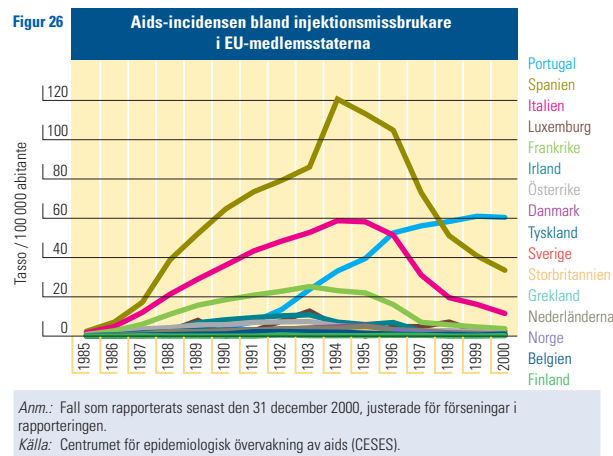


Aids

De länder som är hårdast drabbade av aids bland injektionsmissbrukare tenderar att ligga i EU:s sydvästra del – det handlar främst om Portugal, Spanien, Frankrike och Italien (23). Aids-incidensen varierar i likhet med hiv-incidensen stort mellan länderna, men den allmänna trenden är nedåtgående (se figur 26). Detta beror sannolikt på att injektionsmissbrukarna har fått tillgång till nya behandlingar som försenar utbrottet av aids. Detta förhållande gör att aids-incidensen numera ses som en mindre tillförlitlig indikator på överföringen av hiv-smitta än vad som var fallet före omkring 1996. Spanien hade tidigare den högsta årliga aids-incidensen bland narkotikamissbrukare, men Portugal, det enda land som inte visar någon minskning, har nyligen tagit över förstaplatsen. Detta kan tyda på att hiv-vården fångar upp ett begränsat antal smittade (vilket visas i en färsk studie) och/eller på att hiv-överföringen ökade under 1990-talet. Ökningen i Portugal visar emellertid tecken på avmattning under 2000.

Hepatit C

Prevalensen av hepatit C-infektion är högre och mer likartad över hela EU än hiv-prevalensen. Mellan 40 % och över 90 % av injektionsmissbrukarna är infekterade med hepatit C-virus (HCV), även i länder med liten andel hiv-smittade som exempelvis Grekland (se figur 9 i kapitel 1). Kronisk HCV-infektion medför betydande hälsoproblem och kan på lång sikt (flera decennier) leda till allvarliga hälsokonsekvenser, bland annat svåra leverskador och förtida död. Det är fortfarande mycket oklart hur stor andel av de kroniska infektionerna som leder till allvarliga hälsoproblem, men på senare tid har man upptäckt att andelen bland injektionsmissbrukare kan vara mindre (kanske 5–10 %) än vad man tidigare trott (20–30 %) (3, 4). Den extremt höga prevalensen av HCV-infektion



(23) Figur 16 OL Antal aids-fall bland injektionsmissbrukare som diagnostiserades år 1999 per miljon invånare (Internetversionen).

Särskilda frågor

bland injektionsmissbrukare i Europa kan dock trots detta komma att medföra en tung belastning på sjukvården i form av leversjukdomar bland (före detta) injektionsmissbrukare under de kommande decennierna.

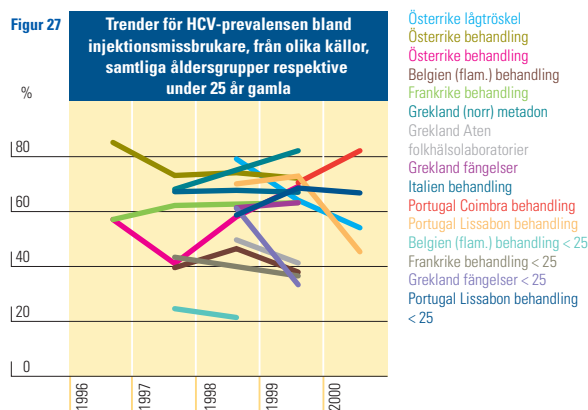
Bara ett fåtal länder kunde lämna uppgifter om trender för hepatit C-infektion, men det finns tecken på såväl stora minskningar som stora ökningar i Österrike, Portugal och Grekland, beroende på källor (geografisk belägenhet) och åldersgrupper (se figur 27). Detta kan bero på att det finns separata grupper av injektionsmissbrukare inom vilka infektionens epidemiologiska kännetecken är olika, men det är också tänkbart att trenderna har samband med de nyligen införda möjligheterna till HCV-testning. Det är exempelvis möjligt att de som löper störst risk också är de som först utnyttjar möjligheten till ett frivilligt HCV-test, så att prevalensen under de följande åren verkar minska. Det behövs observationer under längre tid för att bekräfta de trender som förefaller råda. Den här sortens systematiska fel kan dock tänkas vara mindre betydelsefulla när det gäller hiv eftersom hiv-tester har erbjudits i många år.

Hepatit B

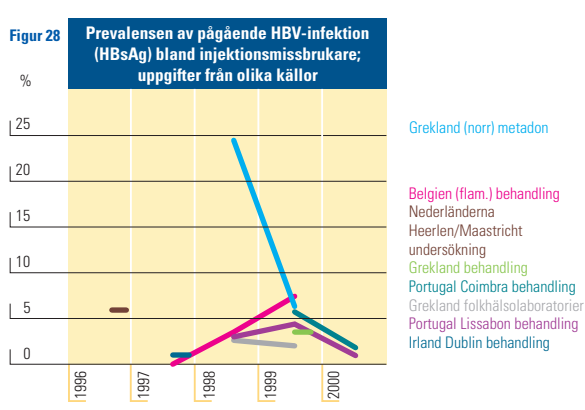
Prevalensen av antikroppar mot hepatit B-virus (HBV) är också hög men förefaller däremot vara mindre likartad i olika delar av EU än HCV-prevalensen. För hepatit B visar förekomsten av antikroppar att en person någon gång har varit infekterad, medan ett positivt antikroppstest för HCV och hiv i huvudsak tyder på en pågående infektion. Antikroppar mot HBV kan emellertid också bero på att personen är vaccinerad. Detta betyder att vaccinationspraxis – som kan variera mycket mellan olika länder – måste beaktas när man tolkar data om prevalensen av HBV-antikroppar. De injektionsmissbrukare som saknar

antikroppar är sådana som fortfarande löper risk att smittas och som därför borde vaccineras. Det är särskilt viktigt att injektionsmissbrukarna vaccineras eftersom infektion med hepatit B (liksom hepatit A och hepatit D) kan vara mycket farlig och till och med dödlig för den som redan är infekterad med ett annat hepatitvirus, exempelvis hepatit C-virus. I EU har grovt räknat mellan 20 % och 60 % av injektionsmissbrukarna antikroppar mot hepatit B. Missbrukarnas egna uppgifter i studier från vissa länder ger vid handen att bara omkring 10–30 % av injektionsmissbrukarna har fått fullständig vaccinering (5, 6, 7, 8). Detta tyder på att en stor hälsovinst skulle kunna göras genom vaccineringskampanjer (24).

Mer lättolkad än prevalensen av HBV-antikroppar är prevalensen av HBsAg (en serologisk markör som anger att hepatit B-virus fortfarande finns i kroppen). Förekomst av HBsAg betyder att det finns en pågående hepatit B-infektion, som kan vara antingen ny eller kronisk. Halten av HBsAg ger således en antydning om risken för allvarliga komplikationer på lång sikt och för smittspridning till andra personer genom riskabelt injektionsbeteende eller sexuell överföring. Bara ett begränsat antal länder redovisar uppgifter om prevalensen av HBsAg, men det förefaller finnas stora skillnader och ibland en hög prevalens (se figur 28). 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 avsevärt mellan 1998 och 1999. Uppgifter från Belgien om injektionsmissbrukare i behandling tyder på en stadig ökning av andelen med en pågående HBV-infektion (HBsAg) mellan 1997 och 1999. I Portugal tyder nya data på en minskning av andelen med en pågående



Källa: Nationella kontaktpunkter. För primärkällor se kompletterande statistiska tabeller på www.emcdda.org.



Källa: Nationella kontaktpunkter. För primärkällor se kompletterande statistiska tabeller på www.emcdda.org.

(24) Figur OL 17: Prevalensen av infektion med hepatit B-virus bland injektionsmissbrukare i EU-medlemsstaterna (Internetversionen).

HBV-infektion. I Norge tyder anmälningsdata på en kraftig ökning av andelen HBV-infektioner (och andelen infektioner med hepatit A-virus) bland injektionsmissbrukare.

Andra sexuellt överförbara sjukdomar, tuberkulos och endokardit samt en Clostridium-epidemi

En annan smittsam sjukdom som kan vara framträdande bland injektionsmissbrukare är tuberkulos, som inte överförs genom injektionsmissbruk men som är särskilt vanlig bland narkotikamissbrukare i Spanien och Portugal på grund av sitt starka samband med hiv-infektion och aids. Andra sexuellt överförbara sjukdomar som syfilis och gonorré kan också vara vanliga bland narkotikamissbrukare, särskilt missbrukande gatuprostituerade som saknar tillgång till medicinsk vård av lågtröskeltyp. Detta kan medföra en omfattande smittspridning till icke-missbrukare, samtidigt som dessa sexuellt överförbara sjukdomar också utgör en betydande riskfaktor för hiv-smitta. Dessutom har injektionsmissbrukare ofta hög prevalens även av andra infektioner som kan vara livshotande – exempelvis abscesser på injektionsställen eller endokardit (hjärtklaffsinfektion) – men som ofta är lättbehandlade för vården när och om missbrukarna väl kommer dit.

Mellan april och augusti 2000 inträffade en mycket stor epidemi av infektion med Clostridium novyi i Skottland, Irland, England och Wales, med 104 allvarligt sjuka och 43 döda ungdomar. Epidemin hade sannolikt samband med kontaminerat heroin i kombination med vissa injektionssätt (intramuskulär eller subkutan snarare än intravenös injektion). Den visade på ett dramatiskt sätt hur stor potentialen är för allvarliga hälsoproblem bland injektionsmissbrukare – ofta betydligt allvarligare och mer livshotande än de hälsoproblem som beror på andra och mer utbredda missbruksmönster.

Bestämmande faktorer och konsekvenser

Injektionsmissbruk

Bland narkotikamissbrukare överförs infektioner som hiv, hepatit B och hepatit C främst genom injektionsmissbruk. Detta beror i sin tur huvudsakligen på att missbrukarna delar injektionsutrustning som kanyler och sprutor liksom hjälpmedel som bomull, vatten och skedar. Sannolikt är grupper av injektionsmissbrukare särskilt utsatta för snabb spridning av hiv och hepatit i situationer där injektionsmissbruket ökar.

Tidpunkten och omfattningen för aids-epidemierna i de olika länderna kan i hög grad ha bestämts av tidpunkterna och omfattningen för epidemierna av injektionsmissbruk. Dessa epidemier av injektionsmissbruk inträffade troligen tidigare i nordeuropeiska länder som Nederländerna (1970- och 1980-talet), där det dock lyckades relativt bra att begränsa dem, och senare i sydeuropeiska länder som Spanien, Italien och Portugal (1980- och 1990-talet), där omfattningen blev större. Förekomsten av hiv-epidemier kan således ha berott på en känslig balans mellan tidpunkt och omfattning för epidemierna av injektionsmissbruk, medvetenheten om aids (som helt saknades under de tidigare åren) och tidpunkten för preventiva åtgärder i stor skala.

Injektionsmissbrukets (i Europa främst missbruk av heroin eller av heroin tillsammans med andra ämnen) relativa utbredning bland missbrukarna kan dessutom bero på missbrukarnas preferenser och kulturella vanor eller på vilka typer av heroin som finns att tillgå på marknaden (vattenlösligt och injicerbart eller inte). Även priset och renhetsgraden lär spela in – det är effektivare och därför billigare att injicera heroin än att röka det. Rädslan för aids tros däremot ha mycket mindre inverkan på missbrukarnas beslut om att injicera eller inte.

För närvarande är det inte känt hur man kan förebygga injektionsmissbruk. Injektionsmissbruk av narkotika, liksom heroinmissbruk oavsett administrationsätt, kan bero på en rad olika personliga och sociala faktorer som exempelvis beteendestörningar, familjeproblem och arbetslöshet. Substitutionsbehandling kan dock vara ett mycket verkningsfullt sätt att få heroinmissbrukare att injicera mindre och att minska riskabla injiceringsbeteenden (9).

Injektionsmissbruket har minskat kraftigt under 1990-talet i de flesta länderna, men inte i alla. På grund av detta är skillnaderna stora i fråga om andelen injektionsmissbrukare (mätt i förhållande till antalet opiatmissbrukare som påbörjar behandling) – lägst ligger Nederländerna med omkring 10 % och högst ligger Grekland med omkring 70 %. Information om nyare trender i fråga om injicering finns bara för Irland, där det sker en kontinuerlig ökning som stämmer överens med den nyligen inträffade ökningen av antalet positiva hiv-tester bland injektionsmissbrukare.

Särskilda frågor

Riskabla injiceringsbeteenden

Bland injektionsmissbrukare bestäms spridningen av infektioner främst av förekomsten av riskabla injiceringsbeteenden, bland annat att man delar (dvs. använder begagnade) kanyler. Smittoöverföring kan ske även när missbrukare delar på annan injektionsutrustning som exempelvis vatten, bomull och skedar; detta är sannolikt än mer betydelsefullt än kanyldelning när det gäller hepatit B och C. Vid ohygienisk injicering kan hepatitöverföring ske även om ingen utrustning delas, exempelvis via blod som spills på händer, bord eller andra ytor.

Ett annat riskbeteende är när missbrukarna injicerar heroin mellan sprutor för att se till att alla får lika mycket. Preliminära uppgifter om kanyldelning tyder på att detta överlag fortfarande är ett mycket vanligt beteende bland injektionsmissbrukare: det förekom bland 10–17 % i Nederländerna (andelen som nyligen hade lånat en begagnad kanyl), 64 % i Irland (andelen som delat kanyler under de senaste fyra veckorna) och 75 % i England och Wales (andelen som delat kanyler och annan utrustning) ⁽²⁵⁾. De flesta av de här uppgifterna kan dessutom vara underskattningar av hur utbredda andra riskbeteenden är, exempelvis indirekt delning (mellan sprutor för att dela lika) och delning av annan utrustning än kanyler. Å andra sidan är det ofta två stadigvarande partner som delar kanyler och som vet att de inte är smittade, vilket gör den gemensamma användningen förhållandevis säker.

Riskabla sexuella beteenden

Hiv och HBV överförs betydligt mindre lätt genom sexuella kontakter än genom kanyldelning, och risken för sexuell överföring av HCV anses vara mycket liten. Där utbredningen av infektionen (prevalensen) är hög bland injektionsmissbrukarna kan sexuell överföring och överföring från mor till barn av hiv och HBV dock få betydelse. Injektionsmissbrukarna kan därigenom komma att utgöra så kallade kärngrupper eller infektionsfickor som kan sprida infektionen vidare till allmänheten. Ett verkningsfullt sätt att förhindra sexuell överföring är att använda kondom. Kondomanvändningen har ökat betydligt bland narkotikamissbrukarna sedan 1980-talet, särskilt bland prostituerade, som oftast uppger en hög grad av kondomanvändning vid sex med klienter. Däremot är det mindre vanligt med kondom i samlivet med privata partner, som därför fortfarande är en grupp som löper stor risk att smittas.

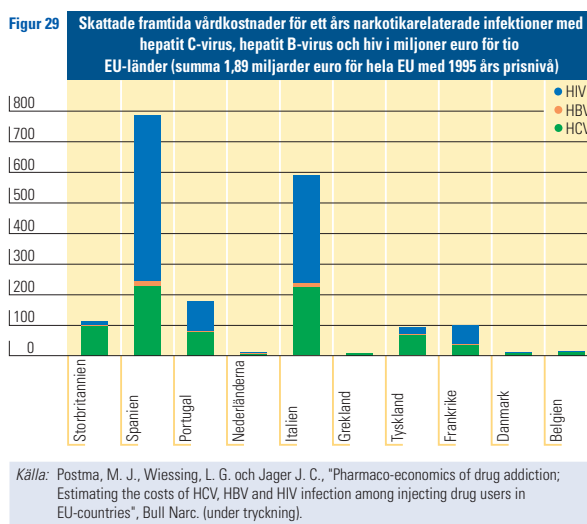
Konsekvenser och kostnader

Konsekvenserna av att bli hiv-smittad är allvarliga. Hiv-smitta leder till aids efter i genomsnitt tio år, och då drabbas både den enskilde och samhället av höga kostnader beroende på kroniska infektioner, sjukhusvistelser och förtida död.

En hepatit B-infektion försvinner för det mesta spontant, men i en betydande andel av fallen (2–8 % för vuxna, 10–15 % för ungdomar och betydligt mer för barn) uppstår en kronisk infektion som på lång sikt kan leda till svår leversjukdom och förtida död. Eftersom hepatit B och hiv lätt kan överföras sexuellt och från mor till barn är dessa infektioner bland injektionsmissbrukarna ett betydande hot mot befolkningen i allmänhet.

Hepatit C-infektionen blir kronisk i de flesta fallen (möjliggen 70–80 %), och därför förblir injektionsmissbrukarna en betydande potentiell smittkälla. Hepatit C-infektion kan liksom hepatit B-infektion på lång sikt (flera decennier) leda till allvarlig leversjukdom och förtida död. Kombinationen av flera samtidiga hepatitinfektioner (även hepatit A) kan vara särskilt farlig och leder ofta till akut leversvikt och till döden.

En preliminär skattning av de framtida vårdkostnaderna för ett års narkotikarelaterade hiv-, HBV- och HCV-infektioner i EU uppgick till omkring 0,5 % av EU-ländernas sammanlagda vårbudget (se figur 29).



⁽²⁵⁾ Tabell 6 OL: Gemensam användning av kanyler bland injektionsmissbrukare i några EU-medlemsstater (Internetversionen).

Åtgärder för att minska skadeverkningarna

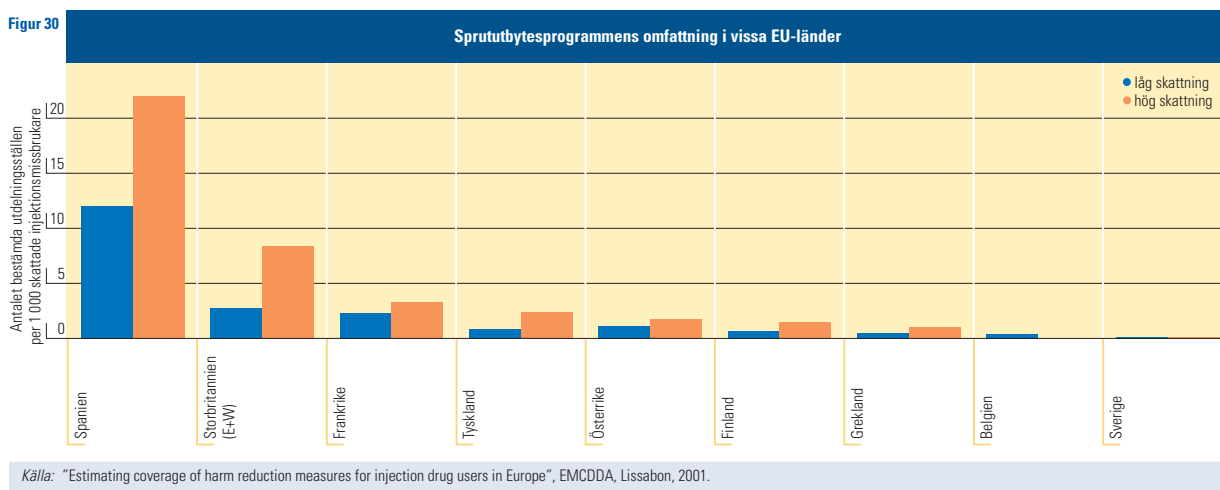
I större delen av EU har åtgärder för att minska skadeverkningarna – ökad tillgång till sterila kanyler och sprutor, kondomer, hiv-rådgivning och hiv-testning – bidragit till att begränsa hiv-smittan bland injektionsmissbrukare. Substitutionsbehandling, som kan medföra en avsevärt lägre injektionsfrekvens, erbjuds också i alla medlemsstaterna, främst med peroralt metadon, men det finns avsevärt utrymme för utbyggnad av behandlingen i de flesta länderna (se kapitel 2, "Åtgärder för att minska efterfrågan på narkotika" – "Behandling" – "Substitutionsbehandling").

Det finns bevis för att åtgärderna för att minska skadeverkningarna har bidragit till att minska prevalensen av hepatit C bland injektionsmissbrukare, men spridningen av sjukdomen har inte kunnat begränsas (10). Den fortsatt höga prevalensen av hepatit C-infektion bland unga injektionsmissbrukare kräver innovativa metoder. Två exempel som övervägs i vissa EU-länder är injektionsrum med medicinsk övervakning och kontrollerad heroindistribution. Båda dessa metoder ger emellertid upphov till etiska och juridiska problem, och det kan behövas ändringar av narkotikalagstiftningen. I de länder där man har skapat injektionsrum (USA, Australien, Tyskland, Schweiz och Nederländerna) har det ännu inte gjorts någon bedömning av deras effektivitet.

Två aspekter som är viktiga när man bedömer tillgången till åtgärderna för att minska skadeverkningarna är vårdutbudet och täckningen av gruppen injektionsmissbrukare.

På grundval av skattningar av det problematiska narkotikamissbruket och andelen injektionsmissbrukare bland opiatmissbrukarna i behandling har man gjort preliminära skattningar av hur många injektionsmissbrukare det finns i de olika EU-länderna. Med hjälp av dessa skattningar kan man göra sig en ungefärlig bild av sprututbytesprogrammets omfattning (antalet distributionsställen) i de enskilda länderna (se figur 30) och antalet kanyler som varje år byts ut inom sådana program per 1 000 injektionsmissbrukare (26). Även om de landsspecifika skattningarna kanske inte är tillförlitliga förefaller det som om sprututbytesprogrammen överlag ännu inte förser injektionsmissbrukarna med tillräckligt många rena kanyler – detta gäller de flesta av de länder för vilka det finns uppgifter, möjligen med undantag av Storbritannien (England och Wales) och Spanien.

I en fransk studie uppskattade man det genomsnittliga antalet injektioner för en missbrukare som injicerar dagligen (under föregående månad) till 3,6 per dag, vilket betyder att en injektionsmissbrukare gör drygt 1 300 injektioner per år. Genomsnittet kan dock tänkas variera i hög grad beroende på vilka droger det handlar om (opiatmissbrukare som injicerar även kokain kan tänkas injicera betydligt oftare) eller missbrukarnas inkomster (injektionsmissbrukare med lite pengar kan tänkas injicera betydligt mer sällan). Bättre och landsspecifika skattningar av antalet injektionsmissbrukare och antalet injektioner behövs för bedömningen av sprututbytesprogrammets täckning och därmed deras potential när det gäller prevention av narkotikarelaterade infektioner (27) (28).



(26) Figur 18 OL: Antal distribuerade/utbytta sprutor genom sprututbytesprogram per uppskattad injektionsmissbrukare och år (Internetversionen).

(27) Tabell 7 OL: Utbud, utnyttjande och täckning för sprutdistributionstjänster för injektionsmissbrukare och apotekens täckning i vissa europeiska länder enligt de nationella kontaktpunkternas rapporter, 2000 (Internetversionen).

(28) Tabell 8 OL: Utbudet av hiv-rådgivning, hiv-testning, hiv-behandling och vaccination mot hepatit B-virus för injektionsmissbrukare i vissa europeiska länder enligt de nationella kontaktpunkternas rapporter, 2000 (Internetversionen).

Vad är syntetiska droger?

Termen "syntetisk drog" avser i strikt bemärkelse en psykoaktiv substans som framställts i en kemisk process där de huvudsakliga psykoaktiva innehållsämnen inte härrör från naturliga substanser. Termen började användas som synonym till "partydrog" eller "dansdrog" efter det att den syntetiska drogen ecstasy (MDMA) och andra ringsubstituerade amfetaminer hade börjat användas i dans- och nöjesmiljöer, trots att även icke-syntetiska droger som cannabis, kokain och "magiska svampar" konsumeras i dessa sammanhang. Bland de syntetiska droger som länge har använts illegalt märks amfetaminer och lysergsyradietylamid (LSD). Ecstasy (MDMA) och andra droger som räknas upp i Alexander Shulgins bok "Pihkal" (1) har däremot en mycket kortare historia av olaglig användning. Det finns i hela världen en allt starkare oro över möjligheterna att framställa nya syntetiska droger som kan säljas som alternativ till MDMA eller tillsättas MDMA-tabletter. Att det är så lätt att framställa många syntetiska droger och därmed förhållandevis enkelt att bygga upp och flytta laboratorier gör det svårt att begränsa drogtillgången.

En del syntetiska droger, men inte alla, har hallucinogena effekter och antingen stimulerande eller dämpande effekt på centrala nervsystemet; det sistnämnda är fallet för GHB. Det finns dessutom syntetiska opiater som

metadon, petidin (MPPP, MPTP), fentanyl och 3-metylfentanyl m.fl.

En "designad drog" är ett ämne som har nästan samma kemiska struktur som en viss olaglig drog. Producenterna ändrar ett narkotikaklassat ämnes molekylstruktur på någon punkt för att uppnå liknande eller starkare farmakologiska effekter, och kommer på så sätt undan risken för åtal. EU:s gemensamma åtgärd om nya syntetiska droger (se rutan på s. 49) från juni 1997 syftar till att förhindra sådana metoder och/eller begränsa deras omfattning.

Amfetaminer är syntetiska droger. De kan injiceras, som sker i Sverige och Finland, eller konsumeras i tablett- eller pulverform. Amfetaminer ingår ofta i ecstasyliknande tabletter tillsammans med MDMA eller analoger till ecstasy.

Metamfetaminer är metylderivat av amfetaminer (främst men inte uteslutande av typen utan substituerad ring). Exempel på metamfetaminer är "methedrine" och de rökbara formerna "crystal" och "ice".

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

Källor

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

Syntetiska droger

Det här avsnittet kompletterar den information och den analys som redovisas i andra delar av årsrapporten med en sammanfattning av de viktigaste frågorna, orosmomenten och utmaningarna när det gäller syntetiska droger.

Missbrukets utbredning

Den övergripande bilden år 2000 bekräftar att utbredningen av de syntetiska drogerna i EU nu överlag har stabiliserats, men det finns fortfarande uppåtgående trender för ecstasymissbruket i en del regioner där städer eller semesterorter med attraktivt läge eller ett stort utbud av aktiviteter för ungdomar tenderar att locka unga europeiska turister. Mer generellt kan de städer där ungdomskulturerna nu är etablerade komma att bli miljöer där missbruket av "nöjesdroger" slår rot och utvecklas.

Korsvisa analyser av kvalitativa undersökningar tyder på att konsumtionen av syntetiska droger har spridit sig från "techno-miljön" till diskotek, nattklubbar och privata sammanhang. Andra arenor rapporteras också. Enligt en undersökning 1998 i Grekland har exempelvis 35 % av de ecstasymissbrukande studenterna använt drogen på fotbollsmatcher.

Missbruksbeteenden och missbruksmönster

En allt vanligare beteendemässig tendens är att det inte längre handlar om att man föredrar en viss drog framför en annan utan i stället om att man väljer drog efter behov och omständigheter.

Förändringar i mönstren för ungdomarnas beteenden som behöver studeras närmare har tagits upp av vissa medlemsstater:

- I de flesta länderna framhåller man att det förekommer föränderliga mönster i en förhållandevis stor grupp vars medlemmar gärna experimenterar med eller kombinerar olika ämnen för att bli "höga" och/eller för att uppväga andra drogers negativa effekter.
- I Nederländerna studerar man för närvarande fenomenet "ecstasy-leda". Att många ungdomar verkar ha tröttnat på ecstasy kan ha flera orsaker, exempelvis att det är svårt att veta vad tablettorna innehåller eller att medvetenheten har blivit större (tack vare massmedierna) om de beständiga negativa effekterna på sinnelag och känslor. Man frågar sig också om kokain nu möjligen har fått en ny roll: som grundläggande stimulerande medel med förutsägbara och välkända effekter. Kombinationen kokain och alkohol sägs bland erfarna missbrukare vara en "bra mix", medan ecstasy och alkohol anses gå mindre bra ihop.
- När det gäller problemmissbrukare av ecstasy visar vissa beroendestudier att själva ämnets beroendeframkallande effekt möjligen spelar en mindre viktig roll än de icke-kemiska och beteendemässiga beroendemönstret som är knutna till det.

När man utarbetar sina strategier fäster man i alla medlemsstaterna vikt vid att skilja mellan olika grupper av missbrukare av syntetiska droger. En första, mycket grov, indelning av ecstasymissbruket kan se ut som följer:

- Överdriven användning – Visserligen är MDMA inte särskilt beroendeframkallande, men en minoritet av dem som använder drogen uppvisar ett tvångsmässigt användningsmönster: mer än en gång i veckan, mer än en tablett åt gången, användning av flera andra ämnen, intensivt festande under hela helgen och sömnbrist. Överanvändare ingår ofta i ett nätverk där det är mycket vanligt med drogmissbruk.
- Försiktig användning – gäller personer som inte använder drogen lika ofta.
- Sporadisk användning – gäller personer med mindre kunskaper och medvetenhet om de möjliga riskerna.

Att man kombinerar olika ämnen, både lagliga och olagliga, är vanligt förekommande bland ungdomar som lever ett utåtriktat liv (barer, diskotek, rave- och technofester, privata fester). Blandmissbruk – att man blandar eller alternerar mellan ett stort antal droger, både syntetiska och icke-syntetiska – är den främsta trenden och att man själv sköter sitt blandmissbruk och anpassar det efter omständigheterna är det vanligaste mönstret.

Övergången mellan produkter och blandmissbruket som helhet har viss anknytning till tillgången på de olika substanserna, och även opportunistik spelar en viss roll. Missbrukarna använder ofta personliga eller gruppinterna strategier för att få tag på en viss drog, och gruppdynamiken har en viktig roll.

Det är lämpligt att skilja mellan substanser som anses vara bättre lämpade för själva musiktillställningen och andra droger (exempelvis "efterdans-droger" och "icke-dansdroger") eller substanser som man experimenterar med i en viss krets som inte vem som helst har tillträde till och som leds av erfarna missbrukare med åtminstone viss empirisk kunskap om dosering och sidoeffekter. För ett begränsat antal syntetiska droger skulle avsaknaden av en sådan miljö möjligen kunna medföra en ökad risk.

Tillgången på olika substanser

MDMA är fortfarande den mest eftertraktade produkten på ecstasymarknaden och förekommer med ett stort antal olika logotyper och namn. Det tyska kriminaltekniska laboratoriet i Wiesbaden studerade tabletter stämplade med en "Mitsubishi"-logotyp – tre romber i triangelforma-

Särskilda frågor

tion – och har publicerat en lista på över 200 olika slutprodukter.

Överdoserade MDMA-tabletter har upptäckts efter beslag och toxikologisk analys eller genom att preventionsarbetare testat tabletter på plats vid musikevenemang. Information om tableternas egenskaper kunde snabbt spridas till alla EU-länder tack vare EU:s förvarningssystem.

En trend som måste följas noggrant är förekomsten av allt fler psykotropa läkemedel, däribland ketamin, som införskaffas på olaglig eller bedräglig väg från legitima källor.

Lägre renhetsgrad och försämrad tillgång har observerats för amfetamin (eller "speed" – amfetaminsulfat). De skandinaviska länderna är fortfarande huvudmarknaden för injicerat amfetamin och Storbritannien för icke-injicerat.

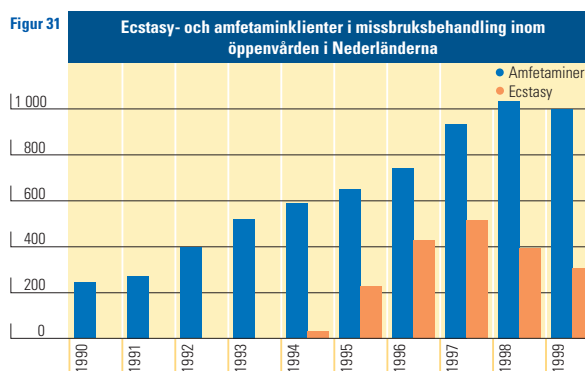
Den genomsnittliga konsumtionen av metamfetaminer i EU är fortfarande mycket begränsad. Enligt Europol⁽²⁹⁾ finns det dock bekräftade bevis för framställning av metamfetamin (laboratorier som har förstörts) i Tyskland och Nederländerna. Även Estland och i synnerhet Tjeckien har varit inblandade i framställning och smuggling. Metamfetamin, sannolikt framställt i Tjeckien, har successivt ersatt amfetamin för konsumenterna i Bayern och Sachsen, två delstater längs den tysk-tjeckiska gränsen. Flera beslag av metamfetamin anmäldes 1999 till Europol av kontrollorganen i Finland, Sverige, Tyskland och Nederländerna.

LSD och andra hallucinogener förekommer fortfarande i missbrukarkretsar, men marknaden för dem har stabiliserats eller minskat i de flesta EU-länderna.

Behandlingsdata

Behandlingsdata som indikation på nivån av problematiskt narkotikamissbruk ger mycket lite information när det gäller syntetiska droger utom injicerat amfetamin. Ecstasy anges nästan aldrig som primärdrog i ansökningar om behandling – de patienter som använder ecstasy tenderar att vara blandmissbrukare. Den större frekvensen av amfetaminer som primärdrog i behandlingsansökningar i Sverige och Finland kan förklaras av det historiska mönstret i dessa länder med injicering av amfetaminsulfat.

I Nederländerna infördes 1994 en särskild registerpost för ecstasyanvändning, vilket medförde fullständig registrering



ing i öppenvårdssystemet från och med 1995. Statistiken visar att efterfrågan på behandling för ecstasy har sjunkit sedan 1997; det bör dock beaktas att den inledande ökningen under de två föregående åren – i varje fall delvis – kan bero på att registreringen förbättrades. Oavsett detta står ecstasy för bara 1 % av samtliga missbruksklienter (amfetaminer står för 3,1 %). År 1999 uppgavs ecstasy som sekundärdrog av dubbelt så många klienter som uppgav drogen som primärdrog, vilket ligger i linje med att ecstasymissbrukare tenderar att vara blandmissbrukare.

Hälsorisker

Det förekommer akuta effekter av substanser av ecstasytyp – även om de är sällsynta och dåligt dokumenterade –, särskilt när dessa substanser kombineras med andra lagliga eller olagliga droger (exempelvis GHB eller alkohol), när de blandas med andra droger som har mindre potential för akuta negativa verkningar eller vid kraftig överdosering och/eller upprepade konsumtion under kort tid.

Kliniska läkare tenderar att betona den roll som spelas av riskbeteenden (som det tvångsmässiga sökandet efter "kickar" och okunskapen om vad tabletterna innehåller och/eller vilka effekter de kan få) snarare än själva substansernas toxicitet i sig, isolerat från sammanhangen och mönstren för användningen. Även den enskildes hälsobakgrund kan tänkas spela in.

I de flesta fallen är diagnosen multipel förgiftning eftersom det inte går att framhålla någon substans framför någon annan.

För att vinna ökad förståelse för de närmare egenskaperna och de möjliga långsiktiga risker och neuropsykiska aspekter som ofta uppstår i akuta förgiftningsfall priorite-

⁽²⁹⁾ Europol:s rapport för 2000, Haag, Nederländerna.

rar de kliniska läkarna nu uppföljning av icke-dödliga förgiftningsfall bland ungdomar som använt ecstasy, oftast blandat med andra droger.

Missbruk under lång tid kan få negativa effekter. Man diskuterar fortfarande om det är möjligt med reversibla och/eller irreversibla effekter på hjärnan. Det finns allt starkare bevis för att serotoninergiska nervceller kan skadas hos personer med ett omfattande ecstasymissbruk. Enligt kliniska observationer kan kognitiva brister förekomma, men det råder fortfarande brist på forskningsprojekt inom det här området (några pågår i Storbritannien och USA).

Dödsfall med anknytning till syntetiska droger

Sedan uppsökande insatser och förebyggande arbete började genomföras i samband med techno- och house-evenemang och vid fester har antalet incidenter med dödlig utgång minskat jämfört med början av 1990-talet, åtminstone i de länder där akutfall registrerades och dokumenterades.

Av de dödsfall där överdosering av amfetamin- eller fenylpropanolaminderivat initialt föreföll vara dödsorsaken befanns sedermera sådana derivat ha varit den primära dödsorsaken i 50 % av fallen i Nederländerna under perioden 1994–1997. I återstoden av fallen fanns amfetaminderivat i kroppen, men dödsorsaken bedömdes vara andra droger och/eller alkohol, eller också okänd.

En ny syntetisk drog, 4-metyl-tioamfetamin (4-MTA, på gatan kallad "flatliner"), har varit inblandad i ett antal dödsfall i EU (fyra i Storbritannien, ett i Nederländerna). Även en annan "ny" syntetisk drog, GHB (gamma-hydroxybutyrat), har kopplats till ett antal dödsfall, i allmänhet i kombination med alkohol och/eller andra droger. Dessa båda substanser har blivit föremål för övervakning och riskbedömning inom ramen för EU:s gemensamma åtgärd om nya syntetiska droger (se rutan på s. 49).

Motåtgärder

Motåtgärder mot missbruket av syntetiska droger vidtas på olika nivåer:

Primärpreventionen inriktas på att ge information om syntetiska droger och sker oftast genom offentliga kampanjer och insatser i skolorna.

Åtgärder för att minska skadeverkningarna och uppsökande insatser i nöjesmiljöer utgörs av "chill out"-rum (där festdeltagare kan varva ned), testning av tabletter, informationsbroschyrer och informationskiosker på

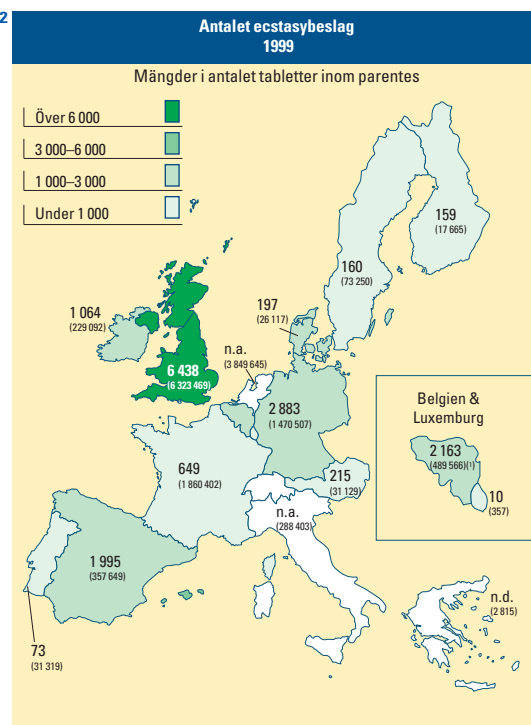
platsen. Dessutom finns det initiativ för "självstöd" i techno-miljön där man försöker ta med information om syntetiska droger och därtill knutna ämnen i ett antal olika musikinriktade aktiviteter.

Information i missbrukarkretsar om riskerna med att blanda droger (särskilt risken med alkohol) och en strävan att tidigt upptäcka nya riskgrupper bland ungdomar anses nu vara helt nödvändig.

Syftet med snabba motåtgärder på hälsoområdet är att få ut riktad information rörande prevention så att personalen på akutmottagningar och förgiftningssenheter, allmänläkare, socialarbetare på fältet med flera blir bättre på att upptäcka och behandla fall av akut förgiftning. I Frankrike har "Médecins du Monde" sedan 1998 stått för medicinsk hjälpberedskap vid rave-fester och andra "free-parties". Problemen för den berörda vårdpersonalen är bland annat att det råder brist på litteratur om kliniska erfarenheter av akuta förgiftningsepisoder och att det inte går att studera patienternas sjukdomshistoria.

"Nya" missbrukare (nybörjare eller erfarna missbrukare som inte tidigare varit kända för behandlingsorganen) kan, även om de har en mindre problematisk missbruksprofil, ges bättre information om hur man upptäcker tecken på problemmissbruk och hjälpbehov.

Figur 32



Anm.: n.a.: Uppgift saknas.

(1) Omfattar även beslagtagna amfetamin-tabletter. Eventuella skillnader mellan dessa uppgifter och de som offentliggjorts av Europol beror på skillnader i rapporteringsdatum.

Källa: Reitox nationella kontaktpunkter, 2000.

Särskilda frågor

Missbrukarnas egen uppfattning om sitt hälsotillstånd, deras medvetenhet om hur man märker att man inte längre kan "styra" sitt eget missbruk och deras kunskaper om vem man kontaktar för att få rådgivning är indikatorer som kan tänkas kombineras med preventivt uppsökande arbete. Att det i dag saknas ett tillräckligt varierat och/eller relevant behandlingsutbud kan dock minska effekten av sådana insatser.

Åtgärder för att minska tillgången på droger

Enligt Europol (årsrapporten för 2000) är Nederländerna fortfarande det främsta landet när det gäller framställning och export av ecstasy: 36 produktionsanläggningar hittades 1999. Samma år förstördes fyra laboratorier i Belgien, två i Spanien och ett i Tyskland. Ett av de största amfetaminlaboratorier som någonsin hittats förstördes i Grekland i februari 2000. Ett antal östeuropeiska länder (Tjeckien, Polen och Bulgarien) och de baltiska länderna är också involverade i framställning och export.

Ett exempel: 10–20 % av de syntetiska droger som säljs på den brittiska marknaden är framställda i Storbritannien, medan återstoden tros ha framställts på kontinenten (främst i Nederländerna och Belgien) och

smugglats in i Storbritannien via hamnarna längs Engelska kanalen eller via flygplatserna.

Det genomsnittliga grossistpriset (kilovis försäljning) för tablett som säljs under namnet "ecstasy" ligger mellan 4 och 5 euro per tablett; lägst är priset i Portugal med 1 euro per tablett och högst är det i Danmark, där en tablett kostar 13 euro⁽³⁰⁾. Det genomsnittliga priset i detaljistledet ligger mellan 4 och 28 euro per gram; lägst ligger Nederländerna med 4 euro och högst Danmark med 34 euro.

Nya initiativ och utmaningar för de politiskt ansvariga

De syntetiska drogerna får stort politiskt utrymme trots att det finns begränsade vetenskapliga bevis för folkhälsorisker med anknytning till dem. Att missbruket av dessa droger är så utbrett i socialt välintegrerade grupper, att de har förebildsstatus inom ungdomskulturen och att produktionen och smugglingen av dem sker i Europa (för såväl EU-intern konsumtion som export) gör att det finns starka skäl för att EU skall ta sitt ansvar och vidta lämpliga åtgärder.

EU:s gemensamma åtgärd om nya syntetiska droger

Under perioden 1998–2000 har ett antal droger som dykt upp på den illegala marknaden i EU kunnat upptäckas tack vare det förvarningssystem för snabb insamling och snabbt utbyte av information om nya syntetiska droger som är en del av EU:s gemensamma åtgärd på området. Gemensamma lägesrapporter med sammanfattningar av den information som samlats in på detta första stadium har lagts fram av ECNN och Europol för ministerrådets horisontella narkotikagrupp. Som uppföljning till sådan information har sedan fyra av dessa nyupptäckta droger – MBDB, 4-MTA, GHB och ketamin – på ministerrådets begäran blivit föremål för riskbedömning i ECNN:s vetenskapliga kommitté (i utökad sammansättning).

På grundval av en riskbedömningsrapport från kommittén och ett yttrande från Europeiska kommissionen har en ny syntetisk drog – 4-MTA – narkotikaklassats i samtliga EU-medlemsstater, vilket skedde genom beslut av ministerrådet den 13 september 1999.

Andra nya syntetiska droger, exempelvis PMMA, 2-CT-5 och 2-CT-7, har nyligen upptäckts tack vare den gemensamma åtgärdens förvarningssystem och övervakas nu gemensamt av ECNN och Europol, i nära samarbete med Europeiska kommissionen och Europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA).

Som instrument för beslut om huruvida en viss substans skall narkotikaklassas på EU-nivå eller inte ger den gemensamma åtgärden också medlemsstaterna och EU-institutionerna regelbundna insikter i narkotikamissbruket i nöjesmiljöer och tidiga indikationer på trender i fråga om smuggling av syntetiska droger. De riskbedömningar som görs ger de politiskt ansvariga goda underlag för överväganden om hur man kan uppnå balans mellan kontrollpolitiska och preventiva åtgärder.

⁽³⁰⁾ De senaste tillgängliga uppgifterna: juli 1999. Priserna varierar inom medlemsstaterna beroende på renhetsgraden, den köpta kvantiteten och platsen för köpet (Källa: Europol, årsrapport för 2000).

2001 Årsrapport över situationen på narkotikaområdet i Europeiska unionen

De syntetiska drogerna och bedömningen av riskerna med dem tas i allt högre grad med när man gör mer övergripande studier av föränderliga mönster och beteenden och av subkulturer och utvecklingar. Detta har resulterat i följande åtgärder:

- Man har upprättat effektiva kanaler för kommunikationen mellan alla aktörer som medverkar i systemen för snabba motåtgärder.
- Man har förbättrat samspelet mellan vetenskapsbaserad information och politiska insatser.
- Man har förbättrat möjligheterna att erhålla specifik information om syntetiska droger och mer generellt om nya trender för drogmissbruket genom nationella och lokala prevalensskattningar och register över ansökningar om behandling, varvid hänsyn tas till att behandlingsorganen främst är inriktade mot opiatmissbrukare.

Narkotikaproblemet i de central- och östeuropeiska länderna

I det här kapitlet utnyttjas information som nyligen gjorts tillgänglig genom det narkotikaprogram med ett flertal medverkande länder som bedrivs inom Phare-programmet. Just nu befinner sig samarbetet mellan ECNN och kandidatländerna i en övergångsperiod under vilken det direkta tekniska samarbetet kommer att utökas i syfte att vidareutveckla de institutionella grunderna för nationella system för narkotikainformation, befästa relationerna och etablera permanenta strukturella förbindelser.

Läge och trender

Överlag bekräftas de mer framträdande trender som observerades 2000:

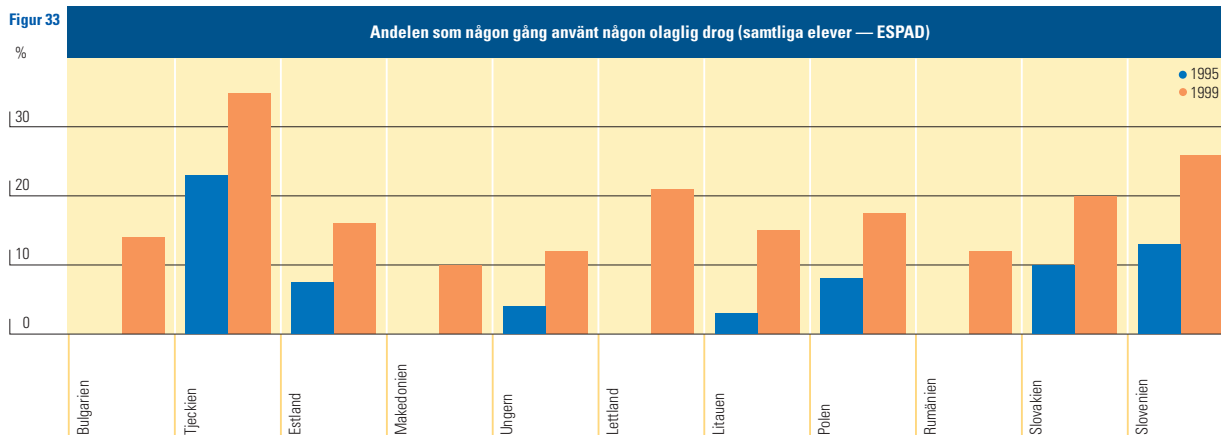
- En allt större andel av befolkningen i allmänhet och särskilt av skoleleverna har någon gång använt olagliga droger.
- Efterfrågan på behandling ökar, främst för opiatmissbruk.
- Missbruksmönstren förändras: importerat heroin ersätts i allt större utsträckning lokalt framställda opiater.
- Narkotikamissbruket sprids från de större städerna till alla regioner.

- Problemen och utmaningarna med anknytning till handeln med och transportererna av olagliga droger blir allt större.

Prevalens och missbruksmönster

Om man jämför de uppgifter som samlades in 1995 respektive 1999 inom det europeiska projektet för skolundersökningar om alkohol och andra droger (ESPAD) ser man att andelen skolelever (15–16-åringar) som någon gång använt olagliga droger fördubblades mellan 1995 och 1999 i alla de central- och östeuropeiska länderna utom Tjeckien – där andelen ökade med i runda tal 50 % från en relativt hög nivå 1995 (se figur 33).

Denna ökning återspeglar till största delen en ökning av andelen som har använt cannabis, som fortfarande är den drog som flest tonåringar har provat.



Tabell 4

Andelen skolelever som någon gång har använt ecstasy, amfetaminer och LSD — ESPAD 1995–1999 (%).

	Ecstasy		Amfetaminer		LSD	
	1995	1999	1995	1999	1995	1999
Bulgarien	–	1	–	1	–	1
Tjeckien	0	4	2	5	2	7
Estland	0	3	0	7	1	3
Makedonien	–	1	–	0	–	1
Ungern	1	3	0	2	1	4
Lettland	0	6	0	4	0	4
Litauen	0	4	0	2	0	2
Polen	0	3	2	7	1	5
Rumänien	–	0	–	0	–	0
Slovakien	–	2	0	1	0	4
Slovenien	1	4	0	1	1	3

Parallellt har en avsevärd – om än mindre – ökning noterats när det gäller användningen av droger som ecstasy, amfetaminer och LSD (se tabell 4).

En del av de uppgifter som samlats in i enskilda städer eller i mer specifika grupper visar emellertid att missbruket av syntetiska droger kan vara mer utbrett där än vad de nationella siffrorna ger vid handen, även om det saknas tillförlitliga uppgifter om antalet missbrukare i befolkningen.

I Litauen visade 1999 års ESPAD-undersökning att 22,7 % av skoleleverna i Vilnius och 23,9 % av skoleleverna i Klaipeda någon gång hade använt någon olaglig drog, medan det nationella genomsnittet var 15,5 %.

I Tjeckien gjordes en studie 1998 och 1999 av personer i "techno"-festmiljön i Prag: bland dessa hade 44,5 % någon gång använt amfetaminer, 35,7 % ecstasy och 47,7 % hallucinogener – att jämföra med 5 %, 4 % respektive 7 % i den ESPAD-undersökning som gjordes på nationell nivå.

Efterfrågan på behandling

Efterfrågan på behandling – huvudsakligen för opiatmissbruk – verkar fortfarande öka (se tabell 5).

Det bör dock understrykas att både konsumtionsmönstren och själva de problematiska drogerna kan variera i hög grad mellan länder och mellan regioner.

Tillgången på narkotika

Stora beslag längs Balkanrutten och i Centraleuropa under 1999 och 2000 bekräftar regionens roll i fråga om transport och lagring av heroin. Anmärkningsvärt är att de bulgariska myndigheterna år 2000 beslagtogs sammanlagt

Tabell 5

Antal ansökningar om behandling i de central- och östeuropeiska länderna sedan 1993 (samtliga ansökningar)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Albanien	n.a.	n.a.	27	63	334	523	615
Bulgarien	n.a.	n.a.	254	449	582	974	1 071
Tjeckien (1)	n.a.	n.a.	2 470	3 252	3 132	3 858	3 889
Estland	n.a.	246	366	755	n.a.	n.a.	n.a.
Makedonien	82	116	242	301	431	n.a.	n.a.
Ungern (2)	n.a.	2 806	3 263	4 233	7 945	8 957	12 765
Lettland	n.a.	781	804	904	992	1 080	1 512
Litauen (3)	n.a.	n.a.	n.a.	1 804	2 871	2 862	3 082
Polen	3 783	4 107	4 223	4 772	n.a.	n.a.	n.a.
Rumänien	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	646	650	n.a.
Slovakien	n.a.	1 189	1 239	1 594	2 074	2 199	2 236
Slovenien (1)	141	187	125	309	n.a.	n.a.	n.a.

Anm.: n.a. = uppgift saknas.

(1) Första ansökan om behandling.

(2) Antal behandlingsfall (icke-harmoniserad indikator).

(3) Antal registrerade missbrukare.

2 079 kg heroin – mer än vad som sammanlagt beslagtogs under de föregående sex åren. De flesta av beslagen görs vid den största tullstationen längs gränsen mot Turkiet. Däremot finns det inga tecken på motsvarande ökning av beslagen på andra ställen längs Balkanrutten. I takt med att heroinkonsumtionen stiger verkar de central- och östeuropeiska länderna emellertid i allt större utsträckning bli mål och inte bara genomfartsländer.

Central- och Östeuropa är fortfarande genomfartsregion för cannabis som skall till EU-medlemsstaterna. År 2000 gjordes beslag i de flesta av länderna. Det finns studier som visar att cannabis är den mest använda drogen i de central- och östeuropeiska länderna, och det finns tecken på att det liksom i EU har skett en märkbar ökning inte bara av den olagliga handeln utan också av cannabisodlingen i regionen.

Central- och Östeuropas roll som genomfartsregion för kokainhandeln förefaller ha vidareutvecklats under 1999 och 2000. Ungern, Tjeckien och Rumänien medverkade till stora kokainbeslag. Kokainmissbruket verkar däremot vara begränsat till vissa grupper och det är svårt att bedöma omfattningen med dagens övervakningssystem.

Syntetiska droger blir allt populärare bland ungdomarna (se tabell 4) och det finns oroväckande tecken på att allt fler ungdomar är inblandade i smuggling och försäljning av drogerna. Produktionen av syntetiska droger har ökat och missbruket av dem påverkar allt fler unga människors liv. Det finns olagliga laboratorier för framställning av amfetamin i de flesta av de central- och östeuropeiska

Narkotikaproblemet i de central- och östeuropeiska länderna

länderna, och kemikalier som behövs vid drogframställningen smugglas in från andra länder i regionen, från EU eller från andra länder.

Myndigheterna har förstört olagliga laboratorier i nästan alla central- och östeuropeiska länder. I synnerhet verkar Polen, Tjeckien, Ungern, Bulgarien och de baltiska länderna vara framträdande drogproducenter. I Polen förstörde man exempelvis sju laboratorier i början av 2000, men man tror att det kan finnas minst lika många till som fortfarande är i drift. Det ökande ecstasymissbruket på global nivå har medfört att drogen exporteras från EU till marknaderna i Central- och Östeuropa. Kontrollorganen rapporterar att en betydande del av den ecstasy som konsumeras i Central- och Östeuropa kommer från Nederländerna.

Strategier och institutioner för kampen mot narkotikamissbruket

Sedan mitten av 1990-talet har utvecklingen av narkotikapolitiken och strategierna mot missbruket i de central- och östeuropeiska länderna (på liknande sätt som i EU-medlemsstaterna) vilat på två ben: för det första narkotikafenomenets föränderliga natur med dess inverkan på allt större delar av samhället och för det andra problemets flerdimensionella karaktär och det därav följande behovet av nationellt samordnade sektorsövergripande motåtgärder. De åtgärder som vidtagits av olika internationella organisationer, bland annat Europeiska kommissionen, har fungerat som katalysator för utvecklingen av nationella åtgärder mot narkotikan.

Mot denna bakgrund har de central- och östeuropeiska länderna kommit relativt långt med utvecklingen av lämpliga lagregler och administrations- och samordningsstrukturer. Dessutom har de tio kandidatländerna ⁽³¹⁾ i regionen, som ett led i processen för utvidgning av EU och inom ramen för EU:s strategi inför anslutningen, anpassat eller ändrat sin narkotikakontrollverksamhet i riktning mot införlivande och genomförande av EU:s regelverk. En liknande process pågår i före detta jugoslaviska republiken Makedonien, trots att landet ännu inte har ansökt om EU-medlemskap.

Lagstiftning

Alla kandidatländerna i Central- och Östeuropa har undertecknat och ratificerat de tre FN-konventionerna om narkotikakontroll, vilka anses vara oupplösligt knutna till

Narkotikalagstiftningen i Slovenien

I den slovenska lagen om förebyggande av missbruk av olagliga droger och hantering av konsumenter av olagliga droger (1999) anges vid sidan av åtgärder för att förebygga narkotikamissbruk även åtgärder på andra områden: upplysning, vård, utbildning och rådgivning, medicinsk behandling, socialförsäkring, program för lösande av sociala problem med anknytning till konsumtion av olagliga droger och övervakning av konsumtionen av olagliga droger. Lagen tar också bland annat upp behovet av medverkan från icke-statliga organisationers sida och samordningen av deras verksamheter med det nationella programmet. Enligt lagen skall medel för delfinansiering av preventionsprogrammen och övervakningen av konsumtionen tas från statsbudgeten.

strävan att uppnå målen för EU:s narkotikastrategi. Estland blev år 2000 det land som senast ratificerade 1988 års FN-konvention om bekämpande av illegal handel med narkotika och psykotropa ämnen. Alla kandidatländerna i Central- och Östeuropa har också undertecknat och ratificerat 1990 års Europarådskonvention om penningtvätt, efterforskning, beslag och förverkande av vinning av brott (Strasbourgkonventionen).

Processen för antagande av lagstiftning på nationell nivå är olika intensiv och följer olika metoder i de olika länderna. I en del av dem, exempelvis Ungern, har man antagit flera specifika lagar på olika narkotikarelaterade områden, medan man i andra har valt att ha en enda heltäckande "paraplylag" om narkotika som exempelvis 1997 års polska lag om bekämpande av narkotikamissbruk. Den lagen ändrades för övrigt 2000 genom att reglerna om innehav av små mängder narkotika skärptes och inslaget av efterfrågeminskande åtgärder stärktes. En lag av liknande slag har nyligen antagits i Bulgarien (1999). Under de två senaste åren har Slovenien antagit tre betydelsefulla narkotikalagar: en om framställning av och handel med olagliga droger (1999), en om ämnen som används vid framställning av olagliga droger (2000) och en som uteslutande gäller prevention av narkotika-konsumtion, behandling och återintegrering av missbrukare (1999). Den rumänska lag om bekämpande av handel med och konsumtion av olagliga droger som antogs 2000 är förhållandevis kortfattad och kommer sannolikt att kompletteras med ett betydande antal sekundärförfattningar. Alla kandidatländerna har antagit specifika lagar om kontroll av ämnen som används vid

⁽³¹⁾ Följande central- och östeuropeiska länder har ansökt om EU-medlemskap: Bulgarien, Estland, Lettland, Litauen, Polen, Rumänien, Slovakien, Slovenien, Tjeckien och Ungern.

drogframställning; dessa lagar är överlag förenliga med EU:s motsvarande regler. Under 2000 antogs exempelvis lagar på detta område i Slovenien och Slovakien, liksom förordningar i Litauen, Polen och Bulgarien.

Samordning på nationell nivå

I linje med den nya lagstiftningen har de nationella samordnings- och beslutsstrukturerna i de flesta av kandidatländerna i Central- och Östeuropa genomgått betydande förändringar under 1999 och 2000. År 1999 godkände den nationella narkotikakommissionen i Tjeckien stadgarna för sitt rådgivande organ – "Nämnden för departementsrepresentanter" –, vars uppdrag är att utarbeta en ny nationell strategi. I Ungern har man reformerat narkotikasamordningskommissionen med syftet att förstärka dess uppdrag och operativa kapacitet. Genom de nya lagarna i Slovenien och Bulgarien etablerades en fast grund för de båda ländernas organ för samordning mellan departementen, och dessa organs roll stärktes genom inrättandet av permanenta stödstrukturer – "Statliga narkotikakontoret" respektive "Nationella narkotikarådets sekretariat" – som påminner om motsvarande organ i Tjeckien och Slovakien. Den rumänska "Interministeriella kommittén för kampen mot narkotika" inrättades 1999 och har ännu inte uppnått full verksamhet, och i Polen har något motsvarande organ inte varit verksamt sedan 1998. Huvuddelen av detta omorganisationsarbete har gjort det möjligt för de berörda länderna att skapa strukturer som kan tillgodose behoven och hantera problemen i ett föränderligt samhälle.

För ledningen av organet för samordning mellan departementen står oftast ett av de inblandade departementen. I de flesta länderna är det fråga om ett departement som handhar sociala frågor – hälsodepartementet i Bulgarien, Litauen och Slovenien, socialdepartementet i Estland och ungdoms- och idrottsdepartementet i Ungern. I andra länder sorterar samordningsorganet direkt under motsvarigheten till stadsrådsberedningen – med premiärministern som ordförande i Tjeckien och vice premiärministern i Slovakien – eller under inrikesdepartementet, som i Lettland. I Rumänien befinner sig den interministeriella kommittén definitionsmässigt "under premiärministerns ledning", men verksamheten organiseras av inrikesdepartementet.

För genomförandet och samordningen på lokal nivå av den nationella politiken inrättades lokala narkotikakommissioner i Tjeckien 1999. I Bulgarien började man 2000 inrätta kommunala narkotikaråd med företrädare för olika yrkeskategorier. Dessa råd liknar de region- och distrikts-

kommissioner för narkotikafrågor som skapades i Slovakien 1997.

Nationella strategier och handlingsplaner

I de länder där organet för samordning mellan departementen i narkotikafrågor är välplacerat, exempelvis i Tjeckien och Slovakien, utarbetar och genomför man områdesövergripande nationella strategier på ett mer konsekvent sätt. I Tjeckien har man exempelvis antagit sin tredje nationella strategi, som bygger vidare på de båda föregående. Processen för utarbetande av strategidokument och handlingsplaner intensifierades under 1999 och 2000, och nationella narkotikastrategier antogs i Slovakien (1999), Polen (1999), Ungern (2000) och Tjeckien (2000).

Det estniska "programmet för förebyggande av alkoholism och narkotikamissbruk" (1997–2007), den lettiska "övergripande planen för kontroll av narkotika och förebyggande av narkotikamissbruk" (1999–2003) och det litauiska "nationella programmet för narkotikakontroll och narkotikaprevention" (1999–2003) håller på att ses över. I Slovenien har ett "nationellt program för förebyggande av narkotikamissbruk" som antogs 1992 genomförts under de gångna åren. Ett nytt program skall antas på grundval av ny lagstiftning. I Rumänien och Bulgarien har man ännu inte antagit några heltäckande strategier för narkotikakontroll och missbruksprevention, även om Bulgarien har ett "nationellt program för prevention, behandling och rehabilitering av narkomaner" för perioden 2001–2005.

De nya strategierna visar att det finns ett engagemang för att ta itu med narkotikaproblemet på högsta politiska nivå och i de högsta verkställande organen. Strategierna utgör dessutom grunden för områdesövergripande program. De flesta av de nyligen antagna strategidokumenterna är redan i sig konkreta handlingsplaner, med mål, delmål, resultatmätt osv., och ofta efterlyses en ökning av de ekonomiska resurserna – i de fall där man inte redan beviljats ökade resurser. Medvetenheten om att det behövs bättre information om narkotika och bättre utvärdering av insatserna blir allt större, och ofta ingår dessa aspekter som fullvärdiga komponenter i de nationella åtgärderna. I samarbetet mellan den statliga och den icke-statliga sektorn när det gäller utveckling av strategier och genomförande av program förefaller man ta allt större hänsyn både till allmänhetens enskilda och kollektiva behov och till vad missbrukarna behöver. Det är värt att notera att samtliga nya strategier i kandidatländerna eftersträvar att deras nationella narkotikapolitik skall vara förenlig med de åtgärder och strategier som har fått stöd på EU-nivå.

Narkotikaproblemet i de central- och östeuropeiska länderna

Tjeckien

I slutet av 2000 antog den tjeckiska regeringen en "nationell narkotikapolitisk strategi för 2001–2004". I strategidokumentet räknas 82 specifika arbetsuppgifter upp, och det ställs krav på att alla relevanta regeringsdepartement med någon anknytning till narkotikaområdet liksom de myndigheter i regionerna och distrikten som ansvarar för narkotikapolitiken skall utarbeta specifika narkotikahandlingsplaner för 2001–2004 i linje med strategin. Strategin tar hänsyn till omorganisationen av den tjeckiska förvaltningen och skapandet av större administrativa och territoriella enheter, och den innehåller bestämmelser om ökad regional samordning.

Ungern

Den "nationella strategin för undertryckande av narkotikafenomenet", som utarbetats av ungdoms- och idrottsdepartementet, antogs av parlamentet i slutet av 2000. Detta är det första heltäckande, officiellt antagna strategidokumentet på narkotikaområdet i Ungern. För att berättiga den områdesövergripande ansats med uppsättande av mål som man följer, har man huvudsakligen baserat strategin på analys av tillgängliga data och på tidigare nationella och internationella erfarenheter. Det anges mål på lång (2009), medellång (2002) och kort sikt liksom resultatindikatorer som gör det möjligt att följa framstegen. Dessutom fastställs den organisatoriska och ekonomiska ram som krävs för genomförandet av åtgärderna. Strategin har fyra huvudmål: dels en välfungerande samhälls- och samarbetskapacitet, dels god tillgänglighet för preventiva åtgärder, dels god tillgänglighet för social arbetsterapi och rehabilitering och dels minskning av tillgången på narkotika.

Polen

Trots att det saknas organ för samordning mellan departementen antogs ett "nationellt program för motverkande av narkotikamissbruk i Polen 1999–2001" i slutet av 1999. Programmet har samma inriktning som EU:s handlingsplan mot narkotika (2000–2004) och innehåller åtta mål som är avsedda att stärka insatserna för att minska efterfrågan på narkotika och att öka verkningsfullheten hos insatserna för att minska den olagliga handeln med narkotika och psykotropa ämnen samt åtgärder för att stärka de nationella samordningsstrukturerna och det internationella samarbetet. På området minskning av efterfrågan ägnar programmet särskild uppmärksamhet åt mål som i hög grad är förenliga med EU-strategins, exempelvis i fråga om förebyggande arbete bland ungdomar, förbättring av diverse insatser för rehabilitering och

social återintegrering och minskning av missbrukets konsekvenser för hälsan. Även behovet av att utvärdera åtgärderna och att arrangera övervakningen av dem på lämpligt sätt tas upp i programmet.

Slovakien

Det "nationella programmet för kampen mot narkotika fram till 2003, med möjlighet till förlängning fram till 2008" är ett åtgärdsdokument som antagits som ett led i genomförandet av det första nationella programmet (1995–1999). I programmet eftersträvas balans mellan åtgärder för att minska efterfrågan respektive utbudet genom uppsatta huvudmål på fyra områden: dels primärprevention, behandling och återintegrering, dels minskning av narkotikatillgången och kontrollpolitiska insatser mot narkotika, dels massmediekommunikation och dels internationellt samarbete, där förberedelserna inför EU-medlemskapet och behovet av kontinuerligt samarbete med EU och dess institutioner och organ, inbegripet ECNN, ses som en prioriterad fråga. I programmet diskuteras dessutom behovet av att verkställa de beslut som fattades av den 20:e särskilda sessionen i FN:s generalförsamling. Finansieringen för programaktiviteterna kommer huvudsakligen från den statliga hälsofonden (främst preventionsarbetet), anti-drogfonden (främst icke-statliga organisationers verksamhet inom rehabilitering och eftervård) och statsbudgeten (främst för departementen och för genomförandet av de projekt som nämns i programmet).

Penningtvätt

Majoriteten av kandidatländerna i Central- och Östeuropa har vidtagit åtgärder mot penningtvätt. Nästan samtliga har etablerat en rättslig, institutionell och judiciell ram för bekämpandet av penningtvätt, och organ för finansiell underrättelsetjänst har antingen inlett sin verksamhet eller förstärkts under de senaste två åren. De flesta av dessa enheter har dessutom formellt godtagits som fullvärdiga medlemmar av Egmont-gruppen⁽³²⁾ och kan därmed anses motsvara EU:s standarder och praxis och ha goda möjligheter att fullgöra sina framtida skyldigheter gentemot EU.

Ny lagstiftning mot penningtvätt trädde i kraft i Rumänien 1999, och de slovakiska och polska parlamenten antog motsvarande lagar under 2000. År 1999 ändrades den bulgariska banklagen, och år 2000 trädde en ändring av den tjeckiska lagen om penningtvätt i kraft.

⁽³²⁾ Egmont-gruppen är en informell organisation som bildades 1995 med syftet att skapa ett forum där organ för finansiell underrättelsetjänst kan ge stöd till varandras nationella program mot penningtvätt. För närvarande är 53 sådana organ medlemmar av gruppen.

Sammanfattning

Trots att det i allmänhet finns de rättsliga och institutionella ramar som behövs i de central- och östeuropeiska länderna, är den övergripande kapaciteten begränsad när det gäller att genomföra de vidtagna åtgärderna på ett verkningsfullt sätt, och de resurser som har avsatts för dessa åtgärder är otillräckliga. Den låga operativa nivån på vissa länders mekanismer för nationell samordning underminerar genomförandet av de politiska åtgärderna, och det regionala samarbetet har vissa brister. I de flesta länderna påverkar detta de berörda institutionernas förmåga att ta itu med penningtvättsproblemet och att medverka på ett ändamålsenligt sätt i åtgärder för internationellt samarbete som avser de gränsöverskridande hot

som både de central- och östeuropeiska länderna och EU-länderna ställs inför. Det är därför ytterst viktigt att de berörda länderna fortsätter att stärka sin politik, sina institutioner och sina samordningsmekanismer och att de avsätter tillräckliga resurser till detta. För att ytterligare förstärka denna process under 2000 gav Europeiska kommissionen vart och ett av kandidatländerna ett tilläggsanslag på 1 miljon euro för utveckling av en specifik narkotikakomponent i det nationella Phare-programmet. De flesta av dessa projekt kommer att ske genom samarbete där varje kandidatland paras ihop med en EU-medlemsstat.

Kontaktpunkterna för Reitox

Österrike – Sabine Haas
Österreichisches Bundesinstitut
für Gesundheitswesen
Stubenring, 6
A-1010 Wien
Tfn (43-1) 515 61-160
Fax (43-1) 513 84 72
E-post: HAAS@oebig.at

Belgien — Denise Walckiers
Institut scientifique de la santé
publique/ Wetenschappelijk
Instituut Volksgezondheid
Rue Juliette Wytsman 14
B-1050 Bryssel
Tfn (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-post: BIRN@iph.fgov.be

Danmark — Thomas Clement
Sundhedsstyrelsen
Amaliegade 13 – Postboks 2020
D-1012 Köpenhamn
Tfn (45) 33 48 76 82
Fax (45) 33 48 75 33
E-post: tcl@sst.dk
Kari Grasaasen
Tfn (45) 33 48 76 54
Fax (45) 33 48 75 33
E-post: kag@sst.dk

Finland — Ari Virtanen
Forsknings- och utvecklingscen-
tralen för social- och hälsovården/
Sosiaali- ja terveystieteiden
ja kehittämiskeskus
PL 220
FIN-00531 Helsingfors
Tfn (358-9) 39 67 23 78
Fax (358-9) 39 67 23 24
E-post: ari.virtanen@stakes.fi

Frankrike — Jean Michel Costes
Observatoire français des drogues
et des toxicomanies
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Tfn (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-post: jecos@ofdt.fr

Tyskland — Roland Simon
Institut für Therapieforchung
Parzivalstrabe 25
D-80804 München
Tfn (49-89) 36 08 04-40
Fax (49-89) 36 08 04-49
E-post: Simon@ift.de
Manina Terzidou

Grekland — Officiell adress
University Mental Health
Research Institute (UMHRI)
Eginitou Str. 12
G-11528 Aten
Tfn (30-1) 653 69 02
Fax (30-1) 653 72 73
Postadress
Greek Reitox Focal Point
PO Box 66517
G-15601 Papagou
Tfn (30-1) 617 00 14/653 69 02
Fax (30-1) 653 72 73
E-post: ektepn@hol.gr

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

Italien — Franco Scarpino
Presidenza del Consiglio dei
ministri, dipartimento per gli affari
sociali, ufficio per il coordina-
mento delle attività di preven-
zione e recupero delle tossicodi-
pendenze
Via Veneto, 56
I-00187 Rom
Tfn (39) 06 48 16 14 95/16 16 30
Fax (39) 06 48 24 934
E-post:
puntofocale@minwelfare.it

Luxemburg — Alain Origer
Direction de la santé – Point focal
OEDT, Luxembourg
Allée Marconi – Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Tfn (352) 478 56 25
Fax (352) 46 79 65
E-post: alain.origer@ms.etat.lu

Portugal — Elza Pais (chef)
Maria Moreira (kontaktperson)
Instituto Português da Droga e da
Toxicodpendência (IPDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000-179 Lissabon
Tfn (351) 213 10 41 00
(M.Moreira/41 26)
Fax (351) 213 10 41 90
E-post: mmoreira@mail.ipdt.pt

Spanien — Elena Garzón
Delegación del Gobierno para el
Plan Nacional sobre Drogas
(DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Tfn (34) 915 37 27 25
Fax (34) 915 37 26 95
Ana Andrés Ballesteros
Tfn direkt (34-91) 537 26 86
E-post: egarzon@pnd.mir.es

Sverige — Bertil Pettersson
Folkhälsoinstitutet
S-103 52 Stockholm
Tfn (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
Mobil (46-70) 483 35 13
E-post: Bertil.Pettersson@fhi.se

Nederländerna — Franz Trautmann
Trimbos-instituut
Netherlands Institute of Mental Health
and Addiction
Da Costakade 45 – Postbus 725
3500 AS Utrecht
Netherlands
Tfn (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
E-post: ftrautmann@trimbos.nl

Norge — Knut Brofoss
Statens institutt for rusmiddelforskning
(SIRUS) – SIFA
Øvre Slottsgate 2B
N-0157 Oslo
Tfn (47-22) 34 04 00
Fax (47-22) 34 04 01
E-post: postmaster@sirus.no

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

Europeiska kommissionen — Timo Jetsu
European Commission
Justice and Home Affairs DG – Drugs Coordination Unit
Rue de la Loi, 200 (Lx-46 3/186)
B-1049 Bryssel
Tfn (32-2) 29- 957 84
Fax (32-2) 29- 532 05
E-post: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN)

Årsrapport över situationen på narkotikaområdet i Europeiska unionen — 2001

Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer

2001 — 57 sid. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-120-2

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) 705 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) 351 41 80/12/3/4/5
Fax (30-1) 323 98 21
E-mail: elebooks@netor.gr
URL: <http://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
Tel. (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

Messagerie 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>

NETHERLAND

SDU Servicecentrum Uitgevers

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

ÖSTERREICH

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

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

PORTUGAL

Distribuidora de Livros Bertrand Ld.ª

Grupo Bertrand, SA
Rua das Terras dos Vales, 4-A
Apartado 60037
P-2700 Amadora
Tel. (351) 214 95 87 87
Fax (351) 213 94 57 50
E-mail: dlb@ip.pt

Imprensa Nacional-Casa da Moeda, SA

Sector de Publicações Oficiais
Rua da Escola Politécnica, 135
P-1250-100 Lisboa Codex
Tel. (351) 213 94 57 00
Fax (351) 213 94 57 50
E-mail: spoc@incm.pt
URL: <http://www.incmm.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 18
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

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

NORGE

Swets Blackwell AS

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

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

Euro Info Center Schweiz

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

BĂLGARIA

Europress Euromedia Ltd

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

ČESKÁ REPUBLIKA

ÚVIS

odd. Publikaci
Havelskova 22
CZ-130 00 Praha 3
Tel. (420-2) 22 72 37 34
Fax (420-2) 22 71 57 38
URL: <http://www.uvis.cz>

CYPRUS

Cyprus Chamber of Commerce and Industry

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

ESTI

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
ll 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: gwirrh@usa.net

POLSKA

Arsk Polonia

Krakowskie Przedmieście 7
Skł. 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

Gospodarski Vestnik

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

TÜRKIYE

Dünya Infotel AS

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

ARGENTINA

World Publications SA

Av. Córdoba 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.incmm.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

3569 Chemin Canotek Road, Unit 1
Ottawa, Ontario K1J 9J3
Tel. (1-613) 745 26 65
Fax (1-613) 745 76 60
E-mail: order.dept@renoufbooks.com
URL: <http://www.renoufbooks.com>

EGYPT

The Middle East Observer

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

INDIA

EBIC India

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

JAPAN

PSI-Japan

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

MALAYSIA

EBIC Malaysia

Suite 45.02, Level 45
Plaza 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

PHILIPPINES

EBIC Philippines

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

SRI LANKA

EBIC Sri Lanka

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

UNITED STATES OF AMERICA

Bernan Associates

4611-F Assembly Drive
Lanham MD 20706-4391
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: <http://eur-op.eu.int>

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 Europainivå om narkotika och narkotikamissbruk och konsekvenser av detta". Genom den statistik, dokumentation och tekniska information som centrumet samlar in, analyserar och sprider förser det 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,
- samarbeta med europeiska och internationella organisationer och med länder utanför EU.

ECNN arbetar uteslutande med information.

ECNN på Internet

En interaktiv version av årsrapporten för 2001 finns på Internet, på webbplatsen <http://www.emcdda.org>. I den versionen finns det länkar till de datakällor, rapporter och bakgrundsdokument som har använts vid sammanställandet av rapporten.

På ECNN:s webbplats finns också detaljerad information om narkotikamissbruk i Europa, nedladdningsbara publikationer på alla de elva officiella EU-språken, 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 92-9168-120-2



9 789291 681204 >