



Europeiska centrumet för kontroll
av narkotika och narkotikamissbruk

ISSN 1609-6207

ÅRSRAPPORT 2007

SITUATIONEN PÅ NARKOTIKAOMRÅDET
I EUROPA



Europeiska centrumet för kontroll
av narkotika och narkotikamissbruk

SITUATIONEN PÅ NARKOTIKAOMRÅDET
I EUROPA

ÅRSRAPPORT 2007

Rättsligt meddelande

Denna publikation från Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN) är upphovsrättsligt skyddad. ECNN tar inget ansvar för eventuella konsekvenser av hur uppgifterna i dokumentet används. Innehållet återspeglar inte nödvändigtvis den officiella ståndpunkten hos ECNN:s partner, EU-medlemsstaterna eller Europeiska unionens och Europeiska gemenskapernas övriga institutioner och organ.

En stor mängd övrig information om Europeiska unionen är tillgänglig på Internet via Europa-servern (<http://europa.eu>).

Europe Direct är en tjänst som hjälper dig att få svar på dina frågor om Europeiska unionen.

Gratis telefonnummer (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Vissa mobiltelefonoperatörer tillåter inte 00 800-nummer eller avgiftsbelägger dem.

Rapporten finns på bulgariska, spanska, tjeckiska, danska, tyska, estniska, grekiska, engelska, franska, italienska, lettiska, litauiska, ungerska, nederländska, polska, portugisiska, rumänska, slovakiska, slovenska, finska, svenska, turkiska 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, 2007

ISBN 978-92-9168-304-8

© Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, 2007

Kopiering tillåten med angivande av källan.

Printed in Belgium

TRYCKT PÅ ICKE KLORBLEKT PAPPER



Europeiska centrumet för kontroll
av narkotika och narkotikamissbruk

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lisbon, Portugal

Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11

info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Innehåll

Förord	5
Tack till medverkande	7
Till läsaren	9
Kommentar – Situationen på narkotikaområdet i Europa	11
Kapitel 1	
Politik och lagstiftning	18
Kapitel 2	
Olika sätt att hantera narkotikaproblem i Europa – en översikt	28
Kapitel 3	
Cannabis	37
Kapitel 4	
Amfetaminer, ecstasy och LSD	48
Kapitel 5	
Kokain och crack-kokain	57
Kapitel 6	
Opiatmissbruk och injektionsmissbruk	63
Kapitel 7	
Nya och framväxande trender samt åtgärder mot nya droger	72
Kapitel 8	
Narkotikarelaterade infektionssjukdomar och narkotikarelaterade dödsfall	77
Referenser	89



Förord

Detta är den tolfte årsrapporten från Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk. Liksom de tidigare rapporterna ger den en heltäckande aktuell bild av den rådande situationen i fråga om narkotikamissbruk i Europa. Dessutom visar rapporten vilka framsteg som har gjorts i Europa när det gäller att införa ett informationssystem för att följa användningen av narkotika som bygger på lämpliga metoder, kan användas under längre tid och är heltäckande.

Rapporten tar upp två grundläggande frågor: Vad vet vi om narkotikamissbruket i Europa och de problem som detta ger upphov till? Och vad har vi lärt oss om hur man vidtar verkningsfulla åtgärder mot narkotikarelaterade problem? Detta är viktiga frågor eftersom de politiskt ansvariga över hela Europa, oavsett vilken politik de föredrar och oavsett vilken ideologi de bekänner sig till, har kommit till insikten att narkotikaproblemet innefattar en komplex uppsättning delproblem som saknar enkla lösningar. De inser att den enda vägen framåt är att analysera de fakta som finns dels om problemets omfattning och kännetecken, dels om nyttan med och kostnaden för olika typer av motåtgärder. I det här avseendet visar rapporten också att Europa nu satsar på balanserade och evidensbaserade politiska åtgärder och på varaktiga insatser under längre tid snarare än kortsiktiga snabblösningar. Till följd av detta kan vi européer vara stolta över att våra åtgärder mot det svåra och ofta känslomässigt laddade problem som narkotikamissbruket utgör är både rationella och humana.

I den här rapporten reflekterar vi också över de framsteg som har gjorts i strävan att hantera narkotikaproblemet i Europa. Detta är särskilt relevant i år eftersom det på både europeisk och internationell nivå snart är dags att se över vad som har uppnåtts på området. Under 2008 kommer Europeiska kommissionen att påbörja arbetet med att bedöma effekten av EU:s nuvarande handlingsplan mot narkotika, och inom FN:s kommission för narkotiska droger (CND) kommer man att diskutera de framsteg som gjorts i strävan att uppnå de mål som ställdes upp vid det särskilda sammanträdet i FN:s generalförsamling år 1998.

Narkotikasituationen utgör fortfarande ett allvarligt hälso- och socialpolitiskt och kontrollpolitiskt problem i Europa. Att hitta områden som väcker stark oro är inte svårt. Icke desto mindre är vi fast övertygade om att det

även är viktigt att framhålla de framsteg som faktiskt har gjorts. Allt fler av EU-medlemsstaterna börjar nu tillämpa strategiska och planerade tillvägagångssätt för att hantera narkotikaproblemet. Dessutom har det skett en drastisk ökning av de resurser som satsas på prevention, behandling och åtgärder för att minska narkotikans skadeverkningar, och när det gäller åtgärderna för att minska tillgången på narkotika har samarbetet blivit bättre och insatserna mer fokuserade. Användningen av narkotika ligger fortfarande generellt på nivåer som historiskt sett är höga, men på de flesta områden har det skett en stabilisering och på vissa områden finns det till och med tecken som berättigar en försiktig optimism. Europeiska unionen och dess medlemsstater ger betydande stöd till internationella program, och det är också tillfredsställande att kunna konstatera att situationen i Europa på ett antal betydelsefulla områden ser förhållandevis positiv ut i jämförelse med situationen i andra delar av världen.

Uppdraget för vårt centrum är att följa situationen på narkotikaområdet, och därför är det fakta och sifferuppgifter som är vårt arbetsmaterial. Vi är fast beslutna att vårt arbete ska kännetecknas av vetenskaplig noggrannhet och opartiskhet och att vi ska tolka den tillgängliga informationen utan fördomar eller förutfattade meningar. Detta är vår roll, och som styrelseordförande respektive direktör godtar vi inga kompromisser på den här punkten och är stolta över de höga krav vi ställer och uppfyller. Men även om vetenskaplig noggrannhet har avgörande betydelse för vårt arbete, får vi aldrig glömma att bakom de sifferuppgifter vi redovisar finns det människor av kött och blod vilkas liv har påverkats och ibland förstörts av narkotikaproblem. Bakom den torra statistiken över efterfrågan på behandling, narkotikarelaterade dödsfall och kriminella beteenden döljer sig familjer som sörjer, möjligheter som har gått till spillo och barn som växer upp i ottrygga miljöer. Om vi ska kunna utveckla verkningsfulla motåtgärder mot narkotikaproblemet kan vi inte förhålla oss känslomässigt till våra faktauppgifter, men däremot får vi aldrig sluta att förhålla oss känslomässigt till vårt ämne.

Marcel Reimen

Ordförande, ECNN:s styrelse

Wolfgang Götz

Direktör, ECNN



Tack till medverkande

ECNN vill tacka dem som har deltagit i arbetet med rapporten, nämligen

- cheferna och personalen vid de nationella Reitox-kontaktpunkterna,
- de myndigheter och organ i de enskilda medlemsstaterna som samlade in rådata för rapporten,
- ledamöterna i ECNN:s styrelse och vetenskapliga kommitté,
- Europaparlamentet, Europeiska unionens råd – särskilt dess horisontella narkotikagrupp – och Europeiska kommissionen,
- Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC), Europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA) och Europol,
- Europarådets Pompidougrupp, FN:s kontor för narkotikakontroll och förebyggande av brott (UNODC), Världshälsoorganisationens (WHO:s) regionala kontor för Europa, Interpol, Världstullorganisationen (WCO), ESPAD-projektet och det svenska Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) samt det europeiska centrumet för epidemiologisk övervakning av aids (EuroHIV),
- Översättningscentrum för Europeiska unionens organ och Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer,
- Prepress Projects Ltd.

De nationella Reitox-kontaktpunkterna

Reitox är ett europeiskt nätverk för information om narkotika och narkotikamissbruk. Nätverket består av nationella kontaktpunkter i EU:s medlemsstater, Norge och kandidatländerna samt Europeiska kommissionen. Kontaktpunkterna är de nationella myndigheter som under respektive regerings ansvar lämnar information om narkotika och narkotikamissbruk till ECNN.

Kontaktuppgifter för de nationella kontaktpunkterna finns på:
<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1596>



Till läsaren

Denna årsrapport bygger på den information som ECNN har fått i form av nationella rapporter från EU-medlemsstaterna, kandidatländerna och Norge (som har deltagit i ECNN:s arbete sedan 2001). Den statistik som redovisas avser 2005 (eller det senaste år för vilket det finns uppgifter). Figurer och tabeller i rapporten kan avse enbart vissa av EU-länderna; urvalet har gjorts utifrån vilka länder det funnits uppgifter för avseende den berörda perioden.

En elektronisk version av årsrapporten finns tillgänglig på 23 språk och kan hämtas på Internet (<http://annualreport.emcdda.europa.eu>).

I statistikbulletinen 2007 (<http://stats07.emcdda.europa.eu>) finns alla de tabeller som har legat till grund för de statistiska analyser som redovisas i rapporten. Dessutom ges mer utförlig information om de metoder som har använts, och där finns ytterligare drygt 100 statistiska figurer.

Landsprofilerna (<http://datapfiles07.emcdda.europa.eu>) innehåller grafiska översikter över viktiga aspekter av den övergripande narkotikasituationen i varje land.

Till rapporten hör också tre temakapitel som mer ingående behandlar följande frågor:

- Narkotika och bilkörning.
- Narkotikamissbruk bland minderåriga.
- Kokain och crack-kokain: ett växande folkhälsoproblem.

Dessa temakapitel finns i tryckt version och på Internet (<http://issues07.emcdda.europa.eu>), dock enbart på engelska.

De nationella rapporterna från Reitox-kontaktpunkterna innehåller utförliga beskrivningar och analyser av narkotikaproblemen i respektive land. Dessa rapporter finns på ECNN:s webbplats (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



Kommentar – Situationen på narkotikaområdet i Europa

Europa spelar en allt viktigare roll när det gäller att stödja globala insatser för att minska narkotika problemen

Varken trenderna för användningen av narkotika eller de personer som framställer och handlar med narkotika respekterar nationsgränser eller andra geografiska gränser. Därför är det viktigt att inse att det europeiska narkotika problemet är en del av en mer omfattande global företeelse. Mönstren för narkotikamissbruket i Europa både påverkas av och påverkar problemen i andra delar av världen. Detta är något som EU har tagit fasta på i sin nuvarande handlingsplan mot narkotika, där det framhålls att det behövs mer europeisk samordning i internationella frågor och stöd till program för att minska efterfrågan och tillgången på narkotika i EU:s grannländer och i de länder där narkotika produceras. Europa satsar nu betydande belopp på att stödja internationella insatser. Att döma av en granskning som Europeiska kommissionen nyligen gjort, bidrar Europeiska gemenskapen i dag ekonomiskt till efterfråge- och tillgångsminskande åtgärder i tredjeland med minst 750 miljoner euro. Dessutom är EU nu den internationella aktör som bidrar med mest pengar till arbetet inom FN:s program för narkotikakontroll och förebyggande av brott (UNODC).

Utöver det ekonomiska stöd som ges finns det också andra tecken på att de europeiska länderna verkligen försöker fullgöra sina internationella åtaganden att utveckla lämpliga motåtgärder mot narkotika problem. Under 2008 kommer det internationella samfundet att utvärdera de övergripande framsteg som gjorts på vägen mot de mål som ställdes upp vid 1998 års särskilda sammanträde i FN:s generalförsamling om kampen mot det globala narkotika problemet. För att komplettera de uppgifter som finns på internationell nivå kommer ECNN att bidra till denna översyn genom att ta fram en mer utförlig bedömning av situationen i Europa. Som framgår av de uppgifter som redovisas i den här rapporten har EU-medlemsstaterna under de senaste tio åren utvecklat allt mer heltäckande former för samordning på nationell nivå och EU-nivå, oftast på grundval av strategier och handlingsplaner. Dessutom har de drastiskt förbättrat den information som finns att tillgå om situationen på narkotikaområdet, och de har ökat sina satsningar på åtgärder för att minska såväl tillgången som efterfrågan på narkotika. Narkotikamissbruk är fortfarande ett stort folkhälsopolitiskt och socialpolitiskt problem i Europa, men det är också viktigt att framhålla den positiva utveckling som faktiskt har skett.

Europa och världen

Narkotikamissbruk är ett globalt problem, och ett sätt att få insikt i den relativa omfattningen av det europeiska

narkotika problemet är att jämföra uppgifter från Europa med information från andra länder. Svårigheten i detta sammanhang är att det bara är i ett fåtal andra delar av världen som det finns förhållandevis heltäckande och tillförlitlig information att tillgå. När det gäller skattningar av hur stor andel av befolkningen som använt olika droger under det senaste året (tolvmånadersprevalensen) kan det vara meningsfullt att jämföra med USA, Kanada och Australien. UNODC:s skattningar visar att prevalensen för användning av opiater i dessa länder är i stort sett densamma som i EU, nämligen i intervallet 0,4–0,6 % (med Kanada något lägre och USA något högre). Användningen av cannabis uppskattas i genomsnitt vara betydligt mindre utbredd i EU än i USA, Kanada och Australien. När det gäller stimulantia är det överallt en ungefär lika stor andel som har använt ecstasy, även om Australien uppger en hög prevalens. Prevalensen för amfetamin är högre i Australien och USA än i EU och Kanada. För kokain är prevalensen högre i USA och Kanada än i EU och Australien. Bristen på jämförbara uppgifter gör det svårt att göra jämförelser mellan länder i fråga om narkotikamissbrukets effekter på hälsotillståndet, men en försiktig jämförelse av skattade värden ger vid handen att antalet nydiagnostiserade fall av hiv-infektion med anknytning till injektionsmissbruk av narkotika år 2005 låg under 10 fall per miljon invånare i Australien, Kanada och EU medan det i USA handlade om ungefär 36 fall per miljon invånare.

Att sätta siffror på komplexiteten: ställa upp meningsfulla mål och utveckla användbara sammanfattningsmått

Målet för alla europeiska narkotikastrategier är att minska användningen av narkotika och de skadeverkningar som kan bli följden både för dem som använder narkotika och för de samhällen där dessa personer bor. Detta politiska mål kan uttryckas med få ord. Det är dock viktigt att inse att narkotikamissbruk är en mångfasetterad och komplex företeelse, något som man alltid måste ta hänsyn till när man försöker utvärdera effekten av de politiska åtgärderna på området. En av de positiva slutsatserna i den här rapporten är att de europeiska ländernas narkotikapolitik i allt större utsträckning tar hänsyn till behovet av att inrikta sig på specifika verksamheter och utveckla meningsfulla mål. Detta återspeglas dels i att det finns en allmän tendens i Europa att man låter nationella narkotikastrategier åtföljas av mer specifika handlingsplaner som avser en kortare period, dels när det gäller den europeiska samordningen i att man vid den årliga översynen av den gällande EU-handlingsplanen mot narkotika tar bort eller justerar indikatorer efter att ha granskat hur väl de fungerar.

Att övergå till ett mer fokuserat arbetssätt är uppenbart nyttigt när det gäller utvärderingen av åtgärderna. Dessutom är det också praktiskt att ha tillgång till några sammanfattningsmått som gör det enklare att beskriva komplexa företeelser. Visserligen är det besvärligt att konstruera skalor och mått som gör detta möjligt, men det har på senare tid skett en del utveckling på området som lovar gott inför framtiden. I den här rapporten redovisar vi en ny analys av uppgifter om de europeiska offentliga utgifterna när det gäller narkotika. De uppgifter som finns är ofullständiga, men de illustrerar ändå hur stora belopp som varje år satsas i Europa på att minska efterfrågan och tillgången på narkotika: någonstans mellan 13 miljarder och 36 miljarder euro. Noteras bör att narkotikamissbrukets samhällskostnader inte är inräknade i dessa belopp.

Bland de framsteg som kan bli av nytta i det här avseendet märks utvecklingen av olika index där man försöker fånga in de olika kostnader och skadeverkningar som har samband med användning av illegala droger. Ett exempel är det nyutvecklade brittiska *drug harm index*. Skadeverkningarna är ett av de centrala begreppen även i det *illicit drug index* (IDI) som nyligen föreslagits av UNODC. Arbetssätt av det här slaget kan komma att visa sig användbara i framtiden för analyser av politiken, men de är beroende av hur bra uppgifter de olika sammanfattningsmått utgår från och hur väl dessa uppgifter täcker in det som man vill mäta.

Minskning av narkotikamissbrukets skadeverkningar är nu uttryckligen en del av det europeiska arbetssättet

Det finns fortfarande avsevärda skillnader mellan olika europeiska länder både när det gäller de nationella narkotikaproblemens kännetecken och omfattning och när det gäller motåtgärdernas räckvidd och sammansättning. Trots detta finns det en betydande enighet på vissa mer allmänna grundläggande punkter: narkotikapolitiken bör vara balanserad, heltäckande och evidensbaserad. Inom området minskning av efterfrågan på narkotika (*demand reduction*) godtar alla att det behövs prevention, behandling och social rehabilitering. Däremot har området minskning av narkotikans skadeverkningar (*harm reduction*) tidigare varit mer kontroversiellt. Detta är dock på väg att ändras, och åtgärder för att minska skadeverkningarna som del i ett heltäckande paket av efterfrågeminskande åtgärder förefaller nu ha blivit ett mer uttalat inslag i det europeiska sättet att arbeta med narkotikafrågor. Att så är fallet framgår av att både substitutionsbehandling med opiater och program för nål- och sprutbyte nu finns i nästan alla EU-medlemsstaterna, även om det finns en avsevärd variation i fråga om hur omfattande insatserna är. Det framgår också av att Europeiska kommissionen nyligen konstaterade i en rapport att rådets rekommendation av den 18 juni 2003 hade bidragit till att uppmuntra medlemsstaterna att utveckla och bygga ut åtgärder för att minska narkotikans skadeverkningar.

Fängelserna: missbrukarvården är fortfarande underutvecklad

En viktig slutsats av arbetet med att se över genomförandet av rådets rekommendation var att alla typer av vård som ges i fängelser oftast är dåligt utvecklade, trots att det har gjorts framsteg på andra områden. I en del medlemsstater har man visserligen infört program som innebär att brottslingar med narkotikaproblem kan få behandling i stället för att dömas till straffrättsliga påföljder, men personer med narkotikaproblem utgör fortfarande en stor andel av internerna i nästan alla länderna. ECNN samarbetar för närvarande med Världshälsoorganisationen (WHO) kring en ny databas för insamling av indikatorer på hälsotillståndet i fängelser. Den allmänna principen är att de som sitter i fängelse bör ha tillgång till samma vårdalternativ som personer ute i samhället, men på många områden är så inte fallet för personer med narkotikaproblem. Det är inte enbart så att många av dem som kommer till fängelserna har narkotikaproblem; det finns undersökningar som visar att dessa personer ofta fortsätter att använda droger medan de sitter i fängelse. Att det råder brist på missbrukarvård i fängelserna ger upphov till allvarliga farhågor, inte bara för att en möjlighet att ingripa för att minska framtida narkotikaanvändning och kriminalitet går förlorad, utan också för att de förbättringar av hälsotillståndet som uppnås på andra platser kan undermineras av bristen på vård i fängelserna.

Ta reda på vad som fungerar och dela med sig av kunskapen

I allt större utsträckning inriktas nu debatten om alla typer av åtgärder för att minska narkotikaefterfrågan på att ta reda på vilka insatser som är bevisat effektiva och inte ger upphov till oavsiktliga negativa konsekvenser. Eftersom insatser som genomförs på ett bristfälligt sätt knappast lär vara effektiva och till och med kan motverka sina syften, sker det också ett parallellt arbete med att slå fast vad som är god praxis och bra metoder för kvalitetsstyrning. I den nya ECNN-förordningen framhålls vikten av att fastställa och sprida god praxis. En av de främsta svårigheterna i det här sammanhanget har samband med den verklighet där de efterfrågeminskande åtgärderna genomförs. Trovärdiga kontrollerade undersökningar, som oftast krävs inom den medicinska forskningen för att något ska anses ha bevisad effekt, är ofta svåra att utforma eller helt enkelt omöjliga att genomföra. Frågan om hur komplicerat det är att bedöma bevis för effekt och att fastställa normer för kvalitetsstyrning tas upp i kapitel 2 i den här rapporten.

Cannabis: populariteten kan ha passerat toppen – i takt med att medvetenheten om folkhälsofrågorna ökar

Nästan en fjärdedel av alla vuxna har testat cannabis någon gång i livet, och var fjortonde har använt drogen under det senaste året. Detta innebär att cannabis är den vanligaste illegala drogen i Europa. Positionen som den

I korthet – skattningar av narkotikaanvändningen i Europa

(Observera att dessa skattningar avser den vuxna befolkningen och de senaste tillgängliga bedömningarna. Fullständiga uppgifter och utförliga metoanmärkningar finns i statistikbulletinen 2007.)

Cannabis

Använt någon gång i livet: minst 70 miljoner, dvs. var femte vuxen européer.

Använt senaste året: omkring 23 miljoner vuxna européer, dvs. en tredjedel av dem som någon gång använt cannabis.

Använt senaste 30 dagarna: över 13 miljoner européer.

Variation mellan länder i fråga om användning under senaste året: 1,0–11,2 %.

Kokain

Använt någon gång i livet: minst 12 miljoner, dvs. omkring 4 % av de vuxna européerna.

Använt senaste året: 4,5 miljoner vuxna européer, dvs. en tredjedel av dem som någon gång använt kokain.

Använt senaste 30 dagarna: omkring 2 miljoner.

Variation mellan länder i fråga om användning under senaste året: 0,1–3 %.

Ecstasy

Använt någon gång i livet: omkring 9,5 miljoner vuxna européer (3 % av de vuxna européerna).

Använt senaste året: 3 miljoner, dvs. en tredjedel av dem som någon gång använt ecstasy.

Använt senaste 30 dagarna: över 1 miljon.

Variation mellan länder i fråga om användning under senaste året: 0,2–3,5 %.

Amfetaminer

Använt någon gång i livet: nästan 11 miljoner vuxna européer, dvs. omkring 3,5 %.

Använt senaste året: 2 miljoner, dvs. en femtedel av dem som någon gång använt amfetaminer.

Använt senaste 30 dagarna: under 1 miljon.

Variation mellan länder i fråga om användning under senaste året: 0,0–1,3 %.

Opiater

Problematiskt opiatmissbruk: mellan ett och åtta fall per tusen vuxna invånare i åldern 15–64 år.

Över 7 500 akuta narkotikarelaterade dödsfall, och opiat påträffades i omkring 70 % av fallen (uppgifter för 2004).

En opiat är primärmedel för omkring 50 % av alla personer som söker missbruksbehandling.

Över 585 000 opiatmissbrukare fick substitutionsbehandling 2005.

klart största illegala drogen är dessutom mer uttalad bland unga och mycket unga personer än i befolkningen som helhet. Användning av narkotika bland människor som fortfarande utvecklas både fysiskt och socialt kan vara ett särskilt problem. Detta diskuteras utförligt i det temakapitel om narkotikamissbruk bland minderåriga som hör till den här rapporten. Vikten av att förstå vad en tidig cannabisdebut kan leda till och vilka motåtgärder som kan vara lämpliga är en aspekt av den problematik som den utbredda användningen av cannabis nu ger upphov till för folkhälso- och narkotikapolitiken i Europa.

En allmän trend i Europa har varit att man när det gäller innehav och användning av mindre mängder cannabis har övergått från att vidta straffrättsliga åtgärder till att arbeta med prevention eller behandling. Trots detta ökade de registrerade cannabisbrotten betydligt (med 36 %) under perioden 2000–2005, och i de flesta länderna är cannabis den drog som oftast förekommer i samband med åtal för användning eller innehav av narkotika. Detta kan dock vara på väg att ändras eftersom majoriteten av länderna nu uppger en viss minskning av antalet rapporterade cannabisbrott, vilket möjligen tyder på att kontrollpolitiska organ som polis, åklagare osv. i allt mindre utsträckning satsar på att beivra användning av cannabis.

Trots att den allmänna debatten och diskussionerna i massmedierna om sambandet mellan kontrollpolitik och den totala prevalensen för användning av cannabis har varit omfattande, är det svårt att se något direkt eller enkelt sådant samband. Användningen av cannabis ökade betydligt i Europa under 1990-talet, även om det fanns skillnader mellan länderna i fråga om tidpunkter och omfattning. Efter år 2000 har trenden varit mer stabil men ändå i allmänhet fortfarande gått uppåt. Detta har gjort den europeiska situationen mer homogen än den tidigare varit. Dessutom tyder de senaste uppgifterna på att cannabisanvändningen, särskilt i de länder där prevalensen är hög, är på väg in i en mer stabil fas eller till och med minskar. Det finns också vissa tecken, även om uppgifterna ännu är relativt osäkra, på att cannabis i vissa länder blir mindre populärt i de yngre åldersgrupperna. De övergripande nationella trenderna varierar, men det finns ändå fog för att vara försiktigt optimistisk om att den ökning av cannabisanvändningen som har skett i Europa sedan 1990-talet nu kanske har passerat toppen.

Även om nu Europa står på tröskeln till en period med en mer stabil cannabisanvändning, måste man också konstatera att utbredningen i dag är mycket stor i ett historiskt perspektiv. Och trots att det bara är en liten andel av dem som använder cannabis som gör detta regelbundet och intensivt, handlar det ändå om ett betydande antal personer. Det tillkommer hela tiden forskningsresultat och klinisk erfarenhet som ger oss en allt bättre förståelse för behoven hos personer med cannabisrelaterade problem, även om det fortfarande är ofullständigt utforskat i vilken utsträckning personer i allmänhet som använder cannabis drabbas av

problem i samband med detta. Behandlingsuppgifter som sammanställts av ECNN visar att antalet rapporterade nya önskemål om cannabisbehandling nästan har tredubblats sedan 1999, även om trenden nu verkar vara på väg att stabiliseras. Det är av flera skäl svårt att tolka denna trend, bl.a. eftersom både omfattningen av värden för cannabisrelaterade problem och medvetenheten om dessa problem har ökat och eftersom en betydande andel av remitteringsfallen har ett inslag av tvång från antingen straffrättsliga eller andra sociala myndigheters sida. Dessutom verkar behoven variera hos de användare av cannabis som kommer i kontakt med behandlingsvärden, och även de insatser som görs varierar – från kortvariga och preventionsinriktade insatser till mer formella behandlingsmetoder.

Dessutom kompliceras den europeiska cannabisituationen av marknadsfaktorer, något som förvärras av att det råder brist på tillförlitliga uppgifter om olika cannabisprodukters andel av marknaden och relativa tillgänglighet inom EU. Europa är fortfarande den främsta marknaden i världen för hasch, som huvudsakligen produceras i Nordafrika. Även marijuana finns i Europa, men det beslagtas drygt tio gånger mer hasch än marijuana. Detta kan dock vara på väg att förändras: haschbeslagen minskade något 2005 medan marijuanabeslagen fortsatte att öka liksom beslagen av cannabisplantor. Hälften av de europeiska länderna uppgav att det förekom en inhemsk cannabisproduktion år 2005. Vissa former av hemmaproducerad cannabis kan ha relativt hög styrka, och förekomsten av produktion i de enskilda länderna får också konsekvenser för narkotikakontrollverksamheten.

Användningen av cannabis ger upphov till en komplex problematik för narkotika-, folkhälso- och socialpolitiken i Europa. En positiv utveckling är att medlemsstaterna nu förefaller vara på väg att utveckla en bättre förståelse för vilka konsekvenser den utbredda användningen av drogen kan få. Detta gör att debatten blir mer fokuserad och att aktörerna blir mindre benägna att vare sig bagatellisera eller överdriva problemet.

Kokain: skattningarna av användningen ökar på nytt

ECNN har i den här rapporten reviderat sin skattning av kokainanvändningen och uppskattar nu att 4,5 miljoner européer har använt drogen under det senaste året, att jämföra med 3,5 miljoner enligt årsrapporten 2006. Den allmänna bild som redovisades i fjol, med en situation som stabiliserades, måste också ifrågasättas med ledning av de nya uppgifterna, som tyder på att användningen totalt sett har ökat. De nya uppgifterna bekräftar att kokain är den totalt sett näst vanligaste illegala drogen i Europa, efter cannabis men före både ecstasy och amfetamin oavsett vilket mått man ser till. Skattningarna av andelen som har använt kokain under den senaste månaden ligger nu mer än dubbelt så högt som motsvarande skattningar för ecstasy. De ökningarna som har skett på senare tid innebär visserligen att det nu är fler länder

som redovisar en betydande grupp personer som använder kokain, men variationen mellan länderna är fortfarande stor och användningen av drogen uppges vara mindre utbredd i de flesta östeuropeiska länderna.

Stigande prevalenstal rapporteras också i de nya uppgifterna från både Spanien och Storbritannien, de två länder som har den högsta prevalensen i Europa – även om det inte i något av fallen handlar om någon drastisk ökning. I båda länderna ligger tolv månadersprevalensen bland unga vuxna på ungefär samma nivå som i USA eller högre. En oroväckande omständighet är att kokainanvändningen bland ungdomar är relativt utbredd i båda länderna (4–6 % av 15–16-åringarna). När det gäller Spanien tyder analysen på att den ökning som skett på senare tid främst beror på ökad användning bland 15–24-åringar. Det är dock viktigt att notera att uppskattningarna av andelen som upplever allvarliga problem med anknytning till kokain ligger betydligt lägre. Det finns bara skattningar av problematiskt kokainmissbruk för tre länder (Spanien, Italien och Storbritannien), men där handlar det om 0,3–0,6 % av den vuxna befolkningen. Användning av crack-kokain är fortfarande sällsynt i hela Europa men ger ändå upphov till svåra lokala problem på de orter som berörs.

Även andra indikatorer visar på en stigande trend, något som bekräftar att kokain blir ett allt viktigare inslag i Europas narkotikaproblem. Både de beslagtagna mängderna och antalet beslag har ökat, vilket kanske återspeglar en ökad fokusering på den europeiska marknaden men kanske även ökad aktivitet i arbetet mot kokainhandeln. De samordnade insatserna mot denna ökar i Europa och det ska inrättas en ny mellanstatlig arbetsgrupp som kommer att placeras i Portugal, vilket förefaller lämpligt med tanke på landets ökande betydelse i arbetet mot kokainhandeln. De rekordstora beslagen verkar inte ha påverkat trenderna för priserna, som fortfarande är fallande, men däremot kan de ha fått inverkan på drogens renhetsgrad.

Hittills har den ökande kokainkonsumtionen bara i måttlig grad givit utslag i de hälsorelaterade indikatorerna, men detta kan nu vara på väg att förändras. Varje år rapporteras omkring 400 kokainrelaterade dödsfall i Europa, och det finns en misstanke om att man oftast inte upptäcker de dödsfall orsakade av hjärt-kärlproblem där kokain kan ha fungerat som en förvärrande faktor. Antalet önskemål om missbruksbehandling från personer med kokainproblem ökar. År 2005 var kokain primär drog för omkring 13 % av de klienter som efterfrågade behandling, och andelen var ännu större (22 %) bland dem som efterfrågade behandling för första gången. Antalet rapporterade nya önskemål om behandling har ungefär tredubblats under de senaste fem åren och uppgår nu till över 33 000. Dessutom uppgavs kokain som sekundär drog i omkring 15 % av fallen, och det finns en allt större medvetenhet om att parallell användning av kokain försvårar behandlingen av opiatproblem i vissa länder. Det totala antalet önskemål om kokainbehandling är dock mindre än antalet önskemål som

avser cannabisproblem, och betydligt mindre än antalet som avser opiatproblem.

Hiv: läget är totalt sett positivt, men de nya smittfallen understryker att arbetet måste fortsätta

Under 1990-talet blev den utbredda hiv-epidemin bland injektionsmissbrukare av narkotika, eller hotet om en sådan epidemi, en av anledningarna till en utbyggnad av vården för denna grupp. I och med denna utbyggnad har man i stort sett lyckats undvika sådana hiv-epidemier som tidigare förekommit i Europa, även om lokala problem har observerats i vissa länder, särskilt i Baltikum, och även om hiv-prevalensen bland injektionsmissbrukare har fortsatt att vara ganska hög i vissa av de länder som tidigare drabbats av epidemier. Sammanlagt uppskattar ECNN att injektionsmissbruk, trots att dess betydelse för hiv-smittspridningen har minskat, stod för omkring 3 500 nydiagnostiserade hiv-fall i EU år 2005. Detta kan historiskt sett förefalla som ett litet antal, men det innebär ändå ett avsevärt folkhälsoproblem.

Analyser av de senaste uppgifterna tyder på att det nu är få som smittas genom injektionsmissbruk i de flesta länderna och på att hiv-prevalensen bland injektionsmissbrukare minskade mellan 2001 och 2005 i de flesta av EU:s regioner. Särskilt

i de områden där prevalensen tidigare har varit hög har detta fått till följd att den belastning som härrör från smittning genom injektionsmissbruk av narkotika sannolikt minskar. Läget i Estland, Lettland och Litauen är fortfarande oroväckande, men även där tyder de flesta av de senaste uppgifterna på att antalet nya smittfall har minskat relativt sett.

Det finns några viktiga förbehåll för denna bedömning, nämligen att uppgifterna på vissa viktiga områden håller dålig kvalitet och att man i undersökningar av trender under de senaste fem åren har rapporterat ökning i vissa områden eller urval i ungefär en tredjedel av länderna. Dessutom finns det i några länder anledning till oro antingen på grund av att antalet nya smittfall är relativt stort eller på grund av att det på senare tid har skett en mindre ökning av prevalensen även om denna totalt sett fortfarande är låg. Med tanke på att vi för inte så länge sedan har sett hur snabbt hiv-problem kan spridas i utsatta grupper, understryker detta behovet av att fortsätta att inrikta vårdinsatserna mot dem som befinner sig i riskzonen och fortsätta att utveckla vårdutbudet.

Den dolda hepatit C-epidemin i Europa fortsätter

ECNN uppskattar att det kan finnas hela 200 000 européer som bär på hiv-smitta och är eller

Afghanistan – kan åtgärder för alternativ utveckling få effekt?

Situationen för heroinmissbruket i Europa är i dag generellt sett stabil eller förbättras, men man kan ifrågasätta om detta är hållbart med tanke på att opiumproduktionen i Afghanistan nu ökar. Skattningar för 2006 tyder på att denna produktion steg med 43 % till följd av en betydande ökning av den odlade arealen.

Opiatbeslagen och antalet oskadliggjorda laboratorier förefaller tyda på att det opium som produceras i Afghanistan numera i allt större utsträckning omvandlas till morfin eller heroin i landet innan det exporteras (CND, 2007). Sedan kommer heroinet till Europa längs två huvudsakliga handelsrutter: den gamla Balkanruten, som fortfarande är den viktigaste när det gäller heroinsmuggling, och den nyare "silkesvägen" (se kapitel 6).

De regionala skillnader som finns i Afghanistan visar dels att ekonomisk tillväxt kan minska vallmoodlingen, dels att tillväxten kan undermineras av brist på politisk säkerhet, korruption och infrastrukturproblem. Det går snabbt att minska odlingen, men den kan öka lika snabbt igen. I provinsen Nangarhar i östra Afghanistan minskade exempelvis opiumvallmoodlingen med 96 % år 2004/2005, men sedan dess har den där liksom i många andra distrikt återfått sin tidigare omfattning, delvis på grund av de ekonomiska behoven i tätbefolkade områden där man inte har lyckats diversifiera ekonomin genom att övergå till att odla andra grödor som ger hög inkomst eller genom att utnyttja möjligheter att tjäna pengar utanför jordbrukssektorn (Mansfield, personligt meddelande; Mansfield, 2007).

I andra delar av östra Afghanistan lär odlingens omfattning däremot förbli obetydlig, och även i de sydliga provinserna Kandahar och Helmand kan odlingen förväntas minska nära provinshuvudstäderna. De faktorer som stöder en sådan utveckling verkar vara att staten har bättre kontroll och att jordbruksproduktionen har diversifierats i större utsträckning. Detta har gjort att grödor som ger relativt höga inkomster har kunnat etableras och att en transport- och saluföringsinfrastruktur har kunnat byggas upp. I landets norra och nordöstra delar har ett stigande löneläge och fallande opiumpriser fått jordbrukarna att avstå från att plantera vallmo, i synnerhet på grund av att vissa grönsaker med högt värde faktiskt ger större ekonomisk avkastning än vad vallmo gör. I dessa områden har diversifieringen av grödorna också understöts av insatser mot narkotika och av ett ökat engagemang från statens sida, vilket har lett till att den allmänna uppfattningen nu är att de beslutade åtgärderna om förbud mot opium verkligen kommer att genomdrivas.

De stigande kostnaderna för arbetskraft och de fallande priserna innebär nu att opiumvallmo inte längre ger en oslagbart stor ekonomisk avkastning. I vissa områden kan man tjäna mer pengar på andra produkter, särskilt på platser där det finns försörjningsmöjligheter även utanför jordbruket. Sådana försörjningsmöjligheter av lagligt slag är dock inte tillgängliga för alla. På många håll begränsas jordbrukarnas möjligheter av höga transportkostnader, dåliga vägar och problem på grund av den bristande säkerheten. Där innebär korruptionen och osäkerheten nu att möjligheterna till handel med lagliga varor minskar och att den ekonomiska tillväxten och strävandena att främja diversifiering i fråga om grödor förhindras, även i områden relativt nära provinshuvudstäderna.

har varit injektionsmissbrukare av narkotika. Den allmänna medvetenheten om hiv-riskerna i samband med injektionsmissbruk är god, men det är viktigt att hålla i minnet att det dessutom finns uppskattningsvis 1 miljon nuvarande eller förutvarande injektionsmissbrukare som är smittade med hepatit C-virus (HCV) – inbegripet en betydande grupp som inte längre använder narkotika.

Hepatit C kan få allvarliga hälsokonsekvenser, bl.a. cancer och dödsfall, och arbetet med att tillgodose behoven hos HCV-smittade personer lär leda till en allt högre belastning på vårdbudgetarna. Över hela Europa är HCV-smitta vanligt bland injektionsmissbrukare. Det finns undersökningar som visar att unga injektionsmissbrukare fortfarande smittas med sjukdomen på ett tidigt stadium av sin missbrukskarriär, något som minskar möjligheterna att vidta motåtgärder. För hepatit B verkar de insatser som görs ge effekt, men däremot finns det ingen tydlig trend i uppgifterna om HCV även om skillnaderna mellan olika länder kan ge vissa ledtrådar om vilka åtgärder som skulle kunna vara verkningfulla på området.

Användningen av heroin är stabil men det finns en oro över tilltagande problem med syntetiska opiater

Man uppskattar att världens potentiella heroinproduktion, som till största delen finns i Afghanistan, ökade på nytt 2006 till över 600 ton. Detta aktualiserar en fråga för Europas del: Hur kommer denna ökning att påverka narkotikaproblemet? Hittills har den ökande heroinproduktionen inte givit något utslag i de flesta av indikatorerna på användningen av heroin – som totalt sett har varit stabil under en tid. Information från analyserna av uppgifter om missbruksbehandling och narkotikaöverdos tyder på att gruppen heroinmissbrukare i Europa blir allt äldre, även om bilden är mindre tydlig i de östeuropeiska länderna. De övergripande skattningarna av det problematiska narkotikamissbruket tyder också i allmänhet på att situationen är stabil. Att det trots detta behövs en fortsatt vaksamhet understryks dock av att priserna på heroin faller och av att antalet unga heroinmissbrukare i behandling ökar i några länder.

För närvarande finns det inga obestridliga bevis för att användning av heroin skulle bli populärare bland ungdomar, men det finns tecken från en rad olika rapporter på att användningen av syntetiska opiater kanske blir ett allt större problem i vissa delar av Europa och att syntetiska opiater

kanske till och med håller på att ersätta heroin i några länder. I Österrike är det en allt större del av dem som efterfrågar behandling som är under 25 år och söker hjälp för problem orsakade av användning av opiater som avletts från legitima ändamål. Även Belgien redovisar en viss ökning av den illegala användningen av metadon, och i Danmark nämns metadon ofta i rapporter om narkotikarelaterade dödsfall. Buprenorfin – ett läkemedel som av vissa anses vara föga attraktivt på den illegala marknaden – uppges också i allt större utsträckning missbrukas och injiceras i Tjeckien. I Finland kan buprenorfin ha ersatt heroin, och resultaten av uppföljningsarbete i Frankrike ger anledning till oro över illegal användning av detta läkemedel, bl.a. injektionsmissbruk bland ungdomar som har inlett sitt opiatmissbruk med buprenorfin snarare än heroin.

Den fallande trenden för narkotikaöverdosdödsfall planar ut

ECNN rapporterar regelbundet om de akuta narkotikarelaterade dödsfallen i Europa. Det handlar i huvudsak om överdosdödsfall där heroin eller andra opiater är inblandade, även om den avlidne i de flesta fall har konsumerat en rad olika ämnen. Överdosis är en viktig orsak till undvikbar dödlighet bland unga vuxna.

Sedan år 2000 har många EU-länder redovisat minskningar av antalet narkotikarelaterade dödsfall, vilket möjligen återspeglar en utbyggnad av vården eller förändringar av antalet injektionsmissbrukare av heroin. Denna trend har dock inte fortsatt 2004 och 2005. Särskilt oroväckande är det att andelen yngre personer bland dem som avlider har ökat i några länder. Att minska antalet narkotikarelaterade dödsfall är ett viktigt folkhälsomål, och det är nödvändigt att ta reda på vad som ligger bakom att den fallande trenden nu sviktat.

Att dö av en överdos är inte den enda hälsorisk som personer med narkotikaproblem löper. Det finns undersökningar som visar att överdödligheten när det gäller samtliga dödsorsaker är betydande bland personer med ett problematiskt narkotikamissbruk: så mycket som tio gånger högre än vad man skulle förvänta sig i befolkningen som helhet. Om sjukligheten och dödligheten med koppling till kronisk användning av narkotika ska kunna minskas i mer betydande grad finns det därför ett behov av att utveckla ett mer heltäckande arbetssätt där man tillgodoser gruppens såväl fysiska som psykiska hälsobehov.



Kapitel 1

Politik och lagstiftning

I det här kapitlet beskrivs narkotikapolitiken i EU som helhet och i de enskilda medlemsstaterna liksom förhållandet mellan dessa båda politiska nivåer. Tack vare den uppgiftsinsamling som ECNN har utfört under rapporteringsperioden går det att ge en översikt över de aktuella nationella narkotikastrategierna och institutionella ramarna i Europa. Hur man kan uppskatta de kostnader som narkotikan vållar samhället diskuteras i ett avsnitt om narkotikarelaterade offentliga utgifter. Utifrån de uppgifter om nationella offentliga utgifter som medlemsstaterna har redovisat görs en första skattning av hur mycket pengar de europeiska staterna tillsammans lägger på narkotikaproblematiken. Ändringar i lagstiftning, framför allt dels åtgärder för att minska tillgången på narkotika, dels rättsliga förhållningssätt till drogtestning, beskrivs i ett avsnitt om nyare ändringar i nationella lagar. En översikt över den senaste statistiken över narkotikabrott och trender för brott med koppling till opiater och cannabis redovisas i ett avsnitt om narkotikarelaterad brottslighet. Sist i kapitlet finns ett avsnitt om narkotikarelaterad forskning i Europa.

Nationella narkotikastrategier

Allmän situation och nya händelser

I början av 2007 hade alla EU-medlemsstater utom Italien, Malta och Österrike en nationell narkotikastrategi. Vissa länder hade även en handlingsplan. Vid den tidpunkten fanns det sammanlagt över 35 gällande nationella narkotikaplaneringsdokument i Europa. De omfattade olika långa perioder: från så kort tid som två år (den tjeckiska handlingsplanen) till över tio år (den nederländska nationella narkotikastrategin).

En märkbar trend på senare år är att man har övergått från att ha ett samlat nationellt planeringsdokument till att införa två verktyg som kompletterar varandra: en strategisk ram och en handlingsplan. Detta arbetssätt, som gör det lättare att utforma ändamålsenliga mål på kort, medellång och lång sikt, används nu i nästan hälften av EU-medlemsstaterna och är ännu vanligare bland de länder som anslöt sig till EU 2004 och 2007: åtta av dessa tolv länder har både en narkotikastrategi och en handlingsplan.

Att man kombinerar en narkotikastrategi med handlingsplaner gör det lättare att arbeta fram utförligare beskrivningar av mål, åtgärder, ansvarsområden

och tidsfrister. Några länder, bl.a. Cypern, Lettland och Rumänien, har fört in detaljerade processer för genomförandet i sina narkotikastrategier och handlingsplaner. Detta arbetssätt, som redan har funnits en tid i andra medlemsstater (bl.a. Spanien, Irland och Storbritannien), blir allt mer utbrett och har även använts för EU:s nuvarande handlingsplan mot narkotika.

År 2006 antogs nya narkotikastrategier eller handlingsplaner i fyra medlemsstater (Grekland, Polen, Portugal och Sverige), i Turkiet och i den brittiska regionen Nordirland. Det handlade inte i något av fallen om en första strategi eller plan, och i vart och ett av fallen nämndes det i den nationella rapporten att man i utarbetandet av de nya narkotikapolitiska dokumenten hade dragit nytta av erfarenheterna från tidigare dokument. Under 2007 ska enligt planerna två medlemsstater – Malta och Österrike – och Norge anta nya narkotikastrategier, medan Tjeckien, Estland, Frankrike och Ungern kommer att genomföra nya handlingsplaner.

Innehåll

Att minska narkotikamissbruket i allmänhet och det problematiska narkotikamissbruket i synnerhet är ett huvudmål för de nationella narkotikastrategierna och handlingsplanerna i alla EU-medlemsstaterna och kandidatländerna liksom i Norge. Även målet att förebygga och minska de individuella och kollektiva skadeverkningarna av narkotikamissbruk är gemensamt för alla länderna. Ytterligare ett gemensamt drag är att alla tillämpar en helhetssyn som innebär att åtgärderna för att minska tillgången på narkotika kopplas samman med insatserna för att minska efterfrågan. Mycket utbrett är även ett balanserat förhållningssätt där man strävar efter att prioritera både tillgångsminskning och efterfrågeminskning. Alla dessa egenskaper kännetecknar även EU:s narkotikastrategi.

Däremot finns det påtagliga skillnader mellan de europeiska länderna när det gäller vilka psykoaktiva ämnen som omfattas av de nationella narkotikastrategierna (eller i vissa fall snarare drogstrategierna). Detta framgår t.ex. av de nya dokument som antogs 2006. Två av dessa är främst inriktade på illegala droger, även om det finns vissa kopplingar mellan strategin mot narkotika och strategin mot alkohol och tobak (Polen och Portugal), två av dem är inriktade på både illegala droger och alkohol (Grekland samt Nordirland i Storbritannien) och en är inriktad på alla beroendeframkallande ämnen (Turkiet). Sverige har

Ny förordning för ECNN

Den 12 december 2006 undertecknade Europaparlamentet och Europeiska unionens råd den omarbetade förordningen för ECNN, som trädde i kraft i januari 2007.

I den nya förordningen framhålls nyckelindikatorernas betydelse, och det noteras att dessa indikatorer måste omsättas i praktiken för att ECNN ska kunna fullgöra sina uppgifter. Dessutom betonas behovet av att utveckla ett informationssystem som gör det möjligt att följa även nya och framväxande trender.

Den nya texten innebär att ECNN:s ansvarsområde utvidgas. Numera anges det uttryckligen att ECNN ska tillhandahålla information om kombinerat missbruk av lagliga och olagliga psykoaktiva ämnen samt om bästa praxis i medlemsstaterna. Dessutom kan ECNN ta fram verktyg och instrument för att hjälpa medlemsstaterna att övervaka och utvärdera sin nationella politik samt för att hjälpa Europeiska kommissionen att göra motsvarande arbete på EU-nivå. Alla dessa nya komponenter

kommer att ge ECNN förmåga att redovisa en mer fullständig bild av narkotikaproblemet.

I den nya förordningen läggs större tonvikt vid att effektiviteten ska maximeras genom samarbete med partnermyndigheter, särskilt Europol när det gäller övervakning av nya psykoaktiva ämnen men även andra partner som WHO, FN och relevanta statistikmyndigheter. Det anges uttryckligen i den nya förordningen vilka länder som ECNN – på Europeiska kommissionens begäran och med styrelsens godkännande – får överföra kunskap till.

Den roll som Reitox-nätverket av nationella kontaktpunkter ska spela beskrivs tydligare i den nya texten. Omarbetningen av förordningen innebär också ändringar när det gäller den vetenskapliga kommittén som kommer att resultera i att ECNN fortsättningsvis får tillgång till ett sammanhållet och oberoende organ bestående av framstående forskare. Vid sidan av sin uppgift att bidra till att garantera kvaliteten på ECNN:s arbete kommer kommittén även att fungera som en bro till forskarsamhället i stort.

dessutom samtidigt antagit två handlingsplaner med inbördes koppling: en avseende alkohol och en avseende illegala droger. En strävan att koppla samman de politiska åtgärderna mot legala respektive illegala droger har gått att urskilja under flera års tid i vissa länder (bl.a. Tyskland och Frankrike) ⁽¹⁾. De framtida narkotika- eller drogstrategiernas räckvidd och deras eventuella integration med andra folkhälsostrategier lär förbli ett viktigt tema under de kommande åren.

De nationella narkotikastrategierna och handlingsplanerna omfattar i allmänhet insatser på områdena prevention, behandling och rehabilitering, åtgärder för att minska skadeverkningar och åtgärder för att minska tillgången. Hur omfattande de olika insatstyperna är och vilken relativ betydelse de ges varierar däremot mellan länderna ⁽²⁾. Detta kan bero på skillnader i narkotikaproblemens omfattning och kännetecken, men också på den mångfald i fråga om socialpolitik och hälso- och sjukvårdspolitik som finns i Europa. Även de ekonomiska resurserna, den allmänna opinionen och de politiska traditionerna är viktiga faktorer. Man kan visa att länder som har vissa gemensamma kännetecken också antar likartade narkotikapolitiska program (Kouvonen m.fl., 2006).

Utvärdering

Att det finns en sådan mångfald av nationella narkotikastrategier med gemensamma mål inom EU kan betraktas som en styrka eftersom det gör det möjligt att göra jämförande analyser av olika arbetssätt. Därför är det viktigt att de nationella narkotikastrategierna och handlingsplanerna utvärderas, inte bara för att man ska kunna bedöma insatserna på nationell nivå utan också för

att den övergripande förståelsen av hur verkningsfulla olika narkotikastrategier är ska öka. EU och dess medlemsstater har redan satsat betydande resurser på utvärdering.

Nästan alla europeiska länder nämner utvärdering av den nationella narkotikastrategin som ett mål. Regeringarna vill veta om deras politik genomförs och om de förväntade resultaten uppnås. I två medlemsstater (Belgien och Slovenien) har utvärderingsarbetet begränsats till ett antal utvalda projekt. I de flesta andra länder, liksom på EU-nivå, följer man systematiskt genomförandet av de åtgärder som ingår i den nationella narkotikastrategin. Detta gör det möjligt att utarbeta lägesrapporter, och de rön som görs kan fungera som underlag för förbättring eller förnyelse av de befintliga narkotikastrategierna eller handlingsplanerna.

Heltäckande utvärderingar – som omfattar processer, produkter, utfall och effekter – är mindre vanliga i Europa. Några länder (Estland, Grekland, Spanien, Polen och Sverige) uppger att de planerar en internutvärdering på grundval av lägesrapporter om genomförandet samt andra epidemiologiska uppgifter och brottsstatistik. I några av fallen (Luxemburg och Portugal) kommer utvärderingen att göras av en utomstående instans.

Sammanfattningsvis är lägesrapporter om genomförandet av nationella narkotikastrategier och handlingsplaner nu på väg att bli standard i Europa. Arbetet med nästa steg, som blir att utveckla utfalls- och effektutvärderingar, är fortfarande i ett tidigt skede. Den kommande konsekvensanalysen av EU:s handlingsplan mot narkotika för 2005–2008 kan bli en förebild i detta sammanhang; Europeiska kommissionen har beställt en studie vars syfte är att utforma lämpliga bedömningsmetoder. Dessutom arbetas det en del med att utveckla index för att bedöma nationella narkotikastrategiers

⁽¹⁾ Se temakapitlet "European drug policies: extended beyond illegal drugs?" i årsrapporten för 2006, som handlar om utvidgning av drogpolitiken i Europa till att omfatta mer än narkotika.

⁽²⁾ Se kapitel 2.

effekter eller den samlade narkotikasituationen. Både Storbritannien och FN:s kontor för narkotikakontroll och förebyggande av brott (UNODC) har gjort betydande ansträngningar på det här området.

Narkotikapolitiska index

Storbritanniens index över skadeverkningar av narkotika (*drug harm index*, DHI) är tänkt att fånga upp de kostnader för samhället som uppstår till följd av problematiskt missbruk av alla illegala droger. Indexet omfattar fyra typer av skadeverkningar: hälsoeffekter, skadeverkningar i närsamhället, narkotikarelaterad brottslighet mot närstående och kommersiell narkotikarelaterad brottslighet. Det är dock inte avsett att ge någon fullständig bild av landets narkotikasituation, eftersom man enbart använder indikatorer som det redan finns säkra uppgifter för och eftersom värdena och trenderna för utfallet kommer att läggas till grund för jämförelser med framtida mätningar (MacDonald m.fl., 2005). UNODC:s index över illegala droger (*illicit drug index*, IDI) kombinerar tre av narkotikaproblematikens aspekter: produktion, handel och missbruk. Resultatet är en totalpoäng, baserad på en "per capita-skade/riskfaktor", som är tänkt att återspegla den samlade svårighetsgraden hos alla de narkotikaproblem som uppstår i ett visst land (UNODC, 2005).

Arbetet med att konkretisera dessa båda verktyg har inneburit en intressant metodutveckling som har givit grundläggande insikter i hur man kan använda ett samlat index för att utvärdera narkotikastrategier och följa den samlade narkotikasituationen. En av de första saker som går att konstatera är att sådana verktyg kan vara användbara för longitudinell uppföljning av situationen i ett land men att man för att begripa vad som verkligen sker bör sätta resultaten i sitt sammanhang genom att analysera de enskilda indikatorer som ingår i indexet. Att använda ett samlat index för jämförelser mellan länder skulle kunna vara svårare med tanke på begränsningarna hos de uppsättningar av uppgifter som finns och frånvaron av kontextvariabler (t.ex. geografiskt läge) i analysen.

Samordningsmekanismer

Det finns nu visserligen formella mekanismer för samordning på narkotikaområdet i nästan alla EU-medlemsstater och i Norge, men det finns betydande variation mellan de olika systemen som återspeglar skillnader i de olika ländernas politiska strukturer. Trots detta går det att beskriva vissa allmänna drag.

De flesta länderna har samordningsmekanismer för narkotikafrågor på såväl nationell som regional eller lokal nivå. På den nationella nivån finns det oftast en narkotikakommitté med företrädare för flera regeringsdepartement, och denna kommitté kompletteras ofta av en nationell myndighet för narkotikasamordning och/eller en nationell narkotikasamordnare som ansvarar för det

löpande samordningsarbetet. På den regionala eller lokala nivån finns det narkotikasamordningsmyndigheter och/eller narkotikasamordnare i de flesta länderna.

De europeiska länderna skiljer sig åt i fråga om hur samordningsmekanismerna på nationell nivå är kopplade till mekanismerna på regional eller lokal nivå. I några länder, särskilt sådana som har en federal struktur (bl.a. Belgien och Tyskland), använder man vertikala samordningssystem för att möjliggöra samarbete mellan de olika samordningsorganen, som arbetar oberoende av varandra. I andra länder (bl.a. Finland och Portugal) utövar de nationella samordningsorganen direkt tillsyn över samordningen på regional eller lokal nivå.

Att de befintliga systemen är så olika gör det svårt att göra en jämförande analys av mekanismerna för narkotikasamordning i EU. En undersökning som ECNN har låtit göra visar dock att det går att bedöma samordningssystemen om man inriktar sig på deras "genomförandekvalitet" – ett begrepp vars syfte är att göra det möjligt att studera systemens förmåga att åstadkomma samordningsresultat (Kenis, 2006). Detta arbetssätt kommer att vidareutvecklas så att det kan användas för utvärdering av nationella system för narkotikasamordning.

Narkotikarelaterade offentliga utgifter

De offentliga utgifter med anknytning till narkotikaproblemet som de olika europeiska länderna har redovisat ligger mellan 200 000 euro och 2 290 miljoner euro (*). Den stora variationen beror delvis på medlemsstaternas olika storlek och delvis på skillnader mellan länder i fråga om vilka typer av utgifter som redovisas och hur fullständiga uppgifterna är. De flesta länderna redovisade enbart utgifter med koppling till genomförandet av de nationella narkotikapolitiska programmen och lämnade inga utförliga uppgifter om andra utgifter på området tillgångs- och efterfrågeminskning. Dessutom tog inte alla länderna med alla huvudområdena för statliga utgifter med anknytning till narkotikaproblematiken – bara 15 av 23 länder redovisade utförlig information om utgifter för "hälso- och sjukvård och socialvård" (behandling, åtgärder för att minska skadeverkningar, hälsoforskning, upplysning, prevention och sociala verksamheter), och bara 14 av dem redovisade information om utgifter för "lag och rätt" (polis, försvarsmakt, domstolar, fängelser och tullväsende). Ännu färre länder lämnade uppgifter om utgifterna på vissa andra områden, t.ex. administration, samordning, övervakning och internationellt samarbete (sju länder) eller regionala och kommunala budgetar (sex länder).

Sex länder redovisade utförlig information om utgifterna för kampen mot narkotika (tabell 1). I dessa länder utgjorde de narkotikarelaterade offentliga utgifterna mellan 0,11 % och 0,96 % av den offentliga sektorns sammanlagda årliga utgifter (medianvärde: 0,32 %) och mellan 0,05 % och 0,46 % av landets bruttonationalprodukt (BNP) (medianvärde

(* Sammanlagda belopp för de narkotikarelaterade offentliga utgifterna 2005 i EU-medlemsstaterna och Norge beräknades av respektive nationell kontaktpunkt.

Narkotikamissbrukets kostnader

Undersökningar av narkotikamissbrukets kostnader kan vara ett betydelsefullt underlag för arbetet med att utforma och förvalta narkotikapolitiken.

De narkotikarelaterade kostnaderna kan delas in i två huvudkategorier: direkta och indirekta kostnader. De direkta är sådana kostnader som motsvaras av utbetalningar, t.ex. utgifter på områdena prevention, behandling, minskning av skadeverkningar och åtgärder för att se till att lagarna efterlevs. De indirekta kostnaderna är värdet av de produktiva tjänster som på grund av narkotikamissbruket inte utförs, t.ex. produktivitetstjänster orsakade av sjuklighet och dödlighet till följd av narkotikamissbruk. De narkotikarelaterade kostnaderna kan även innefatta de icke-påtagliga kostnaderna för smärta och lidande, oftast i form av mått på livskvalitet, men kostnaderna i denna kategori tas ofta inte med eftersom de är svåra att exakt värdera i pengar.

Man kan göra kostnadsundersökningar från ett antal olika perspektiv där det kan ingå olika kostnader, t.ex. kostnaderna för samhället som helhet, för staten, för sjukvårdssystemet, för betalande tredje part eller för missbrukarna själva och deras familjer.

Perspektivet samhället som helhet

De narkotikarelaterade samhällskostnaderna är summan av alla de kostnader som narkotikamissbruket direkt eller indirekt åsamkar samhället. Beräkningsresultatet, som uttrycks i pengar, är en skattning av den sammanlagda belastning som narkotikamissbruket lägger på samhället (Single m.fl., 2001).

Att fastställa narkotikamissbrukets samhällskostnader kan vara nyttigt på flera sätt. För det första får man en uppfattning om hur mycket pengar samhället lägger på frågor med anknytning till narkotikamissbruk och därmed indirekt hur mycket pengar samhället skulle spara om narkotikamissbruket helt försvann. För det andra får man reda på vilka olika delposter som totalkostnaden består av och hur mycket de enskilda samhällssektorerna bidrar med. Sådan information kan fungera som underlag för beslut om ekonomiska prioriteringar genom att den kan visa var det finns bristande effektivitet och möjliga besparingar.

0,15 %). Verksamheterna på området "lag och rätt" stod för 24–77 % av de sammanlagda utgifterna medan återstoden lades på verksamheter inom "hälso- och sjukvård och socialvård".

Tillsammans redovisade de europeiska länderna sammanlagda narkotikarelaterade offentliga utgifter på 8,1 miljarder euro. Detta är sannolikt en underskattning av de faktiska narkotikarelaterade offentliga utgifterna med tanke på den omfattande underrapporteringen. De sex länder som ingår i tabell 1 står för 76 % av de sammanlagda offentliga utgifter som rapporterats av EU-medlemsstaterna och Norge. Utifrån de uppgifter som dessa sex länder redovisat har de europeiska

Perspektivet de offentliga utgifterna

Med "offentliga utgifter" avses värdet av de varor och tjänster som den offentliga förvaltningen (dvs. förvaltningen på central, regional och kommunal nivå) köper för att kunna utföra sina olika funktioner (t.ex. hälso- och sjukvård, rättssystemet, allmän ordning, utbildning och socialtjänst). En analys av en stats offentliga utgifter ger nyttig information om hur bra dess offentliga förvaltning är på att hushålla med pengar och uppnå resultat.

Att uppskatta de narkotikarelaterade offentliga utgifterna är en annan sak än att uppskatta samhällskostnaderna. De offentliga utgifterna utgör bara en del av samhällskostnaderna, främst i form av direkta kostnader; de indirekta kostnaderna utesluts uttryckligen från beräkningen, liksom de kostnader som privata intressenter (t.ex. privata sjukförsäkringsbolag) står för. De direkta offentliga utgifter som uttryckligen betecknas som "narkotikarelaterade" kan man hitta genom att noga granska officiella redovisningshandlingar (t.ex. budgetar eller årsredovisningar). När man sedan kommer in på narkotikarelaterade utgifter som inte uttryckligen betecknas som sådana utan ingår i program med mer omfattande syften (t.ex. polisens sammanlagda verksamhetsbudget) försvåras dock skattningsarbetet. Sådana direkta "icke-betecknade" narkotikarelaterade kostnader måste man beräkna med hjälp av matematiska modeller.

Det huvudsakliga syftet med att beräkna samhällskostnaderna är att väga den belastning som narkotikaproblemen lägger på samhället mot samhällets kostnad för att hantera dessa problem (inbegripet eventuella indirekta effekter). I slutändan leder detta fram till en fråga om ändamålsenlighet och resurseffektivitet: använder staterna sina pengar förståndigt och satsar de dem på rätt problem? En del författare (Reuter, 2006) har dock hävdats att i politiska sammanhang är de offentliga utgifterna mer relevanta än samhällskostnaderna. Den "narkotikapolitiska budgeten" bidrar till att beskriva den politik som en stat använder för att minska narkotikamissbruket och de problem som är förknippade med detta, vilket är ett första steg på vägen mot att avgöra om nivån på och innehållet i politiken motsvarar de krav som kan ställas.

ländernas sammanlagda narkotikarelaterade offentliga utgifter uppskattats till mellan 13 miljarder och 36 miljarder euro (*). Detta motsvarar mellan 0,12 % och 0,33 % av EU:s (25 länder) BNP år 2005.

På EU-nivå kommer Europeiska kommissionen att ställa betydande ekonomiska resurser till förfogande för kampen mot narkotika inom ramen för den nya budgeten för 2007–2013. Ett nytt finansieringsinstrument för prevention av och information om narkotikamissbruk, med ett totalanslag på 21 miljarder euro, är nu föremål för förhandlingar och kan komma att antas mot slutet av 2007. Detta skulle göra 3 miljarder euro tillgängliga för

(* Av de sex länderna redovisade fyra (Ungern, Nederländerna, Finland och Sverige) utförliga modellbaserade framställningar av sina värden. Om man tar värdena för första och tredje kvartilen för fördelningen av procentandelen av den offentliga sektorns sammanlagda utgifter (0,18 % respektive 0,69 %) och för fördelningen av procentandelen av BNP (0,08 % respektive 0,37 %) för de sex utvalda ländernas offentliga utgifter och applicerar dessa värden på de återstående länderna, får man intervall för de totala samlade utgifterna för samtliga länder.

Tabell 1: Jämförelse av vissa länder som redovisat fullständiga uppgifter och ytterligare information om sina narkotikarelaterade offentliga utgifters sammansättning

Land	Totala redovisade utgifter			Andel av de totala utgifterna som satsas på	
	belopp (miljoner euro)	som andel av de totala offentliga utgifterna ⁽¹⁾ (%)	som andel av BNP ⁽²⁾ (%)	hälso- och sjukvård och socialvård ⁽³⁾ (%)	lag och rätt ⁽⁴⁾ (%)
Belgien ⁽⁵⁾	185,9	0,14	0,07	43	54
Ungern	43,5	0,11	0,05	23	77
Nederländerna	2 185,5	0,96	0,43	25	75
Finland	272,0	0,36	0,18	76	24
Sverige (2002)	1 200,0	0,80	0,46	60	40
Storbritannien	2 290,0	0,29	0,13	51	49

⁽¹⁾ Den offentliga sektorns sammanlagda utgifter under året (källa: Eurostat).

⁽²⁾ Bruttonationalprodukt under året (källa: Eurostat).

⁽³⁾ Utgifterna för hälso- och sjukvård och socialvård ingår utgifter för behandling, åtgärder för att minska narkotikans skadeverkningar och hälsoforskning samt upplysnings- och preventionsinsatser och sociala insatser. När det gäller Finland inbegriper det redovisade beloppet utöver "prevention av drogmissbruk" även egendomsskador, övervakning och forskning.

⁽⁴⁾ Utgifterna för lag och rätt ingår utgifter för polis, försvarsmakt, domstolar, fängelser och tullväsende.

⁽⁵⁾ Belgien anslag även 3 % av sina samlade utgifter till "verksamheter för förvaltning av politiken".

Källa: De nationella kontaktpunkterna och Eurostat.

transnationella projekt i år. Andra nya finansiella instrument, t.ex. programmet "Förebyggande och bekämpande av brott", folkhälsoprogrammet för 2007–2013 och det sjunde FoTU-ramprogrammet för 2007–2013, erbjuder också finansieringsmöjligheter för organisationer som på olika sätt arbetar inom narkotikaområdet. Dessutom har kommissionen och medlemsstaterna sedan 2005 bidragit med över 750 miljoner euro i delfinansiering av narkotikarelaterade biståndsprojekt i tredjeländ.

Med anledning av EU:s handlingsplan mot narkotika för 2005–2008 arbetar nu ECNN med att utveckla metoder för hur medlemsstaterna, kandidatländerna och Norge ska kunna sammanställa standardiserade uppgifter om narkotikarelaterade utgifter. Detta kommer att hjälpa ECNN att uppskatta både hur stora de sammanlagda offentliga utgifterna med koppling till narkotika är och hur dessa utgifter fördelar sig mellan olika verksamheter.

EU:s rättsliga och politiska utveckling

Mot slutet av 2006 lade Europeiska kommissionen fram sin första lägesrapport ⁽⁵⁾ om genomförandet av EU:s handlingsplan mot narkotika (2005–2008). I rapporten gjordes en bedömning av i vilken utsträckning de planerade verksamheterna för 2006 hade genomförts och om planens mål för 2006 hade uppnåtts. ECNN bidrog till bedömningsarbetet genom att utarbeta en uppsättning rapporter. En liknande bedömning kommer att göras 2007, före den slutliga konsekvensanalys av EU:s handlingsplan mot narkotika som Europeiska kommissionen kommer att lägga fram 2008.

I juni 2006 offentliggjorde Europeiska kommissionen en grönbok om det civila samhällets roll i narkotikapolitiken inom EU ⁽⁶⁾, något som kommissionen var skyldig att göra enligt handlingsplanen mot narkotika. Syftet med grönboken är att undersöka hur man på bästa sätt kan organisera en löpande dialog med civilsamhällesorganisationer som är verksamma på narkotikaområdet. Intressenterna uppmanades att redovisa synpunkter på två alternativ till hur en strukturerad dialog kan organiseras: ett civilsamhällesforum om narkotika för regelbundet informellt samråd och en tematisk sammankoppling av befintliga nätverk.

Att göra det civila samhället delaktigt i narkotikapolitiken inom EU är också ett av huvudmålen för det särskilda programmet "Förebyggande av narkotikamissbruk och information" 2007–2013 ⁽⁷⁾, som Europeiska

Rapporter om narkotikamissbrukets samhällskostnader

Uppgifter om narkotikamissbrukets samhällskostnader redovisas bara av ett litet antal länder. I Finland (uppgifter från 2004) har man beräknat att de indirekta kostnaderna med anknytning till användning av droger, inbegriper missbruk av läkemedel, ligger i intervallet 400–800 miljoner euro, varav 306–701 miljoner euro avser kostnaden för de liv som går förlorade genom förtida dödsfall medan produktionsbortfallet uppgår till 61–102 miljoner euro. Samhällskostnaden för användningen av illegala droger uppskattades till 907 miljoner euro i Frankrike 2003 och till 29,7 miljoner euro i Luxemburg 2004.

⁽⁵⁾ Se Internet (http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc/sec_2006_1803_en.pdf).

⁽⁶⁾ Se Internet (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0316en01.pdf).

⁽⁷⁾ KOM(2006) 230 slutlig.

kommissionen har föreslagit inom ramen för det allmänna programmet "Grundläggande rättigheter och rättvisa". De allmänna målen för narkotikaprogrammet är att bidra till etableringen av ett område med frihet, säkerhet och rättvisa i Europa genom att sprida information om effekterna av narkotikamissbruk och genom att förebygga och minska narkotikaanvändningen, narkotikaberoendet och de narkotikarelaterade skadeverkningarna. För perioden 2007–2013 har programmet en sammanlagd budget på 21 miljoner euro. Narkotikaprogrammet diskuteras fortfarande i Europaparlamentet och ministerrådet; det ska antas enligt medbeslutandeförfarandet.

Nya nationella lagar

Minskning av tillgången

Under det gångna året har medlemsstaterna gjort ett stort antal ändringar i sin lagstiftning på området efterfrågeminskning. Ett antal länder vidtog också åtgärder under 2006 för att förbättra sina rättsliga ramar när det gäller narkotikahandel och frågor som rör minskning av tillgången.

I Irland har man gjort materiella ändringar bl.a. genom att införa 2006 års strafflag, som gör det brottsligt att förse interner med narkotika och som innehåller bestämmelser om hantering av antisocialt beteende och förslag om att domstolarna i högre grad ska döma ut det obligatoriska tioåriga minimistraffet för handel med narkotika till ett värde i missbrukarledet på 13 000 euro eller mer. Medlemskap i eller främjande av en "brottslig organisation" (ett begrepp som definieras i lagen) görs också brottsligt, och det har upprättats ett register över narkotikabrottslingar som innebär att de som dömts för narkotikahandel måste anmäla sin adress till polisen när de släpps ut ur fängelset. I Ungern gjorde man däremot procedurmässiga ändringar. En föreskrift utfärdad av det nationella polishögkvarteret syftar till att samla reglerna för all polisiär verksamhet med anknytning till narkotika och prekursorer i en enda heltäckande lag, vilket är tänkt att underlätta kampen mot den narkotikarelaterade brottsligheten.

Förfaranden för användningen av vissa verktyg i kampen mot narkotikahandel inrättades eller förbättrades i vissa länder. I Estland gjorde man i maj 2005 en ändring i lagen om narkotiska droger och psykotropa ämnen samt därmed sammanhängande lagar som innebär att övervakning nu är tillåten i större utsträckning. I Rumänien innebar en lag som började tillämpas i juni 2006 att den europeiska arresteringsordern infördes och att förfaranden för dess användning fastställdes jämte åtgärder för att förbättra domstolssamarbetet, övervakningen och möjligheterna till gränsöverskridande förföljande och överföring av mål. I Bulgarien innehåller den nya straffprocesslag som infördes i oktober 2005 regler för kontrollerade leveranser, konfidentiella transaktioner och utredningar under täckmantel. Dessutom finns det bestämmelser om tillfälligt skydd för

vittnen i narkotikamål och skydd av vittnens identitet under vissa omständigheter, liksom särskilda regler för hur sådana vittnen ska förhöras och för på vilka villkor poliser får arbeta under täckmantel.

Liknande verktyg är tillgängliga för åklagarmyndigheterna i andra länder. Vid åtal för narkotikabrott i Tjeckien åberopar man ofta bestämmelserna i straffprocesslagen, som medger skydd av vittnens identitet och personövervakning. Den cypriotiska lagen om skydd av vittnen har också använts i stor utsträckning i samband med narkotikamål i Cypern.

I och med att kokainhandeln har ökat på senare tid, har allt mer uppmärksamhet kommit att riktas mot Västindien. I Nederländerna finns det sedan början av 2003 en särskild domstol med fängelselokaler vid Schiphol-flygplatsen. Sedan början av 2005 har man kontrollerat 100 % av flygningarna från de viktigare västindiska länderna. Under 2004 anhölls i genomsnitt 290 narkotikakurirer per månad. I början av 2006 hade antalet minskat till 80 per månad. I Frankrike innebär en lag som infördes i oktober 2005 att samarbetet med Västindien stärks; syftet är att man ska kunna ingripa mot flyg- och sjötransport av illegala droger.

Regler för drogtestning

Ett antal länder har rapporterat att det har införts lagstiftning som medger, definierar eller reglerar drogtestning av fordonsförare, anhållna, interner eller anställda i olika sammanhang.

Slumpmässiga kontroller i trafiken av fordonsförare med hjälp av utrustning för snabbtest som kan användas på plats är nu tillåtna i Litauen, enligt den resolution varigenom det nationella trafiksäkerhetsprogrammet för 2005–2010 godkändes, och i Luxemburg, enligt ett lagförslag från 2004 om ändring av lagen om trafikkontroll. I Lettland innebär den ändrade strafflagen att det nu är brottsligt för en fordonsförare som tros vara påverkad att vägra låta sig bli testad, och den som vägrar upprepade gånger under ett år kan dömas till fängelse. I Lettland står det dessutom numera i den ändrade polislagen att en person får föras till en medicinsk inrättning för fastställande av om han eller hon har använt alkohol eller narkotiska, psykotropa eller toxiska ämnen; i lagen hänvisas till regeringsförfordningar där förfarandet beskrivs närmare. Förfaranden för drogtestning av fordonsförare beskrivs mer ingående i temakapitlet om narkotika och bilkörning i årsrapporten för 2007.

Vissa kategorier av anhållna får nu drogtestas i Skottland, på samma sätt som detta redan tidigare varit tillåtet i England och Wales. I Irland innebär ett nytt förslag till fängelseregler som offentliggjordes i juni 2005 av departementet för rättsliga frågor, jämlikhet och juridiska reformer en möjlighet att införa obligatorisk drogtestning av interner. Detta anges kunna främja god ordning, säkerhet, trygghet och hälsa i fängelserna, och testerna skulle göras på urinprover, vättskor från munnen och/eller hår.

I Norge är det inte längre tillåtet att genomföra drogtestning på arbetsplatsen enbart under förutsättning att den berörde anställda eller arbetssökande ger sitt medgivande. Sedan paragraf 9-4 i 2005 års arbetsmiljölag trädde i kraft är det bara möjligt för en arbetsgivare att kräva att en anställd eller arbetssökande ska genomgå ett drogtest om de villkor som anges i lagar och föreskrifter är uppfyllda, om det medför särskilt stora risker att utföra arbetet i fråga under drogpåverkan eller om arbetsgivaren anser att testning krävs för att skydda anställdas eller tredje mans liv och hälsa. I Finland finns det i regeringens nya förordning om utförande av narkotikatester på arbetsplatsen en heltäckande lista över bestämmelser som rör samtycke liksom kvalitetskraven på testlaboratorier, prover och testresultat.

I Tjeckien fastställs numera regler för drogtest som utförs av polis, fängelsepersonal eller arbetsgivare i lag 379/2005 om åtgärder för skydd mot skador orsakade av tobaksprodukter, alkohol och andra beroendeframkallande ämnen. En professionell undersökning är obligatorisk, om det är rimligt att anta att användning av sådana ämnen försätter en person i ett tillstånd som innebär att han eller hon eller någon annan kan skadas. I lagen anges också när polis, fängelsepersonal eller arbetsgivare har rätt att utföra utandningsprov eller ta salivprov. Medicinska undersökningar avseende utandningsprov och prover av biologiskt material får bara utföras vid vårdinrättningar där det finns fullgod yrkesmässig och operativ kompetens.

Narkotikarelaterad brottslighet

Behovet av att förebygga narkotikarelaterad brottslighet står högt på den europeiska politiska dagordningen, något som illustreras av att detta mål i EU:s nuvarande strategi mot narkotika anges som ett centralt åtgärdsområde för strävan att garantera en god säkerhet för allmänheten.

En av de planerade arbetsuppgifterna för 2007 i EU:s handlingsplan mot narkotika för 2005–2008 är att anta en gemensam definition av "narkotikarelaterad brottslighet" utifrån ett förslag från Europeiska kommissionen på grundval av undersökningar som läggs fram av ECNN. Innebörden av "narkotikarelaterad brottslighet" varierar från fackområde till fackområde och från person till person, men begreppet kan ändå anses innefatta fyra allmänna kategorier: *psykofarmakologisk brottslighet* (brott som begås av personer som är påverkade av ett psykoaktivt ämne), *tvångsmässig ekonomisk brottslighet* (brott som personer begår för att få pengar/varor/droger så att de kan fortsätta sitt missbruk), *systematisk brottslighet* (brott som begås inom ramen för de olagliga narkotikamarknadernas funktion) och *narkotikabrott* (brott mot narkotikalagstiftningen, inbegripet användning, innehav, langning, handel osv.) (se även ECNN, 2007a).

Definitioner av de tre första typerna av narkotikarelaterad brottslighet enligt ovan är ibland svåränvända i praktiken, och de uppgifter som finns är fåtaliga och har dålig täckning. Uppgifter om antalet "rapporterade fall" ⁽⁹⁾ av narkotikabrott finns rutinmässigt tillgängliga i alla de europeiska länder som analyseras i denna rapport. Dessa uppgifter återspeglar dock även skillnader mellan ländernas lagstiftning och skillnader i hur lagarna tolkas och tillämpas samt skillnader i hur polis, åklagare osv. prioriterar olika brottstyper och fördelar resurser mellan dem. Dessutom varierar systemen för information om narkotikabrott mellan länderna, särskilt i fråga om rapporterings- och registreringsrutiner, dvs. vad som registreras och när och hur detta sker. Eftersom dessa skillnader kan försvåra direkta jämförelser mellan länder, är det mer ändamålsenligt att jämföra trender än absoluta tal. Dessutom bör man ta hänsyn till storleken på de olika ländernas befolkning när man analyserar europeiska genomsnittstrender. Totalt sett, på EU-nivå, ökade de "rapporterade fallen" av narkotikabrott med i genomsnitt 47 % mellan 2000 och 2005 (figur 1). Uppgifterna visar på stigande trender i alla länder som redovisat uppgifter, utom Lettland, Portugal och Slovenien, som redovisade en sammanlagd minskning under den berörda femårsperioden ⁽⁹⁾.

Förhållandet mellan användningsrelaterade och handelsrelaterade brott varierar. De flesta europeiska länderna uppger att majoriteten av narkotikabrotten avser användning eller innehav för användning; den största andelen 2005 är 91 % för Spanien ⁽¹⁰⁾. I Tjeckien, Luxemburg, Nederländerna, Turkiet och Norge dominerar emellertid de narkotikabrott som har med langning och handel att göra; den största andelen 2005 avser Tjeckien, där sådana brott stod för 92 % av alla rapporterade narkotikabrott.

I de flesta europeiska länderna är cannabis den illegala drog som oftast förekommer i samband med rapporterade narkotikabrott ⁽¹¹⁾. I de länder där så är fallet stod de cannabisrelaterade brotten för 42–74 % av alla narkotikabrott 2005. I Tjeckien dominerade dock de metamfetaminrelaterade brotten, som stod för 53 % av alla narkotikabrott, och i Luxemburg var kokain den drog som rapporterades i flest fall (35 % av narkotikabrotten).

Under femårsperioden 2000–2005 var antalet "rapporterade fall" av narkotikabrott där cannabis förekom stabilt eller ökade i majoriteten av de länder som redovisade uppgifter, vilket ledde till en sammanlagd genomsnittlig ökning på 36 % på EU-nivå (figur 1). Fallande trender rapporterades dock av Tjeckien (2002–2005) och Slovenien (2001–2005).

⁽⁹⁾ Termen "rapporterade fall" av narkotikabrott står inom citattecken eftersom den avser olika saker i de olika länderna (polisrapporter om misstänkta narkotikabrottslingar, väckta åtal för narkotikabrott osv.). Exakta definitioner för de enskilda länderna finns i metodanmärkningarna om narkotikabrott i statistikbuletinen 2007.

⁽⁹⁾ Se tabell DLO-1 i statistikbuletinen 2007.

⁽¹⁰⁾ Se tabell DLO-2 i statistikbuletinen 2007.

⁽¹¹⁾ Se tabell DLO-3 i statistikbuletinen 2007.

I alla länder som lämnat uppgifter utom Luxemburg och Nederländerna är cannabis den drog som oftast förekommer i samband med brott som avser användning eller innehav för användning. Andelen användningsrelaterade brott där cannabis förekommer har dock minskat sedan 2000 i flera länder (Grekland, Italien, Cypern, Österrike, Slovenien och Turkiet), och under det senaste år för vilket det finns uppgifter (2004–2005) minskade andelen i majoriteten av de uppgiftslämnande länderna, vilket möjligen kan tyda på att polis, åklagare osv. i dessa länder inriktar sig mindre på cannabis än på andra droger ⁽¹²⁾.

De kokainrelaterade brotten ökade under perioden 2000–2005 i alla europeiska länder utom Tyskland, där antalet var förhållandevis stabilt. EU-genomsnittet ökade med 62 % under samma period (figur 1).

För antalet "rapporterade fall" av narkotikabrott med koppling till heroin mellan 2000 och 2005 ser bilden annorlunda ut än för cannabis och kokain. Antalet heroinrelaterade fall har nämligen totalt sett minskat med i genomsnitt 15 % inom EU, främst mellan 2001 och 2003. De nationella trenderna för heroinrelaterade brott har dock skilt sig åt under perioden; en tredjedel av länderna rapporterar uppåtgående trender ⁽¹³⁾.

Forskning om narkotikaproblemet

Finansiering

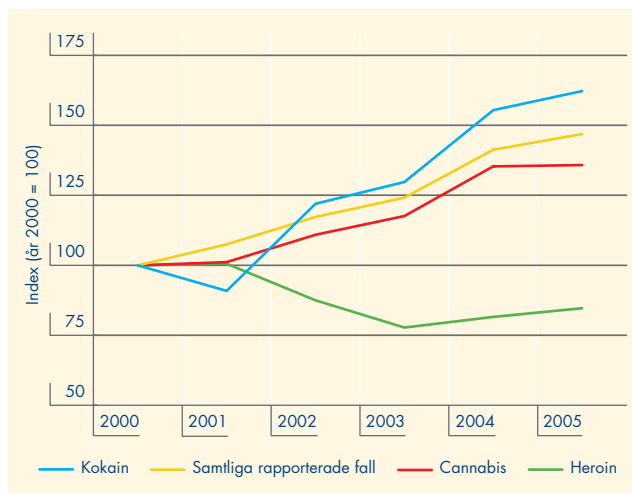
Den narkotikarelaterade forskningen i Europa finansieras, enligt vad de nationella kontaktpunkterna uppger, med nationella och europeiska offentliga medel. Flera medlemsstater uppger att narkotikaforskningen finansieras med allmänna nationella forskningsmedel (Tyskland, Nederländerna, Finland och Storbritannien), forskningsmedel från hälsodepartementet (Italien) eller medel som kontrolleras av det nationella organet för narkotikasamordning (Frankrike och Sverige). I Rumänien finansieras forskningen genom internationella organisationer som Global Fund.

Forskningsverksamhet

Om man betraktar publicerade vetenskapliga texter som har genomgått kollegial granskning som en indikator på vetenskaplig verksamhet, kan man genom att analysera sådana texter från 2005 och 2006 som citeras i de nationella rapporterna se ett mönster för tematiska forskningsprioriteringar som varierar mellan länderna.

Missbruksbehandling förefaller vara ett viktigt forskningsämne; de flesta undersökningarna avser olika aspekter av substitutionsbehandling. Preventionsforskning står för en mycket mindre andel av den vetenskapliga litteratur

Figur 1: Trender för antalet rapporterade fall av narkotikabrott i EU-medlemsstaterna 2000–2005, indexerade värden



Anm.: Trenderna representerar den tillgängliga informationen om nationella antal rapporterade fall av narkotikabrott (straffrättsliga och andra) som redovisats av samtliga kontrollpolitiska organ i EU-medlemsstaterna. Alla serierna är indexerade med år 2000 = 100 och har viktats efter ländernas befolkningsstorlek så att en övergripande EU-trend har erhållits.

Eftersom definitionerna och de undersökta enheterna skiljer sig i hög grad mellan länderna, används den allmänna termen "rapporterade fall av narkotikabrott". Mer information finns i avsnittet "Drug law offences: methods and definitions" i statistikbulletinen 2007.

De länder för vilka det saknas uppgifter avseende minst två på varandra följande år har inte tagits med i trendberäkningarna. Den övergripande trenden bygger på uppgifter från 24 länder, medan trenden för heroin bygger på 14 länder, trenden för kokain på 14 och trenden för cannabis på 15.

Mer information finns i figur DLO-6 i statistikbulletinen.

Källa: Nationella Reitox-kontaktpunkter och, i fråga om befolkningsuppgifter (<http://app.eurostat.ec.europa.eu/>).

som nämns i de nationella rapporterna. Den av ECNN:s fem nyckelindikatorer som motsvaras av flest publicerade texter är infektionssjukdomar, med prevalensen för narkotikamissbruk bland ungdomar på andra plats.

Det finns variation mellan länderna i fråga om vilka typer av vetenskapliga texter som citeras i de nationella rapporterna. Behandlingsforskning, särskilt behandling av hepatit C-positiva narkotikamissbrukare, citeras särskilt ofta i den tyska rapporten, medan den nederländska fokuserar på nya behandlingsmetoder. De citerade brittiska vetenskapliga undersökningarna handlar främst om problematiskt narkotikamissbruk, brottslighet och marknadsfrågor. De få referenser till neurovetenskaplig forskning som finns är huvudsakligen nederländska, även om MILDt i Frankrike också har finansierat en rad forskningsprojekt på området.

De nyare forskningsprogrammen tyder på mer likartade nationella forskningsprioriteringar i de olika medlemsstaterna. I nuläget ges nationell forskningsfinansiering i Tyskland till optimering av behandlingens värden för att tillgodose behandlingsefterfrågan,

⁽¹²⁾ Det är värt att notera att det absoluta antalet användningsrelaterade brott där cannabis förekommer faktiskt ökar i några av de länder där andelen cannabisrelaterade användningsbrott har minskat.

⁽¹³⁾ Att det europeiska genomsnittet inte återspeglar den ökning av heroinbrotten som skett i hälften av de länder som redovisat uppgifter beror framför allt på att länder för vilka det saknas uppgifter avseende två på varandra följande år inte räknas med i det europeiska genomsnittet, men också på att man i beräkningen av det europeiska genomsnittet tar hänsyn till storleken på de enskilda ländernas befolkning (vilket betyder att uppgifter från vissa länder ges mer vikt än uppgifter från andra).

inbegripet grundforskning. År 2006 startade man i Nederländerna ett forskningsprogram om riskbeteenden och beroende. I Storbritannien har man nyligen inlett undersökningar som avser behandlingssystemens kvalitet respektive mycket unga personer med problemmissbruk av narkotika. I de nya medlemsstaterna koncentrerar man sig främst på att lägga en vetenskaplig grund för sina system för att följa missbrukets utveckling, exempelvis genom ungdomsenkäter.

EU-forskning

EU finansierar narkotikarelaterad forskning genom sina ramprogram för forskning. Det senaste ramprogrammet, det sjunde i ordningen (för 2007–2013), inleddes i slutet av 2006. De forskningsprojekt som redovisade resultat under 2005/2006 ingick i temat "Livskvalitet" i EU:s femte ramprogram för forskning (1998–2002). Bland annat handlade projekten om "halvobligatorisk" behandling av

narkotikaberoende brottslingar i Europa (QCT), stödbehoven hos kokain- och crackmissbrukare i Europa (COCINEU) och samlade vårdinsatser för personer med "dubbeldiagnos" (både missbruk och psykisk sjukdom) i syfte att uppnå bästa möjliga tillfrisknande från beroendet (ISADORA).

Narkotika och bilkörning – ECNN:s årsrapport 2007, temakapitel

Psykoaktiva ämnen kan försämra en persons förmåga att köra bil i sådan grad att risken för olyckor och skador ökar. Ett temakapitel om narkotika och bilkörning ger en översikt dels över rönen från olika sorters undersökningar i ämnet med fokus på cannabis och bensodiazepiner, dels över olika sätt att genom preventionsinsatser och rättsliga insatser motarbeta denna sorts problembeteende.

Detta temakapitel finns enbart på engelska. Det finns i tryckt version och på Internet (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



Kapitel 2

Olika sätt att hantera narkotikaproblem i Europa – en översikt

I EU:s handlingsplan mot narkotika för 2005–2008 uppmanas medlemsstaterna uttryckligen att öka utbudet av verkningsfulla, diversifierade och lättillgängliga metoder för prevention, för behandling och minskning av skadeverkningar och för återintegrering i samhället. Dessa aspekter av narkotikaproblemet i Europa kommer att diskuteras mer ingående i det här kapitlet.

Preventionsstrategier kan vara inriktade mot olika grupper – från hela befolkningen i ett land till specifika riskgrupper – och vilka metoder man använder beror på målgruppen. Även åtgärder för behandling och minskning av narkotikans skadeverkningar erbjuds dem som använder eller är beroende av narkotika, och i ett betydande antal länder har man utvärderat effektiviteten hos sådana åtgärder genom att göra utfallsundersökningar. Åtgärderna för att minska skadeverkningarna syftar till att förebygga narkotikarelaterade dödsfall och minska hälsoskadorna, t.ex. hiv- och hepatit C-smitta. Heroinberoende behandlas oftast med substitutionsbehandling, och det har utvecklats särskilda behandlingsprogram för cannabis-, amfetamin- och kokainberoende. Om behandlingen lyckas är nästa steg sedan återintegrering i samhället. Som beskrivs nedan har många narkotikamissbrukare dåliga levnadsförhållanden och det finns ofta avsevärda problem som man måste lösa med hjälp av strategierna för återintegrering i samhället.

För varje typ av insats ges exempel från olika länder, och forskningsresultat som talar för eller emot att insatstypen ger effekt diskuteras.

Prevention

Effekterna av strategier för individualprevention kan i allmänhet inte mätas genom förändringar i andelen av hela befolkningen som använder narkotika. Däremot kan alla preventionsstrategier sättas i relation till de samlade bevis som finns, så att man kan avgöra om insatsen i fråga är evidensbaserad eller inte. Detta betyder att det behövs bra information om hur många preventionsinsatser som görs, vad de innehåller och vilken täckning de har.

Förbättring av den tillgängliga informationen: uppföljning, kvalitetsstyrning och utvärdering

Medlemsstaterna följer i allt större utsträckning de preventionsinsatser som görs, och därmed kan de också redovisa uppgifter om vad insatserna innehåller och hur

tillgängliga de är. Tyskland, Nederländerna och Norge har utökat informationstäckningen. Grekland, Cypern, Litauen och Italien följer det preventionsarbete som sker i skolorna, och i Grekland, Polen, Sverige och Finland studerar man de preventionsinsatser som görs i lokalsamhället. I Frankrike har man inrättat ett centraliserat system för att följa narkotikapreventionen. I vissa länder och regioner (Tjeckien, den självstyrande regionen Galicien i Spanien, Ungern och Norge) utgår man redan från de samlade bevisen när man bedömer ansökningar om finansiering av insatser, och man överväger att införa ackrediteringssystem. Portugal, Finland och Rumänien har minimikvalitetskriterier för preventionsprogram.

Informationen från Ungern och Nederländerna tyder på att om det finns system för att följa preventionsarbetet och kvalitetskriterier, leder detta till att redovisningen och utvärderingarna av projekten blir bättre och till att insatserna håller högre kvalitet.

De flesta preventionsprogram utvärderas inte. De som utvärderas bedöms oftast i termer av "hur omfattande insatsen varit och hur accepterad den blivit" snarare än "i vilken utsträckning målen har uppnåtts" (Greklands nationella rapport).

Under de senaste åren har det gjorts granskningar av effektiviteten hos preventionsinsatser i Tyskland (Bühler och Kröger, 2006) och Storbritannien (Canning m.fl., 2004; Jones m.fl., 2006), och dessutom har Världshälsoorganisationen (WHO) låtit göra en sådan granskning (Hawks m.fl., 2002). Dessa granskningar är nyttiga eftersom de fastställer vad som är god praxis i fråga om preventionsstrategier. I den senaste och mest heltäckande undersökningen (Bühler och Kröger, 2006) utvärderades 49 översikter av hög kvalitet – exempelvis granskningar och metaanalyser – avseende prevention av olika former av missbruk, varvid slutsatser drogs om effektiva strategier för narkotikaprevention. I de följande avsnitten diskuteras effektiviteten hos olika typer av preventionsstrategier på grundval av resultaten från denna och andra undersökningar.

Massmediekampanjer

Hawks m.fl. (2002) drar, i likhet med HDA (2004), slutsatsen att "massmediekampanjer utan kompletterande insatser inte har visat sig vara något effektivt sätt att minska användningen av olika psykoaktiva ämnen, särskilt inte om det finns andra

Evidensbaserad praxis

Med evidensbaserad praxis avses insatser (t.ex. missbruksbehandling) som i vetenskapliga undersökningar (t.ex. forskningsstudier) konsekvent har visats leda till avsett utfall hos klienterna (t.ex. en minskad användning av narkotika). De kriterier som man oftast använder för att avgöra om en insats kan anses utgöra evidensbaserad praxis är två typer av effektmått som på engelska kallas efficacy och effectiveness (Brown m.fl., 2000; Flay m.fl., 2005).

Efficacy är ett mått på hur bra en insats fungerar under idealiska forskningsförhållanden. Helst vill man fastställa detta genom att utföra en kontrollerad prövning där vissa deltagare blir föremål för den insats man vill undersöka medan en kontrollgrupp blir föremål för en annan insats eller ingen insats alls. Ännu bättre är det om prövningen förutom att vara kontrollerad även är randomiserad, vilket innebär att deltagarna slumpmässigt fördelas mellan de båda insatserna (Cochrane Collaboration, 2007). Det anses allmänt att randomiserade eller icke-randomiserade kontrollerade prövningar, helst i kombination med processutvärdering, är det enda sättet att fastställa efficacy för en insats och därmed lägga en grund för framtida praxis och politik.

Tyvärr går det inte alltid att slumpmässigt fördela deltagarna mellan en insatsgrupp och en kontrollgrupp.

Effectiveness är ett mått på hur bra en insats fungerar under vanliga förhållanden. Insatser som har givit lovande resultat i kontrollerade prövningar genomförs ofta ute i samhället för att man ska kunna undersöka hur bra de fungerar under rutinmässiga förhållanden. I undersökningar av effectiveness,

t.ex. nationella undersökningar av behandlingsutfall, vill man främst ta reda på hur en viss insats påverkar hälsan eller vilka andra relevanta resultat den ger, så att man kan få bevis för vad som fungerar.

Processen för att få fram bevis kompliceras dock av att det finns olika åsikter om hur man ska bedöma kvaliteten på forskningsundersökningar avseende efficacy eller effectiveness och om vilken typ av forskningsmetod (t.ex. kvantitativ eller kvalitativ) som lämpar sig bäst för att få fram bevis för vad som fungerar. Detta betyder att slutsatserna om vad som fungerar kan skilja sig åt. Det är fortfarande ett problem att avgöra hur man ska värdera olika källor till bevis och väga dem mot varandra i beslutsprocessen. Detta blir dessutom ännu svårare när det gäller insatser där man ännu inte har upprättat någon heltäckande faktabas men där det finns erfarenhet som tyder på att insatsen kan ha god effekt.

Trots dessa svårigheter vägleds arbetet ständigt av två antaganden: dels att fakta och bevis kan bidra till att förbättra praxis och politik på hälso- och sjukvårdens område, dels att det är nödvändigt att stimulera till en diskussion om evidensbaserad praxis där det finns tydliga kriterier för värdering av fakta och bevis.

För att bidra till ett sådant meningsutbyte och för att främja spridning av evidensbaserad praxis håller ECNN på att utveckla en onlineportal där det kommer att finnas en översikt över de senaste bevisen på effectiveness för olika insatser samt verktyg för att förbättra kvaliteten på insatser och konkreta exempel på bästa praxis som genomförts i EU-medlemsstaterna. Cochrane Collaboration blir en viktig källa till information för portalen.

faktorer som påverkar i motsatt riktning. Däremot har sådana kampanjer befunnits höja informationsnivåerna och ge stöd åt politiska initiativ." Det finns dock andra rön som tyder på att massmediekampanjer kan få positiva effekter om de används som en stödåtgärd avsedd att förstärka andra strategier (Bühler och Kröger, 2006).

I en utvärdering av den skotska kampanjen "Know the score" mot kokain fann Binnie m.fl. (2006) att 30 % av dem som använde kokain var mindre benägna att använda drogen efter att ha sett reklamen, även om 56 % uppgav att kampanjen inte påverkade deras avsikt att göra detta och 11 % hävdade att den hade gjort dem mer benägna att använda kokain. Dessutom bekräftar en nyligen utförd omutvärdering av den amerikanska statens kampanj mot cannabis de tidigare rönen, nämligen att kampanjen visserligen inte fick någon effekt på inställningen till cannabis bland unga som inte använde drogen (trots att de flesta tillfrågade kom ihåg kampanjen och trots att budskapet hade anpassats till olika målgrupper) men att exponering för kampanjen hade samband med ogynnsamma effekter på ungdomarnas uppfattning om andras användning av marijuana (GAO, 2006).

I ett fåtal isolerade fall har man övergått från att främst betona ökning av kunskaper (vilket är syftet med de flesta

massmediekampanjer) till att ge social och känslomässig information (dvs. man försöker ändra uppfattningen om t.ex. användning av cannabis). En kampanj i Nederländerna framförde exempelvis budskapet "Du är inte galen om du inte röker cannabis, för 80 % av alla ungdomar röker inte heller" ⁽¹⁴⁾. Vissa inslag i den nationella irländska narkotikapreventionskampanjen försöker sticka hål på en del av myterna kring cannabis. t.ex. att drogen skulle vara "ekologisk" och "naturlig".

"Miljöstrategier" avseende legala ämnen

Att höja priset på ett ämne och/eller den lagstadgade åldersgränsen för konsumtion av det har visat sig ge positiva effekter i form av minskad användning. Detta går dock bara att göra för legala ämnen som alkohol och tobak (Bühler och Kröger, 2006). Sådana "miljöstrategier" har hittills huvudsakligen använts i Norden och USA, främst avseende alkohol, och resultaten har varit lovande (Lohrmann m.fl. 2005; Stafström m.fl., 2006). Numera har man dock i allt större utsträckning börjat använda heltäckande lokalsamhällsbaserade metoder där alkohol och tobak behandlas på liknande sätt som narkotika. Belgien, Bulgarien, Danmark, Litauen, Luxemburg, Nederländerna, Polen, Slovakien och Norge rapporterar alla att det

⁽¹⁴⁾ Se Internet (<http://www.drugsinfo.nl>).

förekommer lokalsamhällsbaserade strategier i deras länder eller att det förs diskussioner om extraskatter eller lagar som reglerar tillgängligheten för alkohol och tobak. Syftet med dessa strategier är att minska konsumtionen bland ungdomar, skapa alkoholfria zoner eller göra nattlivet säkrare. I fråga om skolmiljön bekräftar nya undersökningar från Europa (Kuntsche och Jordan, 2006) och andra delar av världen (Aveyard m.fl., 2004) att de förhärskande normerna och de informella nätverken har stor inverkan på beteendena när det gäller konsumtion av legala droger och cannabis. Att införa normer i skolorna är en metod som man nu överväger i större utsträckning i Tyskland, Irland och Italien ⁽¹⁵⁾.

Allmänprevention

Interaktiva program som bygger på modellen för social påverkan eller livskunskap har visat sig vara effektiva i skolorna, men enstaka åtgärder som genomförs isolerat (t.ex. enbart förmedling av information, utbildning om känslor eller andra icke-interaktiva åtgärder) har givit negativa utvärderingsresultat (Bühler och Kröger, 2006). Av organisatoriska skäl är det oftast kommunerna eller motsvarande som ansvarar för den skolbaserade preventionen, särskilt i de nordiska länderna, Frankrike och Polen.

Vissa kommentatorer har framfört argumentet att kompletterande program för allmänna hälsofrågor/livskunskap leder till större förändringar än enbart färdighetsbaserade utbildningsprogram och att det därför skulle vara bäst att integrera insatserna i en "hälsöplan" som vilar på en solid grund Hawks m.fl. (2002). Detta förefaller man ha uppnått i nästan alla medlemsstaterna. Dessutom gör man i flera medlemsstater (bl.a. Italien, Litauen, Nederländerna, Slovakien och Storbritannien) narkotikapreventiva insatser i samband med att man tar upp andra hälsorelaterade och sociala aspekter som våld, psykiska hälsoproblem, socialt utanförskap, dåliga skolprestationer och tobaks- och alkoholanvändning inom ramen för en bredare folkhälsoprevention där man även satsar mer på att specifikt tillgodose utsatta gruppers behov.

Ett argument som ofta framförs mot modellprogram är att sådana program inte skulle gå att anpassa till förhållandena på den enskilda orten och inte skulle tillgodose enskilda gruppers behov (Ives, 2006). Ett motargument är dock att fördelen med standardiserade preventionsprogram är att anvisningarna för programmen ger tydliga riktlinjer som gör det möjligt att upprätta stabila strukturer för genomförandet och system för lärarutbildning, vilket gör det lättare att tillämpa gemensamma normer för genomförandet även i fall där skolorna och elevgrupperna är mycket olika.

I många medlemsstater (Bulgarien, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Österrike och Rumänien) har preventionsprogrammen ett innehåll som är inriktat på att

öka medvetenheten, ge information och organisera enstaka arrangemang (t.ex. expertbesök) ⁽¹⁶⁾, trots att det finns tecken som tyder på att andra metoder kan vara effektivare.

Program för social påverkan i skolorna har stor utbredning, särskilt i Storbritannien och i de länder där det finns standardiserade program, bl.a. Tyskland, Irland, Grekland, Spanien och Norge samt, inom kort, Danmark.

När det gäller lokalsamhällsbaserad allmänprevention rapporterar tolv medlemsstater att det finns narkotikaplaner i alla eller nästan alla kommuner, och i tio länder är sådana planer en prioriterad politisk fråga. De berörda programmen innebär framför allt att man organiserar arrangemang för att sprida information och, i mindre utsträckning, att man erbjuder alternativa fritidssysselsättningar. Den familjebaserade allmänpreventionen består framför allt av föräldrakvällar eller informationsmöten; mer sällan av intensivutbildning för föräldrar.

Riktad prevention

Medlemsstaterna ägnar allt större uppmärksamhet åt preventionsstrategier som riktar sig mot olika utsatta grupper som helhet ⁽¹⁷⁾. Detta innebär att grupperna i fråga måste identifieras, t.ex. med hjälp av standardiserade bedömningsverktyg som det brittiska indexet över samförekomst av utsatthetsfaktorer (*index of multiple deprivation*) eller med hjälp av socioekonomiska indikatorer som boende- eller utbildningsstandard (antalet elever som ligger efter i sin utbildning eller antalet elever som får någon form av ekonomiskt stöd).

När man väl har identifierat målgrupperna (i Frankrike har man exempelvis fastställt "känsliga stadszoner" och, när det gäller skolor, "prioriterade utbildningszoner") kan man satsa extra resurser på dessa missgynnade grupper. I Irland, Cypern och Storbritannien genomförs det redan projekt för riktad prevention i de flesta sådana zoner, och i Portugal håller man på att införa en strategi på området. De insatser som görs varierar från rådgivning i Estland, Grekland, Frankrike och Slovakien till uppsökande verksamhet i Luxemburg och Österrike, ibland med specifik inriktning mot vissa etniska grupper. Några av de nya medlemsstaterna (Bulgarien, Ungern, Litauen, Polen och Rumänien) rapporterar dessutom utförligt om insatser som riktar sig mot utsatta familjer. Fokus i de flesta medlemsstaterna ligger på förekomsten av någon form av missbruk i familjen, även om några länder (Grekland, Litauen, Ungern och Storbritannien) har infört ett bredare fokus som omfattar alla socialt missgynnade familjer.

Arbetsätt där man låter jämnåriga utbilda sina kamrater, något som används även inom allmänpreventionen, uppges förekomma i allt högre grad också i genomförandet av riktad prevention (Irland, Nederländerna, Österrike, Polen

⁽¹⁵⁾ Se Internet (<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=19197>).

⁽¹⁶⁾ Uppgifter från SQ 22 och 25.

⁽¹⁷⁾ Mer information om riktad prevention, särskilt riskgrupper och riskfaktorer, finns i tidigare årsrapporter och i temakapitlet om narkotikamissbruk bland minderåriga i årsrapporten för 2007.

och Norge). Parkin och McKeganey (2000) drog i sin granskning av kamratbaserade arbetssätt slutsatsen att sådana program får störst effekt på kamratutbildarna själva, inte på målgruppen. Det verkar som om sådana arbetssätt är mer verkningsfulla när det gäller att öka kunskaper och ändra attityder än när det gäller att ändra beteenden. Det är sällsynt att kamratbaserade projekt utvärderas över huvud taget, men i de fall där detta sker (t.ex. "Fristil" i Norge) brukar man oftast bedöma enbart i vilken mån projekten har lyckats rekrytera unga ledare i skolorna och om dessa personers kunskaper eller attityder förstärktes.

Riktad prevention blir allt populärare, men man måste vara försiktig, särskilt när man låter ungdomar som är i riskzonen delta i program för kamratpåverkan (Cho m.fl., 2005; Dishion och Dodge, 2005), eftersom det finns en risk för att negativa "smittoeffekter" kan uppstå i utsatta grupper. Sådana oavsedda effekter, som alltså orsakas av själva insatsen, kan leda till ökad användning av olika droger eller till ökat riskbeteende. Det är dock inte enbart inom riktad prevention som sådana oönskade resultat kan förekomma – de har observerats även i samband med upplysning via massmedierna och vid enskilda preventionsarrangemang (se ovan).

Behandling och åtgärder för att minska skadeverkningarna

Den senaste utvecklingen inom behandlingssystemen

Största delen av missbruksbehandlingen sker inom öppenvården, inbegripet hos allmänläkare. Utbyggnaden av nätverken för öppenvårdsbehandling har fortsatt under de senaste åren, och det har skett en ytterligare geografisk expansion i flera länder, bl.a. Bulgarien, Estland, Grekland, Litauen, Rumänien och Finland. Däremot har antalet inrättningar för slutenvård legat kvar på samma nivå i de flesta länderna.

Bland de länder där den specialiserade missbrukarvården har en mycket bristfällig geografisk täckning märks Lettland, Ungern, Slovakien och Rumänien. Trots att nätverket av vårdgivare har byggts ut på senare tid finns det fortfarande väntelistor för substitutionsbehandling i Grekland liksom i Ungern och Polen.

Behandling på behandlingshem, vilket tidigare i många europeiska länder var den dominerande behandlingsformen för heroinmissbrukare, är numera förhållandevis mindre vanligt förekommande; de flesta opiatmissbrukarna behandlas inom öppenvården. Behandlingshem spelar dock en allt viktigare roll för vården av äldre missbrukare och långtidsmissbrukare som har komplexa behandlingsbehov eftersom de samtidigt lider av allvarliga kroppsliga och psykiska sjukdomar. Slutenvårdens filosofi och arbetsmetoder har ändrats avsevärt under åren, vilket beror på att behoven har förändrats. Det har blivit vanligare att man ger behandling och medicinsk vård – inbegripet psykiatrisk

behandling, högaktiv antiretroviral behandling och behandling för leversjukdomar – på samma plats och att man använder underhållsbehandling med läkemedel för att stabilisera klienterna.

Kännetecken för narkotikamissbrukare i öppenvårdsbehandling

Med hjälp av uppgifter från indikatorn på behandlingsefterfrågan kan man beskriva den socioekonomiska statusen för de patienter som behandlas vid behandlingssentrum och, i viss mån, för samtliga narkotikamissbrukare⁽¹⁸⁾. Att få tillgång till öppenvårdsbehandling är i de flesta länderna enklare och innebär en mindre krävande urvalsprocess, och därför är det lämpligt att extrapolera från denna grupp av klienter till hela gruppen narkotikamissbrukare.

År 2005 redovisade 20 av 29 europeiska länder information om 315 000 missbrukande klienter som fick behandling vid behandlingssentrum inom öppenvården. Uppgifterna kom från drygt 4 000 behandlingssenheter. Ungefär hälften (53 %) av öppenvårdsklienterna behandlas för primärt opiatmissbruk och den andra hälften för primärt missbruk av andra droger, främst cannabis (22 %) och kokain (16 %). Vilken drog som är den vanligaste primärdrogen varierar mellan länderna.

Ungefär 80 % av klienterna inom öppenvården är män, deras genomsnittliga ålder är omkring 30 år (28 år bland dem som påbörjat behandling för första gången), och de har i allmänhet dåliga levnadsförhållanden jämfört med personer i samma ålder i befolkningen som helhet. Omkring 60 % av öppenvårdsklienterna har inte slutfört någon utbildning på högre nivå än motsvarande mellanstadiet, och ungefär en tiondel av dessa klienter har inte ens slutfört mellanstadiet. Omkring hälften av klienterna hade reguljär anställning innan de kom till öppenvården för behandling medan den andra hälften var arbetslösa. De flesta öppenvårdsklienterna (85 %) har ett stabilt boende; av dessa bor 40 % med sina föräldrar och 19 % ensamma. En avsevärd minoritet (15 %) av öppenvårdsklienterna bor med barn, antingen ensamma eller tillsammans med sin partner, något som utgör en komplicerande omständighet i en narkotikamissbrukares liv och innebär en riskfaktor för barnen.

Informationen om den socioekonomiska situationen för de narkotikamissbrukare som får behandling kompletteras i redovisningen från vissa länder av en uppdelning efter primärdrog. I Tyskland är exempelvis 67 % av heroinmissbrukarna arbetslösa eller ekonomiskt inaktiva, jämfört med 53 % av kokainklienterna och 35 % av cannabisklienterna; 74 % av opiatklienterna har begränsad skolgång, att jämföra med 63 % av kokainklienterna (Sonntag m.fl., 2006).

Den senaste utvecklingen

Specialiserade inrättningar för specifika grupper av narkotikamissbrukare, t.ex. kvinnliga narkotikamissbrukare, hemlösa personer som injicerar narkotika på gatan, prostituerade eller unga och mycket unga

⁽¹⁸⁾ Utförligare information om de värden som anges i detta avsnitt finns i TDI-tabellerna och TDI-figurerna i statistikbulletinen 2007.

narkotikamissbrukare (se temakapitlet om narkotikamissbruk bland minderåriga i årsrapporten för 2007), har nyligen skapats i flera länder. I andra länder har de läkemedelsbaserade behandlingsalternativen byggts ut så att man ska kunna tillgodose behoven hos specifika missbrukargrupper och därmed öka behandlingstäckningen. Exempelvis har det nu blivit tillåtet att ge underhållsbehandling med buprenorfin i Malta ⁽¹⁹⁾.

Behandling av olika grupper av narkotikamissbrukare

Medlemsstaterna framhåller i allt högre grad att det är viktigt att erbjuda fullgod behandling för personer med ett problematiskt missbruk av cannabis eller kokain. När det gäller cannabis är programmen för behandling, rådgivning och prevention i Europa ofta sammanlänkade, så att man ska kunna nå ett stort antal personer som använder drogen. Nya kommunikationsstrategier, t.ex. där Internet utnyttjas, införs nu i ett försök att nå personer vars cannabisanvändning ligger någonstans mellan experimentell och problematisk. Specifika behandlingar och program för cannabis har hittills inte funnits i någon större utsträckning i Europa, men utvecklingsarbete pågår (se kapitel 3).

Dessutom har man i de medlemsstater där efterfrågan på kokainbehandling är stor börjat beställa forskning på området. Ett problem i sammanhanget är att de som använder pulverkokain och crack-kokain oftast tillhör helt olika grupper i samhället (se kapitel 5). För närvarande gör dock bristen på specifik vård att den stora majoriteten av de klienter som använder psykostimulantia, inbegripet amfetaminer, finns inom den traditionella behandlingsvården, som är inriktad mot opiatmissbrukare. Över hela Europa konstaterar man att det finns ett behov av utbildning för behandlingspersonal och kliniskt verksamma läkare.

Behandling av heroinberoende

Sedan substitutionsbehandling fick politiskt stöd som motåtgärd mot heroinmissbruk under andra hälften av 1980-talet har detta blivit det dominerande behandlingsalternativet när det gäller opiatberoende i de flesta länderna (figur 2).

De huvudsakliga substitutionsläkemedel som används är metadon och buprenorfin. Helst bör läkemedelsbehandlingen kombineras med psykologisk rådgivning och socialt stöd. Substitutionsbehandling ges oftast inom öppenvården vid specialiserade enheter för missbruksbehandling, men i allt större utsträckning ges sådan behandling nu även av privatpraktiserande läkare. I några länder, bl.a. Tyskland, Frankrike och Storbritannien, är de allmänpraktiserande läkarna i hög grad inblandade i behandlingen av narkotikamissbrukare. I andra länder medverkar de läkare som är verksamma i lokalsamhället fortfarande bara i begränsad utsträckning, antingen av juridiska skäl eller på grund av bristande intresse för missbruksbehandling ⁽²⁰⁾.

Rättsliga ramar för substitutionsbehandling

År 2006 genomfördes en enkät i det specialiserade nätverket av "juridiska korrespondenter" med syftet att få fram ytterligare information om lagar och föreskrifter när det gäller kraven för antagning till substitutionsbehandling samt om förskrivnings- och utlämningspraxis för läkemedlen. De svar som inkom från 17 länder kompletterar en rapport från den europeiska databasen över narkotikalagstiftning (ELDD) som offentliggjordes 2003 ⁽¹⁾.

De rättsliga ramarnas räckvidd varierar betydligt mellan medlemsstaterna. I några länder, bl.a. Belgien, omfattas substitutionsbehandling av en särskild lag som antagits av parlamentet, medan genomförandet av sådan behandling i andra länder, bl.a. Cypern, regleras genom tolkningen av lagarna om narkotikaklassade ämnen. Det förefaller nödvändigt att kompromissa och göra avkall antingen på ramarnas styrka eller på deras flexibilitet.

De ämnen som kan användas i substitutionsbehandling anges normalt i lagen. I de flesta fallen kan enbart metadon och buprenorfin eller enbart metadon förskrivas, även om också andra läkemedel som morfin eller kodein är tillåtna i några länder. På liknande sätt anges nationella antagningskriterier i nästan alla länderna antingen i lagar eller i förordningar eller riktlinjer utfärdade av regeringsdepartement. De vanligaste kriterierna gäller diagnos på beroende och minimiålder, men ibland anges också att en person tidigare utan framgång måste ha genomgått läkemedelsfri behandling. I några länder anges straffen för brott mot behandlingsreglerna i nationella lagar medan det i andra länder är det enskilda behandlingscentrumet som bestämmer straffen.

Oftast anges det också i lagarna vem som har förskrivningsrätt. Det handlar i första hand om läkare vid behandlingscentrum, även om reglerna i vissa länder innebär att alla läkare eller alla specialutbildade eller ackrediterade läkare har förskrivningsrätt. I praktiken är det dock sällsynt att läkare utanför behandlingscentrumen initierar substitutionsbehandling ⁽²⁾. Maximidoser anges sällan i lagen. För att undvika dubbelförskrivning använder man i de flesta länderna särskilda receptblanketter, men i flera länder finns det ett centralt register och några länder utfärdar särskilda id-kort. Vem som har rätt att lämna ut läkemedlen anges också oftast i lagstiftningen. Oftast rör det sig om apotek eller behandlingscentrum, även om vissa länder också låter läkare lämna ut läkemedel. När det slutligen gäller klienternas möjligheter att ta med sig läkemedel hem finns det i de flesta länder ett system som antingen anges i lag eller riktlinjer eller helt enkelt har uppstått till följd av att man tolererar att klienterna tar med sig läkemedel hem, men i några fall är detta uttryckligen förbjudet.

⁽¹⁾ Utförligare information finns på Internet (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>).

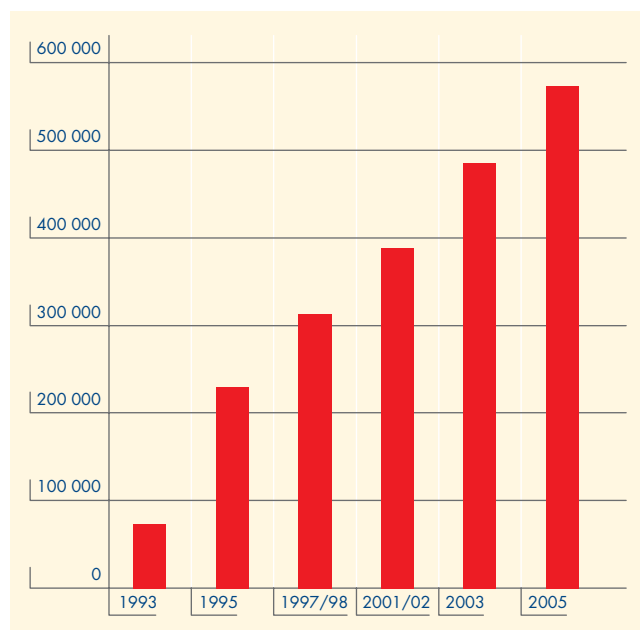
⁽²⁾ Se tabell HSR-6 i statistikbulletinen 2007.

Kvalitetsstyrning är en fråga som har diskuterats i flera länder, något som har resulterat i striktare föreskrifter, höjda utbildningskrav eller en mer omfattande tillsyn och

⁽¹⁹⁾ Se "Förskrivningspraxis vid substitutionsbehandling i Europa", s. 66.

⁽²⁰⁾ Se "Rättsliga ramar för substitutionsbehandling" (s. 32) och Internet (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>).

Figur 2: Uppskattad tillgänglighet för opiatsubstitutionsbehandling i EU-15-medlemsstaterna, 1993–2005



Anm.: Mer information finns i tabellerna HSR-7 och HSR-8 samt figurerna HSR-1 och HSR-5 i statistikbulletinen 2007.

Källa: Nationella kontaktpunkter och rapporter; en utförlig förteckning över källor finns i figur HSR-5 i statistikbulletinen 2007.

uppföljning ⁽²¹⁾. Behandling av opiatmissbruk diskuteras utförligare i kapitel 6.

Åtgärder för att minska skadeverkningarna

Prevention av infektionssjukdomar och minskning av antalet narkotikarelaterade dödsfall är viktiga mål för EU:s åtgärder mot narkotika, och ett av de mål som anges i den nuvarande handlingsplanen är att öka tillgången på och tillträdet till vård och inrättningar som förebygger och minskar hälsoskadorna.

I april 2007 lade Europeiska kommissionen fram en rapport för rådet och Europaparlamentet om genomförandet av rådets rekommendation av den 18 juni 2003 om förebyggande och begränsning av hälsorelaterade skador i samband med narkotikamissbruk ⁽²²⁾. Rapporten visar att minskning av skadeverkningarna är ett etablerat folkhälsomål på nationell nivå i alla medlemsstaterna. Det bakgrundsdokument som kommissionen låtit utarbeta till stöd för sin rapport ger en heltäckande europeisk bild av politiken och åtgärderna för att minska skadeverkningarna. Dokumentet bygger huvudsakligen på information från de politiskt ansvariga, från Reitox-expertter och från gräsrotsorganisationer. Det innehåller bl.a. omfattande landsvisa inventeringar ⁽²³⁾.

Rådets rekommendation har fått fler länder att se till att deras nationella politik ligger i linje med den europeiska strategin på så sätt att de fäster större vikt vid att bygga ut insatserna för att minska skadeverkningarna. Rekommendationen verkar ha haft särskilt stort inflytande på de länder som anslöt sig till EU 2004.

Återintegrering i samhället

Osäkra boendeförhållanden, icke-reguljära anställningar och tidigare fängelsevistelser är indikatorer på socialt utanförskap som präglar ett stort antal narkotikamissbrukares liv. I många europeiska länder är det i dag fler personer med problematiskt narkotikamissbruk än någonsin tidigare som nås av olika hjälpinsatser, stannar kvar i behandling och genomgår substitutionsbehandling med läkemedel. Detta har fått till följd att efterfrågan på bostäder, utbildning, arbete och rättsligt bistånd har ökat väsentligt. För vårdsystemen innebär detta att de måste hitta nya åtgärder att vidta för nya typer av klienter som ofta samtidigt har ett antal olika behov. Det är nu vedertaget att återintegrering i samhället är en viktig faktor för att behandlingen ska bli framgångsrik på lång sikt.

I några länder får återintegreringssektorn nu mer politisk uppmärksamhet och större ekonomiska resurser, och i flera länder anges det i normerna för underhållsbehandling med läkemedel att socialvård och återintegreringstjänster bör göras tillgängliga för klienterna. Vid halvtidsöversynen av den irländska narkotikastrategin rekommenderades det exempelvis att rehabilitering skulle införas som strategins femte pelare, och i Danmark har nya program för utsatta grupper ("delat ansvar") lanserats av sysselsättnings- och socialdepartementen. Ett annat exempel är den norska regeringens strategi för att förebygga och bekämpa hemlöshet, som innehåller mätbara mål för bl.a. minskning av antalet fall av vräkning och ökning av tillgången till permanenta bostäder så att tillfälligt boende blir undantag snarare än regel. I Norge finns det också, inom ramen för en handlingsplan mot fattigdom, ett bidragsprogram som under 2006 delade ut 6,5 miljoner euro till insatser för att förse hemlösa och alkohol- och narkotikamissbrukare med boendeuppföljningstjänster. Dessutom deltar Grekland, Frankrike, Italien, Litauen, Österrike, Portugal och Slovakien i kommissionens initiativ Equal på området sysselsättning och social integrering ⁽²⁴⁾.

EU uppmuntrade också skapandet av den "öppna samordningsmetoden", vilket är en ram inom vilken medlemsstaterna samordnar sin politik mot fattigdom och socialt utanförskap genom en process med politiska utbyten och ömsesidigt lärande.

Åtgärderna för återintegrering avspeglar de olika sociokulturella och ekonomiska förhållandena i Europas

⁽²¹⁾ Se även s. 67.

⁽²²⁾ Rådets rekommendation av den 18 juni 2003 om förebyggande och begränsning av hälsorelaterade skador i samband med narkotikamissbruk; EUT L 165, 3.7.2003, s. 31–33.

⁽²³⁾ Båda dokumenten finns på Internet (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/drug_rec_en.htm#1).

⁽²⁴⁾ Se Internet (http://ec.europa.eu/employment_social/equal/index_en.cfm).

olika länder, men de uppvisar också viss variation i fråga om mål, målgrupper och villkor. Bulgarien och Rumänien är exempelvis de enda länder som nämner specifika projekt för återintegrering av gatubarn i samhället.

I många länder avser programmen och åtgärderna inte specifikt narkotikamissbrukare utan utsatta samhällsgrupper i allmänhet, och genomförandet sker oftast på lokal eller regional nivå. De planer för prevention i närsamhället (PPP) som infördes 2003 av den wallonska regionregeringen i Belgien tar exempelvis upp fattigdom och missbruk som två sammanhängande frågor på lokal nivå, och den danska socialtjänstlagen innebär att kommunerna är skyldiga att upprätta sociala handlingsplaner för alla narkotikamissbrukare. På liknande sätt har kommunerna i Polen en lagstadgad skyldighet att återintegrera narkotikamissbrukare i samhället, och i Nederländerna är det kommunerna som tar initiativet till de flesta nya inrättningarna för återintegrering i samhället. I Tyskland sköts frågor som rör härbärgen, utbildning och bostäder av delstaterna eller kommunerna, medan det finns federala program för funktionshindrade som kan ge stöd till narkotikamissbrukares integrering i yrkeslivet.

Den hjälp som ges i fråga om boende sträcker sig från dygnshärbärgen för nödsituationer, reguljära härbärgen och korttidsbostäder till lägenheter för halvvägsboende,

boende med stöd och hyresbidrag. För att undvika att klienterna fastnar i ett långsiktigt beroende av sådan hjälp har man börjat pröva innovativa metoder när det gäller boendestöd eller ekonomisk hantering. I Danmark får exempelvis de klienter som bor i återintegreringslägenheter utbildning i hur man sköter en bostad, så att de eventuella framtida problemen när de blir tvungna att ta hand om sina egna lägenheter ska bli mindre, och i Storbritannien får klienterna råd om hur man handlar, lagar mat och sköter hushållsbudgeten.

Att det skapas nya möjligheter att få yrkesutbildning och tillgång till grundläggande utbildning är enligt rapporterna vanligt i många länder, men däremot är det svårare för de berörda grupperna att hitta förvärvsarbete. Detta är dock särskilt viktigt för målgruppen eftersom det ger inte bara ekonomisk stabilitet utan också självkänsla, status och en regelbunden livsrytm. De nya sätt som används för att hitta förvärvsarbete åt klienterna är bl.a. samarbeten med privata företag, mentorsprogram och incitament som subventionering av lärlingslöner eller lån till nystartade företag. I flera länder har inrättningar för missbruksbehandling startat egna "socioekonomiska företag" där de har sina klienter som avlönade anställda. Andra initiativ inriktar sig på att förbättra sysselsättningsläget genom att se till att klienternas profiler, förväntningar och kompetens bättre motsvarar verkligheten i arbetslivet. Jobbörser i Wien fungerar exempelvis som

Nationella undersökningar av behandlingsutfall

I tre medlemsstater (Irland, Italien och Storbritannien) har man genomfört nationella undersökningar av behandlingsutfall där man har följt en kohort av personer med ett problematiskt narkotikamissbruk under en viss tid i olika behandlingsformer och behandlingsmiljöer. En viktig egenskap hos dessa undersökningar är att de avser behandlingsutfall i befintliga vårdformer under vardagliga kliniska omständigheter. Bland de mer frekventa behandlingsformer som studerats märks underhållsbehandling med metadon, metadonbehandling med dossänkning, avgiftning och läkemedelsfria insatser som terapeutiska samhällen och rådgivning. De huvudsakliga utfallsmåtten i undersökningarna är narkotikaanvändning, fysisk och psykisk hälsa, kvarstannande i behandling och kriminellt beteende.

Syftet med den italienska Vedette-undersökningen (1998–2001) var att utvärdera effektiviteten hos den behandling som ges vid offentliga behandlingscentrum i olika delar av Italien. De huvudsakliga utfallsmåtten var kvarstannande i behandling och dödlighet bland heroinmissbrukare. Hittills har tre undersökningar av behandlingsutfall inletts i Storbritannien. Den första var NTORS (National Treatment Outcome Research Study), som genomfördes av National Addiction Centre i England och Wales mellan 1995 och 2000. Det man undersökte var utfallet för behandlingsprogram på behandlingshem och ute i samhället. Vissa positiva rön gjordes – bl.a. avstod fler från att använda narkotika, frekvensen för narkotikakonsumtionen minskade, brottsligheten minskade och hälsotillståndet förbättrades. Vissa av de långsiktiga utfallen under femårsperioden var dock

mindre tillfredsställande. Till exempel hade den förbättring som konstaterades till en början i fråga om användning av crack delvis upphävt efter fyra till fem år, och många narkotikamissbrukare fortsatte att dricka alkohol i stor utsträckning (Gossop m.fl., 2001).

En uppdatering av NTORS-undersökningen kommer att göras inom ramen för undersökningen DTORS (Drug Treatment Outcomes Research Study), som utförs vid Manchester-universitetet. I denna undersökning, som inleddes 2006, kommer man i en första etapp att följa narkotikamissbrukare från hela England under 12 månader. Syftet är att bedöma hur missbruksbehandling inverkar på en rad olika utfallsmått, och undersökningens fokus är att ta reda på vilka behandlingsgångar som ger de bästa utfallen i enskilda undergrupper av narkotikamissbrukare. I Skottland inledde Glasgow-universitetet år 2001 undersökningen DORIS (Drug Outcome Research Study), där man studerar genomslaget och effektiviteten hos missbruksbehandling vid behandlingsinrättningar, bl.a. på fängelser. Narkotikamissbrukarna följdes under upp till 33 månaders tid.

I Irland inleddes år 2003 undersökningen ROSIE (Research Outcome Study), som genomförs av National University of Ireland i Maynooth. I denna undersökning utvärderas effektiviteten hos missbruksbehandling genom att man följer opiatmissbrukare från det att de påbörjar behandling och under en period av upp till tre år samt dokumenterar de förändringar som man observerar (Cox m.fl., 2006). Vid uppföljning efter ett år konstaterade man en markant minskning av narkotikaanvändning och kriminell verksamhet, ett lågt dödlighetstal och vissa positiva utfall i fråga om deltagarnas klagomål om sin fysiska och psykiska hälsa.

mellanhand mellan klienter, missbrukarvården och den offentliga arbetsförmedlingen, och man erbjuder särskild rådgivning för att se till att fler lyckas på sina arbeten. Dessutom hjälper man till att hitta lösningar för klienter där återintegrering i arbetslivet inte längre är ett rimligt alternativ.

Återintegrering av marginaliserade, äldre heroinmissbrukare med svåra kroppsliga och psykiska sjukdomar är ett särskilt besvärligt problem. I Belgien kan narkotikamissbrukare med psykiska problem få vård på specialiserade missbruksenheter vid psykiatriska eller allmänna sjukhus eller vid andra inrättningar för psykiatrisk vård. Från Danmark rapporteras att narkotikamissbrukare med psykiska problem behandlas vid inrättningar för psykiatrisk vård och att alternativa vårdhem tar emot äldre narkotikamissbrukare som inte klarar sig på egen hand på grund av missbruk, demens eller problembeteenden.

I Nederländerna antogs år 2007 en ny lag om socialt stöd som innebär att narkotikaberoende numera omfattas av samma regler som (andra) kroniska psykiska problem. Ett stort centraliserat behandlingshem med plats för 120 hemlösa narkotikamissbrukare med psykiska problem möttes dock av protester från befolkningen i närområdet. För de missbrukare som har psykiska hälsoproblem uppges professionell hjälp att återupprätta ett nätverk av stöd- och kontaktpersoner vara en viktig del i processen för återintegrering i samhället.

I några länder (bl.a. Bulgarien, Tjeckien, Grekland och Slovenien) erbjuder man strukturerade program för återintegrering enbart för klienter som har slutfört drogfri missbruksbehandling på ett framgångsrikt sätt; det finns för närvarande inga specifika återintegreringsåtgärder för klienter som får underhållsbehandling med läkemedel.



Kapitel 3 Cannabis

Inledning: cannabisanvändningen i Europa förändras

Cannabis är världens mest använda illegala drog och har stått i centrum för narkotikadebatten i Europa sedan 1960-talet, då den kom att mycket nära förknippas med en framväxande motkultur bland ungdomar. Men trots att cannabis är en så välkänd drog är det en komplicerad uppgift att förstå mönstren för cannabisanvändningen i Europa. En viktig anledning till detta har att göra med de olika cannabisprodukter som nu finns på den europeiska marknaden. Traditionellt har tre huvudsakliga former av cannabis varit vanliga i Europa: hasch (kåda), marijuana (växtdelar) och – mycket mindre vanligt – cannabisolja. För många är det vanliga sättet att konsumera drogen fortfarande att röka hasch tillsammans med tobak, även om detta är ett relativt ovanligt konsumtionssätt i andra delar av världen. Europa är fortfarande den främsta marknaden i världen för hasch, men marijuanaprodukter förefaller bli vanligare och dominerar på vissa marknader. På senare år har bilden blivit än mer komplicerad i och med att tillgången på cannabis som producerats i Europa har ökat; en del av denna cannabis odlas under kontrollerade förhållanden och kan ha relativt hög styrka. Denna sorts cannabis har blivit en separat produkt i många länder, vilket gör det svårare att bedöma hur folkhälsan påverkas av förändringarna i mönstren för cannabis konsumtion.

Tillgång och tillgänglighet

Produktion och handel

Eftersom cannabis kan odlas i en rad olika miljöer och växer vild i många delar av världen, är det extremt svårt att åstadkomma övertygande skattningar av den globala produktionen. Efter ett antal år med en uppåtgående trend, och med hänsyn tagen till informationen om diversifieringen av cannabisproduktionen, har UNODC sänkt sin skattning av den globala marijuanaproduktionen från 45 000 ton 2004 till 42 000 ton 2005, främst på grund av sjunkande skattningar av produktionen i Nordamerika efter intensifierade satsningar på att förstöra cannabisodlingar. Man uppskattar nu att ungefär hälften (46 %) av all cannabis odlas i Nord- och Sydamerika, som följs av Afrika (26 %) och Asien (22 %) (UNODC, 2007).

Tolkning av uppgifter om beslag och annan marknadsinformation

De narkotikabeslag som görs i ett land anses oftast utgöra en indirekt indikator på tillgången på och tillgängligheten för narkotika, även om beslagen också återspeglar dels de kontrollpolitiska organens (tull, polis osv.) resurser, prioriteringar och strategier, dels de effekter som internationella insatser för att minska narkotikatillgången får på dem som handlar med narkotika, dels rapporteringspraxis. De mängder som beslagtas kan fluktuera betydligt från ett år till ett annat, exempelvis om några av de beslag som görs ett visst år är mycket stora. Därför är antalet beslag ibland en bättre indikator på trenderna. Det sammanlagda antalet beslag innefattar i alla länderna en stor andel små beslag i missbrukarledet ("på gatan"). I den mån som man vet varifrån de beslagtagna drogerna kommer och vart de var på väg kan detta ge indikationer om längs vilka rutter olika droger smugglas och var de produceras. Uppgifter om pris och renhetsgrad/styrka för droger i missbrukarledet redovisas av de flesta medlemsstaterna. Dessa uppgifter kommer dock från en rad olika källor som inte alltid är jämförbara, vilket försvårar exakta jämförelser mellan länder.

För att läsarna ska kunna sätta in de europeiska narkotikabeslagen i ett större sammanhang, redovisas i denna rapport kortfattad information om den globala situationen. FN:s kontor för narkotikakontroll och förebyggande av brott (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC) utarbetar varje år en rapport om den internationella narkotikasituationen. Dessa rapporter är huvudkällan till de globala skattningar som redovisas här. Läsarna bör observera att det är besvärligt att sammanställa information av detta slag och att informationssystemen i många delar av världen är dåligt utvecklade. Därför bör de redovisade uppgifterna betraktas som de bästa skattningar som går att göra på grundval av de informationsresurser som står till buds i dagsläget.

Marocko är fortfarande den främsta producenten av hasch på internationell nivå, och även om nyare undersökningar tyder på att den areal där cannabis odlas minskade med omkring 40 % mellan 2004 och 2005, uppskattar man fortfarande att landet producerar ungefär 70 % av det hasch som konsumeras i Europa. Utifrån skattningar av den sammanlagda odlingsarealen hade Marocko 2005 en produktionskapacitet på 1 066 ton, och det mesta av det hasch som framställs i landet är avsett för de europeiska

och nordafrikanska marknaderna (CND, 2007; UNODC och Government of Morocco, 2007). Haschet smugglas till Europa via Iberiska halvön. Även om Marocko är den klart största producenten av hasch för den europeiska marknaden, uppges det även finnas hasch från andra länder (Moldavien och Indien), särskilt i centrala Europa.

Haschet i Europa tenderar att vara en förhållandevis enhetlig produkt, men detsamma kan inte sägas om marijuana. Bland ursprungsländerna för de beslag som rapporterades under 2005 märks Albanien, Nederländerna, olika länder i f.d. Jugoslavien, Angola och Sydafrika. Den inhemska produktionen av marijuana är visserligen svår att följa systematiskt, men år 2005 hade man noterat sådan produktion i hälften av de länder som lämnade uppgifter. En del av den cannabis som produceras i Europa odlas utomhus och kan anses vara i stort sett omöjlig att skilja från importerad marijuana. Däremot verkar intensivodlad cannabis med relativt hög styrka vara på väg att bli en viktig och möjligen växande del av marknaden i många länder. Utrustning som gör det möjligt att framställa cannabis i hemmet säljs nu av ett stort antal aktörer via Internet eller – i vissa länder – av specialiserade leverantörer. Att denna form av drogen odlas i de europeiska länderna och ofta nära den avsedda marknaden kan göra att den beslagtas mer sällan och därmed inte märks lika mycket i de tillgängliga uppgifterna.

Beslag

År 2005 beslagtogs i världen som helhet sammanlagt 1 302 ton hasch och 4 644 ton marijuana. I båda fallen rör det sig om en minskning jämfört med 2004. Västra och centrala Europa stod även detta år för större delen (70 %) av det beslagtagna haschet medan de största mängderna marijuana fortfarande beslagtogs i Nordamerika (64 %) (UNODC, 2007).

Uppskattningsvis 303 000 beslag av hasch motsvarande totalt 909 ton gjordes i Europa under 2005 ⁽²⁵⁾. Spanien stod för ungefär hälften av alla beslag och omkring tre fjärdedelar av den sammanlagda beslagtagna mängden ⁽²⁶⁾. I och med att antalet rapporterade haschbeslag ökade något 2005 fortsatte den uppåtgående trend som har observerats sedan 2000. Detta gäller dock inte för den beslagtagna mängden hasch, som minskade 2005 efter att ha ökat under perioden 2000–2004.

Det inbördes förhållandet mellan hasch och marijuana illustreras av att marijuanabeslagen 2005 var bara ungefär hälften så många (152 000) och den beslagtagna mängden (66 ton) mindre än en tiondel så stor. Antalet marijuanabeslag i Europa har stadigt ökat under de senaste fem åren. Bilden är mindre tydlig när det gäller den beslagtagna mängden, som kan ha ökat 2005 efter en nedgång mellan 2001 och 2004. På den här punkten går det dock bara att dra preliminära slutsatser eftersom

Cannabis för eget bruk: den juridiska situationen

Trots att man i de olika medlemsstaterna förhåller sig juridiskt till cannabis på olika sätt ⁽¹⁾ går det att skönja en allmän trend i Europa, nämligen att man utvecklar alternativ till straffrättsliga domar vid bruk av cannabis och vid innehav av små mängder cannabis för eget bruk i fall där det inte finns några försvarande omständigheter. Numera skiljer man ofta mellan cannabis och andra illegala ämnen, med stöd antingen av lagen, åklagardirektiv eller domstolarnas praxis. I de flesta europeiska länderna har man allt mer övergått från frihetsberövande till böter, varningar, villkorliga domar, påföljdseftergifter och samtal. Bland exemplen på denna trend märks ett antal åtgärder som har vidtagits på senare tid: man avskaffade de påföljder som innebar frihetsberövande i Luxemburg 2001 och i Belgien 2003, och man kortade ned påföljderna av detta slag i Grekland 2003 och i Storbritannien 2004. Direktiv till polisen eller åklagarväsendet har utfärdats i Belgien 2003 och 2005, i Frankrike 2005 och i Storbritannien 2004 och 2006. År 2006 var man i Tjeckien nära att införa olika klasser av narkotika, men det berörda utkastet till strafflag förkastades av skäl som inte hade med detta ändringsförslag att göra. Trots allt detta fortsätter dock antalet rapporterade cannabisbrott i Europa att öka (se kapitel 1).

Debatten om cannabis är fortfarande häftig och det finns en betydande oenighet om den relativa kostnaden för och nyttan med olika motåtgärder på folkhälsoområdet och det straffrättsliga området. Detta återspeglas i att inte alla vidtagna åtgärder har syftat till att minska straffen och i att man i vissa länder antingen har skärpt sina straff eller genomfört kritiska granskningar av den rådande situationen. År 2004 uppmanades åklagarna i Danmark i ett direktiv att böter skulle utfärdas snarare än varningar, och år 2006 avskaffade man i Italien den åtskillnad som tidigare gjorts mellan olika typer av narkotika, varvid man också ville motverka tanken på att det skulle finnas "lätta" och "tunga" droger. I andra länder har man sett över sina befintliga åtgärder mot cannabis. I Nederländerna offentliggjorde man exempelvis en särskild cannabisstrategi år 2005, och i Tyskland genomförde man en utvärdering av tillämpningen av påföljderna för cannabisinnehav utan försvarande omständigheter.

Cannabispolitiken är fortfarande en fråga som ger upphov till en betydande offentlig diskussion och avsevärd oenighet. Detta framgår av resultaten från en nyligen genomförd Eurobarometer-undersökning (2006) där europeiska medborgare fick frågan om de höll med om påståendet att eget bruk av cannabis bör legaliseras i hela Europa. Lite drygt två tredjedelar (68 %) av de tillfrågade höll inte med om påståendet, medan omkring en fjärdedel (26 %) höll med om det. Även om andelen av de tillfrågade i olika länder som föredrog ett fortsatt förbud varierade, ansåg majoriteten i samtliga länder att förbudet borde finnas kvar.

⁽¹⁾ En mer utförlig diskussion finns i den ämnesöversikt som har utarbetats på grundval av den europeiska databasen över narkotikalagstiftning (ELDD) (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>).

⁽²⁵⁾ De uppgifter om europeiska narkotikabeslag som detta avsnitt är baserat på återfinns i tabellerna SZR-1, SZR-2, SZR-3 och SZR-4 i statistikbulletinen 2007.

⁽²⁶⁾ Detta bör kontrolleras mot de uppgifter för 2005 som nu saknas när de blir tillgängliga. I skattningsarbetet ersattes saknade uppgifter för 2005 med uppgifter för 2004.

Storbritannien, det land som svarar för det mesta av marijuanabeslagen sett till såväl antal som totalmängd, ännu inte har redovisat några uppgifter för 2005.

År 2005 ledde uppskattningsvis 13 500 beslag av cannabisplantor i Europa till att omkring 24 miljoner plantor (de flesta i Turkiet) och 13,6 ton plantor (det mesta i Spanien) togs i beslag. Totalt sett uppvisar antalet beslag av cannabisplantor i Europa en kontinuerligt uppåtgående trend sedan 2000. I EU-medlemsstaterna var antalet beslagtagna plantor som störst 2001 och har ökat på nytt sedan 2003, medan antalet beslagtagna cannabisplantor i Turkiet efter en ökning under perioden 2001–2003 minskade 2004 och åter ökade 2005.

Pris och styrka

År 2005 varierade det genomsnittliga eller typiska priset på både hasch och marijuana i missbrukarledet såväl mellan som inom länder. De flesta länderna rapporterade genomsnittliga eller typiska priser på cannabisprodukter i intervallet 4–10 euro per gram⁽²⁷⁾. De rapporterade genomsnittspriserna för båda typerna av cannabis varierade dock mellan 2 euro och över 15 euro per gram. Det inflationsjusterade genomsnittspriset på hasch föll under perioden 2000–2005 i alla uppgiftslämnande länder utom Polen, där priset var stabilt. Även det inflationsjusterade genomsnittspriset på marijuana minskade eller var stabilt under samma period i alla uppgiftslämnande länder utom Slovenien⁽²⁸⁾.

Styrkan hos en cannabisprodukt bestäms av halten av delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), som är den viktigaste verksamma beståndsdel (ECNN, 2004). År 2005 uppgavs den genomsnittliga eller typiska THC-halten i hasch i missbrukarledet variera från under 1 % till 17 %; att variationen är så stor är svårt att förklara med tanke på att det mesta av haschet i Europa har samma ursprung. Styrkan hos marijuana uppgavs variera mellan under 1 % och lite drygt 15 %. De tillgängliga uppgifterna gör det inte möjligt att skilja mellan inhemskt producerad och importerad marijuana, men Nederländerna kunde redovisa en skattning på 17,7 % för lokalt producerad marijuana⁽²⁹⁾.

Prevalens och mönster för cannabisanvändning

I befolkningen som helhet

De nyare enkätuppgifterna bekräftar att cannabis är den vanligaste illegala drogen i Europa. Under 1990-talet ökade användningen av cannabis i nästan alla länderna, särskilt bland ungdomar. Vissa av de senaste uppgifterna tyder dock på att den uppåtgående trenden nu börjar plana ut, även om nivåerna historiskt sett är höga. Det är också

Enkäter – ett viktigt verktyg för att förstå mönstren och trenderna för användningen av narkotika i Europa

Förekomsten av narkotikamissbruk i befolkningen som helhet eller bland skolelever bedöms med hjälp av enkäter, som resulterar i skattningar av andelen personer som säger sig ha använt olika droger under vissa tidsperioder: någon gång i livet (livstidsprevalens), under det senaste året (tolvmånadersprevalens) och under den senaste månaden (enmånadersprevalens).

ECNN har tillsammans med nationella experter utvecklat en uppsättning gemensamma kärnfrågor (den europeiska modellenkäten, EMQ) avsedda för enkäter bland vuxna, och EMQ har införts i de flesta EU-medlemsstaterna. Utförlig information om EMQ finns i handboken "Handbook for surveys about drug use among the general population" (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Det finns dock fortfarande skillnader mellan länder när det gäller metodik och är för uppgiftsinsamling. Små skillnader i enkätresultat mellan länder bör därför tolkas med försiktighet⁽¹⁾.

Eftersom det är kostsamt att genomföra enkäter är det få länder som samlar in information varje år. I den här rapporten redovisas uppgifter som bygger på de senaste tillgängliga enkätresultaten. I de flesta fallen handlar det om enkäter under perioden 2003–2006.

Tre mått på användning av narkotika under olika tidsperioder brukar användas i redovisningen av enkätuppgifter. Det bredaste måttet avser andelen som någon gång har använt en drog (livstidsprevalensen). Detta mått används ofta i rapporteringen om mycket unga grupper, t.ex. skolelever, men det har däremot begränsat informationsvärde när det gäller den nuvarande situationen bland vuxna även om det kan ge insikter i mönstren för narkotikamissbruk och information om hur många som börjar använda narkotika (incidensen). I den här rapporten ligger fokus på andelarna som har använt narkotika under det senaste året (tolvmånadersprevalensen) respektive under den senaste månaden (enmånadersprevalensen). Skälet är att dessa båda mått bättre återspeglar den rådande situationen; det sistnämnda måttet fungerar dessutom ofta som ett indirekt mått på regelbunden användning av narkotika. Att slå fast vilka det är som använder narkotika regelbundet eller har problem med sin narkotikaanvändning är utan tveivel viktigt, och det har gjorts vissa framsteg i detta avseende i och med utvecklingen av skalor för bedömning av mer intensiva former av narkotikaanvändning. Sådana skalor har tagits med i den mån de finns (se textutran om utveckling av psykometriska skalor på s. 42).

(1) ECNN:s standardåldersgrupper är "alla vuxna" (15–64 år) och "unga vuxna" (15–34 år). Uppgifterna från en del länder avser något annorlunda åldersintervall (t.ex. 16–64, 18–64 eller 16–59 år). Mer information om metodiken för befolkningsenkäter och den metodik som har använts i de enskilda nationella undersökningarna finns i statistikbulletinen 2007.

⁽²⁷⁾ Se tabell PPP-1 i statistikbulletinen 2007.

⁽²⁸⁾ Prisuppgifter för både hasch och marijuana analyserades för 19 länder (för vilka det fanns uppgifter avseende minst tre på varandra följande år).

⁽²⁹⁾ Uppgifter om styrkan hos cannabis finns i tabellerna PPP-2 och PPP-5 i statistikbulletinen 2007.

viktigt att undersöka trenderna bland dem som använder cannabis intensivt och under längre tid. Här är kvaliteten på uppgifterna sämre, men det finns en oro för att allt fler ungdomar använder cannabis på ett sådant sätt och att detta kanske delvis återspeglas i de ökningarna av efterfrågan på behandling för cannabismissbruk som har observerats i några länder.

Enligt en försiktig skattning har över 70 miljoner vuxna européer använt cannabis minst en gång (livstidsprevalens). Detta motsvarar i genomsnitt nästan en fjärdedel (22 %) av alla 15–64-åringar⁽³⁰⁾. De nationella värdena varierar från 2 % till 37 %. Lägst ligger Bulgarien, Malta och Rumänien; högst ligger Danmark (36,5 %), Frankrike (30,6 %), Storbritannien (29,8 %) och Italien (29,3 %)⁽³¹⁾. Trots att det totala intervallet är så brett rapporterade 12 av 26 uppgiftslämnande europeiska länder en livstidsprevalens i intervallet 10–25 %⁽³²⁾.

Om man i stället för dem som har använt cannabis någon gång i livet studerar dem som har gjort detta under det senaste året (tolvmånadersprevalens), kan man konstatera att nivån på den rapporterade cannabisanvändningen är lägre men fortfarande avsevärd. De skattningar som finns tyder på att över 23 miljoner vuxna européer har använt cannabis under det senaste året, vilket i genomsnitt motsvarar omkring 7 % av alla 15–64-åringar. De nationella värdena varierar från 1 % till 11,2 %. Lägst ligger Bulgarien, Grekland och Malta; högst ligger Italien (11,2 %), Spanien (11,2 %), Tjeckien (9,3 %) och Storbritannien (8,7 %). Trots den stora spridningen totalt sett var det även här 13 av 25 uppgiftslämnande länder som uppgav en skattad tolvmånadersprevalens i intervallet 4–9 % (figur 3).

Skattningar av hur många som har använt cannabis under den senaste månaden (enmånadsprevalens) lär fånga in dem som använder drogen mer regelbundet, även om dessa personer inte nödvändigtvis gör detta på ett intensivt sätt. Man uppskattar att 13,4 miljoner vuxna européer har använt cannabis under den senaste månaden, vilket i genomsnitt motsvarar omkring 4 % av alla 15–64-åringar. Andelarna för enskilda länder varierar mellan 0,5 % och 8,7 %. Lägst ligger Bulgarien, Malta, Litauen och Sverige; högst ligger Spanien (8,7 %), Italien (5,8 %), Storbritannien (5,2 %) och Frankrike (4,8 %). För 13 av de 26 länder som lämnade uppgifter ligger andelen i intervallet 2–6 %⁽³³⁾.

Cannabisanvändning bland unga vuxna

Det är oproportionerligt vanligt bland ungdomar att använda cannabis. Beroende på vilket land det handlar om uppges mellan 3 % och 49,5 % av de unga vuxna européerna

(15–34 år gamla) att de någon gång har använt cannabis, 3–20 % säger att de har använt drogen under det senaste året och 1,5–15,5 % att de har gjort detta under den senaste månaden. De högsta värdena på livstidsprevalensen rapporteras från Danmark, Frankrike, Storbritannien och Spanien, och när det gäller tolvmånadersprevalensen är det Spanien, Tjeckien, Frankrike och Italien som ligger högst. I genomsnitt uppges 30 % av de unga vuxna att de någon gång har använt cannabis, 13 % att de har använt drogen under det senaste året och över 7 % att de har gjort detta under den senaste månaden. Som jämförelse kan nämnas att den skattade tolvmånaders- och enmånadsprevalensen för vuxna mellan 35 och 64 år är 3 % respektive 1,6 %⁽³⁴⁾.

Om man studerar enbart ungdomar i åldern 15–24 år kan man konstatera att skattningarna av livstidsprevalensen ligger mellan 3 % och 44 % (de flesta länderna rapporterar andelar i intervallet 20–40 %). Tolvmånadersprevalensen ligger i intervallet 4–28 % (10–25 % i de flesta länderna), och enmånadsprevalensen ligger mellan 1 % och 19 % (5–12 % i de flesta länderna). För männen i åldersgruppen ligger prevalensskattningarna ännu högre: 11–51 % av de unga männen uppgav sig ha använt cannabis någon gång (25–45 % i de flesta länderna), 5–35 % sade sig ha använt drogen under det senaste året (15–30 % i de flesta länderna) och 1,7–23,7 % uppgav att de hade gjort detta under den senaste månaden (6–20 % i de flesta länderna)⁽³⁵⁾.

Mönster för cannabisanvändning

Som noterats ovan är användning av cannabis, liksom användning av de flesta andra illegala droger, markant vanligare bland ungdomar, även om det också här finns en betydande variation mellan länder. Det är också markant vanligare att män använder cannabis än att kvinnor gör det, även om denna skillnad tenderar att vara mindre uttalad bland ungdomar. I allmänhet är kvoten mellan antalet män och antalet kvinnor större för de mått som avser konsumtion som har skett mer nyligen. Även här finns det en avsevärd variation mellan länder – könkvoten för enmånadsprevalensen varierar exempelvis mellan 1,5 för Italien och 1,14 för Litauen (se temakapitlet om kön och narkotikamissbruk i årsrapporten för 2006).

Många verkar sluta att använda cannabis efter en kort period av experimenterande, och med tilltagande ålder blir det i allmänhet allt färre som använder drogen. Med de befintliga uppgifterna är det dock svårt att följa utvecklingen för dem som använder cannabis och se om det sker förändringar över tiden i konsumtionsmönstren. Vissa insikter på den här punkten kan man få genom att jämföra värdena

⁽³⁰⁾ Genomsnittsandelen beräknades som genomsnittet av de nationella prevalensvärdena, viktade efter storleken på den berörda åldersgruppen i varje land. Totalvärdena beräknades genom multiplikation med prevalensen i den berörda gruppen i varje land och, för länder där information saknades, genom imputation av genomsnittsprevalensen. De värden som anges här är förmodligen att betrakta som minimivärden, eftersom det kan förekomma viss underreportering.

⁽³¹⁾ I denna text bygger uppgifterna för Storbritannien av praktiska skäl på undersökningen 2006 British Crime Survey (England och Wales). Det finns kompletterande skattningar för Skottland och Nordirland och en kombinerad skattning för hela landet (redovisas i statistikbulletinen 2007).

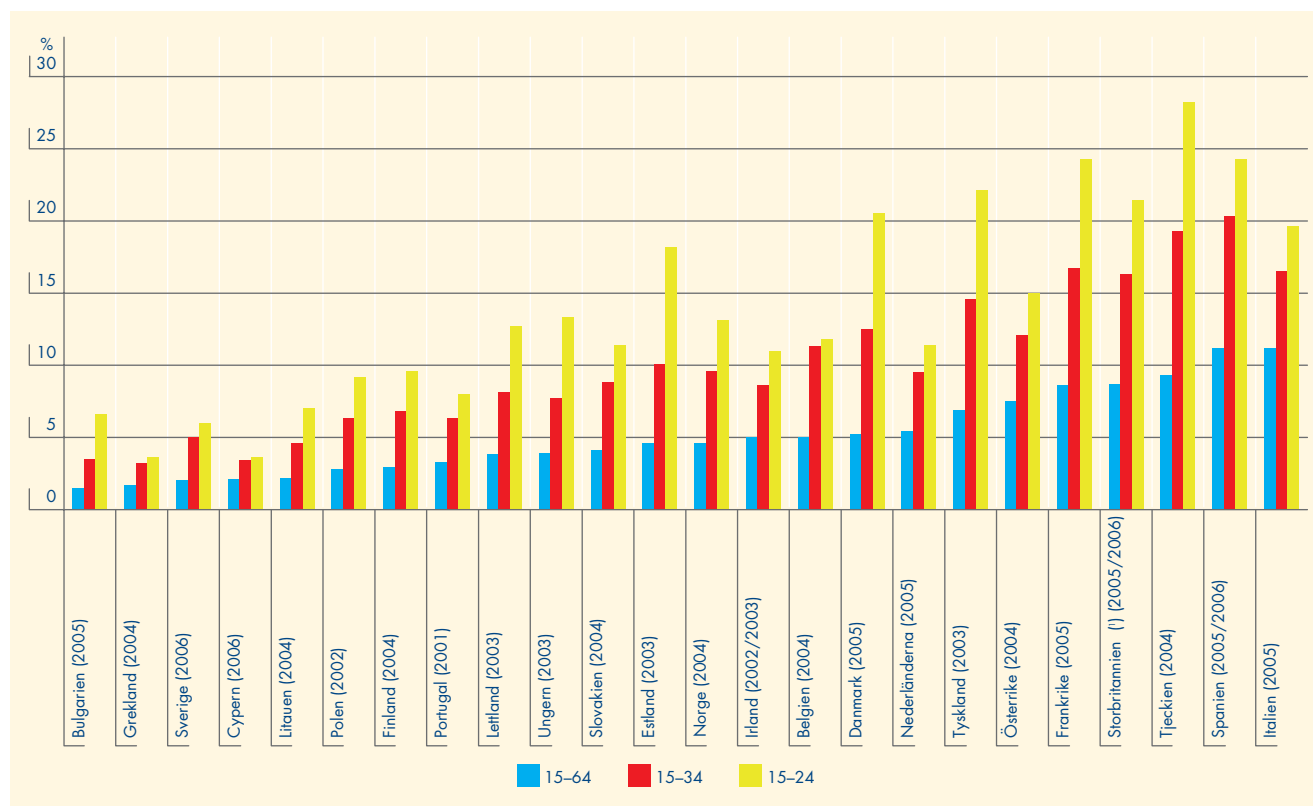
⁽³²⁾ Se tabell GPS-8 i statistikbulletinen 2007.

⁽³³⁾ Se tabell GPS-12 i statistikbulletinen 2007.

⁽³⁴⁾ Se tabellerna GPS-9, GPS-11 och GPS-13 i statistikbulletinen 2007.

⁽³⁵⁾ Se tabellerna GPS-17, GPS-18 och GPS-19 samt figurerna GPS-1, GPS-3, GPS-7 och GPS-12 i statistikbulletinen 2007.

Figur 3: Tolvmånadersprevalens för användning av cannabis bland samtliga vuxna (15–64 år) och unga vuxna (15–34 och 15–24 år)



(!) England och Wales.

Anm.: Uppgifterna kommer från de senaste nationella enkäter som fanns att tillgå i respektive land vid redovisningstidpunkten. Länderna är ordnade efter den övergripande prevalensen (bland samtliga vuxna). Mer information finns i tabellerna GPS-10, GPS-11 och GPS-18 i statistikbulletinen 2007.

Källa: Nationella Reitox-rapporter (2006), hämtat från befolkningsenkäter, rapporter eller vetenskapliga artiklar.

för livstidsprevalens med de värden som avser konsumtion som har skett mer nyligen. I genomsnitt tyder en sådan analys på att av alla vuxna (15–64 år) som någon gång har använt cannabis har 32 % gjort detta under det senaste året och 18 % under den senaste månaden. Dessa värden, som utgör mått på "andelen fortsättare", varierar i betydande grad mellan olika länder och påverkas säkerligen av ett antal olika faktorer, bl.a. den historiska utvecklingen av cannabisanvändningen i landet och antalet nya fall. Kunskap om hur stor andel av dem som använder cannabis som går vidare till regelbunden och långvarig användning lär dock vara viktig för förståelsen av de folkhälsoresor som kan vara förknippade med användning av drogen. Trots att det finns en oro över att det kanske blir allt fler som använder cannabis regelbundet eller intensivt⁽³⁶⁾, finns det i nuläget mycket lite information som gör det möjligt att utforska frågan. ECNN ägnar sig för närvarande, i nära samarbete

med ett antal medlemsstater, åt att utveckla bättre metoder på området. En grov skattning som ECNN gjorde 2004 på ett begränsat uppgiftsunderlag tydde på att det kan vara omkring 1 % av de vuxna européerna, eller ungefär 3 miljoner människor, som använder cannabis dagligen eller nästan dagligen. Enligt planerna ska denna skattning kunna uppdateras under den närmaste framtiden. Flera länder har rapporterat öknings av den regelbundna eller intensiva användningen av cannabis, men bara Spanien redovisade jämförbara uppgifter om den "dagliga användningen"⁽³⁷⁾, som ökade från 0,7 % år 1997 till 2 % år 2006.

Ett annat betydelsefullt informationsbehov på området gäller bättre förståelse av de faktorer som har samband med att en person slutar använda cannabis. Som noterats ovan slutar de flesta som börjar använda cannabis efter en tid. Att förstå vilka faktorer som har samband med beslutet att sluta är uppenbart

⁽³⁶⁾ Det finns ännu inte någon allmänt vedertagen definition av "intensiv cannabisanvändning". Det rör sig dock om ett vitt begrepp som innebär användning av cannabis utöver ett visst tröskelvärde för konsumtionsfrekvens. Termen behöver inte nödvändigtvis innebära förekomst av "beroende/missbruk" eller andra problem, men intensiv cannabisanvändning anses öka risken för negativa följder, inklusive beroende. Värdena i detta kapitel avser "daglig eller nästan daglig användning" (vilket definieras som konsumtion minst 20 dagar under de senaste 30 dagarna). Detta mått har ofta använts i undersökningar och kan härledas ur den europeiska modellenkäten. Pågående metodundersökningar (nationella och i ECNN:s regi) kommer att bidra till att förbättra förståelsen av sambanden mellan intensiv/frekvent användning och olika problem (se texttrutan om utveckling av psykometriska skalor på s. 42).

⁽³⁷⁾ 1997 (0,7 %), 1999 (0,8 %), 2001 (1,5 %), 2003 (1,5 %), 2005/2006 (2 %). Detta mått (användning 30 av de senaste 30 dagarna) skiljer sig från det tidigare använda måttet på "daglig eller nästan daglig användning" (användning minst 20 av de senaste 30 dagarna), som ger högre skattningar. I Frankrike definieras "regelbunden konsument" som en person som har använt drogen "minst 10 gånger under de senaste 30 dagarna" (4,3 % av de vuxna männen, 1,3 % av de vuxna kvinnorna). I Storbritannien anses "frekvent användning" innebära "konsumtion mer än en gång i månaden under det senaste året"; detta mått går inte att jämföra med de mått som används i det här avsnittet.

Utveckling av psykometriska skalor för att identifiera intensiv, beroendemässig och problematisk cannabisanvändning i enkätuppgifter

De beskrivningar av narkotikaanvändning som hämtas från enkäter bygger på de svarandes egna uppgifter om sitt beteende under olika tidsperioder. Daglig användning har tidigare inte brukat följas systematiskt, delvis eftersom prevalensen för cannabisanvändning har varit låg i de flesta länderna. Om man inskränker sig till att undersöka hur många som har använt cannabis under den senaste månaden kan man dessutom inte göra några skattningar med särskilt god precision av hur många som ägnar sig åt intensiv användning av cannabis. I takt med att cannabisanvändningen har ökat i hela Europa och oron över cannabisproblem har vuxit, har man dock blivit tvungen att se över detta arbetssätt. Numera samlar i själva verket nästan alla EU-länderna in information om antalet dagar under månaden före intervju tillfället som den svarande har använt cannabis. Utifrån denna information har man uppskattat att det kan vara omkring 3 miljoner människor som använder cannabis dagligen eller nästan dagligen.

ECNN arbetar tillsammans med nationella experter med att förbättra rapporteringen om denna sorts intensiva användning i uppgifterna från befolkningsenkäter. De verktyg som finns är dock fortfarande trubbiga när det gäller att identifiera de personer som har problem eller har utvecklat ett beroende till följd av sin cannabisanvändning. Information om dessa personer är oundgänglig för att det ska gå att förstå folkhälsokonsekvenserna av cannabiskonsumtionen, och detta är för närvarande en av de viktigaste arbetsuppgifterna för ECNN:s expertgrupp för enkätfrågor.

Det pågår arbete med att utveckla metoder och en begreppsram för att följa "intensiva former av narkotikaanvändning" som kan användas i befolkningsenkäter för att förbättra möjligheterna att identifiera de personer som har problem. I vissa länder börjar man nu mäta "beroende" eller "problemiskt missbruk" av cannabis i befolkningen som helhet. De första projekten pågår i Frankrike, Tyskland, Nederländerna, Polen, Portugal och Storbritannien samt, nu senast, Spanien.

Ett exempel på varför detta arbete är viktigt kan hämtas i erfarenheterna från 2005 års franska enkät, där man i detta sammanhang använde den experimentella CAST-skalan (som ska mäta cannabissmissbruk). En preliminär analys tydde på att hela 16 % av dem som hade använt cannabis under det senaste året och 58 % av dem som använde drogen dagligen kunde vara i riskzonen för problematiskt missbruk.

viktigt när man ska utforma insatser på området. En del information börjar nu bli tillgänglig. Till exempel visade den franska befolkningsenkäten 2005 att bland dem som någon gång hade använt cannabis men inte hade gjort detta under det senaste året, var huvudskalet till att inte använda drogen för de allra flesta (80 %) att de helt enkelt saknade intresse för den – trots att de flesta vuxna (nästan 60 %) ansåg att de enkelt skulle kunna få tag i cannabis om de ville.

Trender för cannabisanvändning bland vuxna

Att följa trender för narkotikaanvändning i Europa är svårt eftersom det i många länder saknas tillförlitliga tidsserier av uppgifter. Från och med 1990-talet har dock allt fler länder börjat genomföra enkäter, och dessa börjar nu ge värdefulla insikter om trender.

De tidsserier som tas fram utifrån enkäter kan belysa hur användningen av cannabis i Europa har utvecklats. Ett av de rön som har gjorts är att det finns avsevärda skillnader i tiden mellan länder och de popularitetsvågor som kan observeras för användningen av drogen sedan den började bli populär på 1960-talet⁽³⁸⁾. Ett exempel på detta är uppgifterna från Sverige (2005 års nationella Reitox-rapport), där ett relativt omfattande experimenterande rapporterades under 1970-talet bland mönstrandere och skolelever, vilket följdes av en avsevärd minskning under 1980-talet, varefter det kom en ny ökning under 1990-talet till nivåer som påminde om dem som uppmättes på 1970-talet, något som på senare år åter följts av en minskning. Något liknande går att se i uppgifterna från Finland, med stora narkotikavågor först på 1960-talet och sedan igen på 1990-talet.

Av enkätuppgifterna kan man dra slutsatsen att användningen av cannabis ökade markant under 1990-talet i nästan alla EU-länder. Denna ökning har fortsatt fram till nyligen i många länder, även om det nu finns tecken på en stabilisering i några länder – särskilt i vad man kan betrakta som "högrevalensgruppen". Ett exempel är Storbritannien, som generellt sett ofta verkar "gå i bräschen" för trender i fråga om användning av droger. I början av 1990-talet framstod Storbritannien som ett högrevalensland i och med att man för de flesta prevalensmått redovisade de högsta värdena i Europa. Tolvmånadersprevalensen bland unga vuxna (16–34 år) stabiliserades dock från och med 1998 och har fallit mellan 2003 och 2006 (från 20,0 % till 16,3 %). Intressant att notera är att en stadig minskning sedan 1998 har observerats i den yngsta åldersgruppen (16–24 år), vilket tyder på att cannabis har blivit mindre populärt bland ungdomar⁽³⁹⁾.

Användningen av cannabis i Frankrike, Spanien och Italien har på senare år börjat komma upp på de brittiska prevalensnivåerna (2002, 2003 respektive 2005) efter en period med stadiga öknings. Även här börjar det synas tecken på en stabilisering av läget: Frankrike rapporterade en minskning av användningen 2005, och även om Spanien rapporterar en mindre ökning fram till 2006 finns det i de senaste uppgifterna från landet totalt sett tecken på att trenden kan hålla på att plana ut. I Tjeckien, ett land med höga prevalensvärden, är det svårt att bedöma trenderna utifrån de tillgängliga uppgifterna – men informationen om unga vuxna tyder på att prevalensvärdena kan ha sjunkit något.

När det gäller länderna med medelhög och låg tolv månadersprevalens bland unga vuxna (15–34 år) visar

⁽³⁸⁾ Se även figur 4 i årsrapporten för 2004.

⁽³⁹⁾ Se figur GPS-10 i statistikbulletinen 2007.

de senaste uppgifterna från Danmark och Nederländerna på en liten minskning medan användningen fortfarande verkar öka i Estland, Tyskland, Ungern, Slovakien och Norge ⁽⁴⁰⁾. De flesta av dessa ökningarna är dock små och i allmänhet mindre uttalade i de senaste skattningsarna.

Finland och Sverige tillhör fortfarande de länder som redovisar den minst omfattande cannabisanvändningen, och även om prevalensskattningsarna har stigit finns det inget som tyder på att värdena skulle närma sig nivåerna i länder med högre prevalens. Den ökning som observerades i Sverige mellan 2000 och 2004 i fråga om tolv månadersprevalensen bland unga vuxna (1,3 % till 5,3 %) är visserligen stor, men den är svårtolkad på grund av att enkätmetoderna har ändrats; prevalensskattningar i enkäterna för 2004, 2005 och 2006 tyder på en stabil situation.

Bland skolelever

En annan värdefull inblick i mönster och trender för användningen av cannabis får man genom uppgifter från skolenkäter. Dessa visar att cannabisanvändningen ökade i många EU-länder under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet.

Den allmänna bild som framträder ur skolenkäterna återspeglar i allmänhet resultaten från enkäter bland vuxna. De högsta värdena på livstidsprevalensen för cannabisanvändning bland 15–16-åriga skolelever i Europa rapporteras av Belgien, Tjeckien, Irland, Spanien, Frankrike och Storbritannien, som alla redovisar värden mellan 30 % och 44 %. Tyskland, Italien, Nederländerna, Slovenien och Slovakien redovisar värden över 25 %. Däremot rapporterar Grekland, Cypern, Rumänien, Sverige, Turkiet och Norge skattningar av livstidsprevalensen som ligger under 10 %.

Analyserna av uppgifterna från de tre första skolenkäterna inom projektet ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) (1996–2003) visade på markanta geografiska skillnader i fråga om trenderna för livstidsprevalensen för användning av cannabis bland 15–16-åriga skolelever. De olika länderna kan delas in i tre grupper. I Irland och Storbritannien, där cannabis har förekommit länge, är livstidsprevalensen hög men har varit stabil under det senaste decenniet. I de öst- och centraleuropeiska medlemsstaterna jämte Danmark, Spanien, Frankrike, Italien och Portugal ökade livstidsprevalensen för cannabisanvändning väsentligt mellan 1995 och 2003. I den tredje gruppen av medlemsstater (Finland och Sverige i norr samt Grekland, Cypern och Malta i söder) jämte Norge har skattningsarna av livstidsprevalensen bland skolelever legat kvar på en relativt låg nivå (omkring 10 % och därunder). Uppgifter från nästa ESPAD-enkät väntas komma nästa år.

Det var bara fyra länder (Italien, Polen, Sverige och Storbritannien) som redovisade nya uppgifter från nationella skolenkäter år 2005. Belgien redovisade en enkät från regionen Flandern. I Sverige föreföll läget vara stabilt; i de fyra andra enkäterna noterades smärre minskningar.

Cannabis: uppgifter om efterfrågan på behandling ⁽⁴¹⁾

Övergripande mönster för efterfrågan på behandling

Bland de sammanlagt 326 000 personer som rapporterats efterfråga behandling år 2005 (uppgifter finns för 21 länder) var cannabis huvudskälet till att vilja ha behandling i ungefär 20 % av fallen. Detta innebär att cannabis är den drog som uppges näst oftast, efter heroin. Den största efterfrågan på behandling för primärt cannabismissbruk avser oftast öppenvården ⁽⁴²⁾.

De som behandlas vid missbrukskliniker uppges ofta även ha ett problematiskt missbruk av andra droger än den som de primärt söker behandling för; detta är mer sällan fallet med cannabismissbrukare, som är de klienter som oftast uppges använda bara en enda drog (cannabis). Vissa av dem använder dock cannabis i kombination med andra droger, oftast alkohol (37 %) och amfetaminer eller ecstasy (28 %). Efter alkohol (38 %) är cannabis den näst oftast uppgivna sekundär drogen för klienter i behandling ⁽⁴³⁾.

Ökande efterfrågan på behandling

Bland de omkring 130 000 nya personer som efterfrågar missbruksbehandling utgör cannabis klienter 29 %, vilket ger cannabis en andraplats inte långt efter heroin när det gäller nya personer som vill ha behandling (35 %; uppgifter finns för 22 länder) ⁽⁴⁴⁾. Problemet med tillgången på uppgifter gör det visserligen svårt att kommentera trenderna närmare, men huvudtrenderna när det gäller efterfrågan på cannabisbehandling kan urskiljas. Mellan 1999 och 2005 har det skett en tredubbling av det totala antalet rapporterade fall av personer som efterfrågar cannabisbehandling såväl som av antalet nya personer som vill ha behandling. Av de senaste uppgifterna att döma verkar den uppåtgående trenden dock vara på väg att stabiliseras. I alla länder (utom Litauen) är det fler bland de nya klienterna än bland samtliga klienter som uppges söka behandling primärt för cannabismissbruk ⁽⁴⁵⁾.

Under perioden 1999–2005 ökade andelen av klienterna som sökte behandling för primärt cannabismissbruk i alla länder som redovisade uppgifter (figur 4). Det finns dock en intressant variation mellan länderna: cannabis uppges av mindre än 5 % av alla klienter som rapporteras ha inlett

⁽⁴⁰⁾ Se figur GPS-4 i statistikbulletinen 2007.

⁽⁴¹⁾ Analysen av den allmänna fördelningen och trenderna är baserad på uppgifter om klienter som begär behandling vid samtliga behandlingscentrum. Analysen av klienternas profiler och mönstren för användning av narkotika är huvudsakligen baserad på uppgifterna från öppenvården.

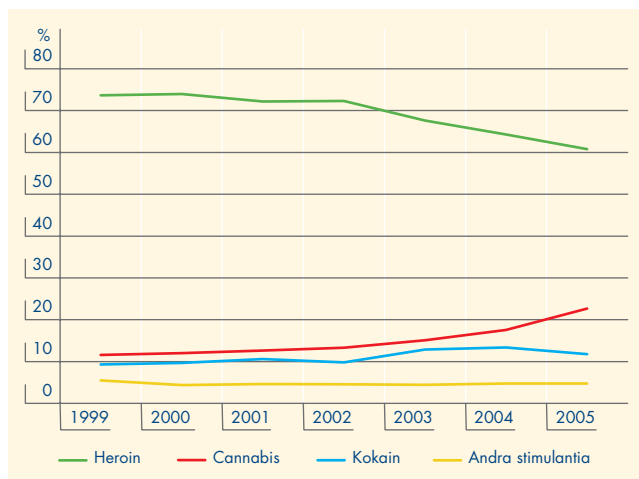
⁽⁴²⁾ Se figur TDI-2 i statistikbulletinen 2007.

⁽⁴³⁾ Se tabellerna TDI-22 och TDI-23 (del i) och (del iv) i statistikbulletinen 2007.

⁽⁴⁴⁾ Se figur TDI-2 i statistikbulletinen 2007.

⁽⁴⁵⁾ Se tabellerna TDI-3 (del iii) och TDI-5 (del ii) i statistikbulletinen 2007.

Figur 4: Trender i fråga om mönstret för utnyttjande av behandlingsvården (1999–2005) – primär drog för vilken klienter begär behandling som procentandel av alla önskemål



Anm.: Bygger på uppgifter från 21 EU-medlemsstater: Bulgarien, Tjeckien, Danmark, Tyskland, Irland, Grekland, Spanien, Frankrike, Italien, Cypern, Litauen, Luxemburg, Ungern, Malta, Nederländerna, Rumänien, Slovenien, Slovakien, Finland, Sverige och Storbritannien. Uppgifter som saknades interpolerades fram för respektive land genom att den genomsnittliga EU-trenden i de tillgängliga uppgifterna behölls för varje år. Mer information och utförliga anmärkningar finns i figur TDI-3 i statistikbulletinen 2007.

Källa: Nationella Reitox-rapporter.

behandling i Bulgarien, Litauen, Polen och Rumänien, men av över 30 % i Ungern och Frankrike. Bland de övriga länderna ligger andelen cannabis-klienter i intervallet 5–20 % i tolv och i intervallet 21–29 % i sju. När det gäller nya personer som efterfrågar behandling finns det också avsevärda variationer mellan olika länder: cannabis uppges av mindre än 10 % av de nya klienterna i Bulgarien, Litauen, Luxemburg, Polen och Rumänien, men av över 50 % i Danmark, Tyskland, Frankrike och Ungern ⁽⁴⁶⁾.

Ökningen av efterfrågan på cannabisbehandling förefaller inte ha någon enkel förklaring. Det är fortfarande oklart i vilken mån den ökade efterfrågan på behandling är ett resultat av ökad prevalens i befolkningen för intensiv cannabisanvändning och därmed sammanhängande problem samt en ökad riskmedvetenhet. Även andra faktorer kan ha bidragit, bl.a. bättre uppgiftsmässig täckning av de öppenvårdsinrättningar som har kontakt med cannabis-klienter (dessa inrättningar har ofta en central plats i efterfrågan på behandling) samt fler ställda diagnoser och mer omfattande rapportering av problematiskt cannabismissbruk. Även två andra möjliga bidragande orsaker bör övervägas: diversifieringen av behandlingsutbudet (t.ex. öppnades ett antal centrum för cannabisbehandling i Frankrike i slutet av 2004) och det ökade antalet remitteringar från det straffrättsliga systemet. I det första fallet har man i flera länder, med anledning av den ökande efterfrågan på cannabisbehandling, infört

specifika program för tonåringar eller ungdomar med ett behandlingsutbud som är mer inriktat mot personer som använder cannabis – en ökning av efterfrågan har lett till en ökning av utbudet, som i sin tur kan ha ökat efterfrågan ytterligare. I det andra fallet är det ofta vid brott med koppling till användning av cannabis som det straffrättsliga systemet remitterar personer till behandling; det finns forskningsresultat som visar att de flesta av de personer som skickas till behandling genom det straffrättsliga systemets försorg har cannabis som primär drog. En ökning av det straffrättsliga systemets benägenhet att remittera kan således ha bidragit till att öka efterfrågan på cannabisbehandling.

Klienternas profiler

Oavsett varför efterfrågan på cannabisbehandling har ökat är det intressant att veta vad som kännetecknar dem som hamnar i behandling, även om man inte kan hävda att denna mycket lilla del av hela gruppen av personer som använder cannabis skulle vara representativ. Granskar man uppgifterna om dem som påbörjar behandling i öppenvården för primärt cannabismissbruk, kan man konstatera att de vanligaste kännetecknen är att de är unga, män, studerande till skillnad från anställda eller arbetslösa och bor hos sina föräldrar snarare än i en egen bostad ⁽⁴⁷⁾. Jämfört med andra narkotikaklienter är andelen män störst och åldern lägst (i genomsnitt 24,5 år) bland dem som påbörjar behandling för primärt cannabismissbruk. De som påbörjar behandling för första gången är ännu yngre än cannabis-klienterna i allmänhet (genomsnittsålder 23,8 år); 67 % av klienterna i åldern 15–19 år och 80 % av dem som är yngre än 15 år är nya cannabis-klienter. Under de senaste tre åren har det dock kommit rapporter om tecken på att de nya cannabis-klienterna blir äldre ⁽⁴⁸⁾. Sammantaget kan man dela in cannabis-klienterna i tre grupper: de som använder drogen ibland (34 %), de som gör detta flera gånger i veckan (27 %) och de som konsumerar cannabis dagligen (39 %).

Sannolikt beror dessa skillnader i uppgiven konsumtionsfrekvens bland cannabis-klienterna på att de har kommit till behandlingsvården på olika vägar. Man skulle kunna spekulera i att en del av de personer med låg konsumtionsnivå som påbörjar behandling kan ha hänvisats dit till följd av att man inom de straffrättsliga systemen har blivit mer benägen att remittera till behandling. Det finns skillnader mellan länder i fråga om hur ofta klienterna använder cannabis: hälften av länderna uppges att över 30 % av klienterna använder drogen dagligen medan den andra hälften ligger under 30 %. Nederländerna, Danmark och Spanien har de största andelarna behandlingsklienter som använder cannabis regelbundet medan Ungern, Tyskland och Italien rapporterar de största andelarna som använder cannabis ibland ⁽⁴⁹⁾. Dessutom kan det, som diskuteras nedan, vara så att fokus för åtgärderna mot intensiv cannabisanvändning ligger på prevention snarare än

⁽⁴⁶⁾ Se tabellerna TDI-5 (del ii) och TDI-4 (del ii) i statistikbulletinen 2007.

⁽⁴⁷⁾ Se tabellerna TDI-13, TDI-14 och TDI-21 (del i) och (del ii) i statistikbulletinen 2007.

⁽⁴⁸⁾ Se tabell TDI-10 (del i), (del ii) och (del ix) i statistikbulletinerna 2007, 2006 och 2005.

⁽⁴⁹⁾ Se tabell TDI-18 (del iii) och (del iv) i statistikbulletinen 2007.

behandling, och skillnader av det slaget mellan praxis i olika länder kan inverka på den övergripande rapporteringsnivån; detta kanske delvis kan förklara varför vissa länder med hög prevalens för cannabisanvändning redovisar relativt låga värden för cannabisbehandling.

Åtgärder mot cannabisproblem

Uppgifterna om cannabisbehandling måste ses mot bakgrund av vad cannabisbehandlingen i Europa består av. I dagsläget handlar det om ett brett spektrum av åtgärder, från kortvariga insatser till vård på behandlingshem. Vissa program är lika mycket inriktade på prevention och minskning av skadeverkningar som på behandling av narkotikaproblem.

Att fastställa vem som är i riskzonen och ingripa tidigt ses som ett viktigt inslag i alla narkotikaprogram, och ofta kan lärarna i skolan vara bland de första som upptäcker att deras elever använder cannabis. I Tyskland, Italien och Polen har man utvecklat program för lärare som hjälper dessa att vidta åtgärder vid cannabisanvändning bland eleverna och att söka specialishjälp åt dem när detta är lämpligt.

Det finns ingen solid faktagrund för praxis inom cannabisbehandling. De vetenskapliga undersökningar som finns är begränsade och bygger framför allt på amerikanska och australiska erfarenheter. I Europa märks följande bland de oftast rapporterade metoderna för att behandla cannabisproblem: kortvariga insatser inom öppenvården, rådgivning, skolbaserade program och uppsökande preventionsverksamhet. I allmänhet förefaller de arbetsmetoder som används bygga på att man gör kortvariga insatser där man kombinerar motivationsintervjuer med kognitiva och beteenderelaterade inslag. En del undersökningar har givit vid handen att detta kan göra nytta, även om det inte finns någon etablerad samsyn om vilka metoder som är effektiva. Ett europeiskt initiativ på området är INCANT-projektet, där Belgien, Frankrike, Tyskland, Nederländerna och Schweiz tillsammans har utforskat värdet av multidimensionell familjeterapi (MDFT) för cannabismissbrukare. En utvärdering av pilotfasen (Rigter, 2005) visade goda resultat och projektet har nu utökats till en randomiserad kontrollerad multicenterprövning där man jämför MDFT med standardbehandlingar för cannabisrelaterade störningar.

Bara tretton medlemsstater uppger att det finns specialiserade behandlingsinrättningar för personer med problematiskt cannabismissbruk. Detta tyder på att de flesta cannabismissbrukare som får behandling finns i allmänna narkotikamissbruksprogram eller inom den allmänna hälso- och sjukvården eller ungdomsvården. Det har uttryckts oro över att det kan vara olämpligt att ge unga cannabismissbrukare behandling inom den allmänna missbrukarvården om detta leder till att de kommer i kontakt med äldre personer som har ett problemmissbruk av andra

droger. Det är visserligen fortfarande oklart i vilken mån detta är ett problem, men det är likväl en viktig fråga i planeringen av behandlingsvården på området.

Frankrike är ett av de länder där det finns specialiserad vård för cannabismissbrukare. Under 2005 inrättades 250 rådgivningscentrum för cannabis. Centruman tar nu emot uppskattningsvis 2 900 klienter varje månad; ungefär en tredjedel (31 %) kommer på eget initiativ, en tredjedel (31 %) hänvisas dit av tredje part och drygt en tredjedel (38 %) kommer dit med anledning av ett domstolsbeslut. Andra exempel på specifika behandlingsprogram för cannabismissbrukare är Maria Ungdom i Sverige, som erbjuder unga personer med ett problematiskt cannabismissbruk ett rådgivningsprogram följt av stödsamtal. I Tyskland har man sedan januari 2006 arbetat med att utveckla en modulbaserad behandling för cannabisrelaterade störningar hos tonåringar (Candis) vid forskningsmottagningen i Dresden (Dresdner Forschungsambulanz).

Halvobligatoriska insatser

Trots en allmän tendens att man styr cannabismissbrukare som kommer i kontakt med det straffrättsliga systemet mot behandling och rådgivning snarare än mot straffrättsliga påföljder, finns det en betydande variation i fråga om hur strukturerna för detta ser ut och hur god tillgången är på dem i olika europeiska länder. Ett fåtal länder (Tyskland, Frankrike, Luxemburg, Österrike och Sverige) uppger att de erbjuder strukturerade program eller strukturerad vård.

För cannabismissbrukare som remitteras av domstolar förekommer det även andra insatser än behandling. Personer som använder drogen bara ibland erbjuds intensivkurser i vissa länder. Tyskland, Österrike och Luxemburg uppger exempelvis att det förekommer kurser som är avsedda att ändra uppfattningar och konsumtionsmönster hos personer som använder cannabis ⁽⁵⁰⁾.

Nya kommunikationsstrategier för att få kontakt med cannabismissbrukare

Inom ett antal innovativa program i Europa försöker man utnyttja nya kommunikationsverktyg för att få kontakt med cannabismissbrukare. I några länder (Tyskland och Storbritannien) har man utvecklat kortvariga Internetbaserade insatser som ger cannabiskonsumenter möjlighet att bedöma sin nuvarande konsumtion och själva upptäcka eventuella problem. Ett exempel på en sådan metod är den tyska "quit the shit" ⁽⁵¹⁾, som erbjuder stöd till dem som vill sluta använda cannabis. En utvärdering visade att de som utnyttjade tjänsten uppgav sig ha minskat sin konsumtion av cannabis i fråga om både mängd och antal dagar då de använde drogen.

I Danmark finns SMASH, ett projekt som ger stöd och rådgivning till unga cannabismissbrukare som får vara

⁽⁵⁰⁾ Se Internet (http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte_KS1/FreD/FreD-Basics/).

⁽⁵¹⁾ Se Internet (<http://www.drugcom.de>).

anonyma. Syftet är att minska skadeverkningarna samt att ge information och stöd för att hjälpa ungdomarna att sluta röka cannabis⁽⁵²⁾. Projektet bygger på att ungdomarna prenumererar på två sms-paket. Det första ("hashfacts") ger saklig information om användning av cannabis medan det andra ger stöd och motivation till dem som försöker sluta

använda droger. Dessutom kan ungdomarna få personlig coachning via textmeddelanden som kan hjälpa dem att sluta använda cannabis eller minska sin konsumtion. En liknande tjänst finns i Irland, även om tonvikten där ligger på att förmedla information.

Narkotikamissbruk bland minderåriga – ECNN:s årsrapport 2007, temakapitel

I temakapitlet om användningen av narkotika bland mycket unga européer (under 15 år) konstateras att prevalensen för användning av narkotika i denna åldersgrupp är låg och huvudsakligen återspeglar experimentell användning. Regelbunden användning av narkotika är sällsynt bland mycket unga människor och i den mån det förekommer handlar det ofta om en synnerligen problemtyngd del av gruppen.

De viktigaste motåtgärderna mot användning av narkotika bland barn under 15 år är knutna till strategier för prevention eller tidigt ingripande. Trots detta uppskattas det i temakapitlet att omkring

4 000 mycket unga människor får missbruksbehandling i Europa. Det är bara i undantagsfall som det finns missbruksbehandling som är särskilt anpassad till ungdomars behov, men däremot har man i de flesta av de europeiska länderna insett att sådana program behövs.

I temakapitlet undersöks också hur man i de olika europeiska ländernas folkhälsopolitik har arbetat in insikten om att det finns ett samband mellan å ena sidan konsumtion av legala och illegala droger vid låg ålder och å andra sidan beroende av olika ämnen senare i livet.

Detta temakapitel finns enbart på engelska. Det finns i tryckt version och på Internet (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

⁽⁵²⁾ Se Internet (<http://www.smash.name>).



Kapitel 4

Amfetaminer, ecstasy och LSD

I många europeiska länder är den näst vanligaste illegala drogen en på syntetisk väg framställd drog, även om det på europeisk nivå nu totalt sett är fler som använder kokain än som använder syntetiska droger. I befolkningen som helhet brukar användning av syntetiska droger vara sällsynt, men prevalensvärdena är betydligt högre för yngre åldersgrupper. I vissa sociala miljöer eller kulturella grupper kan det vara särskilt vanligt att man använder syntetiska droger. Globalt sett är amfetaminer (amfetamin och metamfetamin) och ecstasy bland de vanligaste syntetiska illegala drogerna.

Amfetamin och metamfetamin är båda centralstimulantia (dvs. de stimulerar det centrala nervsystemet). I Europa är amfetamin den klart vanligaste av de båda drogerna; den

Amfetamin och metamfetamin: skillnader och likheter

På marknaden för illegala droger företräds amfetamingruppen framför allt av amfetamin och metamfetamin (samt deras salter). Detta är två närbesläktade syntetiska ämnen som båda ingår i gruppen fenetylaminer. Båda ämnena stimulerar det centrala nervsystemet, och de har samma verkningsmekanism, samma beteendemässiga effekter, samma tolerans- och abstinenssegenskaper och samma kroniska effekter (dvs. effekter vid längre tids användning). Amfetamin är inte lika starkt som metamfetamin, men under okontrollerade förhållanden är deras effekter nästan omöjliga att skilja åt.

Amfetamin- och metamfetaminprodukter består mestadels av pulver, men även det rena kristalliska hydrokloridsaltet av metamfetamin används och går under namnet "ice". Tabletter som innehåller antingen amfetamin eller metamfetamin kan vara försedda med symboler liknande dem som finns på MDMA-tabletter och andra ecstasytabletter.

De fysikaliska former som amfetamin och metamfetamin förekommer i innebär att de båda drogerna kan konsumeras genom sväljning, sniffning, inandning och – vilket är mindre vanligt – injicering. Till skillnad från sulfatsaltet av amfetamin är metamfetaminhydroklorid, särskilt den kristalliska formen ("ice"), tillräckligt flyktig för att kunna rökas.

Källa: ECNN:s drogprofiler (<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=25328>).

mer omfattande användningen av metamfetamin verkar vara begränsad till Tjeckien och Slovakien.

Med "ecstasy" åsyftar man syntetiska ämnen som är kemiskt besläktade med amfetaminer men i någon mån har andra effekter. Den mest välkända drogen i ecstasygruppen är 3,4 metylendioximetamfetamin (MDMA), men ecstasytabletter innehåller ibland även andra besläktade analoga föreningar (MDA och MDEA). Prevalensen för användning av ecstasy i EU har ökat sedan 1990-talet.

Historiskt sett har lysergsyrdietylamid (LSD) varit den absolut mest välkända hallucinogena drogen, men de övergripande konsumtionsnivåerna för LSD har legat lågt och varit relativt stabila under avsevärd tid. Mer nyligen har det framkommit tecken på att det har blivit lättare att få tag på, och vanligare att man använder, naturligt förekommande hallucinogena ämnen, särskilt hallucinogena svampar.

Tillgång och tillgänglighet ⁽⁵³⁾

Amfetamin

Den globala amfetaminproduktionen år 2005 uppskattas till 88 ton (UNODC, 2007). Det är fortfarande framför allt i västra och centrala Europa som drogen produceras, även om illegal framställning har börjat ske även i andra delar av världen. Olagliga laboratorier för amfetaminframställning oskadliggjordes under 2005 i Belgien, Bulgarien, Tyskland, Estland, Litauen, Nederländerna och Polen. Det amfetamin som beslagtogs i Europa kommer enligt vad som uppges främst från Belgien, Nederländerna och Polen samt i mindre utsträckning från Estland och Litauen.

I världen som helhet beslagtogs 12,9 ton amfetamin 2005, främst i två regioner: västra och centrala Europa samt östra och sydöstra Asien.

År 2005 gjordes uppskattningsvis 40 300 beslag av amfetamin, motsvarande sammanlagt 6,6 ton, i Europa. Fram till 2004 har Storbritannien ständigt stått för det största antalet beslag och de största beslagtagna mängderna i Europa. Trots viss fluktuation har både det sammanlagda antalet amfetaminbeslag och de beslagtagna mängderna ökat på europeisk nivå sedan år 2000 ⁽⁵⁴⁾. År 2005 redovisade dock majoriteten av de uppgiftslämnande

⁽⁵³⁾ Information om tolkning av uppgifter om beslag och annan marknadsinformation finns på s. 37. Uppgifter om antalet beslag och beslagtagna mängder av amfetamin, ecstasy och LSD finns inte för samtliga länder avseende 2005; mer information finns i beslagstabellerna i statistikbulletinen 2007.

⁽⁵⁴⁾ Se tabellerna SZR-11 och SZR-12 i statistikbulletinen 2007.

Internationella åtgärder mot framställning och avledning av prekursorer till droger

Det har vidtagits flera olika internationella åtgärder för att förebygga "avledning" (användning för andra ändamål än de avsedda) av prekursorer (kemikalier som används vid framställning av illegala droger): Project Cohesion är inriktat på kaliumpermanganat (som används vid kokainframställning) och ättiksyraanhydrid (som används vid heroinframställning), medan Project Prism är inriktat på prekursorer till syntetiska droger (1). Alla uppgifterna nedan kommer från INCB:s rapport om prekursorer (INCB, 2007b).

År 2005 var de globala beslagen av kaliumpermanganat de största som hittills rapporterats till INCB. Sexton länder beslagtogs 1 83 ton, nästan allt utanför Europa.

Av de 22 400 liter ättiksyraanhydrid som beslagtogs i världen 2005 stod Europa också för bara en liten del.

Under 2005 fick INCB rapporter om beslag av 41 ton efedrin och pseudoefedrin – två viktiga prekursorer till metamfetamin. De flesta beslagen rapporterades av Kina; EU-medlemsstaterna (främst Grekland, Bulgarien, Rumänien och Tjeckien) stod tillsammans med Ryssland för 1,7 ton.

De globala beslagen av 1-fenyl-2-propanon (P-2-P), som används vid illegal framställning av metamfetamin och amfetamin, uppgick till 2 900 liter år 2005. Europeiska länder stod för 1 700 liter (främst Tyskland och Nederländerna).

Europas andel av de globala beslagen av 3,4-metylendioxifenyl-2-propanon (3,4-MDP-2-P), som används vid framställning av MDMA, minskade år 2005 till 38 %. Den rapporterade beslagtagna mängden uppgick till 5 100 liter (främst i Frankrike och Nederländerna). De ökande beslagen av 3,4-MDP-2-P i andra världsdelar förefaller tyda på att illegal framställning av MDMA nu i allt större utsträckning sker även utanför Europa.

(1) Alla som ingår i tabell I i 1988 års FN-konvention.

länderna en nedåtgående trend för antalet amfetaminbeslag. Om bilden verkligen ser ut på det viset kan dock inte bekräftas förrän de brittiska uppgifterna för 2005 blir tillgängliga.

Det genomsnittliga eller typiska amfetaminpriset i missbrukarledet år 2005 varierade mellan 7 och 37,5 euro per gram. De flesta europeiska länderna rapporterade priser i intervallet 10–20 euro per gram (55). Under perioden 2000–2005 minskade de inflationsjusterade amfetaminpriserna i de flesta av de 17 länder som har redovisat tillräckliga uppgifter.

Amfetaminets genomsnittliga eller typiska renhetsgrad i missbrukarledet år 2005 varierade betydligt, men de flesta europeiska länderna rapporterade renhetsvärden i intervallet 15–50 % (56).

Metamfetamin

Den globala metamfetaminproduktionen år 2005 uppskattas till 278 ton. Drogen framställs främst i östra och sydöstra Asien och i Nordamerika. I Europa är den illegala produktionen av metamfetamin fortfarande huvudsakligen begränsad till Tjeckien (där drogen kallas "pervitin"), även om det finns uppgifter om produktion också i Litauen, Moldavien och Slovakien (INCB, 2007a; UNODC, 2007).

År 2005 ökade de globala beslagen av metamfetamin till uppskattningsvis 17,1 ton. Över hälften rapporteras från östra och sydöstra Asien (Kina och Thailand), och en tredjedel från Nordamerika (USA). Samma år rapporterades uppskattningsvis 2 200 beslag på sammanlagt omkring 104 kg i 15 europeiska länder (57). Norge och Sverige stod för de största antalen beslag och de största beslagtagna metamfetaminmängderna.

Det genomsnittliga eller typiska metamfetaminpriset i missbrukarledet (något som bara ett fåtal länder redovisade uppgifter om) varierade år 2005 mellan 5 och 35 euro per gram. De flesta länderna redovisade en genomsnittlig eller typisk renhetsgrad för metamfetamin i missbrukarledet på 30–65 % (58).

Ecstasy

Den globala ecstasyproduktionen år 2005 uppskattas till 113 ton (UNODC, 2007). Europa är fortfarande den ledande ecstasyproducenten även om dess relativa betydelse förefaller minska i takt med att ecstasy har börjat framställas i andra delar av världen, bl.a. Nordamerika, östra och sydöstra Asien samt Oceanien (CND, 2006; UNODC, 2006). I Europa är det främst i Nederländerna som ecstasy produceras (även om det har rapporterats tecken på minskad ecstasyproduktion i landet), med Belgien på andra plats. Den ecstasy som beslagtogs i Europa 2005 uppges komma från dessa båda länder och i mindre utsträckning från Polen och Storbritannien.

Av de uppskattningsvis 5,3 ton ecstasy som beslagtogs i världen som helhet 2005 stod västra och centrala Europa åter för en stor del (38 %); därefter följde Oceanien (27 %) och Nordamerika (20 %).

(55) Se tabell PPP-4 i statistikbulletinen 2007.

(56) Se tabell PPP-8 i statistikbulletinen 2007. Observera att de rapporterade genomsnittsvärdena för amfetaminets renhetsgrad kan dölja stor variation i fråga om renhetsgraden hos de prover som analyserats.

(57) För Storbritannien saknades uppgifter avseende 2005, och därför användes uppgifter avseende 2004 i skattningsarbetet. Se tabellerna SZR-17 och SZR-18 i statistikbulletinen 2007.

(58) Se tabellerna PPP-4 och PPP-8 i statistikbulletinen 2007.

(59) Se tabellerna SZR-13 och SZR-14 i statistikbulletinen 2007.

Uppskattningsvis 26 500 beslag ledde till att omkring 16,3 miljoner ecstasytabletter konfiskerades i Europa år 2005 ⁽⁵⁹⁾. Störst mängder ecstasy beslagtogs även detta år i Storbritannien, Belgien, Nederländerna och Tyskland. Efter en topp 2001 har ecstasybeslagen i Europa sedan 2003 ökat på nytt. Den totala beslagtagna mängden ecstasy fluktuerade kring 20 miljoner tabletter per år mellan 2000 och 2004. År 2005 visar de tillgängliga uppgifterna dock på en minskning av de beslagtagna ecstasymängderna i de flesta länderna. Om bilden verkligen ser ut på det viset kan dock inte bekräftas förrän de brittiska uppgifterna för 2005 blir tillgängliga.

År 2005 varierade den genomsnittliga eller typiska kostnaden för en ecstasytablett i missbrukarledet mellan knappt 3 euro och 15 euro ⁽⁶⁰⁾. Under perioden 2000–2005 minskade det inflationsjusterade genomsnittliga ecstasypriset i missbrukarledet i de flesta av de 21 länder som har redovisat tillräckliga uppgifter.

De flesta analyserade ecstasytabletterna i Europa innehöll även 2005 antingen MDMA eller något annat ecstasyliknande ämne (MDEA eller MDA), som oftast var det enda psykoaktiva ämnet i tabletterna. I tio medlemsstater stod sådana tabletter för över 80 % av samtliga analyserade tabletter. Det finns dock vissa undantag från detta: i Slovenien förekommer MDMA/MDEA/MDA oftare i kombination med amfetamin och/eller metamfetamin, och i Polen är det vanligare att man påträffar amfetamin och/eller metamfetamin som det enda psykoaktiva ämnet i de tabletter som analyseras. MDMA-halten i ecstasytabletter varierar stort mellan tillverkningsstater (även sådana med samma symbol), både mellan och inom länder. År 2005 varierade det genomsnittliga eller typiska MDMA-innehållet i en ecstasytablett mellan 2 och 130 mg i de uppgiftslämnande länderna, även om genomsnittet i de flesta länderna låg i intervallet 30–80 mg MDMA.

LSD

Efter en kontinuerlig minskning under flera år har både antalet LSD-beslag och de beslagtagna mängderna av drogen ökat sedan 2003 ⁽⁶¹⁾. Även om produktionen av och handeln med LSD är mycket mindre omfattande än för andra syntetiska droger, gjordes det uppskattningsvis 800 beslag på sammanlagt 850 000 LSD-enheter i Europa under 2005. Nederländerna stod för ungefär 75 % av den totala beslagtagna mängden. Den genomsnittliga eller typiska kostnaden i missbrukarledet för en LSD-enhet varierade från 4 till 30 euro ⁽⁶²⁾.

Prevalens och mönster bland befolkningen i allmänhet och bland ungdomar

Om man ser till de mått som avser användning på senare tid är ecstasy nu den vanligaste syntetiska drogen i sjutton europeiska länder medan amfetaminer är vanligast i nio ⁽⁶³⁾. Livstidsprevalensen för amfetaminer tenderar att vara högre, vilket återspeglar att ecstasy har dykt upp mer nyligen på den europeiska marknaden för illegala droger. Uppgifter från skolenkäter tyder på att användningen av ecstasy, amfetaminer och andra psykotropa droger än cannabis är koncentrerad till en liten grupp av elever. Till exempel är prevalensvärdena för användning av kokain och hallucinogena droger över tjugo gånger högre bland de elever som har testat ecstasy än bland samtliga elever ⁽⁶⁴⁾ och fem gånger högre än bland de elever som någon gång har använt cannabis.

Bland EU-medlemsstaterna är det bara i ett fåtal som användning av amfetaminer eller ecstasy förefaller vara relativt vanligt: Tjeckien, Estland och Storbritannien samt, i mindre utsträckning, Lettland och Nederländerna.

Amfetamin

Nyare enkäter bland den vuxna befolkningen visar att livstidsprevalensen för användning av amfetaminer i Europa ligger mellan 0,1 % och 3,6 % av samtliga vuxna (15–64 år) utom i Danmark (6,9 %) och i Storbritannien (England och Wales), där den ligger så högt som 11,5 % (vilket återspeglar att användningen tidigare varit mer utbredd; andelarna som har använt amfetaminer på senare tid ligger mer i linje med nivån i andra länder). Störst andelar efter dessa båda länder har Norge (3,6 %) samt Tyskland och Spanien (3,4 %). I genomsnitt har nästan 3,5 % av alla vuxna européer använt amfetaminer minst en gång ⁽⁶⁵⁾. Andelen som har använt drogen under det senaste året är mycket mindre: i genomsnitt 0,7 % (intervall 0–1,3 %). Uppgifter från enkäter som avser hela befolkningen tyder på att ungefär 11 miljoner människor har testat amfetaminer och att omkring 2 miljoner européer har använt drogen under det senaste året.

Bland unga vuxna (15–34 år) uppgår 0,2–16,8 % att de någon gång har använt amfetaminer. Om man bortser från värdena för Storbritannien (England och Wales) (16,8 %) och Danmark (12,7 %) begränsas dock intervallet till 0,2–5,9 % ⁽⁶⁶⁾. Hälften av de länder som redovisar uppgifter har prevalenstal under 4 %; efter Storbritannien

⁽⁶⁰⁾ Se tabell PPP-4 i statistikbulletinen 2007.

⁽⁶¹⁾ Se tabellerna SZR-15 och SZR-16 i statistikbulletinen 2007.

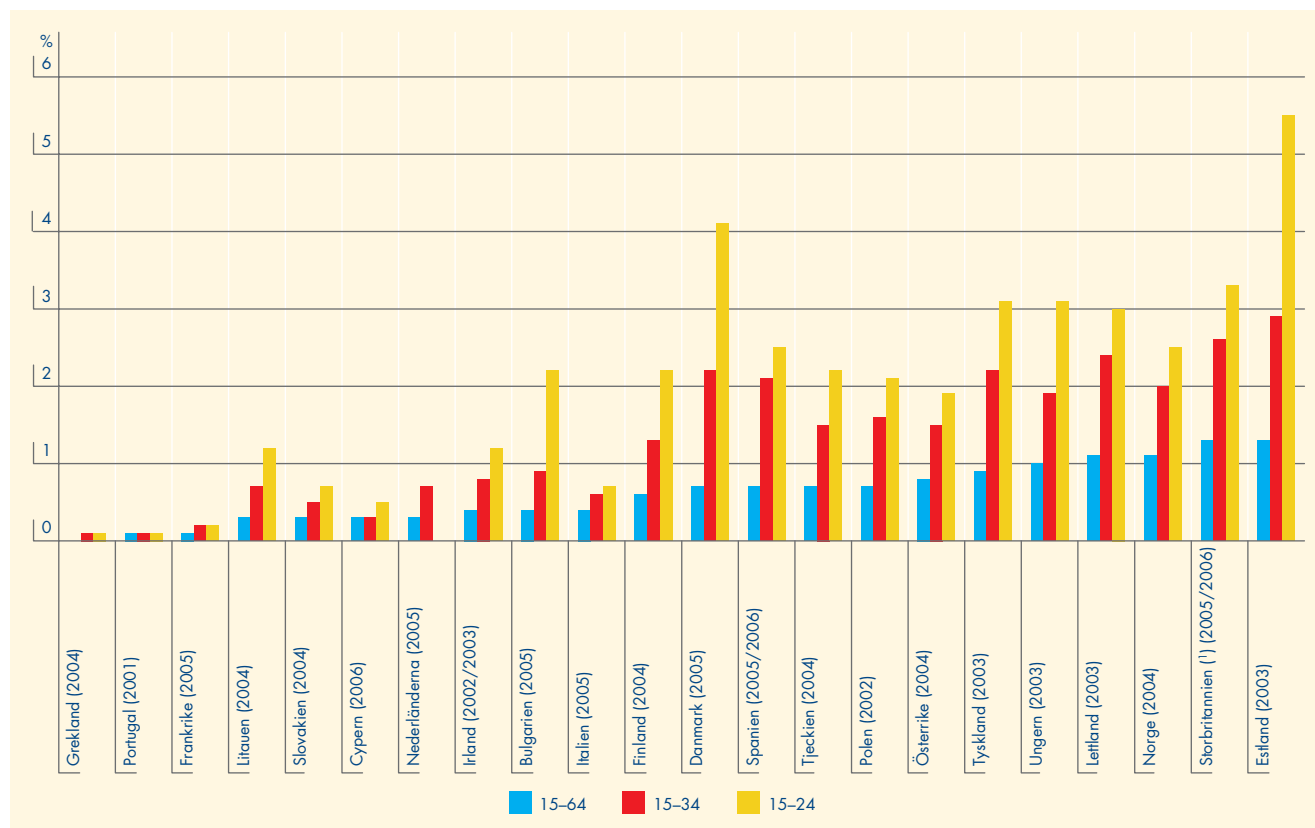
⁽⁶²⁾ Se tabell PPP-4 i statistikbulletinen 2007.

⁽⁶³⁾ Enkätuppgifter om "amfetaminanvändning" skiljer ofta inte mellan amfetamin och metamfetamin. I de flesta fallen lär det dock handla om amfetamin (amfetaminsulfat eller dexametamin) eftersom det är ovanligt med användning av metamfetamin.

⁽⁶⁴⁾ Se figur EYE-1 (del iv) i statistikbulletinen 2007.

⁽⁶⁵⁾ Uppgifter om beräkningsmetoden finns i fotnot (30).

⁽⁶⁶⁾ Se tabell GPS-9 i statistikbulletinen 2007.

Figur 5: Tolvmånadersprevalens för användning av amfetaminer bland samtliga vuxna (15–64 år) och unga vuxna (15–34 och 15–24 år)

(1) England and Wales.

Anm.: Uppgifterna kommer från de senaste nationella enkäter som fanns att tillgå i respektive land vid redovisningstidpunkten. Länderna är ordnade efter den övergripande prevalensen (bland samtliga vuxna). Mer information finns i tabellerna GPS-10, GPS-11 och GPS-18 i statistikbulletinen 2007.

Källa: Nationella Reitox-rapporter (2006), hämtat från befolkningsenkäter, rapporter eller vetenskapliga artiklar.

och Danmark är det Norge (5,9 %), Tyskland (5,4 %) och Lettland (5,3 %) som rapporterar de högsta värdena. I genomsnitt har 5,1 % av de unga vuxna européerna testat amfetaminer⁽⁶⁷⁾. För den åldersgruppen ligger tolvmånadersprevalensen i intervallet 0,1–2,9 %; högst värden rapporteras av Estland (2,9 %), Storbritannien (2,6 %) och Lettland (2,4 %) (figur 5). Det är värt att notera att om man ser till användning under det senaste året ligger alltså värdena för Storbritannien och Danmark mer i linje med värdena för andra länder. Man uppskattar att i genomsnitt 1,5 % av de unga vuxna européerna har använt amfetaminer under det senaste året.

Det är bara Finland som kan redovisa en nyare skattning av omfattningen för det problematiska amfetaminmissbruket (vilket definieras som injicering eller långvarig/regelbunden användning). År 2002 uppskattade man att det fanns mellan 10 900 och 18 500 personer med ett problematiskt amfetaminmissbruk i Finland (3,1–5,3 fall per tusen invånare i åldern 15–64 år) – ungefär tre gånger fler än det fanns personer med ett problematiskt opiatmissbruk.

Metamfetamin

Omfattningen av metamfetaminanvändningen i Europa förefaller vara begränsad – till skillnad från den bild som

råder internationellt, där användningen av drogen har ökat på senare år. I europeiska länder finns det dock en oro för att metamfetamin kan bli vanligare även där, och detta har föranlett vissa försiktighetsmått. Till exempel har man i Storbritannien beslutat att ändra klassificeringen av metamfetamin så att drogen numera tillhör den kategori där de mest skadliga drogerna ingår (klass A).

Historiskt sett är det främst i Tjeckien och i någon mån Slovakien som metamfetamin har använts i Europa. Nyare skattningar av problematiskt metamfetaminmissbruk redovisas också bara av dessa båda länder. År 2005 uppskattade man i Tjeckien att det fanns 18 400–24 000 metamfetaminmissbrukare (2,5–3,2 fall per tusen invånare i åldern 15–64 år), vilket är nästan dubbelt så många som antalet personer med ett problematiskt opiatmissbruk, och i Slovakien bedömde man att det fanns 6 000–14 000 metamfetaminmissbrukare (1,5–3,7 fall per tusen invånare i åldern 15–64 år), vilket är något färre än det uppskattade antalet opiatmissbrukare. Metamfetamin har blivit den oftast förekommande primärdrogen bland dem som efterfrågar behandling för första gången i Slovakien, och nu har det också rapporterats om en omfattande metamfetaminanvändning i vissa delar av befolkningen i Ungern.

⁽⁶⁷⁾ Se figur GPS-18 (del ii) i statistikbulletinen 2007.

Från övriga delar av Europa finns det inga rapporter om någon mer betydande användning av metamfetamin. Här finns det dock två viktiga förbehåll att göra: dels ger de flesta enkäter inte någon möjlighet att skilja på metamfetamin- och amfetaminanvändning, dels har metamfetamin ibland påträffats i tabletter som sålts under namnet "ecstasy", vilket innebär att personer kan ha konsumerat metamfetamin utan att vara medvetna om det ⁽⁶⁸⁾.

Ecstasy

Den andel av samtliga vuxna i Europa som har testat ecstasy ligger i intervallet 0,3–7,2 %. Hälften av länderna redovisar en livstidsprevalens på 2,5 % eller lägre; högst prevalenstal rapporteras av Storbritannien (7,2 %), Tjeckien (7,1 %), Spanien (4,4 %) och Nederländerna (4,3 %). Tolvmånadersprevalensen för ecstasyanvändning bland vuxna varierar mellan 0,2 % och 3,5 %; högst ligger Tjeckien (3,5 %), Estland (1,7 %) och Storbritannien (1,6 %). Hälften av länderna uppger dock en tolvmånadersprevalens på 0,5 % eller mindre. Uppskattningsvis har nästan 9,5 miljoner européer (i genomsnitt 3 %) testat ecstasy, och nästan 3 miljoner har använt drogen under det senaste året.

Bland unga vuxna (15–34 år) ligger livstidsprevalensen för ecstasyanvändning i intervallet 0,5–14,6 %; de högsta prevalenstalen redovisas av Tjeckien (14,6 %), Storbritannien (13,3 %) och Nederländerna (8,1 %) ⁽⁶⁹⁾. I genomsnitt har över 5 % av de unga vuxna européerna testat ecstasy.

Bland 15–24-åringar varierar livstidsprevalensen för ecstasyanvändning mellan 0,4 % och 18,7 %. De högsta prevalenstalen redovisas av Tjeckien (18,7 %), Storbritannien (10,4 %) och Ungern (7,9 %) ⁽⁷⁰⁾. Andelen av åldersgruppen som använt ecstasy under det senaste året ligger i intervallet 0,3–12 %; högst ligger Tjeckien (12,0 %) och Estland (6,1 %) (figur 6).

Bland 15–24-åringarna är livstidsprevalensen för ecstasy högre bland män (0,3–23,2 %) än bland kvinnor (0,3–13,9 %). I nyare skolenkäter har de ökningar som observerats i fråga om livstidsprevalensen för ecstasyanvändning i stort sett gått i samma takt bland både pojkar och flickor, även om skillnaden mellan könen tilltar ju äldre personerna blir. Bland ungdomar kan en något äldre grupp ha betydligt högre prevalens än en något yngre. Uppgifter från 16 länder visar exempelvis att livstidsprevalensen för ecstasyanvändning i de flesta fall är avsevärt högre bland 17–18-åriga elever än bland yngre elever ⁽⁷¹⁾.

LSD

Livstidsprevalensen för LSD-användning bland vuxna varierar mellan 0,2 % och 5,5 %. Två tredjedelar av länderna redovisar dock en livstidsprevalens i intervallet 0,4–1,7 %. Bland unga vuxna (15–34 år) ligger livstidsprevalensen för LSD-användning mellan 0,3 % och 7,6 %, och bland 15–24-åringar varierar den mellan 0 % och 4,2 %. Tolvmånadersprevalensen är låg. Bland 15–24-åringar är det bara i sju länder som den ligger över 1 % (Bulgarien, Tjeckien, Estland, Italien, Lettland, Ungern och Polen).

Trender

I Europa som helhet finns det fortsatta tecken på att trenderna för konsumtion av amfetaminer och ecstasy stabiliseras eller till och med börjar gå nedåt. Amfetaminanvändningen bland unga vuxna (15–34 år) har minskat avsevärt i Storbritannien (England och Wales) sedan 1996, och detsamma gäller om än i lägre grad för Danmark och Tjeckien, medan prevalensnivåerna i övriga länder förefaller vara väsentligen stabila även om det finns rapporter om vissa mindre ökningar ⁽⁷²⁾.

Bilden är mindre entydig när det gäller användningen av ecstasy bland unga vuxna (15–34 år) ⁽⁷³⁾. Efter allmänna ökningar av användningen under 1990-talet har flera länder – däribland två högprevalensländer: Spanien och Storbritannien – på senare år rapporterat om viss stabilisering eller till och med måttliga minskningar. I några länder ser man en minskning av prevalensen bland 15–24-åringarna men inte bland 15–34-åringarna ⁽⁷⁴⁾, vilket tyder på att drogen har blivit mindre populär bland de yngre. En fråga som aktualiseras av uppgifterna från vissa länder (Spanien, Danmark och Storbritannien) är om kokain möjligen håller på att ersätta amfetaminer och ecstasy som "favoritstimulantia" ⁽⁷⁵⁾.

I de nyare nationella eller regionala skolenkäter som redovisades 2006 (från Italien, Polen och Sverige samt Flandern i Belgien) märks det ingen skillnad eller till och med en viss minskning när det gäller livstidsprevalensen för amfetaminer och ecstasy ⁽⁷⁶⁾.

Nöjesmiljöer

Undersökningar av narkotikaanvändningen i nöjesmiljöer som danstillställningar kan ge en nyttig inblick i beteendet hos dem som använder stimulantia regelbundet eller intensivt. Andelen som använder narkotika i sådana

⁽⁶⁸⁾ Se "Amfetamin och metamfetamin: skillnader och likheter", s. 48.

⁽⁶⁹⁾ Se tabell GPS-9 i statistikbulletinen 2007.

⁽⁷⁰⁾ Se tabell GPS-17 i statistikbulletinen 2007.

⁽⁷¹⁾ Se figur EYE-1 (del ii) i statistikbulletinen 2007.

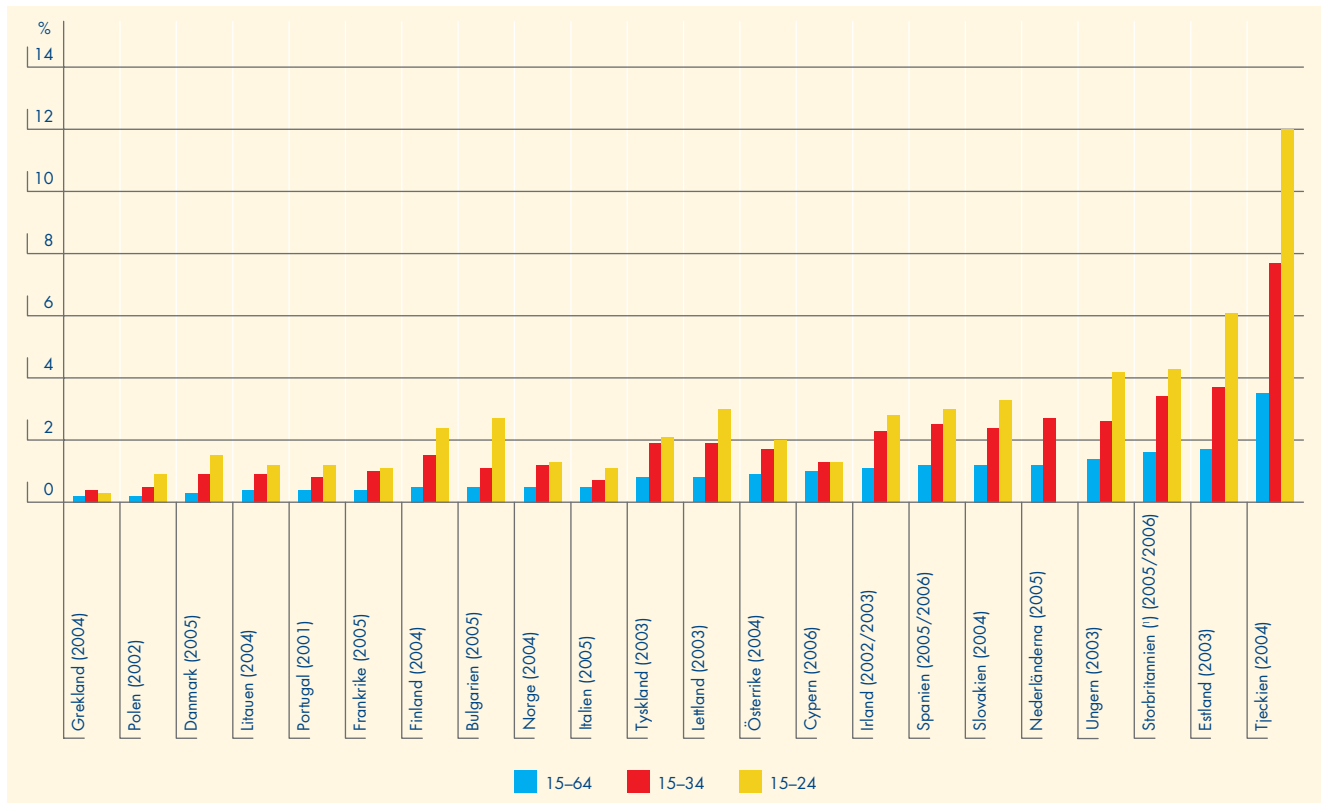
⁽⁷²⁾ Se figur GPS-8 i statistikbulletinen 2007.

⁽⁷³⁾ Se figur GPS-21 i statistikbulletinen 2007.

⁽⁷⁴⁾ Se tabellerna GPS-4 och GPS-15 i statistikbulletinen 2007.

⁽⁷⁵⁾ Se tabell GPS-20 i statistikbulletinen 2007.

⁽⁷⁶⁾ Se figur EYE-4 i statistikbulletinen 2007.

Figur 6: Tolvmånadersprevalens för användning av ecstasy bland samtliga vuxna (15–64 år) och unga vuxna (15–34 och 15–24 år)

(*) England och Wales.

Anm.: Uppgifterna kommer från de senaste nationella enkäter som fanns att tillgå i respektive land vid redovisningstidpunkten. Länderna är ordnade efter den övergripande prevalensen (bland samtliga vuxna). Mer information finns i tabellerna GPS-10, GPS-11 och GPS-18 i statistikbulletinen 2007.

Källa: Nationella Reitox-rapporter (2006), hämtat från befolkningsenkäter, rapporter eller vetenskapliga artiklar.

miljöer brukar vara hög, men det går inte att dra några slutsatser om befolkningen i stort utifrån information från dessa miljöer. I undersökningar som bygger på enkäter bland besökare i vissa utvalda dansmusikmiljöer anges exempelvis att ecstasyanvändningen är omfattande och att amfetaminanvändningen visserligen är mindre men ändå utbredd (⁷⁷).

Av de årliga enkäter som den brittiska musiktidningen Mixmag genomför bland sina läsare – personer som regelbundet besöker dansklubbar – framgår att andelen som definieras som "tung ecstasyanvändare" (dvs. som brukar konsumera mer än fyra tabletter per tillställning) mer än fördubblades mellan 1999 och 2003, från 16 % till 36 % (McCambrige m.fl., 2005). Det kan visserligen ifrågasättas hur representativt urvalet är, men resultaten visar ändå att det kan finnas fog för den utbredda oron över att det kan ha skett en ökning när det gäller hur många ecstasypiller vissa grupper av användare konsumerar. En allt intensivare ecstasyanvändning och användning även av andra droger bland erfarna ecstasyanvändare rapporteras också i en brittisk Internetundersökning (Scholey m.fl., 2004). Det bör dock också noteras att det finns rapporter från Amsterdam som tyder på att tolv månaders- och en månadsprevalensen för

ecstasy minskade med 20 % mellan 1998 och 2003, och att även den genomsnittliga ecstasymängd som konsumerades vid varje tillfälle minskade under samma period (nationella Reitox-rapporter för 2005). Enligt en enkät som gjordes 2005 bland krogbesökare i Amsterdam var det bara 3 % som använde ecstasy under sin utkväll.

Uppgifterna om kombinerad användning av narkotika och alkohol är visserligen fortfarande begränsade, men det finns en allt större oro över alkoholkonsumtionen i nöjesmiljöer med koppling till dansmusik. Det handlar ofta om mängder som anses vara hälsovådliga, och drickandet kombineras ofta med användning av stimulantia.

Uppgifter om efterfrågan på behandling

Antalet personer som efterfrågar behandling för amfetamin- och ecstasymissbruk är relativt litet. I allmänhet är sådant narkotikamissbruk sällan det huvudsakliga skälet till att en person genomgår missbruksbehandling i de flesta av de 21 länder för vilka det finns uppgifter (⁷⁸). De flesta fallen av sådan behandlingsefterfrågan avser ett primärt amfetaminmissbruk; bara en mycket liten andel avser ecstasy (⁷⁹).

⁽⁷⁷⁾ Se temakapitlet om drogmissbrukets utveckling i nöjesmiljöer i årsrapporten för 2006.

⁽⁷⁸⁾ Se figur TDI-2 (del ii) och tabell TDI-5 i statistikbulletinen 2007.

⁽⁷⁹⁾ Se tabell TDI-113 i statistikbulletinen 2007.

Det finns ett begränsat antal länder där andelen amfetamin- och ecstasymissbrukare bland klienterna i missbruksbehandling inte är försumbar. Dessa länder kan delas in i tre grupper. För det första rapporterar Tjeckien och Slovakien att en betydande andel av önskemålen om behandling avser primärt amfetaminmissbruk (58 % respektive 24 % av alla klienter); i de flesta fallen handlar det om ett primärt amfetaminproblem. För det andra redovisar Sverige, Finland och Lettland att ungefär en tredjedel av alla klienter som påbörjar missbruksbehandling har ett primärt amfetaminmissbruk. Och för det tredje uppger Irland, Nederländerna, Storbritannien och Frankrike att mellan 1 % och 5 % av de patienter som påbörjar behandling har ett primärt ecstasymissbruk ⁽⁸⁰⁾.

I alla länder utom Grekland och Sverige är andelen av de nya klienterna som påbörjar behandling för primärt amfetamin- och ecstasymissbruk större än andelen av samtliga klienter som får behandling för missbruk av dessa droger ⁽⁸¹⁾. Det kan finnas flera förklaringar till detta, men det stämmer med uppgifterna om de rådande trenderna: mellan 1999 och 2005 ökade antalet förstagångsönskemål om behandling för primärt amfetamin- och ecstasymissbruk med över 3 000, från 6 500 till 10 000 ⁽⁸²⁾.

De klienter som påbörjar behandling för missbruk av andra stimulantia än kokain är i genomsnitt ungefär 27 år gamla (26 om de påbörjar behandling för första gången) och använde drogen för första gången vid i genomsnitt 19 års ålder ⁽⁸³⁾. Ecstasyklienterna har tillsammans med cannabisklienterna den lägsta medelåldern bland dem som påbörjar missbruksbehandling. I Nederländerna är det bland ecstasyklienterna som andelen kvinnor uppges vara störst. Andelen kvinnor bland amfetaminklienterna är större än för andra droger, och den största andelen kvinnliga klienter inom öppenvården uppges finnas i den yngsta åldersgruppen ⁽⁸⁴⁾.

Amfetaminklienterna konsumerar oftast sin primärdrog tillsammans med andra ämnen, framför allt cannabis och alkohol, och i vissa länder uppges injicering vara vanligt förekommande ⁽⁸⁵⁾. Från Tjeckien rapporteras en intressant geografisk variation, nämligen att missbrukarna är fler utanför huvudstaden. Detta påminner om rapporter från USA, där andelen som läggs in för behandling för amfetamin- och amfetaminmissbruk är större utanför storstadsregionerna (Dasis, 2006).

Åtgärder mot användning av narkotika i nöjesmiljöer

Narkotikaprevention

Det har över lag skett en förändring av arbetssätten när det gäller prevention. Numera erkänner man i allt högre grad att livsstilsfaktorer har en nyckelroll för inställningen till användning av narkotika, och man inser hur viktigt det är att ifrågasätta uppfattningen att det är normalt eller acceptabelt att använda narkotika. Den här sortens arbetssätt är särskilt relevant för preventionsarbetet i miljöer som kulturellt associeras till konsumtion av narkotika. På grund av den höga prevalensen för användning av narkotika i vissa nöjesmiljöer som nattklubbar, barer och danstillställningar har man valt ut de berörda lokalerna som lämpliga mål för insatser med syftet att minska efterfrågan på narkotika. Behovet av att vidareutveckla preventionsverksamheten i nöjesmiljöer noteras också i EU:s handlingsplan mot narkotika (2005–2008).

En metod har varit att se till att informationsmaterial med preventionsbudskap och, ibland, information om hur man kan minska skadeverkningarna finns tillgängligt i nöjesmiljöer. Materialet är ofta utformat på ett användarvänligt sätt som återspeglar ungdomskulturen hos målgruppen, och ibland är det mobila uppsökande team som delar ut det. För att kunna få kontakt med ungdomarna brukar de uppsökande teamen undvika en fördömande attityd, och de kan även ge råd om hur man minskar skadeverkningarna även om de framhåller att det säkraste alternativet är att helt avstå från narkotika (Belgien, Tjeckien, Portugal och Österrike).

Vid sidan av de åtgärder som syftar till att informera ungdomar och övertala dem att inte använda narkotika håller man nu i allt fler medlemsstater på att utveckla metoder för bättre reglering av nöjesmiljöerna. Inom ramen för en del av dessa metoder, bl.a. anordning av uttryckligen drogfria evenemang, har man försökt få vissa personer som anser att narkotika underlättar deras nöjesaktiviteter att ändra uppfattning. I ett ökande antal länder (Belgien, Danmark, Irland, Italien, Litauen, Nederländerna, Sverige, Storbritannien och Norge) förefaller det finnas intresse från kommunernas sida av att upprätta en närmare kontakt med nöjesbranschen och utveckla metoder för att minska narkotikans tillgänglighet och minska hälsoriskerna i bl.a. dansmusikmiljöer. Riktlinjer för "säkra nattklubsbesök" liknande dem som utarbetats i Storbritannien ⁽⁸⁶⁾ är nu under utveckling i ett antal länder.

⁽⁸⁰⁾ Se tabell TDI-5 (del ii) i statistikbulletinen 2007.

⁽⁸¹⁾ Se tabellerna TDI-4 (del ii) och TDI-5 (del ii) i statistikbulletinen 2007.

⁽⁸²⁾ Se figur TDI-1 (del ii) i statistikbulletinen 2007.

⁽⁸³⁾ Se tabellerna TDI-10, TDI-11 och TDI-102 till TDI-109 i statistikbulletinen 2007.

⁽⁸⁴⁾ Se tabellerna TDI-21 och TDI-25 i statistikbulletinen 2007.

⁽⁸⁵⁾ Se tabellerna TDI-4, TDI-5 (del ii), TDI-24, TDI-116 och TDI-117 i statistikbulletinen 2007.

⁽⁸⁶⁾ Se temakapitlet om drogmissbrukets utveckling i nöjesmiljöer i årsrapporten för 2006.

Bland de vanligaste motåtgärderna mot användning av ecstasy, amfetaminer och andra psykotropa droger märks riktade allmänna informationskampanjer och, i allt större utsträckning, webbplatser. I preventionsstrategierna har man utnyttjat Internet för att skapa kontakter av lågtröskeltyp med ungdomar som använder ecstasy, amfetaminer eller andra psykotropa droger, eller som kan tänkas överväga att använda dessa droger. I många medlemsstater sker upplysning och prevention via webbplatser som är avsedda att främja kritiskt tänkande bland ungdomar om det egna konsumtionsbeteendet. Dessa webbplatser ger råd bl.a. om "smarta" sätt att gå ut och roa sig, säkert sex,

trafikrisker, hälsosam kost, "partyturism" och rättsliga frågor (Belgien) ⁽⁸⁷⁾.

Missbruksbehandling

Behandling för missbrukare av ecstasy, amfetaminer och andra psykotropa droger ges i allmänhet av inrättningar för missbruksbehandling som vänder sig till personer med problemmissbruk eller av mer specialiserade inrättningar för missbrukare av kokain och andra stimulantia. Mer information om missbruksbehandlingen i EU finns i kapitel 2 och kapitel 5.

⁽⁸⁷⁾ Länkar till vissa av dessa finns på Internet (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5575>).



Kapitel 5

Kokain och crack-kokain

I och med att konsumtionen av kokain har ökat, har användningen av denna drog kommit att bli en central fråga för den europeiska narkotikapolitiken. Mot bakgrund av kokainets allt större betydelse tas olika mönster för kokainanvändning upp mer utförligt i temakapitlet om kokain i årsrapporten för 2007.

Tillgång och tillgänglighet ⁽⁸⁸⁾

Produktion och handel

Kokain är den illegala drog som är föremål för den näst mest omfattande handeln i världen, efter cannabis. De globala beslagen av kokain har ökat även 2005 till sammanlagt 756 ton. De största kokainmängderna beslagts i Sydamerika, med Nordamerika på andra plats.

Colombia är fortfarande den utan konkurrens största källan till illegal koka i världen; därefter kommer Peru och Bolivia (UNODC, 2007). Det mesta av det kokain som beslagts i Europa kommer från Sydamerika, antingen direkt eller via Centralamerika, Västindien och Västafrika.

Den främsta vägen in till Europa är fortfarande Iberiska halvön, och Portugal verkar spela en allt viktigare roll. Kokain direktimporteras även till andra länder; Nederländerna är fortfarande ett betydelsefullt införselland. Både Spanien och Nederländerna anses vara framträdande distributionscentrum för drogen. Import från utomeuropeiska länder rapporteras också av ett antal andra länder, däribland Belgien, Tyskland, Frankrike och Storbritannien. Dessutom kan det tänkas att distributionen är på väg att diversifieras – det kommer rapporter om ökad aktivitet genom östra och centrala Europa, och både EU-länderna och grannländerna uppges nu ibland fungera som sekundära transitländer.

Beslag

År 2005 gjordes det uppskattningsvis 70 000 kokainbeslag motsvarande totalt 107 ton i Europa. De flesta beslagen gjordes även detta år i västeuropeiska länder, särskilt

i Spanien, som står för ungefär hälften av beslagen och hälften av de beslagtagna mängderna i Europa ⁽⁸⁹⁾. Under perioden 2000–2005 skedde det sammantaget på europeisk nivå en ökning av både antalet kokainbeslag och de beslagtagna mängderna ⁽⁹⁰⁾. Detta berodde i huvudsak på markanta ökningarna i Spanien och Portugal. År 2005 tog Portugal över efter Nederländerna som det europeiska land som står för de näst största kokainbeslagen efter Spanien.

Pris och renhetsgrad

År 2005 varierade det genomsnittliga eller typiska kokainpriset i missbrukarledet avsevärt inom Europa: från 45 till 120 euro per gram, även om de flesta länderna uppgav priser i intervallet 50–80 euro per gram ⁽⁹¹⁾. De inflationsjusterade genomsnittspriserna på kokain uppvisade totalt sett en fallande trend under perioden 2000–2005 i de flesta av de 19 länder som redovisade tillräckliga uppgifter.

Kokainets genomsnittliga eller typiska renhetsgrad i missbrukarledet varierade år 2005 från 20 % till 78 %. De flesta länderna uppgav en renhetsgrad i intervallet 30–60 % ⁽⁹²⁾. Uppgifterna för perioden 2000–2005 tyder på att kokainets genomsnittliga renhetsgrad totalt sett har sjunkit i de flesta av de 21 länder som redovisade uppgifter.

Prevalens och mönster för kokainanvändning

Kokain är nu den näst vanligaste illegala drogen efter cannabis i många EU-medlemsstater liksom i EU som helhet. Att döma av nyare nationella befolkningsenkäter i EU och Norge har uppskattningsvis över 12 miljoner européer använt kokain minst en gång (livstidsprevalens). Detta motsvarar nästan 4 % av alla vuxna personer ⁽⁹³⁾. De redovisade nationella uppgifterna om livstidsprevalensen för kokainanvändning varierar från 0,2 % till 7,3 %; tre länder uppgav värden över 5 % (Spanien, Italien och Storbritannien) ⁽⁹⁴⁾.

Minst 4,5 miljoner européer uppgav sig ha använt kokain under det senaste året (i genomsnitt 1,3 %).

⁽⁸⁸⁾ Se "Talkning av uppgifter om beslag och annan marknadsinformation", s. 37.

⁽⁸⁹⁾ Detta bör kontrolleras mot de uppgifter för 2005 som nu saknas när de blir tillgängliga. I skattningsarbetet ersattes saknade uppgifter för 2005 med uppgifter för 2004.

⁽⁹⁰⁾ Se tabellerna SZR-9 och SZR-10 i statistikbulletinen 2007.

⁽⁹¹⁾ Se tabell PPP-3 i statistikbulletinen 2007.

⁽⁹²⁾ Se tabell PPP-7 i statistikbulletinen 2007.

⁽⁹³⁾ Information om beräkningsmetoden finns i fotnot (30).

⁽⁹⁴⁾ Se tabell GPS-8 i statistikbulletinen 2007.

Tolvmånadersprevalensen för kokain varierar från 0,1 % i Grekland till 3,0 % i Spanien; även Italien och Storbritannien redovisar prevalensvärden över 2 % ⁽⁹⁵⁾. Skattningar baserade på enkäter tyder på att 2 miljoner européer (i genomsnitt 0,6 %) har använt kokain under den senaste månaden ⁽⁹⁶⁾.

Prevalensen för användning av kokain, liksom andra illegala droger, är högre bland unga vuxna (15–34 år). Omkring 7,5 miljoner unga vuxna européer (i genomsnitt 5,3 %) har använt drogen minst en gång i livet, och fem länder redovisar en livstidsprevalens på 5 % eller mer (Tyskland, Italien, Danmark, Spanien och Storbritannien) ⁽⁹⁷⁾. Skattningarna av hur många som har använt kokain på senare tid ⁽⁹⁸⁾ tyder på att av de 3,5 miljoner (2,4 %) unga vuxna som har använt kokain under det senaste året, har 1,5 miljoner (1 %) gjort detta under den senaste månaden.

Bland skolelever är de övergripande prevalensvärdena för kokainanvändning mycket lägre än motsvarande värden för cannabis. I de flesta länderna är det 2 % eller mindre av de 15–16-åriga eleverna som någon gång har använt kokain. Bara Spanien och Storbritannien kommer upp i en livstidsprevalens på 6 % ⁽⁹⁹⁾. Uppgifter om 17–18-åriga elever från 16 länder visar att den skattade livstidsprevalensen för kokain är betydligt högre i denna äldre åldersgrupp i Spanien, även om preliminära uppgifter för detta land tyder på att en minskning skett på sista tiden ⁽¹⁰⁰⁾. I de flesta av de 15 övriga länderna är prevalensen högre bland de äldre eleverna men skillnaden mindre anmärkningsvärd. Det bör dock noteras att värdena för tolv månaders- och en månadsprevalensen ligger mycket lägre.

Användningen av kokain är inte begränsad till vissa samhällsgrupper, men användningen av drogen bland socialt integrerade unga vuxna i nöjesmiljöer kan nå nivåer som ligger högre än de som rapporteras från enkäter som avser befolkningen i allmänhet. I undersökningar av dansmusikmiljöer i flera europeiska länder har man kommit fram till en livstidsprevalens för användning av kokain på mellan 10 % och 75 % ⁽¹⁰¹⁾.

Mönstren för kokainanvändningen varierar stort mellan olika grupper. De socialt integrerade personer som använder kokain brukar oftast sniffa drogen. Många använder även andra ämnen, t.ex. alkohol, tobak, cannabis och andra stimulantia än kokain ⁽¹⁰²⁾. En sådan kombination av olika droger kan leda till förhöjda hälsorisker.

Totalt sett är crack-kokain fortfarande ganska ovanligt i Europa. Användningen är koncentrerad till marginaliserade och exkluderade undergrupper i vissa städer. Kokainrökare står dock för en avsevärd andel av önskemålen om behandling, även om de fortfarande utgör en minoritet. Bland personer som inte injicerar andra droger förefaller det inte vara vanligt att injicera kokain, inte ens bland behandlingssklienter (se nedan). Det har dock kommit ett ökande antal rapporter om att personer som injicerar heroin även injicerar kokain eller blandningar av kokain och heroin.

Skattningar av prevalensen för problematiskt kokainmissbruk ⁽¹⁰³⁾ finns bara för tre länder (Spanien, Italien och Storbritannien). De skattningar som gjorts i dessa länder ligger i intervallet 3–6 personer med ett problematiskt kokainmissbruk per tusen vuxna invånare (i åldern 15–64 år) ⁽¹⁰⁴⁾.

Trender för användningen av kokain

De tecken på en stabilisering av kokainanvändningen bland unga vuxna som noterades i årsrapporten för 2006 får inte stöd av de senaste uppgifterna. Ökningar av tolv månadersprevalensen för kokain bland 15–34-åringar har uppmätts i alla länder som redovisat nyare enkätuppgifter, även om det kanske sker en viss utplaning i Spanien och Storbritannien (England och Wales) – de medlemsstater som har den högsta prevalensen. Anmärkningsvärda ökningar rapporterades även av Italien och Danmark (figur 7).

Genom att analysera uppgifter från länder som har längre tidsserier och avsevärda prevalensvärden kan man upptäcka trender inom delgrupper av befolkningen. I både Spanien och Storbritannien var prevalensökningen i allmänhet större bland män än bland kvinnor. Den redovisade ökningen av tolv månadersprevalensen för kokain i Spanien sedan 2001 kan tillskrivas en ökad användning bland 15–24-åringar snarare än i hela gruppen 15–34-åringar.

Det har framförts en teori som går ut på att andra stimulantia kanske i viss mån har "ersatts" av kokain i några europeiska länder ⁽¹⁰⁵⁾. Uppgifter från enkäter bland ungdomar på dansmusikkulor måste behandlas med försiktighet eftersom urvalet är så höggradigt selektivt. Trots detta kan sådana uppgifter ge en möjlighet att få insikt i hur personer som regelbundet konsumerar narkotika beter sig, och undersökningar från Nederländerna tyder på att kokain

⁽⁹⁵⁾ Se tabell GPS-10 i statistikbulletinen 2007.

⁽⁹⁶⁾ Se tabell GPS-12 i statistikbulletinen 2007.

⁽⁹⁷⁾ Se tabell GPS-9 i statistikbulletinen 2007.

⁽⁹⁸⁾ Se tabellerna GPS-11 och GPS-13 i statistikbulletinen 2007.

⁽⁹⁹⁾ Se tabell EYE-3 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹⁰⁰⁾ Se tabell EYE-2 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹⁰¹⁾ Se temakapitlet om drogmissbrukets utveckling i nöjesmiljöer i årsrapporten för 2006.

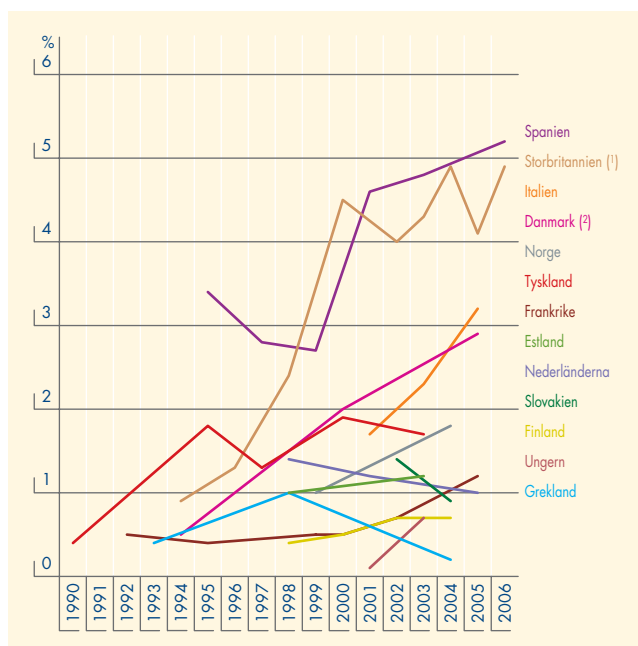
⁽¹⁰²⁾ Se figur 15 i årsrapporten för 2006.

⁽¹⁰³⁾ Definieras som att en person använder kokain under längre tid och/eller gör detta regelbundet och/eller injicerar drogen.

⁽¹⁰⁴⁾ Se tabell PDU-2 i statistikbulletinen 2007 och temakapitlet om kokain i årsrapporten för 2007.

⁽¹⁰⁵⁾ Se kapitel 4 i denna rapport.

Figur 7: Trender för tolv månadersprevalensen för användning av kokain bland unga vuxna (15–34 år)



(1) England och Wales.

(2) Det danska värdet för 1994 avser "tung narkotika".

Anm.: Uppgifterna kommer från de senaste nationella enkäter som fanns att tillgå i respektive land vid redovisningstidpunkten. Mer information finns i tabell GPS-4 i statistikbulletinen 2007.

Källa: Nationella Reitox-rapporter (2006), hämtat från befolkningsenkäter, rapporter eller vetenskapliga artiklar.

i några kommuner har gått förbi ecstasy och blivit den vanligaste typen av stimulantia bland klubbbesökarna; kokain har också blivit mer accepterat i vissa grupper.

Kokain: uppgifter om efterfrågan på behandling

Efter opiat och cannabis är kokain den drog som oftast uppges som skäl till att påbörja missbruksbehandling i Europa. År 2005 rapporterades ungefär 48 000 önskemål om behandling med kokain som primär drog, vilket motsvarar omkring 13 % av alla rapporterade önskemål om behandling i EU⁽¹⁰⁶⁾; kokain uppges också som sekundär drog av ungefär 15 % av alla öppenvårdsklienter⁽¹⁰⁷⁾. Dessa genomsnittsvärden döljer en stor variation mellan olika länder. De flesta länderna uppger att kokainmissbrukarna utgör en liten andel av klienterna i missbruksbehandling, medan uppgifter om en stor andel kokainmissbrukare bland klienterna kommer från Nederländerna (35 %) och Spanien (42 %, år 2004). Bland dem som får behandling för första gången är andelen kokainklienter större – omkring 22 % av

alla nya önskemål om behandling (33 000 individer, baserat på uppgifter från 22 länder) uppges vara kokainrelaterade.

Under de föregående åren har ECNN rapporterat om en stigande trend när det gäller klienter som söker behandling för kokainmissbruk, och denna trend fortsätter. Mellan 1999 och 2005 ökade andelen av alla nya klienter som sökte behandling för kokainmissbruk från 11 % till 24 %, och antalet rapporterade fall steg från 13 000 till 33 000⁽¹⁰⁸⁾. En mer detaljerad analys av trenderna när det gäller efterfrågan på behandling för kokainmissbruk redovisas i temakapitlet om kokain i årsrapporten för 2007.

De europeiska uppgifterna om narkotikamissbrukare som påbörjar behandling för primärt kokainmissbruk avser i huvudsak pulverkokain (85 %); bara 15 % avser crack-kokain. Nästan all rapporterad behandling för kokainberoende sker inom öppenvården (94 %)⁽¹⁰⁹⁾. Det bör dock noteras att de befintliga uppgifterna är ofullständiga när det gäller efterfrågan på sådan kokainbehandling som ges inom slutenvården och av allmänpraktiserande läkare.

De kokainklienter som kommer till öppenvården uppges vara de äldsta narkotikaklienterna efter opiatmissbrukarna; medelåldern ligger på 31 år⁽¹¹⁰⁾. De är övervägande män – kvoten mellan män och kvinnor är en av de högsta bland olika kategorier av narkotikaklienter (det går nästan fem män på varje kvinna bland samliga klienter, och bland nya klienter går det sex män på varje kvinna)⁽¹¹¹⁾. De flesta av kokainmissbrukarna i öppenvårdsbehandling började använda drogen när de var mellan 15 och 24 år gamla⁽¹¹²⁾.

Kokainbehandling

Utbudet i Europa av specialiserad behandling för personer med ett problematiskt kokain- eller crackmissbruk är fortfarande begränsat, och som noterats ovan står Spanien och Nederländerna i nuläget för majoriteten av de rapporterade fallen av kokainbehandling. I de länder där det finns ett betydande antal personer som använder kokain förefaller det dock finnas ett tilltagande intresse för att erbjuda specialiserad behandling. Däremot uppges tillhandahållande av specifik kokainbehandling inte vara någon prioriterad fråga i de länder där prevalensen är låg, vilket naturligtvis är föga förvånande. Till skillnad från i fallet med opiatbehandling, där målgruppen är relativt homogen, ställs kokainbehandlingssektorn i Europa inför en utmaning i och med att den måste kunna erbjuda insatser för ett bredare spektrum av missbrukare. Bland de primära kokainmissbrukarna är sniffning den konsumtionsmetod som oftast uppges av klienterna inom öppenvården. Rökning eller inandning kommer på andra plats, och relativt få klienter (under 10 %) uppges att de injicerar drogen. Bland dem

⁽¹⁰⁶⁾ Se figur TDI-2 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹⁰⁷⁾ Se tabell TDI-22 (del i) i statistikbulletinen 2006.

⁽¹⁰⁸⁾ Se figur TDI-1 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹⁰⁹⁾ Se tabellerna TDI-24 och TDI-115 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹¹⁰⁾ Se tabell TDI-10 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹¹¹⁾ Se tabell TDI-21 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹¹²⁾ Se tabell TDI-11 (del i) till (del iv) i statistikbulletinen 2007.

som får behandling för första gången är injicering ännu ovanligare (5 %) ⁽¹¹³⁾. Omkring 16 % av kokainklienterna uppger sig ha använt drogen i kombination med opiat; i några länder är det vanligt att klienter som behandlas för opiatproblem även använder kokain, åtminstone ibland.

Behandlingsvården kommer därför sannolikt att ställas inför uppgiften att erbjuda vård till tre grupper som enkelt uttryckt kan beskrivas på följande sätt: dels socialt mer integrerade kokainmissbrukare som även kan ha ägnat sig åt regelbundet blandmissbruk av bl.a. alkohol i nöjessyfte, dels kokainmissbrukare som även kan ha opiatproblem, dels i hög grad marginaliserade personer med ett problematiskt missbruk av crack-kokain.

Behoven hos dessa tre grupper lär vara olika och kräva att vårdgivarna arbetar på olika sätt. Det mesta av den rapporterade kokainbehandlingen i Europa sker inom öppenvården, som i många fall lär vara inriktad mot behoven hos opiatmissbrukare. Det kan ifrågasättas hur attraktiv sådan vård är för relativt välintegrerade kokainmissbrukare som har utvecklat problem genom sin användning av kokain i nöjessyfte. Dessutom är det sannolikt att en del personer i den här gruppen kommer att söka hjälp antingen via allmänna vårdinrättningar som allmänläkare eller kuratorer och liknande eller – om de kan – via privata specialistkliniker.

Till skillnad från vad som är fallet för opiatbehandling finns det ett begränsat antal alternativ när det gäller läkemedelsbaserad behandling av kokainmissbruk, även om man med hjälp av receptbelagda läkemedel kan lindra vissa symptom av missbruket. I nuläget finns det inget läkemedel som kan hjälpa missbrukare att sluta använda kokain eller låta bli att börja på nytt – även om det kan tänkas komma fram några sådana alternativ i framtiden. Fokus i Europa läggs på att göra psykosociala insatser, som huvudsakligen bygger på kognitiva och beteenderelaterade arbetsmetoder. En ingående och utförlig genomgång av alternativen för kokainbehandling finns i temakapitlet om kokain i årsrapporten för 2007 och i en litteraturgenomgång som ECNN har gjort (ECNN, 2007b).

Att problemen med crack-kokain har så låg prevalens och är så geografiskt begränsade i Europa innebär att erfarenheterna av att tillgodose behoven hos denna grupp av narkotikamissbrukare är avsevärt mindre. Det finns en omfattande vetenskaplig litteratur som bygger på de amerikanska erfarenheterna av problemen med crack-kokain, men det är fortfarande oklart i vilken mån dessa erfarenheter kan överföras direkt till europeiska förhållanden.

I Storbritannien, som jämfört med andra europeiska länder redovisar ett relativt omfattande problematiskt crackmissbruk, har man utarbetat riktlinjer för behandlingspersonal där det rekommenderas att crackbehandling bör ges inom ramen för strukturerade program för missbruksbehandling som innefattar avhållsamhet och åtgärder för att minimera

skadeverkningarna (NTA, 2002). En nyligen gjord utvärdering av behandlingsvården i Storbritannien visade också på en del positiva resultat bland crack-klienter som fick vård på behandlingshem (Weaver, 2007).

Åtgärder för att minska risker och skadeverkningar

Personer som använder kokain i nöjessyfte riskerar inte bara att bli beroende av drogen utan löper också risk att drabbas av problem som beror på att kokainet samspelar med andra droger eller med befintliga hjärt-kärlproblem. De flesta europeiska länderna uppger att personer som använder kokain kan få information om drogen och riskerna med att använda den från olika källor, bl.a. webbplatser, hjälptelefonlinjer och andra medier. Det är intressant att notera att den europeiska stiftelsen för hjälptelefonlinjer på narkotikaområdet (FESAT) redovisar en ökning av antalet samtal om kokain under 2005 och 2006 ⁽¹¹⁴⁾.

Användningen av kokain kan också vara knuten till sexuella högriskaktiviteter eller till verksamhet i sexindustrin. I vissa undersökningar har det rapporterats att kvinnor som använder crack-kokain kan vara särskilt utsatta och ägna sig åt sexuella högriskbeteenden i utbyte mot antingen pengar eller droger, och i vissa länder arbetar programmen för minskning av skadeverkningar och de uppsökande programmen specifikt med prostituerade och inriktar sig då på både sexuella och narkotikakonsumtionsrelaterade riskbeteenden.

De som använder crack-kokain är visserligen få, men de löper sannolikt en särskilt hög risk att drabbas av problem, och det kan vara svårt att få dem att acceptera behandling och andra insatser. I några städer med betydande crackproblem har man i program för att minska skadeverkningarna försökt ingripa genom att erbjuda uppsökande verksamhet, insatser i krislägen, hjälp vid akuta medicinska problem och remittering till strukturerad vård. I Wien tillhandahåller exempelvis öppenvården rum där kokain- och crackmissbrukare som ofta lider av ångest kan känna sig trygga, och man erbjuder också grundläggande sjukvård och remittering till annan vård. I de länder som erbjuder konsumtionsrum för injektionsmissbrukare har man ibland utökat denna tjänst till att även omfatta crackmissbrukare; i Tyskland finns det exempelvis särskilda lokaler för crackrökare i både Frankfurt och Hamburg.

De metoder som används för att minska skadeverkningarna bland injektionsmissbrukare av kokain skiljer sig i allmänhet inte från de metoder som används när det gäller andra injektionsmissbrukare (se kapitel 8), även om det finns några undersökningar som tyder på att missbrukare av stimulantia injicerar oftare och därför kan löpa större risk. Det finns också särskilda risker med att injicera crack-kokain om det har beretts på ett felaktigt sätt.

⁽¹¹³⁾ Se tabell TDI-17 (del ii) och (del vi) samt tabell TDI-110 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹¹⁴⁾ Se Internet (<http://www.fesat.org/>).

**Kokain och crack-kokain: ett växande folkhälsoproblem
– ECNN:s årsrapport 2007, temakapitel**

På senare år har det framkommit tecken på att användningen av kokain är ett växande problem i Europa. Detta temakapitel visar att det i vissa europeiska länder har skett en markant ökning av kokainanvändningen, av efterfrågan på behandling för kokainmissbruk och av kokainbeslagen. Risker för att kokainanvändningen ska få allvarliga folkhälsokonsekvenser

diskuteras. Särskild uppmärksamhet ägnas åt kokainets hälsoeffekter, som ofta inte täcks in på ett bra sätt av de befintliga rapporteringssystemen. Temakapitlet behandlar utförligt de problem som finns när det gäller att tillhandahålla effektiv behandling för beroende av kokain och crack-kokain, något som har visat sig vara särskilt svårt inte minst på grund av att det finns så olikartade kategorier av kokainmissbrukare med olika behov.

Detta temakapitel finns enbart på engelska. Det finns i tryckt version och på Internet (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



Kapitel 6

Opiatmissbruk och injektionsmissbruk

Tillgången på och tillgängligheten för heroin ⁽¹¹⁵⁾

I Europa har importerat heroin historiskt sett uppträtt i två former: det vanligt förekommande bruna heroinet (den kemiska basformen), som främst kommer från Afghanistan, och det ovanligare och dyrare vita heroinet (en saltform), som brukar ha sitt ursprung i sydöstra Asien. Det vita heroinet förekommer dock nu allt mer sällan. Det framställs också en mindre mängd opiatdroger i Europa, men år 2005 inskränkte sig detta i huvudsak till småskalig produktion av hemmagjorda vallmoprodukter (t.ex. "poppy straw", ett vallmokoncentrat som framställs av krossade stjälkar eller frukter av vallmo) i ett antal östeuropeiska länder (Lettland, Litauen och Polen).

Produktion och handel

Största delen av det heroin som konsumeras i Europa framställs i Afghanistan, som fortfarande är världens ledande leverantör av illegalt opium, med Myanmar på andra plats. Man uppskattar att omkring 6 610 ton opium producerades 2006, varav 92 % framställdes i Afghanistan. Detta motsvarar en ökning med 43 % jämfört med skattningen för 2005, något som beror på att odlingsarealen har ökat väsentligt. Den potentiella globala heroinproduktionen år 2006 uppskattades till 606 ton, att jämföra med bara 472 ton år 2005 (UNODC, 2007). Opiatbeslagen och oskadliggörandet av laboratorier verkar tyda på att det opium som produceras i Afghanistan i allt större utsträckning omvandlas till morfin eller heroin innan det exporteras (CND, 2007).

Heroinet förs in i Europa längs två huvudsakliga handelsvägar. Den sedan länge betydelsefulla Balkanrutten, som också är den kortaste, spelar fortfarande en ytterst viktig roll för heroinsmugglingen. Efter att ha passerat genom Pakistan, Iran och Turkiet delar sig denna rutt i en sydlig gren, som går genom Grekland, f.d. jugoslaviska republiken Makedonien, Albanien, Italien, Serbien och Montenegro samt Bosnien och Hercegovina, och en nordlig gren, som går genom Bulgarien, Rumänien, Ungern, Österrike, Tyskland och Nederländerna, där Nederländerna fungerar som

centrum för sekundärdistribution till andra västeuropeiska länder. Sedan mitten av 1990-talet har allt mer heroin (men mindre än via Balkanrutten) smugglats till Europa längs "silkesvägen" via de centralasiatiska republikerna, Kaspiska havet och Ryssland, Vitryssland eller Ukraina till Estland, Lettland, vissa av de nordiska länderna, Tyskland och Bulgarien. Även om dessa rutter är de viktigaste har också en del länder på Arabiska halvön (Oman och Förenade Arabemiraten) blivit transitländer för heroinleveranser från sydvästra och sydöstra Asien (INCB, 2006), och en del av heroinet smugglas sedan vidare genom östra Afrika (Etiopien, Kenya och Mauritius), och ibland även genom västra Afrika (Nigeria), för att därefter transporteras till de illegala marknaderna i Europa och, i mindre utsträckning, Nordamerika (INCB, 2007a). Det finns också rapporter om att heroin från sydvästra Asien smugglas till Europa via länder i södra och östra Asien (Indien, Bangladesh, Sri Lanka och Kina).

Beslag

År 2005 beslagtogs 342 ton opium, 32 ton morfin och 58 ton heroin i världen som helhet. Asien (Kina, Afghanistan, Iran och Pakistan) stod även detta år för de största beslagtagna heroinmängderna på global nivå (54 %), med Europa på andra plats (38 %) (UNODC, 2007).

Uppskattningsvis 52 000 beslag i EU-medlemsstaterna, kandidatländerna och Norge under 2005 resulterade i att omkring 16,8 ton heroin beslagtogs. Storbritannien (baserat på uppgifter för 2004) fortsatte att svara för det största antalet heroinbeslag i Europa, och därefter kom Spanien, Tyskland och Grekland. Den största mängden beslagtogs i Turkiet, som stod för nästan hälften av den totala beslagtagna mängden 2005 (med Storbritannien, Italien och Nederländerna på platserna därefter) ⁽¹¹⁶⁾. Heroinbeslagen uppvisar totalt sett en minskning mellan 2000 och 2003 men har, att döma av de tillgängliga uppgifterna, ökat sedan dess. Under perioden 2000–2005 har de sammanlagda heroinmängder som beslagtogs i EU-medlemsstaterna fluktuerat inom ramen för en svagt nedåtgående trend, samtidigt som det rapporteras om en stor ökning i Turkiet under samma period ⁽¹¹⁷⁾.

⁽¹¹⁵⁾ Se "Tolkning av uppgifter om beslag och annan marknadsinformation", s. 37.

⁽¹¹⁶⁾ Detta bör kontrolleras mot de uppgifter för 2005 som nu saknas när de blir tillgängliga. I skattningsarbetet ersattes saknade uppgifter för 2005 med uppgifter för 2004.

⁽¹¹⁷⁾ Se tabellerna SZR-7 och SZR-8 i statistikbulletinen 2007.

Pris och renhetsgrad

Möjligheterna att se trender i fråga om såväl pris som renhetsgrad begränsas av att det råder brist på enhetliga uppgifter. Därför bygger skattningarna på information från ett begränsat antal länder (¹¹⁸). De flesta länderna rapporterade ett genomsnittligt eller typiskt pris på brunt heroin i missbrukarledet på 35–80 euro per gram. Mellan 2000 och 2005 förefaller de inflationsjusterade genomsnittliga heroinpriserna ha minskat i de flesta av de 18 länder som har redovisat jämförbara uppgifter. Den genomsnittliga eller typiska renhetsgraden för brunt heroin i missbrukarledet uppgavs varierade betydligt; de flesta länderna redovisade värden i intervallet 15–50 %. Renhetsgraden för vitt heroin, i de länder där denna form av drogen fanns att tillgå, tenderade att vara högre (30–70 %). Den genomsnittliga renhetsgraden för heroinprodukter har fluktuerat i de flesta av de 18 uppgiftslämnande länderna sedan 2000.

Skattningar av prevalensen för problematiskt opiatmissbruk

Uppgifterna i detta avsnitt har hämtats från ECNN:s indikator på problematiskt narkotikamissbruk, som främst omfattar skattningar av injektionsmissbruk och opiatmissbruk även om också amfetaminmissbruk är en viktig komponent i några länder (¹¹⁹). Att uppskatta antalet personer med ett problematiskt opiatmissbruk är svårt, och det krävs sofistikerade analyser för att ta fram prevalensskattningar på grundval av de befintliga uppgiftskällorna. Eftersom de flesta undersökningar som har gjorts avser ett begränsat geografiskt område, t.ex. en stad eller ett distrikt, är det svårt att extrapolera till landsomfattande skattningar.

Dessutom försvåras skattningsarbetet av att mönstren för det problematiska narkotikamissbruket i Europa förefaller vara på väg att bli mer olikartade. Blandmissbruksproblem har exempelvis blivit allt mer framträdande i de flesta länderna, och från vissa länder där opiatproblem (nästan uteslutande heroinproblem) har brukat dominera rapporteras nu om förändringar i riktning mot andra droger, t.ex. kokain.

De nyare skattningarna av prevalensen för problematiskt opiatmissbruk på nationell nivå ligger grovt räknat i intervallet 1–6 fall per tusen invånare i åldern 15–64 år. Som jämförelse kan nämnas att den totala prevalensen för problematiskt narkotikamissbruk uppskattas ligga i intervallet 1–8 fall per tusen invånare. Några av de lägsta väldokumenterade skattningarna kommer från nya EU-medlemsstater. Malta har dock redovisat en relativt

hög prevalens (5,8–6,7 fall per tusen invånare i åldern 15–64 år) (figur 8).

Utifrån de begränsade uppgifter som finns kan man räkna fram en genomsnittlig prevalens för problematiskt opiatmissbruk på 4–5 fall per tusen invånare i åldern 15–64 år. Detta motsvarar omkring 1,5 miljoner (1,3–1,7 miljoner) personer med ett problematiskt opiatmissbruk i EU och Norge. Detta är dock skattningar som är långt ifrån säkra; det behövs mer omfattande uppgifter.

Tidstrender för det problematiska opiatmissbruket

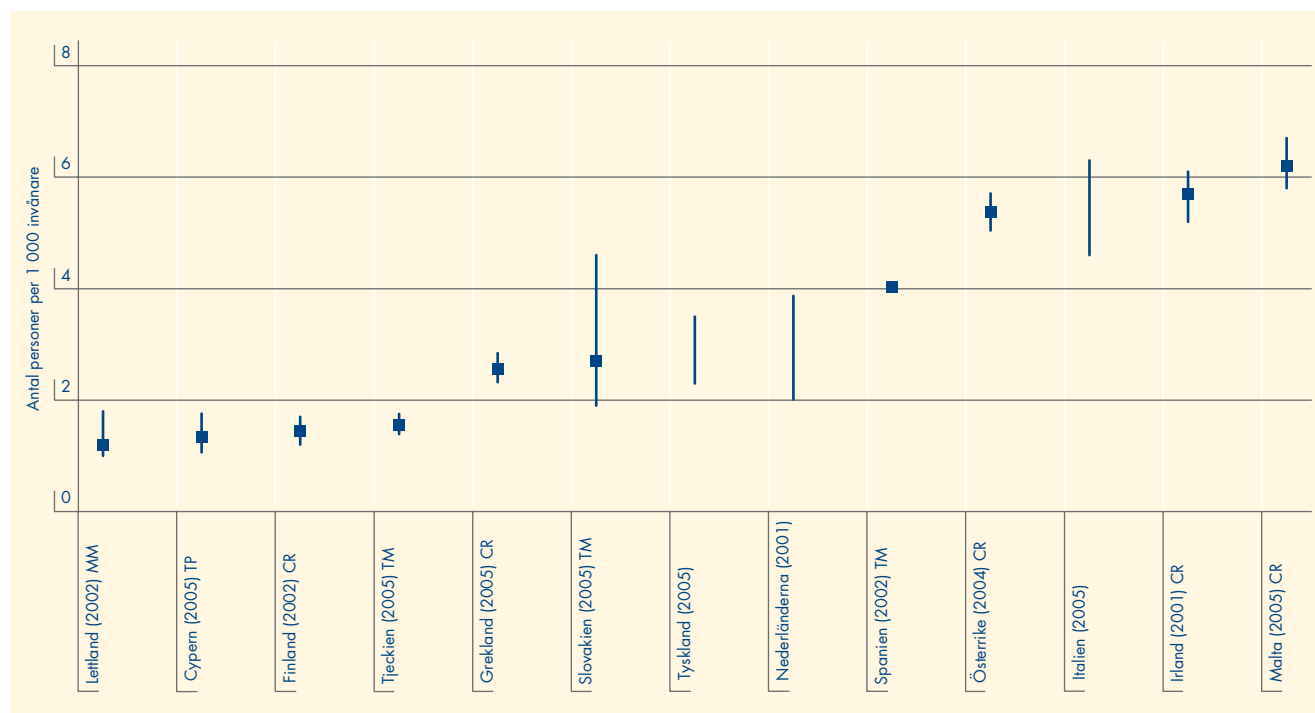
Eftersom det saknas tillförlitliga uppgifter avseende längre tidsperioder är det svårt att bedöma trenderna för det problematiska opiatmissbruket, och de trender som beskrivs bör därför tolkas med försiktighet. Rapporterna från vissa länder tyder på att det problematiska opiatmissbruket i genomsnitt kan ha stabiliserats i någon mån under senare år. Uppgifter från upprepade skattningar av det problematiska opiatmissbruket under perioden 2001–2005 finns bara från åtta länder, men de visar en relativt stabil bild; bara ett land (Österrike) uppvisar en tydlig ökning (¹²⁰).

Trots de allmänna tecknen på att den övergripande trenden i fråga om prevalensen för opiatmissbruk är förhållandevis stabil, finns det indikationer på att heroinbeslagen ökar (se ovan), vilket möjligen kan ha samband med att heroinet har blivit mer tillgängligt på den europeiska marknaden, liksom allt fler rapporter om missbruk av opiater som egentligen skulle ha använts för legitima ändamål men har "avletts". I Italien tyder skattningar av incidensen för heroinmissbruk, vilka baseras på uppgifter om efterfrågan på behandling, på att det har skett en ökning sedan 1998 efter en tids minskning och att det år 2005 tillkom ungefär 30 000 nya heroinmissbrukare. I Österrike har andelen personer under 25 år ökat bland de nya klienterna i substitutionsbehandling, vilket tyder på att det även där är fler unga som drabbas av problem i samband med att opiater som förskrivits av läkare avleds och används på ett okontrollerat sätt. Tjeckien rapporterar också att injektionsmissbruk av ett avlett ämne (i det aktuella fallet buprenorfin) åter har blivit vanligare efter att ha minskat under en tid, och information från Belgien tyder på ökad illegal användning av metadon. De senaste rönen från uppföljningen av den franska lågtröskelvården ger anledning till oro över att buprenorfin används illegalt, även genom att injiceras, och över att det förekommer att ungdomar har inlett sitt problemmissbruk med buprenorfin snarare än heroin. Det finns även uppgifter om att man är orolig för nya undergrupper av unga och marginaliserade injektionsmissbrukare. I Finland förefaller heroin också i stor utsträckning ha ersatts av buprenorfin bland de nya personer som efterfrågar opiatbehandling, och

⁽¹¹⁸⁾ Se tabellerna PPP-2 och PPP-6 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹¹⁹⁾ Den formella definition av "problematiskt narkotikamissbruk" som ECNN använder är "injektionsanvändning eller långvarig/regelbunden användning av opiater, kokain och/eller amfetaminer", men de skattningar som gjorts av det problematiska narkotikamissbruket har främst återspeglat heroinmissbruket. I de få länder som rapporterar ett problematiskt amfetaminmissbruk finns det väldokumenterade skattningar. Däremot är det sällsynt med skattningar av problematiskt kokainmissbruk, och indikatorn på problematiskt narkotikamissbruk lär vara mindre tillförlitlig när det gäller kokain utom i ett fåtal högprevalensländer.

⁽¹²⁰⁾ Se figur PDU-4 (del ii) i statistikbulletinen 2007.

Figur 8: Skattningar av prevalensen för problematiskt opiatmissbruk (antal personer per tusen invånare i åldern 15–64 år), 2001–2005

Anm.: Symbolen anger en punktskattning och linjer anger osäkerhetsintervall för skattningar – antingen 95 %-konfidensintervall eller ett intervall baserat på sensitivitetsanalys (utförlig information finns i tabell PDU-3). Målgrupperna kan variera något beroende på olikheter i skattningsmetoder och uppgiftskällor; jämförelser bör därför göras med försiktighet. Om ingen metod anges representerar linjen intervallet mellan den lägsta nedre gränsen och den högsta övre gränsen för samtliga befintliga skattningar. Skattningsmetoder: CR = fångst-återfångst (*capture-recapture*), TM = multiplikator metod med uppgifter från behandlingsorgan (*treatment multiplier*), TP = trunkerad Poisson (*truncated Poisson*) och MM = multiplikator metod med uppgifter från dödlighetsstatistik (*mortality multiplier*). Mer information finns i tabellerna PDU-1, PDU-2 och PDU-3 i statistikbulletinen 2007.

Källa: Nationella kontaktpunkter.

buprenorfin nämns också allt oftare i rapporter om dödsfall på grund av överdos.

Injektionsmissbruk

Injektionsmissbrukare av narkotika löper stor risk att drabbas av hälsoproblem till följd av sitt narkotikamissbruk, t.ex. blodburna infektioner (bl.a. hiv/aids och hepatit) och narkotikaöverdos. Trots att injektionsmissbruket har stor betydelse för folkhälsan är det i dagsläget få länder som kan redovisa skattningar av injektionsmissbrukets omfattning (figur 9). Att förbättra uppföljningen av denna grupp är därför en viktig uppgift inom ramen för utvecklingen av de europeiska systemen för kontroll av befolkningens hälsotillstånd.

Indirekta skattningar av prevalensen för injektionsmissbruk

De flesta tillgängliga skattningarna av injektionsmissbrukets omfattning bygger antingen på uppgifter om överdosfall med dödlig utgång eller på uppgifter om infektionssjukdomar (t.ex. hiv). Rapporteringen visar på en avsevärd variation mellan olika länder. De nationella skattningarna för perioden 2001–2005 ligger oftast mellan 0,5 och 6 fall per tusen invånare i åldern 15–64 år. Ett undantag är Estland, där en mycket högre skattning på 15 fall per tusen invånare har

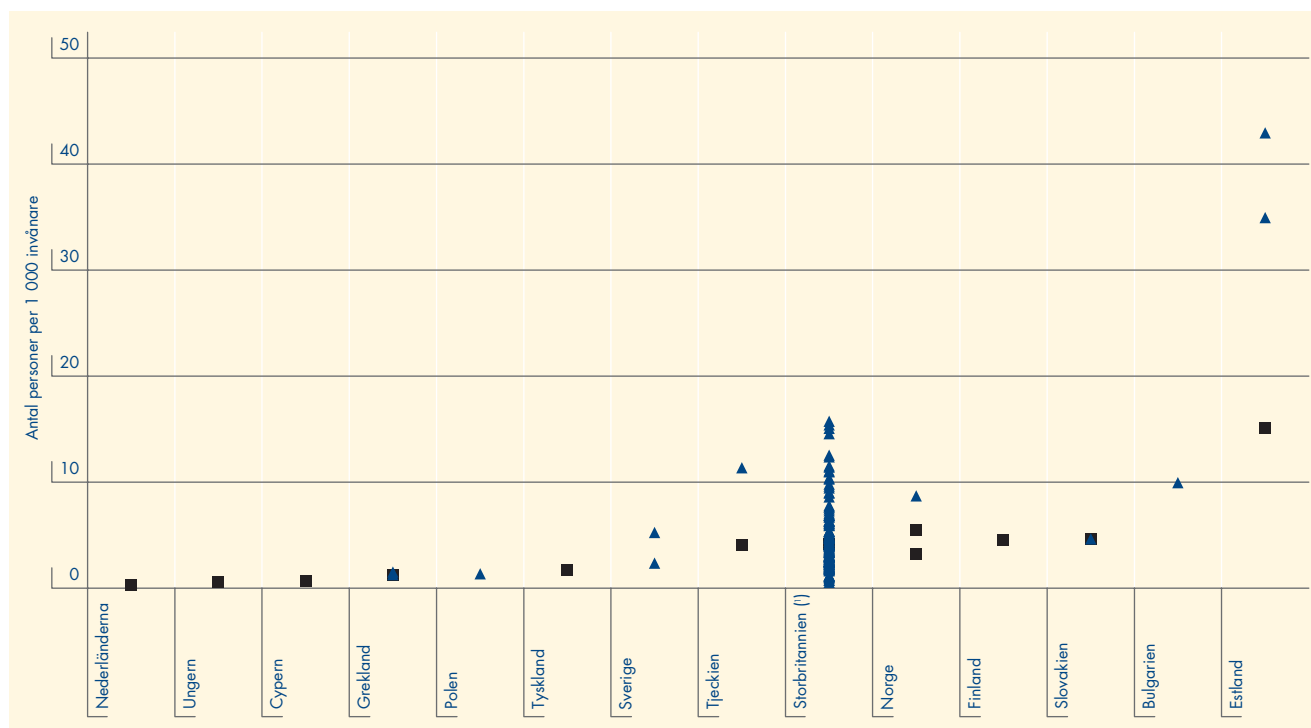
rapporterats. Av övriga länder som kunnat redovisa uppgifter är det Tjeckien, Slovakien, Finland och Storbritannien som har uppgivit de högsta skattningarna, på mellan 4 och 5 fall per tusen invånare i åldern 15–64 år; de lägsta värdena rapporteras av Cypern, Ungern och Nederländerna, som alla ligger under 1 fall per tusen invånare.

Man måste vara försiktig när man extrapolerar från de begränsade uppgifter som finns, men vad uppgifterna tyder på är en genomsnittlig prevalens på mellan 3 och 4 (aktiva) injektionsmissbrukare per tusen vuxna invånare. Detta skulle betyda att det i dagsläget kan finnas omkring 1,1 miljoner (0,9–1,3 miljoner) injektionsmissbrukare i EU och Norge. Det handlar till övervägande delen om personer som injicerar opiater, även om det kan förekomma att de injicerar även andra droger och även om några länder (Tjeckien, Slovakien, Finland och Sverige) redovisar ett betydande problem med injektionsmissbruk av amfetamin eller metamfetamin.

Trender för injektionsmissbruk utifrån uppgifter om efterfrågan på behandling

Bristen på uppgifter gör det svårt att dra slutsatser om trenderna för injektionsmissbruket, även om man kan få vissa insikter om förekomsten av sådant missbruk genom att studera uppgifter om narkotikamissbrukare som påbörjar behandling. Önskemålen om behandling från opiatmissbrukare kan

Figur 9: Skattningar från nationella och subnationella undersökningar av prevalensen för injektionsmissbruk av narkotika (antal personer per tusen invånare i åldern 15–64 år), 2001–2005



(*) Engelska regionala skattningar för 2004/2005.

Anm.: Svart ruta = urval med nationell täckning; blå triangel = urval med subnationell täckning.

Mönstret för de subnationella prevalensskattningarna beror i hög grad på i vilken mån det finns undersökningar och var i respektive land sådana har gjorts. Målgrupperna kan variera något beroende på olikheter mellan undersökningar i skattningsmetoder och uppgiftskällor; jämförelser bör därför göras med försiktighet.

Utförligare information finns i tabellerna PDU-1, PDU-2 och PDU-3 i statistikbulletinen 2007.

Källa: Nationella kontaktpunkter.

exempelvis ge en antydning om hur missbruksmönstren i hela gruppen ser ut. Uppgifterna om andelen injektionsmissbrukare bland samtliga primära heroinmissbrukare som påbörjat missbruksbehandling (2001–2005) visar att det finns markanta skillnader mellan länder när det gäller hur vanligt injektionsmissbruk är. Totalt sett tyder dessa uppgifter på att injektionsmissbruk kan vara på väg att bli mindre populärt. Minskningar har observerats i Danmark, Irland, Grekland, Ungern, Storbritannien och Turkiet. I några länder (Spanien, Nederländerna och Portugal) är det nu en relativt liten andel av heroinmissbrukarna i behandling som är injektionsmissbrukare. Bilden är dock inte densamma överallt. I flera av de nya medlemsstaterna verkar exempelvis injicering fortfarande vara det dominerande sättet att tillföra heroin. Det bör noteras att trenderna för injektionsmissbruket bland personer som inte använder heroin kan se annorlunda ut.

Behandling av opiatberoende

Underhållsbehandling

Det finns nu en förhållandevis solid faktabas, inbegripet uppgifter från undersökningar av behandlingsutfall och från kontrollerade prövningar, som visar att

substitutionsbehandling med läkemedel har effekt vid behandling av beroende av heroin eller andra opiater (en genomgång finns i Gossop, 2006). Positiva effekter har påvisats i fråga om minskad användning av illegala droger, minskad förekomst av beteenden som innebär hälsorisker, minskad brottslighet och förbättring av patienternas förmåga att fungera i samhället. Utöver förskrivning av läkemedel innefattar substitutionsbehandlingsprogram oftast även andra insatser som ska understödja beteendeförändringar. Generellt råder det en samsyn om att det är god praxis att integrera programmen i en vidare ram bestående av medicinsk vård och socialt stöd.

Förskrivningspraxis vid substitutionsbehandling i Europa

Under de senaste femton åren har det skett en omfattande utbyggnad av behandlingen för heroinberoende i EU. Enligt de tillgängliga uppgifterna beror detta främst på att utbudet av substitutionsbehandling i EU-15-länderna har mer än sjudubblats sedan 1993.

Metadon är utom i fem länder (Tjeckien, Frankrike, Lettland, Finland och Sverige) det klart vanligaste läkemedlet i substitutionssammanhang och står för omkring 72 % av all substitutionsbehandling⁽¹²¹⁾. I allmänhet

⁽¹²¹⁾ Se tabellerna HSR-7, HSR-9 och HSR-11 i statistikbulletinen 2007.

Kvalitetssäkring och substitutionsbehandling

Hur effektiv en insats är beror på kvaliteten hos den vård som ges. Det har uttryckts oro över att en del program för substitutionsbehandling håller dålig kvalitet på grund av att man fokuserar alltför mycket på förskrivning av läkemedel och inte ägnar tillräcklig uppmärksamhet åt att erbjuda ett mer heltäckande paket av socialt och medicinskt stöd. Även följande aspekter har fått kritik: brist på tillräcklig klinisk övervakning, dålig förskrivningspraxis som leder till att läkemedel avleds till den illegala marknaden samt lågdosbehandlingsprogram som inte ligger i linje med de kliniska bevisen för effekt (Loth m.fl., 2007; Schifano m.fl., 2006; Strang m.fl., 2005).

I många länder har man tagit allvarligt på denna oro. Danmark, Tyskland och Storbritannien rapporterar alla om pågående översyner med målet att förbättra den vård som ges. I Danmark har man också nyligen slutfört ett treårigt projekt med syftet att dokumentera effekterna av det bredare psykosociala stöd som ges inom ramen för substitutionsbehandling och att testa olika processer för kvalitetssäkring.

I Tyskland har man nyligen i två olika undersökningar studerat praxis vid substitutionsbehandling. Den ena undersökningen (COBRA) avsåg möjligheterna att förbättra vården medan den andra (ASTO) ägnades åt kvalitetssäkringsfrågor och resulterade i en ny handbok för yrkesverksamma läkare. I Storbritannien genomfördes nyligen en granskning i England där man analyserade praxis för förskrivning och klinisk vård samt bedömde i vilken mån de gällande kliniska riktlinjerna följdes.

Att det finns nationella kliniska riktlinjer, normer och behandlingsanvisningar har stor betydelse för möjligheterna att garantera kvaliteten på substitutionsbehandlingen. Nationella kliniska riktlinjer och behandlingsanvisningar uppges vara under utarbetande eller revidering i Danmark, Irland, Ungern, Portugal, Storbritannien och Norge, och i Slovakien publicerades riktlinjer för förvaltning av metadonbehandling år 2004. I Nederländerna sker numera underhållsbehandling i allt större utsträckning enligt medicinska behandlingsnormer, och tillförseln av metadon övervakas under den första behandlingsfasen. I Österrike utarbetades under 2005 två förordningar som fastställer ramen för läkemedelsassisterad behandling. Syftet är att förbättra substitutionsbehandlingen, och förordningarna innehåller regler för åtgärder avseende övervakad konsumtion och regler för läkare verksamma på området.

Ett nationellt uppföljningssystem för rapportering om klienter i program för substitutionsbehandling ger också information som är användbar när man ska bedöma vårdens kvalitet och tillgänglighet. I dagsläget uppges 17 medlemsstater att det finns sådana system, och nationella substitutionsregister är under uppbyggnad i Belgien och Luxemburg medan man i Tjeckien håller på att bygga ut det befintliga registret till att omfatta alla hälsovårdscentrum.

är metadonbehandlingen knuten till specialiserade öppenvårdscentrum, men i vissa länder kan sådan behandling även ges av allmänpraktiserande läkare eller, när patienterna har stabiliserats, inom den lokala primärvården. Varifrån klienterna får metadonet varierar. Ibland är det bara specialistcentrumen som erbjuder tillgång till läkemedlet, som patienterna då måste ta under övervakning. I några länder, bl.a. Storbritannien, spelar även apoteken en viktig roll och det kan vara tillåtet med recept som innebär att patienten får med sig läkemedel hem.

På senare år har det funnits intresse inom EU för andra läkemedel som kan användas vid behandling av narkotikaberoende, och i synnerhet har det blivit vanligare att man använder buprenorfin. Gruppen av europeiska länder som tillåter underhållsbehandling med buprenorfin vid specialiserade enheter utökades under 2005 med Slovenien och i maj 2006 med Malta⁽¹²²⁾. I nuläget är det bara i Bulgarien, Ungern, Polen och Rumänien som detta behandlingsalternativ inte står till buds.

En anledning till intresset för att använda buprenorfin är att man kan hävda att detta är ett lämpligare läkemedelsalternativ än metadon inom den lokala primärvården. Detta är dock en komplicerad fråga, som diskuteras utförligt i temakapitlet om buprenorfin i årsrapporten för 2005. I de flesta länderna är det bara särskilt utbildade och ackrediterade läkare som får skriva ut buprenorfin. Med tanke på att buprenorfin är narkotikaklassat enligt de internationella konventionerna (förteckning III i 1988 års FN-konvention om psykotropa ämnen) finns det också särskilda regler för läkemedlet.

Buprenorfin saluförs i form av tabletter som klienten lägger under tungan. Det anses inte vara något särskilt attraktivt ämne att injicera, men det finns rapporter om att missbrukare har löst upp tabletter och injicerat dem. Att buprenorfin kan missbrukas stöds av rapporter från några länder om att läkemedlet har avletts för försäljning på den illegala marknaden. För att motarbeta illegal användning av buprenorfin har man utvecklat en ny formulering av läkemedlet där det kombineras med naloxon. Denna nya formulering, Suboxon, fick europeiskt godkännande för försäljning 2006.

I januari 2007 införde man i Nederländerna heroinstödd behandling som möjligt alternativ vid behandling av opiatberoende. Antalet behandlingsplatser utökades till omkring 1 000. Därmed är Nederländerna och Storbritannien nu de två europeiska länder där detta alternativ står till buds. Totalt sett är antalet klienter i Europa som får heroin mycket litet, och sådan behandling ges oftast bara i särskilt kroniska fall där andra behandlingsalternativ har prövats utan framgång. Effekten av heroin som substitutionsämne har också undersökts i experimentell forskning både i Spanien (March m.fl., 2006) och i Tyskland

⁽¹²²⁾ Se figur HSR-1 och tabell HSR-8 i statistikbulletinen 2007.

Förfarande för europeiskt godkännande för försäljning av läkemedel

Europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA) ansvarar för vetenskaplig utvärdering av ansökningar om europeiskt godkännande för försäljning av läkemedel. De läkemedel som godkänns enligt det centraliserade förfarandet får ett enda godkännande för försäljning som är giltigt i alla EU-medlemsstaterna.

Alla godkända läkemedel övervakas med avseende på säkerhet. Detta sker genom ett EU-nätverk av nationella läkemedelsmyndigheter i nära samarbete med personal inom vården och läkemedelsföretagen själva.

EMA publicerar ett offentligt europeiskt utredningsprotokoll (EPAR) för varje läkemedel som godkänns enligt det centraliserade förfarandet. Varje EPAR publiceras på EMA:s webbplats (<http://www.emea.europa.eu/>) och en sammanfattning för allmänheten finns tillgänglig på alla EU:s officiella språk. EMA stöder också tillsammans med ECNN och Europol arbetet med att upptäcka nya narkotikahot i Europa inom ramen för rådets beslut (se kapitel 7).

(Naber och Haasen, 2006). Från båda undersökningarna har det redovisats positiva behandlingsrön som tyder på att detta kan visa sig vara en lämplig behandling för opiatmissbrukare som har svåra problem, som lider av socialt utanförskap och som har svarat dåligt på andra behandlingsalternativ. Tillsammans med tidigare arbeten har dessa båda undersökningar av heroinförskrivning väckt debatt om behovet av att göra detta behandlingsalternativ tillgängligt i större utsträckning.

Behandlingsuppgifter

ECNN samlar in två sorters information för att kunna beskriva den behandling som ges i Europa. Indikatorn på behandlingsefterfrågan bygger på insamling av uppgifter om kännetecknen för de klienter som påbörjar behandling i olika delar av Europa. Dessutom ombeds medlemsstaterna att redovisa uppgifter som beskriver behandlingsvårdens övergripande struktur och tillgänglighet.

Uppgifter från indikatorn på behandlingsefterfrågan

Uppgifter om kännetecknen för de klienter som påbörjar missbruksbehandling i Europa kan ge insikter inte bara om den mer övergripande epidemiologiska situationen när det gäller missbruksmönster och trender utan även om den relativa efterfrågan och tillgången på olika behandlingsformer. Detta kan ställa till problem vid tolkningen av den tillgängliga informationen eftersom en ökning av antalet personer som får behandling för ett visst narkotikaproblem kan tyda antingen på att efterfrågan

på behandling har ökat eller på att tillgången på en viss behandlingsform har blivit större. För att underlätta analysen av sådana uppgifter gör man åtskillnad mellan nya och alla önskemål om behandling, utifrån antagandet att uppgifterna om nya behandlingsönskemål bättre återspeglar förändringar i de mer övergripande mönstren för narkotikamissbruk medan uppgifterna om samtliga önskemål bättre återspeglar de övergripande krav som ställs på behandlingssektorn i dess helhet.

Informationen från indikatorn på behandlingsefterfrågan (TDI) omfattar inte alla personer som får missbruksbehandling, vilket rör sig om ett avsevärt större antal, utan bara de klienter som begär att få behandling under rapporteringsåret. Ett pilotprojekt pågår dock under 2007 med syftet att utöka den europeiska uppgiftsinsamlingen till att omfatta klienter i pågående behandling⁽¹²³⁾ och bedöma i vilken mån rapporteringen täcker in de olika nationella systemen.

I många länder är det fortfarande opiat, framför allt heroin, som är primär drog för de flesta som efterfrågar behandling. Av de sammanlagt 326 000 önskemål om behandling som rapporterades 2005 inom ramen för indikatorn på behandlingsefterfrågan uppgavs opiat som primär drog i omkring 40 % av fallen, och omkring 46 % av dessa klienter uppgav att de injicerade drogen⁽¹²⁴⁾.

Några länder rapporterar att en betydande andel av behandlingsönskemålen avser andra opiat än heroin. I Finland uppges andra opiat, i synnerhet buprenorfin, vara den primära missbruksdrogen för 41 % av klienterna, och i Frankrike uppges 7,5 % av alla klienter använda buprenorfin. I Storbritannien och Nederländerna uppges omkring 4 % av klienterna vara primära metadonmissbrukare. I Spanien, Lettland och Sverige påbörjar mellan 5 % och 7 % av klienterna behandling för primärt missbruk av en ospecificerad opiat som inte är heroin eller metadon⁽¹²⁵⁾. Och i Ungern, där det länge har framställts hemmagjorda opiumvallmoprodukter, avser omkring 4 % av behandlingsönskemålen opium.

De flesta opiatmissbrukare rapporteras av behandlingsenheter inom öppenvården. I Sverige rapporteras dock 71 % av opiatklienterna av slutenvårdscentrum, vilket tyder på att vården har en annan struktur i detta land. Även Storbritannien uppges att en liten andel (3 %) av behandlingsönskemålen från opiatklienter avser slutenvård⁽¹²⁶⁾. I de fåtaliga länder som redovisar uppgifter om efterfrågan på behandling inom lågröskelvården är det en betydande andel av narkotikaklienterna som söker behandling för ett primärt opiatmissbruk⁽¹²⁷⁾.

Uppgifterna inom ramen för indikatorn visar att en allt större andel av önskemålen om behandling kommer från klienter

⁽¹²³⁾ Se Internet (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420>) ("Meeting reports, 2006").

⁽¹²⁴⁾ Se tabell TDI-5 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹²⁵⁾ Se tabell TDI-114 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹²⁶⁾ Se tabell TDI-24 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹²⁷⁾ Se tabell TDI-119 i statistikbulletinen 2007.

som inte är opiatmissbrukare, och även det absoluta antalet nya klienter som efterfrågar behandling för opiatmissbruk minskar i många länder. Det totala antalet rapporterade nya önskemål om behandling för primärt heroinmissbruk har minskat från 80 000 år 1999 till 51 000 år 2005 ⁽¹²⁸⁾.

Omfattning av substitutionsbehandling med läkemedel

Antalet fall av substitutionsbehandling med läkemedel i EU-medlemsstaterna och Norge uppskattades 2005 till minst 585 000. Denna skattning bygger på den uppföljning av behandlingen som sker i de flesta länderna, och den ger en allmän bild av tillgången. Det handlar sannolikt om en minimiskattning eftersom rapporteringen av vissa behandlingsformer, t.ex. behandling som ges av allmänläkare eller i fängelser, lär vara ofullständig.

De allra flesta av de behandlade klienterna (97 %) rapporteras av EU-15-medlemsstaterna, som också står för majoriteten (80 %) av alla behandlingsönskemål som rapporteras inom ramen för indikatorn på behandlingsefterfrågan. Detta motsvarar mer än en sjudubbling sedan 1993, då man uppskattade att det fanns omkring 73 000 substitutionsfall (Farrell, 1995). Uppgifterna visar att antalet klienter i EU och Norge ökade med ungefär 15 % mellan 2003 och 2005, framför allt beroende på ökningarna i Tyskland (med uppskattningsvis 8 300 fall), Frankrike (5 706), Italien (6 234), Portugal (4 168) och Storbritannien (41 500) ⁽¹²⁹⁾. År 2005 rapporterades det om en stabilisering av antalet klienter i substitutionsbehandling i Nederländerna (122 fall per 100 000 invånare) och Luxemburg (355 fall per 100 000 invånare).

De största relativa ökningarna mellan 2003 och 2005 observerades bl.a. i några av de nya medlemsstaterna. En del länder rapporterade betydande ökningarna (över 40 %), däribland Bulgarien, Estland, Grekland, Litauen, Rumänien och Norge. Samtidigt med dessa ökningarna har substitutionsbehandling blivit tillgänglig inom ett större geografiskt område i många av dessa länder. Tillgången på substitutionsbehandling ökade dock inte i alla de nya medlemsstaterna: Ungern, Polen och Slovakien redovisade en relativt stabil situation, medan antalet klienter i det lettiska högröskelprogrammet för metadonbehandling faktiskt minskade från 67 till 50. I två länder där behandlingstillgången tidigare har varit god, nämligen Spanien och Malta, har det skett en minskning på senare tid, vilket möjligen återspeglar den övergripande nivån på efterfrågan i dessa båda länder.

Det råder ett komplicerat samband mellan antalet upprepade önskemål om behandling, omfattningen av underhållsbehandling och prevalensen för problematiskt opiatmissbruk. Antalet upprepade behandlingsönskemål från klienter och antalet klienter i program för underhållsbehandling med läkemedel bestäms av

den historiska utvecklingen i fråga om incidensen och prevalensen för opiatmissbruk samt behandlingsvårdens organisation och typ. För några få länder kan man med hjälp av skattningar av prevalensen för opiatmissbruk beräkna kvoten mellan antalet klienter i underhållsbehandling och antalet personer med ett problematiskt opiatmissbruk.

För de EU-länder som redovisade skattningar av det problematiska opiatmissbruket avseende 2005 har förekomsten av substitutionsbehandling bland personer med ett problematiskt opiatmissbruk beräknats (figur 10). Resultaten visar att det finns avsevärda skillnader mellan länder. Andelen av opiatmissbrukarna som får substitutionsbehandling varierar från under 10 % (Slovakien) till omkring 50 % (Italien). Uppgifterna tyder dock utan tvivel på att det finns ett behov av att se över tillgängligheten för olika behandlingsalternativ i alla länderna, så att man kan se till att utbudet är tillräckligt för att tillgodose de uppskattade behoven.

Trots att substitutionsbehandlingen i de baltiska länderna och i vissa centraleuropeiska länder har byggts ut i viss mån på senare tid, har den fortfarande liten omfattning i förhållande till det uppskattade antalet opiatmissbrukare i dessa medlemsstater. Slovenien är dock ett undantag i detta sammanhang. En skattning från Estland tyder på att bara 5 % av heroinmissbrukarna i de fyra största städerna omfattas av substitutionsprogram, och på nationell nivå är det bara 1 %.

Önskemål om opiatbehandling

Den andel av önskemålen om behandling som avser primärt opiatmissbruk återspeglar i någon mån den relativa prevalensen för illegala opiater som problemdrog vilken ger upphov till behov av (fortsatt) behandling, även om också behandlingsvårdens organisation och rapporteringssystemet inverkar.

Andelen av klienterna som söker behandling för opiatmissbruk varierar mellan länderna. Enligt de senaste uppgifterna står opiatmissbrukare för 40–70 % av alla önskemål om behandling i tolv länder, för under 40 % i sju länder och för över 70 % i sex länder ⁽¹³⁰⁾.

Andelen av alla önskemål om missbruksbehandling som är heroinrelaterade har minskat från 74 % år 1999 till 61 % år 2005. De enda länder som inte redovisar någon minskning är Bulgarien och Storbritannien ⁽¹³¹⁾.

Den absoluta minskningen av antalet nya önskemål om opiatbehandling, främst heroinbehandling, bekräftas om man ser på trenden för nya heroinklienter: alla länderna utom Bulgarien och Grekland rapporterar att andelen nya önskemål avseende primärt heroinmissbruk bland samtliga nya narkotikaklienter har minskat under de senaste sju åren. Mellan 1999 och 2005 minskade andelen nya heroinklienter bland samtliga nya narkotikaklienter från 70 % till 37 %.

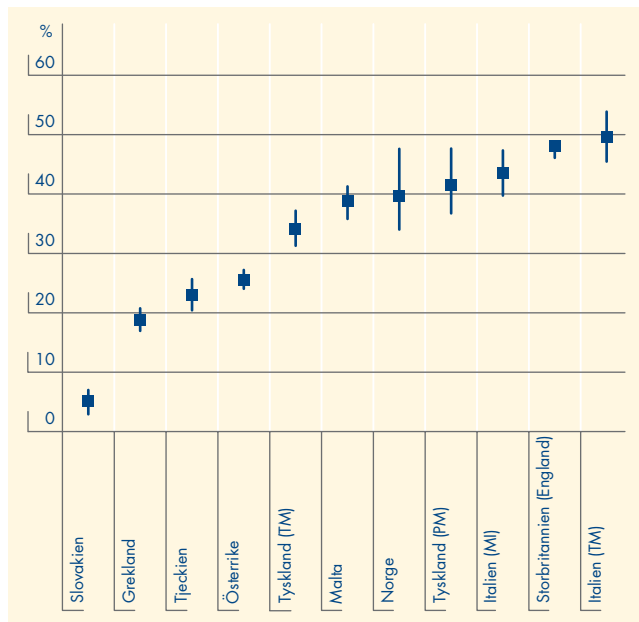
⁽¹²⁸⁾ Se figur TDI-1 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹²⁹⁾ Se tabell HSR-7 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹³⁰⁾ Se tabell TDI-5 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹³¹⁾ Se figur TDI-3 i statistikbulletinen 2007.

Figur 10: Klienter i opiatunderhållsbehandling som procentandel av det uppskattade antalet personer med ett problematiskt opiatmissbruk, 2005



Anm.: Information i detta avseende finns bara för nio länder.

Symbolen anger en punktskattning och en linje anger ett osäkerhetsintervall som beror på skattningsförfarandena. Antalet opiatmissbrukare har uppskattats med olika metoder: TM = multiplikatormetod med uppgifter från behandlingsorganen (*treatment multiplier*), PM = multiplikatormetod med uppgifter från polisen (*police multiplier*), MI = metod baserad på flera indikatorer (*multivariate indicator*). Om ingen metod anges representerar linjen intervallet mellan den lägsta nedre gränsen och den högsta övre gränsen för samtliga befintliga skattningar. Mer information finns i figur HSR-3 i statistikbulletinen 2007.

Källa: Nationella kontaktpunkter.

Kännetecken för personer som efterfrågar behandling

De som söker behandling för opiatproblem tenderar att vara relativt gamla jämfört med dem som söker hjälp för problem med andra droger⁽¹³²⁾ och tenderar också att uppge sämre sociala förhållanden. Arbetslösheten bland opiatklienter är

generellt hög, utbildningsnivån är låg och mellan 10 % och 18 % uppges vara hemlösa.

De flesta klienterna (60 %) säger sig ha börjat använda opiater innan de fyllde 20; det är mycket ovanligt med personer som använde opiater för första gången efter 25 års ålder⁽¹³³⁾. I genomsnitt anges en period på 7–8 år mellan opiatdebuten och den första kontakten med missbruksbehandling: genomsnittsåldern vid opiatdebuten var 22 år och genomsnittsåldern vid första önskemålet om behandling var 29–30 år. De som efterfrågade behandling inom slutenvården var oftast lite äldre än de som fick vård inom öppenvården, och uppgifterna tyder på att tiden mellan den första kontakten med behandlingsvården och de därpå följande behandlingsepisoderna är ganska kort.

Det går tre män på varje kvinna bland opiatklienterna i öppenvården, och fyra män på varje kvinna inom slutenvården. Det finns dock skillnader mellan länder; andelen män bland klienterna tenderar oftast att vara större i sydeuropeiska länder.

Bland de personer i Europa som söker behandling för opiatmissbruk och för vilka tillförsätsättet är känt, injicerar i genomsnitt 58 % drogen (53 % av dem som får behandling för första gången). Andelen injektionsmissbrukare är störst i Rumänien, Tjeckien och Finland, och lägst i Nederländerna, Danmark och Spanien⁽¹³⁴⁾.

De flesta opiatklienter är blandmissbrukare och använder opiater i kombination med en sekundär drog, oftast andra opiater (35 %), kokain (23 %) och cannabis (17 %)⁽¹³⁵⁾.

Vissa länder redovisar att det är vanligt bland opiatmissbrukarna att de samtidigt lider både av opiatberoende och av andra psykiska störningar. Detta är också en observation som har gjorts i många kliniska undersökningar, som tyder på att egentlig depression, ångestsyndrom, antisociala personlighetsstörningar och borderline-personlighetsstörningar är relativt vanliga tillstånd bland opiatmissbrukare (Mateu m.fl., 2005).

⁽¹³²⁾ Se tabell TDI-10 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹³³⁾ Se tabellerna TDI-11, TDI-107 och TDI-109 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹³⁴⁾ Se tabellerna TDI-4 och TDI-5 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹³⁵⁾ Se tabell TDI-23 i statistikbulletinen 2007.



Kapitel 7

Nya och framväxande trender samt åtgärder mot nya droger

De nya narkotikatrender som växer fram påminner ofta om tidigare populära narkotikatrender, utvidgar dem eller ersätter dem. De aktualiserar också frågan varför människor använder psykoaktiva ämnen. Därför måste man försöka förstå framväxande trender för narkotika- och alkoholkonsumtion inte bara i förhållande till ändringar i den statliga politiken utan också i förhållande till varandra och i det större sammanhang som utgörs av rådande moden och sociokulturella förändringar i fråga om fritidsaktiviteter.

Utvecklingen inom IT och kommunikationsmedier, särskilt Internet, skapar kanaler som gör det lättare för nya trender att spridas och ger personer tillfälle att uttrycka olika åsikter om användning av narkotika och de därmed förknippade riskerna.

Nya eller förändrade mönster för användning av narkotika dyker oftast upp på lokal nivå eller stadsnivå, och det är ytterst få medlemsstater som exempelvis har system för att följa utvecklingen så att de får indikationer på i vilken utsträckning det förekommer berusning, med eller utan dödlig utgång, på grund av användning av nya eller relativt nya psykoaktiva ämnen. Den samlade informationen om framväxande narkotikatrender i Europa bedöms genom att information från en lång rad olika källor sammanställs till vad som oundvikligen måste bli en ofullständig bild.

I detta kapitel rapporteras om senare tids utveckling i fråga om illegal användning av sådana psykoaktiva ämnen som inte rutinmässigt omfattas av de främsta narkotikaindikatorerna och som först nyligen har identifierats som potentiella källor till oro av de politiskt ansvariga eller har uppmärksammats i massmedierna.

Piperaziner: nya psykoaktiva ämnen

Den mest betydelsefulla utvecklingen på senare år när det gäller nya syntetiska ämnen är spridningen av olika nya piperazinderivat. Ett antal av dessa dök upp i Europa mellan 2004 och 2006.

De olika syntetiska ämnena i denna grupp härrör från moderföreningen piperazin. Bland annat handlar det om BZP (1-bensylpiperazin) och mCPP (1-(3-klorfenyl)piperazin). Dessa båda ämnen går i stor utsträckning att köpa av kemikalieleverantörer och på Internet; den illegala

produktionen begränsas huvudsakligen till framställning av tableter eller kapslar.

BZP

Undersökningar där man har jämfört de fysiologiska och subjektiva effekterna av BZP och amfetamin tyder på att BZP är ungefär en tiondel så kraftfullt som dexamfetamin.

På senare år har olika återförsäljare inlett en aggressiv marknadsföring av produkter som innehåller BZP. Produkterna, som saluförs via tryckta medier, webbplatser, särskilda affärer och stånd på klubbar och vid festivaler, marknadsförs som ett lagligt alternativ till ecstasy och kan också säljas under namnet "ecstasy". BZP erbjuds i diverse kombinationer med andra piperaziner, och vissa av dem – särskilt kombinationen BZP och TFMP (136) – anses vara utformade för att imitera effekterna av ecstasy. Produkterna har för det mesta en märkning som tydligt anger att de innehåller piperazin, men de beskrivs ofta felaktigt som "naturliga" eller "framställda av växter".

De fakta om framväxande trender för användning av narkotika som har samlats i EU tyder på att dessa trender kan löpa parallellt med konsumtionstrenderna på legala marknader. Helt syntetiska ämnen som BZP kan exempelvis tänkas locka en bredare målgrupp med intresse för naturprodukter genom att de påstås vara "naturliga" och "framställda av växter". Dessutom kan man få intrycket att BZP är ofarligt i och med att produkterna ofta säljs av särskilda återförsäljare eller i specialaffärer snarare än på gatan.

BZP har påträffats i 14 EU-medlemsstater (Belgien, Danmark, Tyskland, Irland, Grekland, Frankrike, Malta, Nederländerna, Österrike, Portugal, Spanien, Sverige, Finland och Storbritannien) samt i Norge.

Det finns vissa tecken på hälsorisker förknippade med BZP, som förefaller ha liten säkerhetsmarginal när det används i nöjessyfte. I Storbritannien finns det rapporter om att personer som använt BZP har drabbats av allvarliga biverkningar som i vissa fall har krävt akutintagning på sjukhus. I de berörda fallen har BZP-berusning observerats kliniskt och toxikologisk analys har bekräftat att BZP var det enda psykoaktiva ämne som personerna i fråga hade konsumerat. Däremot finns det inga dödsfall som kan kopplas direkt till BZP. I mars 2007 krävde EU, med anledning av den tilltagande oron över BZP-användningen, att en formell

(136) 1-(3-trifluormetylfenyl)piperazin.

riskbedömning av de hälso- och samhällsrisker som ämnet är förknippat med skulle göras ⁽¹³⁷⁾.

mCPP

mCPP har beskrivits som ett ämne som ger stimulerande och hallucinogena effekter liknande dem som ecstasy (MDMA) ger. Tabletter som innehåller mCPP är ofta utformade för att se ut som ecstasy, de säljs nästan alltid under namnet "ecstasy", och de båda drogerna påträffas ibland i kombination. Man skulle kunna förmoda att mCPP tillsätts för att förstärka eller förbättra effekterna av MDMA.

Sedan 2004 har mCPP påträffats i 26 medlemsstater (alla utom Cypern) och i Norge. Därmed är mCPP på väg att bli det nya psykotropa ämne som har fått störst geografisk utbredning inom EU sedan arbetet med att följa utvecklingen genom det europeiska systemet för tidig varning inleddes 1997.

Det har inte rapporterats några fall av allvarlig berusning eller dödsfall i EU med koppling till mCPP. Det finns inte mycket som tyder på att ämnet skulle vara särskilt farligt i fråga om akut toxicitet, även om dess kroniska toxicitet (vid användning under längre tid) inte har fastställts.

GHB

Den öppna försäljningen av GHB ⁽¹³⁸⁾ på Internet har minskat sedan ämnet i mars 2001 lades till i förteckning IV i FN:s konvention om psykotropa ämnen ("narkotikaklassades"), vilket innebär att alla EU-länderna måste införa regler om kontroll av GHB i sin lagstiftning om psykotropa ämnen. GHB har använts terapeutiskt vid bedövning i Frankrike

Sexuella övergrepp med hjälp av droger

Sedan 1980-talet har det i massmedierna och i den medicinska litteraturen rapporterats allt fler fall av sexuella övergrepp där gärningsmannen i smyg har tillfört en drog till en drink för att försätta sitt offer i vanmakt. Det är dock ett välkänt faktum att det är svårt att finna rättsmedicinska bevis för detta slags brott. Visserligen framgår det av rättsmedicinska undersökningar att höga halter av alkohol och även receptbelagda bensodiazepinläkemedel ofta påträffas i fall av påstått sexuellt övergrepp (i över 80 % av fallen i Frankrike och 30 % av fallen i Storbritannien), men det faktum att droger som GHB bara kan upptäckas under en kort tid försvårar framtagandet av bevis vid påstådda brott som inte anmäls snabbt. De rättsmedicinska fakta som kan hämtas från undersökningar som har genomförts sedan 2000 (i Storbritannien, Frankrike, USA och Australien) tyder på att det förefaller vara ovanligt att droger i smyg tillförs med syftet att underlätta sexuella övergrepp, även om den egentliga omfattningen kan vara större än vad man har kunnat fastställa på grund av att vissa fall kanske inte anmäls eller anmäls alltför sent.

och Tyskland samt vid behandling av alkoholabstinens i Österrike och Italien. I juni 2005 rekommenderade Kommittén för humanläkemedel (CHMP) vid Europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA) att ett godkännande för försäljning av läkemedlet Xyrem (där GHB är den verksamma beståndsdel) skulle beviljas avseende behandling av kataplexi hos vuxna narkolepsipatienter (EMA, 2005) ⁽¹³⁹⁾.

GHB är enkelt att framställa av sina båda prekursorer gamma-butyrolakton (GBL) och 1,4-butandiol (1,4-BD), lösningsmedel som används i stor utsträckning inom industrin och finns i handeln. Med anledning av risken för missbruk av dessa prekursorämnen har några länder valt att låta det ena eller båda omfattas av narkotikakontrolllagstiftning eller likvärdig lagstiftning (Italien, Lettland och Sverige). Eftersom GBL inte är narkotikaklassat i de flesta medlemsstaterna och eftersom ämnet är lätt att köpa av kemikalieleverantörer på Internet, verkar vissa personer ha övergått från att använda GHB till att använda GBL. Kvalitativa analyser av Internetforum baserade i Storbritannien, Tyskland och Nederländerna som ägnas åt GHB och narkotika i allmänhet tyder på att de som använder GBL får ämnet från kemikalieleverantörer som saluför det för olika legitima ändamål.

Prevalens och mönster för användningen

Alla de tillgängliga informationskällorna tyder på att den allmänna prevalensen för användning av GHB är låg. Mer utbredd användning förekommer bara i vissa specifika undergrupper av befolkningen. En Internetenkät i Storbritannien gav vid handen att det var vanligare att konsumera GHB i hemmet (67 %) än i nattlivsmiljöer (26 %) (Sumnall m.fl., 2007). En enkät år 2005 bland 408 krogbesökare i Amsterdam resulterade i skattningar av livstidsprevalensen för GHB som låg avsevärt högre bland personer som brukade besöka barer för homosexuella och trendiga kaféer (17,5 % respektive 19 %) än bland personer som brukade gå till krogar och kaféer som vänder sig till folk i allmänhet eller till studenter (5,7 % respektive 2,7 %) (Nabben m.fl., 2006).

Trender

Bristen på information gör det svårt att bedöma trenderna för användningen av GHB, men de fakta som finns tyder på att GHB-användningen fortfarande är begränsad till vissa små undergrupper av befolkningen. Uppgifter från enkäter i belgiska, nederländska och brittiska dansmusikkretsar tyder på att GHB-användningen kan ha varit som mest utbredd omkring 2000–2003 och därefter minskat. I vilken mån detta även gäller andra undergrupper är dock oklart. Det kan noteras att hjälptelefontjänsterna för narkotika i Finland rapporterade samtal om GHB för första gången år 2005 (FESAT, 2005).

⁽¹³⁷⁾ Se Internet (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>).

⁽¹³⁸⁾ Termen "GHB" innefattar här även möjlig användning av GBL eller 1,4-BD.

⁽¹³⁹⁾ Se "Förfarande för europeiskt godkännande för försäljning av läkemedel", s. 68.

Internet som källa till information om framväxande narkotikatrender

År 2004 uppgav över en tredjedel av ungdomarna i EU att de skulle söka på Internet om de ville veta mer om narkotika (Eurobarometer, 2004). Om det verkligen är så att det är på nätet som ungdomarna letar efter information om narkotika aktualiseras en viktig fråga, nämligen i vilken mån den information de hittar där är opartisk och korrekt. Det finns ett stort antal webbplatser som handlar om olika aspekter av narkotikaanvändning. Vissa av dem är offentligt finansierade medan andra drivs av lobbygrupper, konsumentnätverk eller nätverk som vill väcka opinion. Utöver att Internet fungerar som källa till information om narkotika har det också skapat en marknadsplats för både legala och illegala droger. Det finns webbplatser där illegala droger och legala alternativ bjuds ut till försäljning. De aktörer som säljer narkotika på Internet får allt större förmåga att sprida nya metoder för narkotikakonsumtion och nya produkter genom att de utnyttjar den marknadsföringspotential som finns hos Internet och följer strategier för onlinemarknadsföring som innebär att de är ytterst lyhörda för vad kunderna vill ha och för de föränderliga rättsliga och marknadsmässiga villkoren.

Inom ramen för projektet E-POD (European perspectives on drugs) undersöker ECNN olika sätt att använda Internet som källa till information om framväxande narkotikatrender. På EU-nivå sker det också en utveckling med syftet att tillhandahålla tillförlitlig information i folkhälsofrågor: EU:s nya folkhälsoportal visar vägen till ett brett spektrum av europeiska folkhälsoresurser, däribland narkotikarelaterad information (1).

(1) Se Internet (<http://ec.europa.eu/health-eu>).

Hälsorisker

Den främsta hälsoriskerna i samband med användning av GHB verkar vara den stora risken för medvetslöshet, särskilt när drogen kombineras med alkohol eller andra lugnande medel. GHB-användning kan också resultera i andra problem, bl.a. koma, sänkt kroppstemperatur, hypotoni, hallucinationer, illamående, kräkningar, bradykardi och andningsdepression. Fysiskt beroende av GHB har observerats efter långvarig användning, och det kan finnas ytterligare hälsorisker beroende på att drogen kan vara förorenad med lösningsmedel eller tungmetaller.

Sedan 1993 har fem medlemsstater och Norge rapporterat GHB-relaterade dödsfall till ECNN: Danmark och Italien (ett fall vardera), Finland och Norge (tre fall vardera) samt Sverige och Storbritannien (ett fyrtiotal GHB-relaterade dödsfall).

I Amsterdam uppgick år 2005 det rapporterade antalet akutfall utan dödlig utgång beroende på GHB-användning till 76 stycken. Detta var liksom tidigare år fler medicinska akutfall än vad som tillskrevs användning av hallucinogena svampar (70 fall), ecstasy (63 fall), amfetamin (3 fall) och LSD (1 fall). Jämfört med andra ämnen var det en stor andel

av GHB-fallen (84 %) som krävde transport till sjukhus. Antalet önskemål om GHB-information som kom in till den nationella giftinformationscentralen i Nederländerna ökade med 27 % mellan 2004 och 2005 (sådana önskemål utgjorde 241 av de sammanlagt 1 383 önskemålen).

Riskminskning

Åtgärderna mot användningen av GHB sker för det mesta inom nationella eller lokala projekt som inriktar sig på nattlivsmiljöer och oftast består av utbildning för nattklubbpersonal och spridning av information om riskerna med att använda GHB (Tyskland, Frankrike, Nederländerna, Österrike och Storbritannien). En central plats i informationen om GHB intar råd om försiktighetsåtgärder som nattklubbbesökare bör vidta för att undvika att få sina drinkar "spetsade" och om lämpliga åtgärder vid en eventuell överdos. Det finns i allt större utsträckning särskilda team vid större evenemang som ger första hjälpen vid problem beroende på alkohol, GHB eller andra droger.

Ketamin

Ketamin har följts inom EU sedan det för första gången uppstod oro över missbruk av ämnet år 2000 (ECNN, 2002). På nationell nivå omfattas ketamin av narkotikalagstiftningen (snarare än läkemedelslagstiftningen) i nästan hälften av EU-medlemsstaterna, och i Sverige och Storbritannien klassificerades ketamin som narkotiskt ämne 2005 respektive 2006. WHO konstaterade nyligen i en kritisk granskning av ketamin att en internationell narkotikaklassning av ämnet skulle skapa problem i fråga om dess tillgänglighet för användning inom humanmedicinen i avlägsna delar av världen och inom veterinärmedicinen, eftersom det saknas lämpliga ersättningsämnen (WHO, 2006). Efter denna granskning antog FN:s kommission för narkotiska droger (CND) i mars 2007 ett utkast till en resolution om åtgärder mot det hot som missbruk och avledning av ketamin innebär, där medlemsstaterna uppmanades att överväga att införa ett system med försiktighetsåtgärder som deras statliga myndigheter

Nya psykoaktiva ämnen

Genom rådets beslut 2005/387/RIF av den 10 maj 2005 om informationsutbyte, riskbedömning och kontroll avseende nya psykoaktiva ämnen upprättas ett system för snabbt utbyte av information om nya psykoaktiva ämnen som kan utgöra folkhälso- och samhällshot. ECNN och Europol har – i nära samarbete med sina nätverk, de nationella Reitox-kontaktpunkterna respektive Europols nationella enheter – fått en central roll när det gäller att införa ett system för tidig varning som ska göra det möjligt att upptäcka nya psykoaktiva ämnen (1).

(1) Se Internet (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>).

skulle användas i syfte att underlätta snabb upptäckt av ketaminavledning.

Det finns få epidemiologiska uppgifter om användningen av ketamin, även om det i en brittisk skolenkät nyligen rapporterades en livstidsprevalens på under 0,5 %. Det

finns också vissa uppgifter från enkäter bland personer i dansmusikmiljöer, som får betraktas som en högriskgrupp; livstidsprevalensen för användning av ketamin i de olika undersökningarna av denna grupp uppgavs variera från 7 % i en tjeckisk undersökning till 21 % i ett ungerskt urval.



Kapitel 8

Narkotikarelaterade infektionssjukdomar och narkotikarelaterade dödsfall

Narkotikarelaterade infektionssjukdomar

De uppgifter som ECNN och det europeiska centrumet för epidemiologisk övervakning av aids (EuroHIV, 2006) har fått tillgång till tyder på att hiv-smittspridningen bland injektionsmissbrukare var låg mot slutet av 2005 i de flesta EU-länderna. Detta kan åtminstone delvis bero på förbättrad tillgång till prevention, behandling och åtgärder för att minska skadeverkningarna av missbruket, bl.a. substitutionsbehandling och nål- och sprutprogram, även om andra faktorer också kan ha spelat en betydelsefull roll, t.ex. den minskning av injektionsmissbruket av narkotika som observerats i flera länder. I flera av EU:s länder och regioner är det dock sannolikt att hiv-smittspridningen med koppling till injektionsmissbruk fortsatte att ligga på en ganska hög nivå under 2005⁽¹⁴⁰⁾, vilket understryker behovet av att se till att det lokala preventionsarbetet är tillräckligt omfattande och effektivt.

Arbetet med att följa narkotikarelaterade infektionssjukdomar bland injektionsmissbrukare i Europa är för närvarande inriktat på hiv/aids och virushepatit (typerna B och C). Detta arbete sker med hjälp av två system som kompletterar varandra: fallrapportering (absoluta antal nyligen rapporterade fall) och "seroprevalensövervakning" (andelen i olika urval av injektionsmissbrukare som uppvisar ett positivt testresultat) (figur 11)⁽¹⁴¹⁾. Båda systemen har sannolikt brister, och det finns skillnader mellan länder i fråga om tillgången på uppgifter. Men även om de uppgifter som kommer från vart och ett av dessa system bör tolkas med försiktighet, ger de båda systemen tillsammans en mer fullständig bild av de nyare epidemiologiska trenderna.

Indikatorer på hiv-incidens och hiv-prevalens

Rapportering av hiv-fall

En betydelsefull indikator på antalet nya infektioner (incidensen) bland injektionsmissbrukare av narkotika utgörs av fallrapporterna om nydiagnostiserade hiv-infektioner. Vid tolkningen av dessa uppgifter bör man ta en rad olika hänsyn: det kan finnas smittade injektionsmissbrukare som inte har kontakt med sjukvården och därför inte har fått någon diagnos, nya infektionsfall kanske inte alltid tillskrivs injektionsmissbruk av narkotika, och antalet upptäckta

fall kan påverkas av skillnader mellan länder eller mellan tidpunkter i fråga om testnings- och rapporteringsfrekvens.

De tillgängliga uppgifterna tyder på att frekvensen av nya infektioner bland injektionsmissbrukare var låg i de flesta länderna år 2005. Denna analys gäller dock med förbehåll för att det saknas nya fallrapporteringssuppgifter från flera högprevalensländer (Estland, Spanien, Italien och Österrike). I 19 medlemsstater, varav de flesta aldrig har upplevt någon större hiv-epidemi bland injektionsmissbrukare, var antalet rapporterade fall fortfarande mindre än fem per miljon invånare år 2005. Högre värden redovisades av Irland och Luxemburg: 16 respektive 15 nya fall per miljon invånare. I Portugal, som redovisade det högsta värdet bland de länder för vilka det finns specifika uppgifter om injektionsmissbrukare (85 nya fall per miljon invånare 2005), verkar den rådande situationen ha stabiliserats efter en minskning mellan 2000 och 2003⁽¹⁴²⁾. I Lettland, Litauen och sannolikt även Estland har antalet rapporterade nya infektioner bland injektionsmissbrukare minskat avsevärt sedan epidemierna nådde sina toppar år 2001–2002, men värdena ligger ändå högt jämfört med de flesta andra länders. I Lettland har antalet minskat från 283 nya fall per miljon invånare 2001 till 49 nya fall per miljon invånare 2005. I Litauen observerade man efter ett utbrott bland interner ett toppvärde år 2002 (109 nya fall per miljon invånare), men sedan dess har det skett en minskning och 2005 var antalet nya fall per miljon invånare nere på 25. I Estland har det visserligen skett en kraftig minskning av hiv-smittspridningen, men landet uppger ändå den högsta frekvensen av nya hiv-infektioner i EU. Även om det inte finns några specifika uppgifter om injektionsmissbrukare från Estland, lär injektionsmissbruk av narkotika fortfarande vara en av de främsta smittvägarna för hiv i landet.

Hiv-prevalens bland unga och nya injektionsmissbrukare

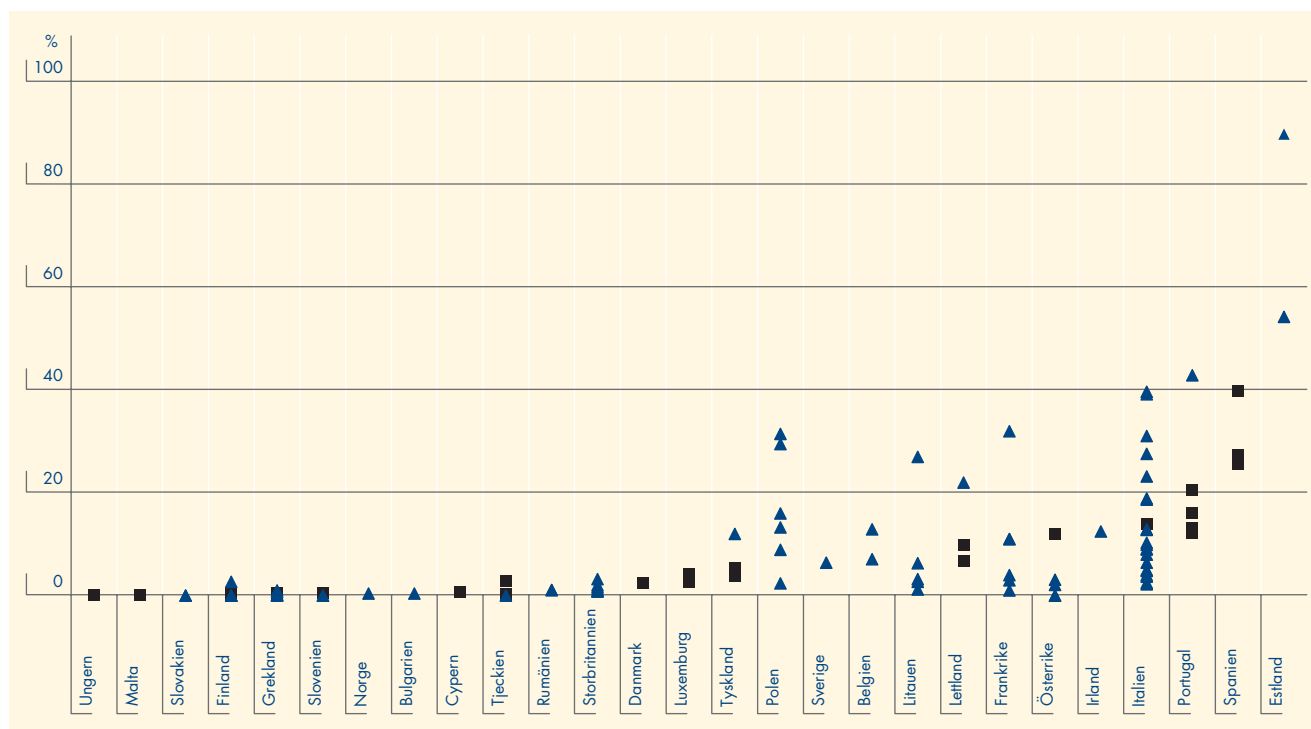
Stöd för de slutsatser man drar på grundval av de befintliga fallrapporteringssuppgifterna kan man få genom att analysera hiv-infektionsnivåerna i urval av nya injektionsmissbrukare (dvs. personer som har injicerat i mindre än två år) och unga injektionsmissbrukare (under 25 år). Eftersom infektioner i dessa grupper sannolikt är resultatet av smittspridning på senare tid kan man använda uppgifter om detta som en

⁽¹⁴⁰⁾ Se figur INF-2 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹⁴¹⁾ Vissa prevalensundersökningar på detta område är småskaliga; i detta avsnitt redovisas bara urval bestående av mer än 50 personer och statistiskt signifikanta ($p < 0,05$) tidstrender.

⁽¹⁴²⁾ Ökningarna 2004 (hiv-fall) och 2005 (aids-fall) i Portugal kan bero på att medicinsk och annan personal har ägnat större uppmärksamhet åt frågan och blivit mer benägna att rapportera till följd av diskussionerna om ändringen till obligatorisk hiv-rapportering år 2005.

Figur 11: Skattningar från nationella och subnationella undersökningar av hiv-prevalensen bland injektionsmissbrukare av narkotika, 2004/2005



Anm.: Svart ruta = urval med nationell täckning; blå triangel = urval med subnationell (inbegripet lokal eller regional) täckning. I skattningarna för Spanien och Sverige ingår uppgifter avseende 2006; uppgifterna för Irland och Lettland är från 2003; uppgifterna för Slovakien är från 2003/2004. Länderna står i ordning efter ökande prevalens utifrån genomsnittet för de nationella uppgifterna eller, om sådana saknas, för de subnationella uppgifterna. Jämförelser mellan länder måste göras med försiktighet eftersom miljöerna och undersökningsmetoderna är olika; de nationella urvalsstrategierna varierar – mer information finns i figur INF-3 i statistikbulletinen 2007. Alla redovisade urval består av fler än 50 personer.
 Källa: Nationella Reitox-kontaktpunkter. Primärkällor, närmare information om undersökningarna och uppgifter från tiden före 2004 redovisas i tabell INF-8 del (i) och del (ii) samt tabell INF-0 del (i) i statistikbulletinen 2007.

indirekt indikator på hiv-incidensen. I dessa undergrupper (som ingår i de prevalensundersökningar som redovisas nedan) ger en hög nivå av hiv-smitta (över 5 % åren 2004–2005) stöd för indikationerna på att incidensen bland injektionsmissbrukare har varit hög på senare tid i Portugal (uppgifterna är nationella), Litauen och Estland (uppgifterna är på region- eller stadsnivå), och detta förefaller också ha varit fallet i en av de tre polska städer för vilka det har redovisats uppgifter⁽¹⁴³⁾. Man bör hålla i minnet att dessa delurval i allmänhet är små och att det saknas uppgifter om hiv-seroprevalensen bland unga och nya injektionsmissbrukare i vissa länder.

Trender för hiv-prevalensen

Om hiv-prevalensen ökar i upprepade urval av injektionsmissbrukare kan detta också tyda på pågående infektioner – även om minskningar av dödligheten bland smittade injektionsmissbrukare eller minskningar av antalet ej smittade injektionsmissbrukare kan vara viktiga "confounding-faktorer" (dvs. faktorer som fördunklar sambanden). De flesta tillgängliga tidsserierna för EU visar på en stabil prevalens, vilket tyder på att de smittade injektionsmissbrukare som dör är ungefär lika många som de injektionsmissbrukare som blir smittade. Trots detta har det i vissa tidsserier sedan 2001 observerats öknings- eller fallande trend i delar av nio länder. Samtidigt är dock

trenderna i andra regioner ofta stabila eller fallande, vilket gör det svårt att upptäcka övergripande trender. De länder som det handlar om är återigen Lettland (ökning på nationell nivå) och Litauen (ökning i en stad), men även Österrike (ökning på nationell nivå), Storbritannien (ökning i England och Wales, men fortfarande en låg nivå) och några länder där prevalensen fortfarande är mycket låg (under 1 %). Totalt sett tyder dessa lokala och nationella öknings- eller fallande trender på att man bör undvika att slå sig till ro och vara alltför nöjd med preventionsarbetet gentemot injektionsmissbrukare.

Däremot kommer det rapporter om fallande prevalens från Grekland (både på nationell nivå och i en region), Spanien (både på nationell nivå och i en region) och Finland (nationell nivå). Dessutom har den rapporterade prevalensen konsekvent varit låg (under 1 % för samtliga tillgängliga uppgifter) i fyra länder, som alla är nya medlemsstater: Bulgarien (Sofia, men prevalensen ökar), Ungern (nationell nivå), Slovenien (två städer, men ökande) och Slovakien (två städer).

Bland de över nittio tidsserier av upprepade hiv-prevalensmätningar i urval av injektionsmissbrukare som gjorts 2001–2005 och omfattar 22 EU-medlemsstater samt Norge, är det fler regioner som uppvisar en fallande än en stigande trend. Uppgifterna tyder på att infektionsbelastningen på

⁽¹⁴³⁾ Se tabellerna INF-9 och INF-10 i statistikbulletinen 2007. I årsrapporten redovisas bara urval bestående av minst 50 personer.

injektionsmissbrukarna nu sannolikt minskar, särskilt i de områden där prevalensen har varit hög, och möjligen på att politiken för prevention och minskning av narkotikans skadeverkningar börjar uppvisa effekter⁽¹⁴⁴⁾.

EU-skattning

Utifrån de befintliga uppgifterna om fallrapportering och seroprevalens samt skattningarna av antalet injektionsmissbrukare och antalet personer med ett problematiskt narkotikamissbruk (se kapitel 6) finns det i EU uppskattningsvis omkring 100 000–200 000 personer som bär på hiv-smitta och någon gång i livet har varit injektionsmissbrukare av narkotika. Antalet nydiagnostiserade fall av hiv bland injektionsmissbrukare av narkotika uppskattas för närvarande ligga omkring 3 500 per år i EU.

Aids-incidens och tillgång till högaktiv antiretroviral behandling

Eftersom högaktiv antiretroviral behandling (*highly active antiretroviral treatment*, HAART), som har funnits sedan 1996, effektivt förhindrar att en hiv-infektion utvecklas till aids, har uppgifterna om aids-incidensen blivit mindre användbara som indikator på hiv-smittspridningen. Enligt WHO:s skattningar är HAART-täckningen hög i EU-medlemsstaterna, kandidatländerna och Norge, som alla rapporterar åtminstone 75 % täckning⁽¹⁴⁵⁾, även om det saknas specifika uppgifter om injektionsmissbrukare. Uppgifterna om aids-incidensen är fortfarande betydelsefulla eftersom de ger en indikation på hur utbredda sjukdomssymptomen är och på i vilken mån HAART har införts och finns att tillgå.

Portugal är fortfarande det land som har den högsta incidensen av aids bland injektionsmissbrukare, och det är också det enda land som har noterat en ökning på senare tid: uppskattningsvis 36 nya fall per miljon invånare 2005, att jämföra med 30 nya fall per miljon invånare 2004. Dessutom har den sammanlagda dödligheten i aids (som med stor sannolikhet mestadels har samband med injektionsmissbruk av narkotika) inte minskat mellan 1997 och 2002, vilket tyder på att tillgången till HAART kan ha varit låg under denna period⁽¹⁴⁶⁾. Bland de baltiska länderna har Lettland noterat en minskning av aids-incidensen till 23 nya fall per miljon invånare 2005, att jämföra med ett toppvärde på 26 nya fall per miljon invånare 2004. Estland har inte redovisat några specifika uppgifter om injektionsmissbrukare för 2005, men landet rapporterade en ökning mellan 2003 och 2004 (från 4 till 13 fall per miljon invånare)⁽¹⁴⁷⁾.

Hepatit B och C

Hiv-smittan bland injektionsmissbrukare av narkotika i EU är väsentligen koncentrerad till ett fåtal högprevalensländer, men virushepatit – i synnerhet den infektion som orsakas av hepatit C-virus (HCV) – är mycket jämnare fördelad och har högre prevalens.

En andel på över 60 % av personer med antikroppar mot HCV i urval av injektionsmissbrukare som testats under 2004–2005 rapporteras från 60 undersökningar i 17 länder (6 av 28 länder redovisar inga uppgifter)⁽¹⁴⁸⁾. Bland unga injektionsmissbrukare (under 25 år) i dessa urval konstaterades en hög prevalens (över 40 % i minst ett urval) i sju länder, och bland nya injektionsmissbrukare – för vilka det är få länder som redovisar uppgifter – konstaterades en hög prevalens i Polen och Storbritannien⁽¹⁴⁹⁾. Bara fem länder redovisade undersökningar där prevalensen låg under 25 %.

Utifrån de befintliga uppgifterna och skattningarna av antalet injektionsmissbrukare och antalet personer med ett problematiskt narkotikamissbruk (se kapitel 6) kan man beräkna att det i EU kanske finns omkring 1 miljon personer som bär på HCV-smitta och någon gång i livet har varit injektionsmissbrukare av narkotika.

Prevalensen för markörer på smitta med hepatit B-virus (HBV) varierar mer än vad prevalensen för HCV-markörer gör, möjligen beroende på skillnader i fråga om andelen som har blivit vaccinerade. De mest fullständiga tillgängliga uppgifterna avser antikroppen mot HBV-kärnantigen (anti-HBc), vars förekomst tyder på att personen i fråga har haft en infektion. År 2004–2005 rapporterades prevalenstal på över 40 % från sex länder.

Tidstrenderna för rapporterade fall av hepatit B och hepatit C ser olika ut. När det gäller hepatit B förefaller andelen injektionsmissbrukare bland samtliga rapporterade fall i allmänhet ha minskat, vilket möjligen återspeglar att vaccinationsprogrammen får allt större genomslag. Däremot går det inte att se någon allmän trend för andelen injektionsmissbrukare bland de rapporterade fallen av hepatit C-infektion⁽¹⁵⁰⁾, även om denna andel varierar avsevärt mellan länder, något som tyder på att det finns skillnader i hepatit C-smittspridningen. Om bättre strategier för prevention och minskning av skadeverkningar ska kunna utformas på området, lär det vara viktigt att förstå de faktorer som ligger bakom skillnaderna mellan länder i fråga om andelen smittade.

⁽¹⁴⁴⁾ Se tabellerna INF-8, INF-9 och INF-10 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹⁴⁵⁾ Se figur INF-14 i statistikbulletinen 2006.

⁽¹⁴⁶⁾ Det portugisiska nationella samordningskontoret för hiv/aids-smitta, hälsodepartementet, 2006.

⁽¹⁴⁷⁾ Se figur INF-1 i statistikbulletinen 2007. Uppgifterna för de två senaste åren är skattningar som har justerats med anledning av försenad rapportering och därför kan komma att ändras (källa: EuroHIV).

⁽¹⁴⁸⁾ Se tabellerna INF-11, INF-12 och INF-13 i statistikbulletinen 2007. I årsrapporten redovisas bara urval på minst 50 personer.

⁽¹⁴⁹⁾ Se figur INF-6 (del vii) i statistikbulletinen 2007.

⁽¹⁵⁰⁾ Se figurerna INF-8 och INF-11 i statistikbulletinen 2007.

God fängelsehälsa är god folkhälsa

Tre av de största folkhälsoproblemen under de senaste två decennierna är återkomsten av smittsamma sjukdomar som tuberkulos, uppdykandet och den snabba spridningen av hiv/aids samt den till synes okontrollerbara pandemin av problematiskt missbruk av psykotropa droger. De mest utsatta grupperna i befolkningen drabbas i oproportionerligt hög grad av alla tre problemen. Särskilt bland internerna i fängelserna är det ofta vanligt med narkotikaproblem och utbredningen av infektionssjukdomar är förhållandevis stor. Dessutom är det ofta så att internerna fortsätter med, eller inleder, sitt narkotikamissbruk medan de sitter i fängelse. I denna miljö kan det också vara vanligt med högriskbeteenden. Därför innebär fängelserna en risk för stor utbredning av potentiellt livshotande sjukdomar – men kanske också en möjlighet att vidta insatser gentemot en särskilt betydelsefull målgrupp.

Med några få undantag (Frankrike, Storbritannien [dvs. England och Wales] och Norge) ingår fängelsehälsovården organisatoriskt i rättsväsendet eller systemet för allmän säkerhet snarare än i det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet. Detta medför en risk för att fängelsehälsovården ska isoleras från de metoder som används i det allmänna folkhälsoarbetet, och det aktualiserar frågan hur oberoende, bra, tillgänglig och omfattande den vård som erbjuds egentligen är.

Om internernas hälsotillstånd är dåligt kan detta få konsekvenser för folkhälsan i stort när narkotikamissbrukare släpps ut ur fängelserna och återupptar kontakten med sin familj och andra i samhället. Åtgärder för att upptäcka allvarliga smittsamma sjukdomar som hiv-infektion och tuberkulos i kombination med fullgoda åtgärder för behandling och minskning av skadeverkningar kan därför ge ett betydande bidrag till hälsotillståndet i de samhällen som internerna kommer från och som de kommer att återvända till. För dem som är beroende av narkotika kan behandlingsprogram i fängelserna innebära en möjlighet som inte bara kan förbättra deras hälsa utan också minska sannolikheten för att de ska begå brott i framtiden.

För att öka kunskapen om hälsoläget i fängelserna och om de specifika motåtgärderna ger Europeiska kommissionen genom sitt folkhälsoprogram stöd till projektet "Health in Prisons", som drivs av WHO:s regionkontor för Europa och syftar till att bygga upp en databas över relevanta fängelsehälsoindikatorer och andra faktorer som påverkar hälsotillståndet. ECNN medverkar i arbetet med databasen tillsammans med WHO Europa och det europeiska nätverket för prevention av narkotikamissbruk och infektioner i fängelser (ENDIPP) (1).

(1) Se Internet (<http://data.euro.who.int/hip/>).

Prevention av infektionssjukdomar

Under det senaste decenniet har det vuxit fram en samsyn på EU-nivå om vad som måste ingå i verkningfulla åtgärder mot infektionssjukdomar bland injektionsmissbrukare av narkotika. I Europa finns det väletablerade

preventionsåtgärdsprogram som består av flera olika komponenter, t.ex. tillgång till fullgod missbruksbehandling (särskilt substitutionsbehandling), nål- och sprutprogram, upplysning och spridning av preventionsmaterial, utbildning i hur man minskar riskerna (inbegripet utbildning som missbrukare ger sina kamrater), frivillig rådgivning och testning avseende infektionssjukdomar, vaccination och behandling av infektionssjukdomar.

Oavsett hur framträdande plats dessa olika komponenter har i de olika ländernas politik, finns det en tydlig enighet om att ett samordnat och heltäckande arbetssätt i folkhälsopolitiken är ytterst viktigt för att minska spridningen av infektionssjukdomar bland narkotikamissbrukare.

När det gäller problemet med ej diagnostiserad hiv-infektion har det under året publicerats nya riktlinjer (WHO/UNAIDS, 2007). Ett mer aktivt arbetssätt från vårdgivarnas sida när det gäller att rekommendera hiv-testning och rådgivning, särskilt vid de inrättningar som vänder sig till högriskgrupper som injektionsmissbrukare av narkotika, rekommenderas som ett sätt att få fler att frivilligt låta hiv-testa sig. Ett budskap som har framkommit i ECNN:s arbete på området är att regelbundna frivilliga läkarundersökningar, inbegripet testning och rådgivning avseende hiv och andra infektioner, är en särskilt lämplig tjänst att erbjuda injektionsmissbrukare.

I arbetet med prevention av hepatit A och hepatit B har vaccination en viktig roll att spela. Vissa länder tillhandahåller hepatit B-vaccinering för hela befolkningen medan andra inriktar sig på dem som anses löpa särskilt hög risk. I Norge byggde man ut vaccineringen mot hepatit A och B efter det att epidemiska utbrott av dessa båda leverinfektioner visat att injektionsmissbruket av narkotika hade spridit sig till mindre kommuner.

Den höga prevalensen för hepatit C-infektion bland injektionsmissbrukare ger en tydlig indikation på att det behöver utvecklas mer verkningfulla motåtgärder mot denna sjukdom, som det inte är möjligt att vaccinera sig mot. I ett antal länder har man särskilda program för hepatit C-prevention, och en del intressant arbete är under utveckling på området – t.ex. kampanjen "Stopp hepatit C", som har pågått i Oslo sedan 2003 och vars mål är att nå ut till narkotikamissbrukare innan de börjar injicera eller medan de fortfarande inte har gjort detta så länge.

Även missbrukarvården och de inrättningar som ägnar sig åt åtgärder för att minska narkotikans skadeverkningar måste utveckla motåtgärder mot de risker som deras klienters sexuella beteende innebär. Utöver att injektionsmissbrukare kan smittas av hiv när de injicerar narkotika kan de även löpa förhöjd risk för hiv-smitta genom sitt sexuella beteende – på grund av att deras omdöme försämras, på grund av att det finns en koppling mellan vissa droger och sexuella högriskbeteenden, eller på grund av att de utför sexuella tjänster i utbyte mot pengar eller droger. Kvinnliga narkotikamissbrukare kan vara särskilt utsatta, även om det också finns en oro över samspelet mellan narkotikamissbruk

och sexuellt högriskbeteende i vissa grupper av män som har sex med män. Utöver hiv kan narkotikamissbrukare även löpa högre risk att smittas av andra sexuellt överförbara sjukdomar, och missbrukarvården kan ha en betydelsefull roll att spela när det gäller att ställa diagnos i tidigare ej upptäckta fall av sådana sjukdomar. I en nyligen gjord maltesisk undersökning redovisas exempelvis tidigare ej upptäckta fall av infektion med humant papillomvirus bland kvinnor som genomgick screening vid en öppenvårdsenhet.

Nål- och sprutprogram

Det är vanligt förekommande inom EU att program för utbyte eller utdelning av nålar och sprutor ingår bland de tjänster som missbrukarvården erbjuder, att även rådgivning om risker ingår i utbudet och att narkotikamissbrukare remitteras till behandling. Nål- och sprutprogram anges av tre av fyra EU-länder samt av Norge som en prioriterad åtgärd mot spridningen av infektionssjukdomar bland injektionsmissbrukare⁽¹⁵¹⁾. Alla länder utom Cypern uppger att missbrukare erbjuds rena nålar och sprutor, och i Cypern rekommenderade en expertgrupp år 2006 denna åtgärd som ett lämpligt sätt att begränsa en möjlig ökning av antalet injektionsrelaterade infektioner. Att man delar ut annan steril utrustning som desinfektionstorkar, torkdukar, vatten, filter och kokkäril tillsammans med rena sprutor börjar bli allmän praxis inom missbrukarvården. Att dela ut steril injektionsutrustning genom nål- och sprutprogram betraktas i allmänhet inte längre som något kontroversiellt, men däremot är det inte alla länder som prioriterar detta, och några länder anser att det i stort sett är tillräckligt med den försäljning som sker genom apoteken.

Det finns skillnader mellan länderna i fråga om hur tillhandahållandet av steril injektionsutrustning går till och vilken utrustning som tillhandahålls. I allmänhet finns de enheter som tillhandahåller sprutor inom specialiserade inrättningar för missbrukarvård, och i alla länder utom tre finns det även kompletterande mobil verksamhet som kan nå ut till grupper av injektionsmissbrukare i marginaliserade stadsdelar. Som komplement till nål- och sprutprogrammen finns det i tio länder automater där man kan köpa sprutor⁽¹⁵²⁾, men det finns få uppgifter om omsättning och ingen forskning om hur effektivt detta är. Luxemburg har nu sällat sig till Spanien och Tyskland i den lilla grupp av länder där nål- och sprutbyte erbjuds i fängelser. I Tyskland handlar det dock bara om ett enda fängelse i Berlin.

Att de lokala apoteken bildar ett så vidsträckt nätverk innebär att sprutbytesprogram som bedrivs via apoteken kan förbättra den geografiska tillgängligheten för sprutor betydligt och därmed komplettera de tjänster som specialiserade inrättningar erbjuder. I Skottland delades det exempelvis ut 1,7 miljoner sprutor under 2004 via ett nätverk av 116 deltagande apotek, och i Portugal deltog

över 1 300 apotek i programmet och delade ut 1,4 miljoner sprutor⁽¹⁵³⁾. Formellt organiserade apoteksbaserade program för utbyte eller utdelning av sprutor uppges finnas i åtta europeiska länder (Belgien, Danmark, Spanien, Frankrike, Nederländerna, Portugal, Slovenien och Storbritannien).

I de länder där narkotikamissbrukare i stor utsträckning får sin injektionsutrustning från apoteken skulle dessa kunna spela en större roll i genomförandet av andra hälsofrämjande åtgärder som riktar sig till narkotikamissbrukare, bl.a. spridning av information om sexuella och injektionsrelaterade risker förknippade med infektionssjukdomar, testning och rådgivning samt remittering till behandling. I dagsläget är det bara Frankrike, Portugal och Storbritannien som rapporterar att det pågår arbete för att motivera apotekare att engagera sig i sprutprogram och för att stödja de apotekare som redan är engagerade.

Den geografiska täckningen för nål- och sprutprogrammen och det tillhandahållande av injektionsutrustning som sker inom ramen för dem varierar i hög grad mellan länder. Allt fler länder har dock landstäckande nätverk av nål- och sprutprogram. De länder som uppger att deras program har god täckning på nationell nivå är Luxemburg och Malta, som båda är små länder, Italien, där program vanligen eller ofta bedrivs i omkring 70 % av alla lokala hälsovårdsdistrikt, Tjeckien, där program finns i alla 77 distrikten och i huvudstaden Prag, och Finland, där kommunerna är skyldiga enligt lag att erbjuda relevanta tjänster för att förebygga infektionssjukdomar, inbegripet nål- och sprutprogram. Portugal uppskattar att landets apoteksbaserade och uppsökande nål- och sprutprogram täcker omkring 50 % av landets yta, och i Danmark driver tio av de tretton länen (amten) nål- och sprutprogram. Alla österrikiska städer med en mer omfattande förekomst av injektionsmissbruk har minst en enhet där missbrukarna kan få tag på nålar och sprutor, och i Bulgarien erbjuds sådana tjänster i tio städer med en relativt hög nivå av problematiskt narkotikamissbruk. I Estland uppskattade man 2005 att 37 % av injektionsmissbrukarna hade kontakt med nål- och sprutprogram, medan täckningen av målgrupperna i Slovakien och Rumänien uppskattades ligga betydligt lägre (20 % respektive 10–15 %).

En ökning mellan 2003 och 2005 av det sammanlagda antalet sprutor som byttes eller delades ut av specialiserade nål- och sprutprogram redovisades av flera länder (Bulgarien, Tjeckien, Estland, Ungern, Österrike, Slovakien och Finland)⁽¹⁵⁴⁾.

De specialiserade inrättningar som driver nål- och sprutprogram kan även ha andra viktiga folkhälsouppgifter, t.ex. att bedöma och öka medvetenheten om riskbeteende bland klienterna, att motivera dem att låta testa och vaccinera sig eller att fungera som en kanal till primärvård och missbruksbehandling. Det är visserligen oklart i vilken

⁽¹⁵¹⁾ Se figur 11 i årsrapporten för 2006.

⁽¹⁵²⁾ Se tabell HSR-2 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹⁵³⁾ Se tabell HSR-4 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹⁵⁴⁾ Se tabell HSR-3 i statistikbulletinen 2007.

omfattning dessa inrättningar bedriver sådan verksamhet, men att det finns ett behov av att utveckla den understryks av resultaten från en nationell granskning som nyligen gjordes i England. I granskningsrapporten drogs slutsatsen att klienternas medvetenhet om infektionssjukdomar var förhållandevis låg och att inrättningarna kunde arbeta mer aktivt med att erbjuda rådgivning, testning och vaccinering.

Narkotikarelaterade dödsfall och narkotikarelaterad dödlighet

Narkotikarelaterade dödsfall

Enligt ECNN:s definition är ett "narkotikarelaterat dödsfall" ett dödsfall som direkt orsakas av konsumtion av en eller flera droger. I allmänhet inträffar narkotikarelaterade dödsfall kort efter konsumtionen av det eller de berörda ämnena. Andra termer som används för att beteckna sådana dödsfall är "överdosfall", "förgiftningsfall", "narkotikainducerade dödsfall" och "akuta narkotikadödsfall" (155). Hur många narkotikarelaterade dödsfall som inträffar på en ort beror på hur många där som använder droger som förknippas med överdoser (i synnerhet opiater). Andra betydelsefulla faktorer är andelen injektionsmissbrukare och prevalensen för blandmissbruk samt behandlings- och akutvårdens tillgänglighet och policy.

Jämförbarheten hos de europeiska uppgifterna har visserligen förbättrats på senare år, men skillnader i rapporteringskvalitet mellan länder innebär fortfarande att man bör vara försiktig med att göra direkta jämförelser. Omfattningen av de narkotikarelaterade dödsfallen kan uttryckas som antalet rapporterade fall, som en befolkningsandel eller som ett proportionellt dödlighetstal. Även om det finns skillnader i rapporteringskvalitet mellan länder kan man, förutsatt att de metoder som används inte förändras, observera trender för antalet överdosfall och för överdosfallens kännetecken.

Under perioden från 1990 till 2004 rapporterades varje år mellan 6 500 och över 9 000 dödsfall av EU-medlemsstaterna, vilket sammanlagt blir över 122 000 dödsfall under denna period. Dessa antal bör ses som minimiskattningar (156).

Den narkotikarelaterade dödligheten i befolkningen varierar stort mellan länderna: från 3–5 (157) till över 50 dödsfall per miljon invånare (medelvärde 18,3). Elva europeiska länder har uppgett en dödlighet på över 20 fall per miljon

invånare. Bland män i åldern 15–39 år brukar dödligheten ligga tre gånger så högt (i genomsnitt 61 dödsfall per miljon invånare). Åren 2004–2005 utgjorde de narkotikarelaterade dödsfallen 4 % av alla dödsfall bland 15–39-åriga européer; i nio länder var denna andel över 7 % (158).

Narkotikamissbrukare dör inte bara av överdoser utan också av orsaker som har indirekt samband med narkotikamissbruk. Aids-dödsfallen med anknytning till injektionsmissbruk av narkotika uppgick exempelvis till nästan 1 400 år 2003 (EuroHIV, 2006) (159), och detta är möjligen en skattning som ligger i underkant. Antalet dödsfall av andra orsaker med indirekt koppling till narkotikamissbruk (t.ex. hepatit, våld, självmord och olyckor) är mer svårbedömt. Man har uppskattat att dödligheten bland unga vuxna, åtminstone i vissa europeiska städer, till 10–20 % har direkt eller indirekt samband med opiatmissbruk (Bargagli m.fl., 2006) (se nedan). Om man räknade in den dödlighet som har samband med missbruk av andra droger (t.ex. kokain) skulle andelen bli större, men omfattningen av denna dödlighet är svårare att bilda sig en uppfattning om.

Om den övergripande dödligheten på nationell och europeisk nivå med koppling till problematiskt narkotikamissbruk ska kunna fastställas, måste uppgiftsinsamlingen och analysarbetet förbättras. Ett försök att göra detta på nationell nivå redovisas i den nederländska nationella rapporten. Genom att extrapolera utifrån uppgifter från en lokal undersökning och genom att ta hänsyn till regionala skillnader uppskattade man den dödlighet som berodde direkt eller indirekt på problematiskt narkotikamissbruk. Det behövs visserligen ytterligare metodarbete, men undersökningar av detta slag kan utöver att mäta antalet dödsfall med indirekt koppling till narkotikamissbruk även vara ett sätt att komma runt problemet med den underrapportering som möjligen finns när det gäller överdosdödsfall.

Akuta opiatrelaterade dödsfall

Heroindödsfall (160)

Opiatöverdos är en av de vanligaste dödsorsakerna bland ungdomar i Europa, särskilt bland män i större städer. Opiater förekommer i de flesta rapporterade akuta narkotikarelaterade dödsfallen med koppling till illegala ämnen i Europa – de står för mellan 46 % och 100 % av fallen (figur 12), och oftast handlar det om heroin eller nedbrytningsprodukter av heroin. De flesta europeiska opiatdödsfallen har samband med heroin, men ofta påträffas

(155) De flesta nationella falldefinitionerna är identiska med eller mycket lika ECNN:s definition, men vissa länder tar fortfarande med dödsfall som beror på psykoaktiva läkemedel eller som inte har samband med överdoser, vilka dock i allmänhet utgör en begränsad andel (se statistikbulletinen 2007, metodnoten "Drug-related deaths summary: definitions and methodological issues", samt "DRD Standard Protocol, version 3.1").

(156) Se tabellerna DRD-2 (del i), DRD-3 och DRD-4 i statistikbulletinen 2007.

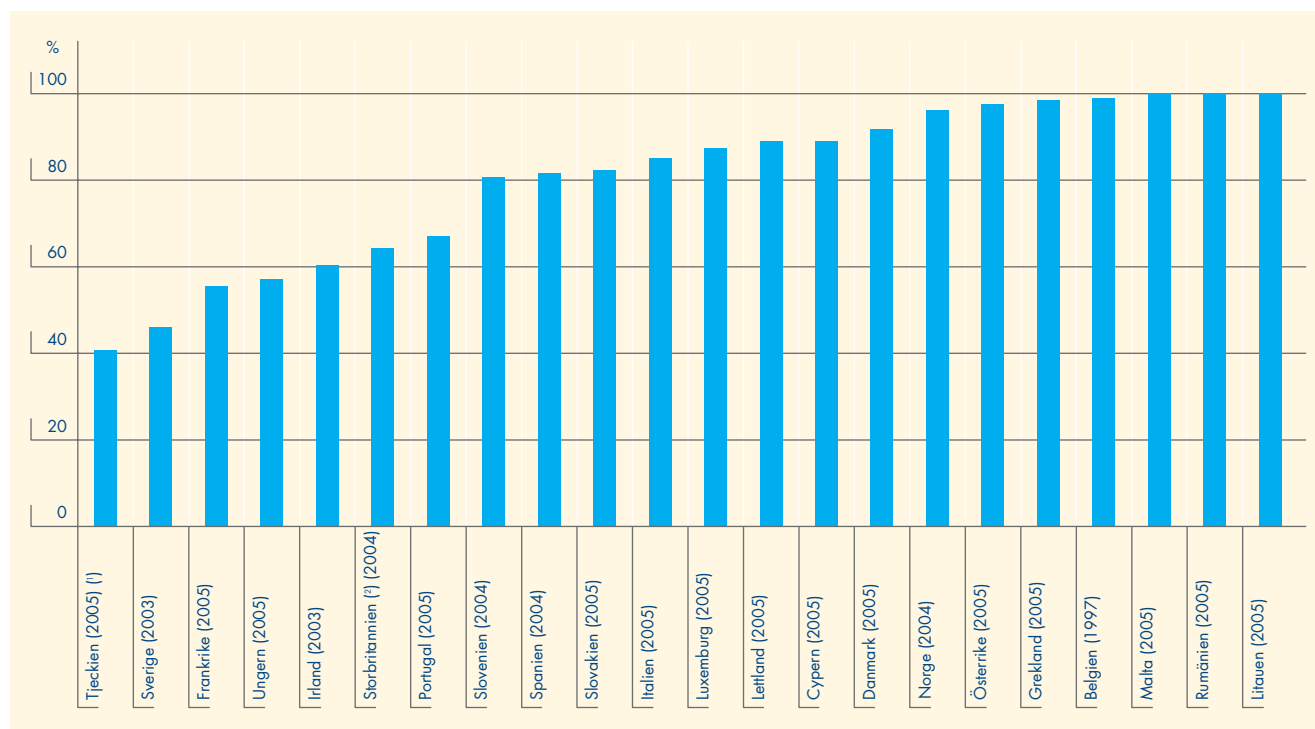
(157) I Frankrike var dödligheten 0,9 fall per miljon invånare 2005, vilket kan tyda på viss underrapportering, men det bör noteras att dödligheten var omkring tio gånger högre 1994, då antalet överdosdödsfall började minska.

(158) Se tabell DRD-5 i statistikbulletinen 2007.

(159) Observera att värdet avser WHO Europas västra och centrala område, som innefattar några länder som inte är EU-medlemmar, samt det totala antalet dödsfall i Estland, Lettland och Litauen (östra området).

(160) Eftersom de flesta av de fall som rapporteras till ECNN gäller opiatöverdoser, beskrivs opiatfallen med hjälp av kännetecknen för narkotikarelaterade dödsfall i allmänhet.

Figur 12: Andel av akuta narkotikorelaterade dödsfall där opiater påträffats



(¹) För Tjeckien användes ECNN:s "urval D"-definition av "akut narkotikorelaterat dödsfall" i stället för den nationella definitionen. I den nationella definitionen ingår förgiftning med psykoaktiva läkemedel, vilket står för de flesta fallen (156 av 218).

(²) Enligt den definition som används av Office of National Statistics.

Anm.: I vissa länder ingår det i de nationella definitionerna av "narkotikorelaterat dödsfall" ett begränsat antal dödsfall med indirekt koppling till användning av narkotika. Uppgifter för 2005 eller för det senaste år som uppgifter finns tillgängliga. Mer information finns i tabell DRD-1 i statistikbulletinen 2007.

Källa: Nationella Reitox-rapporter (2006), hämtat från nationella dödsregister eller specialregister.

även andra ämnen som kan ha spelat en roll, i synnerhet alkohol, bensodiazepiner eller andra opiater samt, i vissa länder, kokain. Ett frivilligt projekt för att samla in uppgifter om ämnen som var inblandade i narkotikadödsfall, där nio länder deltog år 2006 (¹⁶¹), bekräftade att flera droger oftast (60–90 % av fallen) nämns i samband med opiatöverdoser och att de berörda fallen skulle kunna betraktas som "flerdrogsdödsfall".

Män står för majoriteten (59–100 %) av opiatöverdosdödsfallen. Andelen kvinnor är störst i Tjeckien, Polen och Slovakien, och den är lägst i Italien, Litauen och Luxemburg. De flesta som dör av narkotikaöverdoser är mellan 20 och 40 år gamla; genomsnittsåldern i de flesta länderna ligger runt 35 (¹⁶²). Genomsnittsåldern för de personer som dör av överdoser är lägst i Bulgarien, Estland, Lettland och Rumänien, och den är högst i Polen, Finland och Storbritannien. Det rapporteras ytterst få överdosdödsfall bland personer under 15 år, även om det kan tänkas att de narkotikorelaterade dödsfallen i denna åldersgrupp underrapporteras. Ett antal narkotikorelaterade dödsfall inträffar bland personer över 65 år, men det är bara sju länder som uppger att mer än 5 % av fallen tillhör den åldersgruppen. I flera av de medlemsstater som har anslutit

sig till EU sedan 2004 är genomsnittsåldern vid dödsfall jämförelsevis låg och andelen personer under 25 år bland offren för överdoser med dödlig utgång jämförelsevis stor, vilket kan tyda på att heroinmissbrukarna är yngre i dessa länder (¹⁶³).

I många medlemsstater blir de som dör av överdoser allt äldre, vilket tyder på en minskning av incidensen för heroinmissbruk bland ungdomar. Denna trend är vanlig i EU-15-medlemsstaterna, även om en sjunkande ålder har observerats i Österrike och Luxemburg på senare år. I de övriga medlemsstaterna är trenden mindre tydlig, och antalet fall är så litet att det är svårt att tolka uppgifterna (¹⁶⁴).

Metadon- och buprenorfindödsfall

Trots att forskningen visar att substitutionsbehandling minskar risken för överdoser med dödlig utgång, rapporteras det varje år ett antal dödsfall med koppling till missbruk av substitutionsläkemedel. Genom att följa antalet dödsfall som har samband med metadon och buprenorfin samt omständigheterna för dessa dödsfall kan man få information som kan vara av betydelse för kvalitetssäkringen av substitutionsprogrammen och som kan ge underlag för

(¹⁶¹) Tjeckien, Danmark, Tyskland, Lettland, Malta, Nederländerna, Österrike, Portugal och Storbritannien.

(¹⁶²) Se tabell DRD-1 (del i) i statistikbulletinen 2007.

(¹⁶³) Se figur DRD-2 i statistikbulletinen 2007.

(¹⁶⁴) Se figurena DRD-3 och DRD-4 i statistikbulletinen 2007.

preventionssatsningar och initiativ för att minska narkotikans skadeverkningar.

Flera länder uppgår att metadon förekommer i en betydande andel av de narkotikarelaterade dödsfallen, även om det inte alltid står klart vilken roll metadonet har spelat för dödsfallet och även om andra ämnen också kan förekomma. Danmark rapporterade att metadon (ensamt eller i kombination med andra ämnen) var förgiftningsorsak i 43 % av de narkotikarelaterade dödsfallen (89 av 206, år 2005). Tyskland redovisade att 255 fall (av 1 477) tillskrevs "substitutionsämnen" (i 75 fall enbart sådana ämnen, i 180 fall tillsammans med andra narkotiska ämnen) år 2005, att jämföra med 345 fall år 2004. Storbritannien uppgav att metadon hade "omnämnts" i 280 fall (av 1 972, definition enligt narkotikastrategin). I Norge visade 55 obduktioner på förekomst av spår av metadon. Spanien rapporterade (nationella Reitox-rapporter, 2005) att det fanns få överdosfall med dödlig utgång där enbart metadon var inblandat (2 % av samtliga fall) men att ämnet ofta förekom tillsammans med andra ämnen i opiatdödsfall (42 %) och kokaindödsfall (20 %). De övriga länderna redovisade inte antalet metadondödsfall, eller också redovisade de ett antal som var mycket litet.

Dödsfall orsakade av buprenorfinförgiftning förefaller vara sällsynta, vilket anses ha samband med att läkemedlet har farmakologiska egenskaper av typen agonist-antagonist. En del dödsfall har dock rapporterats av europeiska länder. I de nationella rapporterna för 2006 och 2005 var det bara Frankrike och Finland som redovisade dödsfall med anknytning till buprenorfin. I Finland påträffades ämnet i 83 fall år 2005 (73 fall år 2004), i allmänhet antingen kombinerat med bensodiazepiner, lugnande medel eller alkohol, eller också injicerat. I Frankrike rapporterades år 2005 bara två överdosfall med dödlig utgång där buprenorfin var inblandat (mot fyra stycken år 2004). Buprenorfin är det huvudsakliga opiatsubstitutionsläkemedlet i dessa båda länder, men de uppskattningsvis 70 000–85 000 personer som får läkemedlet i Frankrike är mycket fler än de som får behandling i Finland. Utöver Frankrike och Finland var det år 2004 tre länder som rapporterade dödsfall där buprenorfin omnämndes (två eller tre fall per land). I en brittisk undersökning där man sökte utslutande efter dödsfall mellan 1980 och 2002 där buprenorfin omnämndes, hittade man bara 43 fall; buprenorfin förekom ofta tillsammans med bensodiazepiner eller andra opiater (Schifano m.fl., 2005).

Akuta dödsfall med koppling till andra droger än opiater

Dödsfall med koppling till ecstasy och amfetaminer

Det är sällsynt med dödsfall där ecstasy omnämns, men när sådana fall började rapporteras för några år sedan väckte de ändå betydande oro eftersom de ofta inträffar oväntat och drabbar socialt integrerade ungdomar. De begränsade uppgifter som finns i de nationella Reitox-rapporterna för

2006 tyder på att ecstasydödsfallen ligger kvar på ungefär samma nivå som tidigare år. I Europa som helhet hänvisades det till 78 dödsfall där ecstasy var inblandat (¹⁶⁵).

Också amfetamindödsfall rapporteras sällan, även om 16 dödsfall 2004 och 14 dödsfall 2005 i Tjeckien tillskrevs pervitin (metamfetamin), vilket ligger i linje med att det uppskattade antalet personer med ett problematiskt pervitinmissbruk och antalet önskemål om behandling har ökat. I Finland rapporterades 65 dödsfall där amfetaminer var inblandade, men det specificerades inte vilken roll drogen hade spelat för dessa dödsfall.

Dödsfall med koppling till kokain

De överdosdödsfall som beror på kokain är svårare att identifiera än de som orsakas av opiater. Ofta anses sådana dödsfall bero på en kombination av orsaker snarare än på kokainets toxicitet som sådan (¹⁶⁶). I undersökningar har man kommit fram till att de flesta kokaindödsfallen har samband med kronisk användning av drogen och att det ofta handlar om resultatet av hjärt-kärlproblem och neurologiska problem som uppstått till följd av långvarig användning, framför allt hos personer med predisponerande tillstånd eller riskfaktorer. I rapporterna om dödsfall i Europa där kokain är inblandat brukar oftast även förekomst av andra ämnen nämnas (bl.a. alkohol och opiater), vilket återspeglar att kokain används i kombination med andra droger.

I de länder som har redovisat uppgifter identifierades över 400 kokaindödsfall enligt de nationella rapporterna för både 2006 och 2005. Det finns ett tydligt behov av att ytterligare undersöka hälsokonsekvenserna och dödligheten i samband med användning av kokain.

Trender för akuta narkotikarelaterade dödsfall

De nationella trenderna för narkotikarelaterade dödsfall kan ge insikter dels om utvecklingen av mönstren för det problematiska narkotikamissbruket i de enskilda länderna, dels om utvecklingen av motåtgärderna. De tillgängliga uppgifterna för EU visar en del allmänna trender för de narkotikarelaterade dödsfallen. Ur ett längre tidsperspektiv kan man konstatera att det skedde en kraftig ökning av de narkotikarelaterade dödsfallen i EU-15-medlemsstaterna och i Norge under 1980-talet och början av 1990-talet, vilket möjligen återspeglade den ökande utbredningen av heroinmissbruk och injektionsmissbruk (¹⁶⁷). Därefter fortsatte narkotikadödsfallen att öka mellan 1990 och 2000, men inte lika kraftigt.

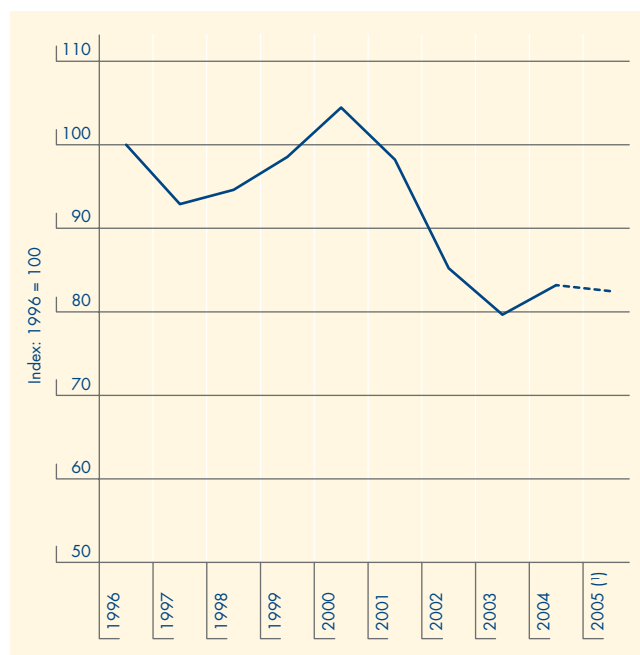
Sedan år 2000 har många EU-länder rapporterat minskningar av antalet narkotikarelaterade dödsfall, möjligen med koppling till ökad tillgänglighet för behandling och initiativ för att minska skadeverkningarna, även om också en möjlig tendens till minskat injektionsmissbruk eller en minskning av heroinets tillgänglighet kan ha spelat in. På europeisk nivå föll antalet narkotikarelaterade dödsfall

⁽¹⁶⁵⁾ Beroende på land avser uppgifterna för ecstasy och kokain antingen 2004 eller 2005.

⁽¹⁶⁶⁾ En mer utförlig redovisning av kokainrelaterade dödsfall finns i temakapitlet om kokain i årsrapporten för 2007.

⁽¹⁶⁷⁾ Se figur DRD-8 i statistikbulletinen 2007.

Figur 13: Övergripande trend för akuta narkotikarelaterade dödsfall, 1996–2005, för alla medlemsstater som redovisat uppgifter



(¹) Värdet för 2005 är preliminärt och bygger på en jämförelse mellan 2004 och 2005 enbart för de länder som redovisat uppgifter för båda åren.

Anm.: Den indexerade förändringen beräknas utifrån de länder som redovisat information för det angivna året och året före detta. Uppgifter om antal dödsfall i varje land och metodanmärkingar finns i tabell DRD-2 i statistikbulletinen 2007.

Källa: Nationella Reitox-rapporter (2006), hämtat från allmänna dödsregister eller specialregister (rättsliga eller polisiära).

med 6 % år 2001, med 14 % år 2002 och med 5 % år 2003 (figur 13). Uppgifterna för 2004 och de preliminära uppgifterna för 2005 tyder dock på att minskningen av de narkotikarelaterade dödsfallen inte har fortsatt efter 2003.

En oroväckande trend har börjat bli synlig i rapporterna om narkotikarelaterade dödsfall i vissa länder. Efter markanta toppar för antalet narkotikarelaterade dödsfall under 1999–2001 som följdes av en tydlig minskning under två till tre år, har det observerats en ökning av antalet rapporterade dödsfall under 2004 och 2005 ⁽¹⁶⁸⁾. Detta mönster beskriver generellt trenderna för narkotikarelaterade dödsfall på senare år i Irland, Grekland, Portugal, Finland och Norge samt, i lägre grad, trenderna i Nederländerna, Österrike och Storbritannien. I Italien har man under de senaste två åren noterat en viss ökning efter flera år med ett minskande antal narkotikarelaterade dödsfall ⁽¹⁶⁹⁾. Flera möjliga förklaringar till denna nyligen inträffade ökning har framförts, bl.a. blandmissbruk bland opiatmissbrukare och en möjlig ökning av heroinets tillgänglighet.

Det finns en tydlig diskrepans i fråga om trenderna för narkotikarelaterade dödsfall mellan EU-15-medlemsstaterna och de länder som har anslutit sig till EU sedan 2004. Bland EU-15-medlemsstaterna har det totalt sett sedan 1996 skett

en minskning, som var mycket tydlig mellan 2000 och 2002, vilket tyder på en långsiktig minskning av antalet unga injektionsmissbrukare av opiater. De senaste trenderna i dessa länder är dock blandade. I de nya medlemsstaterna observerades en kraftig ökning fram till 2002, men en minskning under 2003–2004.

En ökning av andelen av de narkotikarelaterade dödsfallen som drabbar missbrukare under 30 år har observerats i Grekland och motsvarande ökning bland missbrukare under 25 år har noterats i Estland, Luxemburg och Österrike samt i mindre utsträckning i Lettland och Nederländerna, även om unga narkotikamissbrukare i de flesta länderna står för en allt mindre andel av överdoserfallen ⁽¹⁷⁰⁾.

Man kan också se könsskillnader i trenderna för narkotikarelaterade dödsfall ⁽¹⁷¹⁾. Mer utförlig information finns i temakapitlet om kön och narkotikamissbruk i årsrapporten för 2006.

Övergripande dödlighet bland personer med problematiskt narkotikamissbruk

Den information som finns om den övergripande dödligheten (direkt och indirekt orsakad av narkotika) bland personer med ett problematiskt narkotikamissbruk avser till största delen opiatmissbrukare. Däremot saknas det i allmänhet information om dödligheten i samband med andra former av narkotikamissbruk, men sådan information kommer att behövas i allt större utsträckning för folkhälsoändamål, t.ex. när det gäller personer som regelbundet använder kokain men är integrerade i samhället.

I vetenskapliga undersökningar av opiatmissbrukare i olika europeiska miljöer har man konstaterat att denna grupp har en hög dödlighet jämfört med befolkningen i allmänhet. En samarbetsundersökning som inleddes inom ramen för ett ECNN-projekt visade att opiatmissbrukare som rekryterades till undersökningen när de befann sig i behandling på åtta europeiska orter hade mycket hög dödlighet jämfört med samma åldersgrupp i befolkningen som helhet (se ECNN, 2006). En kohortundersökning avseende dödlighet i Tjeckien visade att den standardiserade dödligheten (SMR) för personer som använde stimulantia låg 4–6 gånger högre än dödligheten för befolkningen i allmänhet, medan personer som använde opiater hade en dödlighet som var 9–12 gånger högre (nationella Reitox-rapporter, 2005). I en fransk kohortundersökning där man följde personer som gripits för användning av heroin, kokain eller crack fann man att dödligheten var 5 gånger högre bland männen och 9,5 gånger högre bland kvinnorna än i befolkningen som helhet, men att trenden var fallande (nationella Reitox-rapporter, 2005). Mer information om dödligheten bland narkotikamissbrukare väntas komma från pågående kohortundersökningar i flera europeiska länder (Bulgarien,

⁽¹⁶⁸⁾ Se tabell DRD-2 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹⁶⁹⁾ Se figur DRD-11 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹⁷⁰⁾ Se figur DRD-9 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹⁷¹⁾ Se figur DRD-6 i statistikbulletinen 2007.

Spanien, Malta, Österrike, Polen, Rumänien, Sverige, Storbritannien och Norge).

I nyare undersökningar från Nederländerna och Norge fann man inte något samband mellan ålder och risk att dö av en överdos (Cruts m.fl., under tryckning; Ødegård m.fl., 2006, nämnd i den norska nationella rapporten), men i takt med att opiatmissbrukarna åldras kan man tänka sig att dödligheten med anknytning till kroniska sjukdomstillstånd i allt större utsträckning får inverkan vid sidan av den dödlighet som beror på externa faktorer som självmord och våld. Även dåliga levnadsförhållanden och psykiska hälsoproblem bland narkotikamissbrukare kan i hög grad bidra till den höga dödligheten i gruppen.

Självmod anges som en orsak till narkotikaöverdosdödsfall i några undersökningar av narkotikamissbrukare. De kända självmordsfallen och de dödsfall där den eventuella avsikten inte hade fastställts utgjorde tillsammans 30 % av alla narkotikarelaterade dödsfall som rapporterades i Skottland 2005. År 2003 stod självmord för 13 % av alla narkotikarelaterade dödsfall (Scottish Executive, 2005). Olika slags missbruksproblem tros bidra till självmordsbeteende på flera sätt – det kan finnas gemensamma riskfaktorer, och de som blir missbrukare kan ha en benägenhet för högriskbeteenden.

Minskning av de narkotikarelaterade dödsfallen

Den uppmärksamhet som ägnas åtgärder för att förebygga överdoser har ökat i takt med insikterna om narkotikaöverdosernas betydelse som folkhälsoproblem. Att missbrukare kommer i kontakt med behandling av vården och andra inrättningar kan minska antalet narkotikarelaterade dödsfall, men det finns fortfarande ett betydande utrymme för att utveckla insatser som direkt avser överdosriskerna, och totalt sett saknar Europa ett heltäckande angreppssätt när det gäller överdosprevention.

Medlemsstaterna, särskilt de med äldre heroinepidemier, har på senare år i allt högre grad byggt ut missbruksbehandlingen, och de når nu ut till ett ökande antal personer med ett problematiskt narkotikamissbruk som tidigare varit svåra att komma i kontakt med (se även kapitel 2 och kapitel 6). Att det blir lättare att få tillgång till behandling och att det finns ett stort antal olika metoder, inbegripet substitutionsbehandling, gör att fler nu stannar kvar i behandling, och detta ger ett betydelsefullt bidrag till strävan att minska dödsfallen och dödligheten i samband med narkotika. I flera länder har man sänkt kraven för tillträde till substitutionsbehandling med läkemedel, och det står klart att man har ändrat inställning på så sätt att man nu gör det enklare för klienterna att inleda och återvända till underhållsbehandling med metadon (åtgärder som har visats öka överlevnaden). Dessutom visar undersökningar av högröskelprogram att stränga tillträdeskrav och behandlingsregler resulterar i att fler klienter skrivs ut av

Samsjuklighet och Isadora-projektet

Det finns ofta ett samband mellan psykiska störningar och problematiskt narkotikamissbruk. Visserligen finns det inte någon systematisk samling på europeisk nivå av information om samsjuklighet (komorbiditet), dvs. samtidig förekomst av psykiska problem och missbruksproblem hos en individ, men de rön som gjorts inom lokal forskning i flera europeiska länder tyder på att mellan 30 % och 90 % av klienterna i missbruksbehandling samtidigt kan ha psykiska störningar. De vanligaste diagnostiserade tillstånden bland personer som är beroende av narkotika är personlighetsstörningar, depression, antisociala personlighetsstörningar och ångest samt affektiva störningar och ätstörningar. Även schizofreni och självmordstendenser nämns. Samsjuklighet uppges vara vanligare bland heroinmissbrukare, särskilt bland dem som har missbrukat narkotika länge, som har varit med om att avbryta metadonbehandling vid flera tillfällen och som har fått försämrade sociala villkor och bostadsförhållanden. På liknande sätt är beroende av narkotika vanligt förekommande bland personer med allvarliga psykiska sjukdomar.

Det europeiska projektet Isadora, vars tema var integrerad vård vid dubbeldiagnos samt optimalt tillfrisknande från beroende, slutfördes 2005 efter en treårig forskningsperiod (!). Projektet, vars syfte var att fastställa viktigare institutionella och individuella riskfaktorer för samsjuklighet, bedrevs vid sju inrättningar i olika delar av Europa och omfattade 352 patienter som rekryterats till projektet från den psykiska akutsjukvården. Enligt resultaten är det inte bara klienternas egna kännetecken som gör att deras prognos är dålig och att de ofta följer en kaotisk behandlingsgång för sin dubbeldiagnos, utan även det faktum att vården är fragmenterad spelar in. Detta medför ofta att det finns vattentäta skott mellan de olika vårdaktörerna, vilket leder till ineffektivitet. Ett av de konkreta resultaten av Isadora-projektet är en heltäckande utbildningshandbok för hantering av dubbeldiagnos.

(!) Se Internet (<http://isadora.advsh.net/>).

disciplinära skäl, vilket leder till en högre dödsrisk för dem som skrivs ut jämfört med dem som fortsätter behandlingen (Fugelstad m.fl., 2007). En longitudinell undersökning av effekten hos olika behandlingar för heroinberoende, där man kommer att studera sambandet mellan kvarstannande i behandling och dödlighet, pågår för närvarande i Italien (Bargagli m.fl., 2006).

Personer som har upphört med att använda opiater löper förhöjd överdosrisk vid återfall i sitt narkotikamissbruk under de första veckorna efter det att de har lämnat fängelset eller behandlingen. Orsaken är att de inte längre har lika hög tolerans som de hade tidigare. Detta innebär att en viktig åtgärd för att minska skadeverkningarna är att informera dem som lämnar fängelser eller behandlingsinrättningar om de risker som kan vara förknippade med att återuppta narkotikamissbruket och att tala med dem om olika strategier för att minska riskerna. Kontinuitet hos vårdinsatserna från

socialtjänstens och behandlingsvårdens sida kan spela en viktig roll i detta sammanhang, särskilt för dem som släpps ut ur fängelser.

Andra metoder för att förebygga överdoser är dels att lära narkotikamissbrukare att lägga en person i framstupa sidoläge och att vidta lämpliga åtgärder i akutsituationer, dels att samarbeta med polisen, ambulanssjukvården och missbrukarna själva i syfte att uppmuntra de sistnämnda att tillkalla medicinsk akuthjälp på ett tidigt stadium av överdoshändelser. Det finns forskning som tyder på att samtidigt bruk av andra droger, särskilt alkohol och lugnande medel, kan öka risken för opiatöverdoser med dödlig utgång. Detta betyder att blandmissbruk är en viktig fråga för vården att ta itu med. I en del arbete på experimentell basis har man undersökt möjligheterna att förse narkotikamissbrukare med opiatantagonister, bl.a. i ett skotskt pilotprojekt där Naloxon delats ut till missbrukare och dessas familjer och vänner. Denna metod har hittills inte utvecklats i någon större utsträckning i Europa, men den kan ha potential. Vanligare är att det finns opiatantagonister i ambulanser, på behandlingsinrättningar och på andra platser där sannolikheten för att påträffa opiatöverdosfall är hög, men detta är inte fallet överallt. Med tanke på hur effektiva de berörda läkemedlen är om de tillförs snabbt, finns det helt klart ett behov av att se över tillgängligheten för motåtgärder av detta slag inom ramen för alla granskningar av åtgärderna för överdosprevention.

En i viss mån kontroversiell metod är att erbjuda särskilda rum där narkotikamissbrukare kan konsumera droger och där det eventuellt finns medicinsk och annan vård att få. Sådana

rum för narkotikakonsumtion har fått kritik i INCB:s senaste årsrapporter, men i vissa EU-medlemsstater ses de som en nyttig komponent i motåtgärderna mot vissa former av höggradigt problematiskt narkotikamissbruk. Argumenten för sådana rum är bl.a. att de kan förebygga överdoser, minska andra risker i samband med injektionsmissbruk, ge tillfälle att sprida information och fungera som en kanal vidare till primärvård, missbruksbehandling och annan missbrukarvård. Ibland ses konsumtionsrum också som en möjlighet att begränsa den olägenhet som narkotikamissbruket orsakar för allmänheten. Det finns nu över sjuttio konsumtionsrum i EU och Norge: omkring fyrtio i Nederländerna, tjugofem i Tyskland, sex i Spanien och ett vardera i Luxemburg och Norge.

Olika tekniker för information, utbildning och kommunikation används inom hela Europa i initiativ för att minska de narkotikarelaterade dödsfallen. Flera länder rapporterar att särskilt framtagna informationsmaterial delas ut bland narkotikamissbrukare, dessas kamrater och familjer eller bland poliser. Vid sidan av kurser i första hjälpen för personalen inom missbrukarvården eller för narkotikamissbrukarna själva verkar bedömning av överdosrisker och rådgivning om riskhantering nu bli vanligare i Europa; detta nämns bl.a. i rapporterna från Rumänien, Nederländerna och Malta. År 2005 lanserades en handlingsplan för att minska de narkotikarelaterade dödsfallen i Skottland. Satsningen har tre komponenter: dels en dvd-skiva som ska öka överdosmedvetenheten, dels ny forskning om den tid det tar innan någon tillkallar hjälp och dels ett nationellt forum som ska undersöka trender och fastställa områden där det behövs ytterligare åtgärder.



Referenser

- Aveyard, P., Markham, W.A., Lancashire, E. m.fl. (2004), "The influence of school culture on smoking among pupils", *Social science and medicine* 58, s. 1767–1780.
- Bargagli, A.M., Faggiano, F., Amato, L., Salamina, G. m.fl. (2006), "VEdeTTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italy: study protocol and characteristics of study population", *Substance use misuse* 41, s. 1861–1879.
- Binnie, I., Kinver, A. och Lam, P. (2006), "Know the score: cocaine wave 3, 2005/06 post-campaign evaluation", Scottish Executive, Edinburgh (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/06/14152757/0>).
- Brown, C.H., Berndt, D., Brinales, J. m.fl. (2000), "Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science", *Addictive behaviours* 25, s. 955–964.
- Bühler, A. och Kröger, C. (2006), "Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs", *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Vol. 29, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. och Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, London.
- Cho, H., Hallfors, D.D. och Sanchez, V. (2005), "Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth", *Journal of abnormal child psychology* 33, s. 363–374.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations: Economic and Social Council, Wien.
- CND (2007), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations: Economic and Social Council, Wien.
- Cochrane Collaboration (2007), *Cochrane glossary* (<http://www.cochrane.org/resources/glossary.htm>).
- Cox, G., Comiskey, C., Kelly, P. och Cronly, J. (2006), *ROSIE findings 1: summary of 1-year outcomes*, National Advisory Committee on Drugs, Dublin.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. och Van Laar, M. (under tryckning), "Estimating the total mortality among problem drug users", *Substance use and misuse* 43.
- Dasis (2006), "Methamphetamine/amphetamines treatment admissions in urban and rural areas: 2004", *The DASIS Report*, Issue 27.
- Dishion, T.J. och Dodge, K.A. (2005), "Peer contagion in interventions for children and adolescents: moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change", *Journal of abnormal child psychology* 33, s. 395–400.
- ECDC (2007), "HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic", Technical report, (http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf).
- ECNN (2002), *Report on the risk assessment of ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2004), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights nr 6, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2005), *Årsrapport 2005: situationen på narkotikaområdet i Europa*, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2006), *Årsrapport 2006: situationen på narkotikaområdet i Europa*, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2007a), *Narkotika och brott – ett komplicerat förhållande*, Fokus på narkotika nr 16, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2007b), *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=18945>).
- EMA (2005), "Committee for Medicinal Products for Human Use Summary of Opinion" (sammanfattning av yttrande från Kommittén för humanläkemedel), dok. ref. emea/chmp/195488/2005 (<http://www.emea.eu.int>).
- Eurobarometer (2004), "Young people and drugs", *Flash Eurobarometer* 158 (http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf).
- Eurobarometer (2006), "Public opinion in the European Union", *Eurobarometer* 66 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb66/eb66_highlights_en.pdf).

- EuroHIV (2006), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, end-year report 2005*, nr 73, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.
- Farrell, M. (1995), *Drug prevention: a review of legislation, regulation and delivery of methadone in 12 Member States of the European Union*, Europeiska kommissionen, Luxemburg.
- FESAT (2005), "Monitoring project: changes during the second half of 2005" (<http://www.fesat.org/>).
- Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, R.R.F. m.fl. (2005), "Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination", *Prevention science* 6, s. 151–175.
- Fugelstad, A., Stenbecka, M., Leifman, A., Nylander, M. och Thiblin, I. (2007), "Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings", *Addiction* 102, s. 406–412.
- GAO (2006), "ONDCP media campaign, contractor's national evaluation did not find that the youth anti-drug media campaign was effective in reducing youth drug use", teknisk rapport, Washington, DC, Government Accountability Office.
- Gossop, M. (2006), *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, London.
- Gossop, M., Marsden, J. och Stewart, D. (2001), "NTORS after five years: changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake", National Addiction Centre, London.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N. m.fl. (2002), *Prevention of psychoactive substance use, a selected review of what works in the area of prevention*, Världshälsoorganisationen (WHO), Genève.
- HDA (2004), "The effectiveness of public health campaigns", Briefing 7, Health Development Agency, London (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502775>).
- INCB (2006), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, Förenta nationerna: International Narcotics Control Board, New York.
- INCB (2007a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2006*, Förenta nationerna: International Narcotics Control Board, New York.
- INCB (2007b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances, 2006*, Förenta nationerna: International Narcotics Control Board, New York.
- Ives, R. (2006), "Real life is messy", *Drugs: education, prevention and policy* 13, s. 389–391.
- Jones, L., Sumnall, H., Burrell, K., m.fl. (2006), *Universal drug prevention*, John Moores University, Centre for Public Health, Liverpool (<http://www.drugpreventionevidence.info/documentbank/Universal.pdf>)
- Kenis, P. (2006), *Implementation and effects of drugs coordination*, ECNN, Lissabon (ej publicerad).
- Kouvonen, P., Skretting, A. och Rosenqvist, P. (red.) (2006), *Drugs in the Nordic and Baltic countries: common concerns, different realities*, Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning, Helsingfors.
- Kuntsche, E. och Jordan, M. (2006), "Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors", *Drug and alcohol dependence* 84, s. 167–174.
- Lohrmann, D.K., Alter, R.J., Greene, R. och Younoszai, T.M. (2005), "Long-term impact of a district-wide school/community-based substance abuse prevention initiative on gateway drug use", *Journal of drug education* 35, s. 233–253.
- London Drug Policy Forum (1996), "Dance till dawn safely: a code of practice on health and safety at dance venues" (<http://www.drugscope.org.uk>).
- Loth, C., Schippers, G.M., Hart, H. och van de Wijngaart, G. (2007), "Enhancing the quality of nursing care in methadone substitution clinics using action research: a process evaluation", *Journal of advanced nursing* 57, s. 422–431.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. m.fl. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*, Home Office, London.
- Mansfield, D. (2007), "Beyond the metrics: understanding the nature of change in the rural livelihoods of opium poppy growing households in the 2006/07 growing season", rapport för den brittiska regeringens avdelningsövergripande enhet för frågor rörande narkotika och Afghanistan.
- March J. C., Oviedo-Joekes E., Perea-Milla E. m.fl. (2006), "Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction", *Journal of substance abuse treatment* 31, s. 203–211.
- Mateu, G., Astals, M. och Torrens, M. (2005), "Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento", i: Miranda, J.J.F. och Melich, M.T. (red.), *Monografía opiáceos, Adicciones* 17, s. 111–121.
- McCambrige, J., Mitcheson, L., Winstock, A. och Hunt, N. (2005), "Five year trends in patterns of drug use among people who use stimulants in dance contexts in the United Kingdom", *Addiction* 100, s. 1140–1149.
- Nabben, T., Benschop, A. och Korf, D. (2006), *Antenne 2005, Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.
- Naber, D., och Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der Klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll*, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf). NTA (2002), Research into practice nr 1 (b) Commissioners' briefing – commissioning cocaine/crack dependence. National Treatment Agency for Substance Misuse, London.

- Nationella Reitox-rapporter (2006) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- Parkin, S. och McKeganey, N. (2000), "The rise and rise of peer education approaches", *Drugs: education, prevention and policy* 7, s. 293–310.
- Reuter, P. (2006), "What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures", *Addiction* 101, s. 315–322.
- Rigter, H. (2005), "Treating cannabis dependence in adolescents: a European initiative based on current scientific insights", i: *Jugendkult Cannabis Risiken und Hilfe*, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin, s. 117–124.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, *National survey on drug use and health, 2005* (www.samhsa.gov) och (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Schifano, F. m.fl. (2005), "Buprenorphine mortality, seizures and prescription data in the UK, 1980–2002", *Human psychopharmacology: clinical and experimental* 20, s. 343–348.
- Schifano, P., Bargagli, A.M., Belleudi, V. m.fl. (2006), "Methadone treatment in clinical practice in Italy: need for improvement", *European addiction research* 12, s. 121–127.
- Scholey, A., Parrott, A., Buchanan, T. m.fl. (2004), "Increased intensity of ecstasy and polydrug usage in the more experienced recreational ecstasy/MDMA users: A WWW study", *Addictive behaviours* 29, s. 743–752.
- Scottish Executive (2005), *National investigation into drug related deaths in Scotland, 2003*, Scottish Executive, Edinburgh.
- Single, E., Collins, D., Easton, B. m.fl. (2001), *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, Canadian Center on Substance Abuse, Toronto.
- Sonntag, D., Bauer, C. och Hellwich, W.K. (2006), "Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen", *Sucht* 52, s. S7–43.
- Stafström, M., Östergren, P., Larsson, S. m.fl. (2006), "A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project", *Addiction* 101, s. 813–823.
- Strang, J., Sheridan, J., Hunt, C. m.fl. (2005), "The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of GPs in England and Wales", *British journal of general practice* 55, s. 444–451.
- Sumnall, H., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J. och Beynon, C. (2007), "Use, function and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)", ej publicerad skrift, Centre for Public Health, John Moores University, Liverpool, Storbritannien.
- UNODC (2005), *2005 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wien.
- UNODC (2006), *2006 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wien.
- UNODC (2007), *2007 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wien.
- UNODC och Government of Morocco (2007), *Morocco Cannabis survey 2006*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wien.
- Weaver, T. (2007), "Summary of the NECTOS study of specialist crack cocaine services", National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, London.
- WHO (2006), "Critical review of ketamine 2006", 34th ECDD 2006/4.3 (www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.3KetamineCritReview.pdf).
- WHO/UNAIDS (2007), "Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities", Världshälsoorganisationen, 2007 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/index.html>).
- Wikström, M., Holmgren, P. och Ahlner, J. (2004), "A2 (N-benzylpiperazine) a new drug of abuse in Sweden", *Journal of analytical toxicology* 28, s. 67–70.

Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk

Årsrapport 2007: Situationen på narkotikaområdet i Europa

Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer

2007 — 91 s. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-304-8

Så skaffar du EU-publikationer

Publikationer som ges ut av publikationsbyrån och som finns till försäljning kan beställas på EU Bookshop <http://bookshop.europa.eu> via olika försäljningskontor.

Du kan också beställa en förteckning över våra internationella försäljningsställen genom att skicka ett fax till (352) 29 29 42758.

Om ECNN

Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN) är ett av Europeiska unionens decentraliserade organ. Narkotikacentrumet, som inrättades 1993, är baserat i Lissabon och är den centrala källan till heltäckande information om narkotika och narkotikamissbruk i Europa.

ECNN samlar in, analyserar och sprider objektiv, tillförlitlig och jämförbar information om narkotika och narkotikamissbruk. Genom att göra detta ger ECNN sin publik en faktabaserad bild av narkotikasituationen på europeisk nivå.

Narkotikacentrumets publikationer är en viktig informationskälla för många olika aktörer, däribland politiska beslutsfattare och deras rådgivare, forskare och yrkesverksamma på narkotikaområdet samt – mer generellt – massmedia och allmänheten.

Årsrapporten redovisar ECNN:s årliga översikt över narkotikasituationen i EU, och den är ett oumbärligt referensmaterial för den som vill ta del av de senaste rönen om narkotika i Europa.