

# & Sammanfattning viktiga fakta

**E**uropeiska övervakningscentret för narkotika och narkotikamissbruk (EMCDDA) inrättades i Lissabon 1994, och har till uppgift att samla in och förmedla information om:

efterfrågan på narkotika och åtgärder för att minska efterfrågan,

de strategier och den politik som tillämpas av medlemsstaterna och Europeiska gemenskapen,

internationellt samarbete och geopolitiska aspekter på narkotikatillgången,

kontrollen av handeln med narkotika och psykotropa ämnen samt kemikalier som används som för- och mellanled vid framställning av dessa,

de effekter som narkotika och därmed sammanhängande problem får för producent-, konsument- och transitländerna.

I linje med vad man har beslutat att EMCDDA skall prioritera i inledningsskedet ligger huvudvikten i denna rapport på det som är känt om omfattningen av och karaktären hos efterfrågan på narkotika (epidemiologin) i Europeiska unionen och på de åtgärder som vidtagits för att minska denna efterfrågan – dessa båda ämnen behandlas i kapitel 1 respektive kapitel 2 i del I. Sammanhanget för minskningen av efterfrågan och övriga åtgärder mot narkotika inom Europeiska unionen utgörs i huvudsak av de strategier på nationell nivå och EU-nivå som beskrivs i del II.

Det är viktigt, särskilt i denna första rapport, att se till att det inte enbart blir fråga om att redovisa resultaten av EMCDDA:s olika

beslutsfattare på nationell nivå och EU-nivå att förstå den infrastruktur som legat till grund för resultaten, d.v.s. de olika informationskällorna och de expertcentra som bearbetar informationen från dessa källor.

I del III redovisas källorna för information om epidemiologi och minskning av efterfrågan, och dessutom undersöks i vilken utsträckning den information som finns hos EMCDDA:s främsta internationella samarbetsprogram och de system som utvecklats av dessa kan användas för att uppnå EMCDDA:s mål. I del IV beskrivs de nationella centra ("focal points") som har till uppgift att stödja Europeiska nätverket för information om narkotika och narkotikamissbruk, både i fråga om hur dessa centra är uppbyggda och i fråga om vilka uppgifter de kan utföra. Därefter följer en översiktlig beskrivning av de centra för dokumentation i narkotikafrågor som många av de nationella centra i sin tur är beroende av.

Genom hela rapporten betonas att denna första rapport säger lika mycket (eller mer) om vad som behöver göras för att *förbättra* informationsinfrastrukturen (särskilt beträffande möjligheten att sammanställa information från olika länder) som den säger om de aktuella resultat som uppnåtts genom denna infrastruktur. EMCDDA och dess viktigaste internationella partnerorganisationer – de nationella centra – har inlett ett arbete som varken snabbt eller enkelt kommer att leda fram till målet, nämligen ett system för information om droger som motsvarar behoven både på nationell nivå och på EU-nivå. Denna första rapport ger emellertid så mycket väsentlig information att

dess mål trots allt förefaller vara möjligt att nå fram till.

## **1 Förekomst och mönster för användning**

- Andelen av den totala vuxna befolkningen som säger sig ha provat narkotika varierar normalt mellan 5–8 % i ett antal länder och 11–16 % i ett antal andra, men är större (10–20 %) för yngre vuxna.
- Andelen som säger sig ha använt narkotika under de senaste tolv månaderna är mycket mindre. För cannabis rör det sig om mellan 1 och 4–5 %, men 5–15 % för de yngre åldersgrupperna.
- Cannabis är fortfarande den vanligaste formen av narkotika i hela Europeiska unionen. Det vanligaste mönstret är att man använder cannabis någon enstaka gång eller då och då, snarare än att man använder det ofta.
- Kokainmissbruk är ovanligt, men förekomsten har ökat något i de flesta av länderna. Kokain används normalt då och då och i sociala sammanhang. Crackrökning har på senare tid blivit ett betydande problem inom vissa marginaliserade grupper i städerna.
- Normalt har ungefär 1 % eller mindre av den totala befolkningen provat heroin. Trots detta är problem med heroin större än problem som har samband med någon annan form av narkotika. Det totala antalet heroinberoende i Europeiska unionen kan uppskattas till mellan en halv miljon och en miljon.
- Sedan slutet av 1980-talet har amfetaminer, ecstasy och ibland även LSD blivit allt populärare bland ungdomar. I åldersgruppen 18–20 år har 3–4 % i vissa länder och 9–10 % i andra länder provat amfetaminer, och ungefär lika många har provat ecstasy och LSD.
- I många länder ökade antalet dödsfall p.g.a. narkotikamissbruk markant under den senare hälften av 1980-talet, och i en del länder kan antalet åter vara stigande.
- Det finns rapporter om ökat missbruk av läkemedel och om problem som orsakas av

sett har patienter som börjar behandling framför allt problem med heroin. I norra Europa spelar amfetaminer en viktig roll.

- Genomsnittsåldern för nya patienter i behandling ligger mellan drygt 20 och drygt 30 år. Två tredjedelar eller fler är män.
- Det finns extrema skillnader när det gäller förekomsten HIV och aids bland sprutnarkomaner. Antalet nya HIV-smittade har minskat, men de beteenden varigenom HIV överförs har inte försvunnit.
- Sedan 1980-talet har det sammanlagda antalet brott mot narkotikalagstiftningen ökat i de flesta av länderna. Ofta är 30–40 % av de intagna på fängelserna narkotikamissbrukare.

## **2 Minskning av efterfrågan**

- De flesta av medlemsstaterna har ökat sina satsningar på åtgärder för att minska efterfrågan, och samtliga är eniga om att arbetet med att minska efterfrågan måste spänna över många områden och yrkesgrupper och att ansvaret måste ligga lokalt. Denna filosofi får ett praktiskt uttryck i det faktum att de flesta av de befintliga initiativen på området är decentraliserade.
- Att förhindra narkotikamissbruk anses allmänt ha högsta prioritet. Inom hela EU används vanligtvis metoder som riktar in sig på de faktorer som leder till narkotikamissbruk eller på sådana faktorer som är avsedda att skydda ungdomar mot narkotikamissbruk. På detta sätt kan tonvikten flyttas från narkotika som sådant till mera övergripande påverkan från familjen och samhället.
- Den inom EU vanligaste formen av primär förebyggande verksamhet är program som genomförs i skolorna. Det finns dessutom ofta ett lagstadgat krav på att utbildningen på högstadies- och gymnasienivå skall innehålla sådana program.
- Den primära förebyggande verksamheten förefaller vara effektivast om den inleds tidigt

### **DEL I**

## **Efterfrågan och minskning av efterfrågan**

att bli bättre om man riktar in sig på ungdomarnas attityder till narkotika och till sig själva. Experter förespråkar program i vilka både narkotika och legalt tillgängliga droger behandlas i ett sammanhang tillsammans med allmänna hälsofrämjande åtgärder behandlas.

- Kampanjer i massmedia ökar medvetenheten men leder inte ensamma till ändrade beteenden eller nämnvärt ändrade attityder. I de medlemsstater där massmediakampanjer används är syftet med dem ofta att öka medvetenheten eller att sprida information.
- Den klassiska behandlingskedjan har fått ge vika för mycket mera flexibla och differentierade åtgärder. I behandlingen ingår numera ett brett spektrum av vårdinsatser i det lokala samhällets regi som kan syfta till att hjälpa narkotikamissbrukare att sluta och att sedan förbli fria från narkotika och/eller till att minska de risker som är förenade med narkotikamissbruk.
- Terapeutiska samhällen är vanligare i de sydliga EU-länderna än i de nordliga. Programmen har utvecklats mot kortare behandlingstider, större professionalism, individanpassad terapi och förberedelse av patienterna för livet efter behandlingen.
- Det finns få studier som ger en konsekvent bild av behandlingens effekter. Den stabilaste prognosfaktorn är om en patient har slutfört sitt behandlingsprogram eller inte, och ju längre en patient har varit fri från narkotika, desto sannolikare är det att han eller hon kommer att fortsätta att vara det .

- Åtgärder som syftar till att förhindra (ytterligare) skador bland narkotikamissbrukare ingår i politiken i många länder. Normalt ligger tonvikten vid att minska hälsorisker, särskilt risken för att smittas av HIV och andra infektioner, och vid att uppmuntra missbrukarna att påbörja en behandling i ett tidigt skede.
- Långtidsbehandling med metadon förekommer i samtliga EU:s medlemsstater, men det finns stora skillnader beträffande i vilken utsträckning den används, vilka patienter som kommer i fråga och vilka officiella regler som finns. I ett flertal länder har sådan metadonbehandling på senare tid blivit mycket vanligare.
- Brist på kunskaper och självförtroende hindrar ofta icke-specialister från att medverka i åtgärder för att förhindra narkotikamissbruk eller i behandling av missbrukare, vilket innebär att missbrukarna går miste om det breda utbud av allmänna sjuk- och socialvårdstjänster som finns tillgängligt för den övriga befolkningen. Detta är i viss utsträckning ett symptom på behovet av att utveckla program för yrkesutbildning i samtliga medlemsstater.

## DEL II

# Strategier mot droger

## 3 Nationella strategier

• Normalt syftar de nationella narkotika-strategierna inom EU till att vidmakthålla en balans mellan åtgärderna för att minska efterfrågan på narkotika och åtgärderna för att minska tillgången.

uppgifterna är att skapa strukturer som kan samordna åtgärder från olika departement och som kan samordna den nationella administrationen med administrationen på regional nivå.

- Den nationella politiken bestäms i allt större

landets olika skyldigheter enligt FN-konventioner. Trots detta finns det avsevärda skillnader mellan EU:s medlemsstater i fråga om lagstiftningen på narkotikaområdet.

- Det är möjligt att indirekt minska narkotikamissbruket genom att förbjuda innehav, men färre än hälften av EU-länderna har ett direkt förbud mot innehav av narkotika. I vissa länder medför innehav för eget bruk endast administrativa påföljder.
- Genom att granska de olika nationella strategier och lagar som finns inom Europeiska unionen kan de olika länderna öka sin förståelse av hur andra EU-länder lägger upp sina strategier och därmed få vidgade perspektiv på de olika politiska åtgärder som finns att tillgå.

## 4

### Åtgärder som vidtagits av Europeiska unionen

- Sedan 1987 har Europeiska gemenskapen som sådan deltagit i internationella åtgärder mot narkotika.
- Argumentet att den nya gemensamma marknaden krävde en hög grad av samordning ledde till att man utarbetade EU-handlingsplaner på narkotikaområdet. Det ansågs nödvändigt att inrätta ett EU-centrum för information om narkotika som stöd för dessa planer.
- I och med att Fördraget om upprättandet av

Europeiska unionen trädde i kraft 1993 fanns det underlag för ett helt integrerat tillvägagångssätt, vilket resulterade i en ny handlingsplan för 1995–1999.

- Det finns i huvudsak två sätt för Europeiska unionen att agera i narkotikafrågor: dels direkta åtgärder på de områden där gemenskapens institutioner har befogenhet att företräda medlemsstaterna, och dels via samarbete mellan medlemsstater. De direkta åtgärderna omfattar bland annat folkhälsa, penningtvätt och olaglig hantering av kemiska prekursorer, medan samarbetet berör utrikes- och säkerhetspolitik samt rättsliga och inrikes frågor.
- 1995 satsade Europeiska unionen 27,9 miljoner ecu på åtgärder mot narkotika, varav ungefär hälften inom EU och hälften utanför.
- Vid båda sammanträdena i Europeiska rådet under 1995 togs narkotikafrågan upp, vilket bekräftade dess höga prioritet. Åtgärder som vidtogs under året ledde till en avsevärd förbättring av samordningen och samarbetet mellan de rättsvårdande myndigheterna i medlemsstaterna, och resulterade i att narkotikafrågan fördes upp på dagordningen vid de internationella sammankomster som gemenskapen deltog i.

## 5

### Epidemiologi

- Tillgång till epidemiologisk information av tillräcklig kvalitet och relevans gör att beslutsfattarna kan övervaka effekterna av olika åtgärder, finna riskfaktorer och behov som inte tillgodoses, bedöma kostnadseffektiviteten hos olika alternativa åtgärder för att tillgodose behoven och fördela resurserna i enlighet med detta.

- I fråga om tillämpningen på illegal använd-

ung vetenskap. Vid bedömningen av narkotikamissbrukets omfattning på EU-nivå tillkommer en faktor som gör arbetet än mera komplicerat, nämligen det faktum att uppgifter från olika medlemsstater ofta inte är förenliga.

- De uppgifter som oftast ligger till grund när man bedömer omfattningen av narkotikamissbruk är dels register över ansökningar om behandling, dödsfall p.g.a.

## DEL III

### Källor för information

narkotikabeslag, och dels undersökningar som gjorts i hushåll och på skolor.

- Representativundersökningar är det viktigaste verktyget för att bedöma omfattningen av narkotikamissbruket bland befolkningen i stort. För sådana undersökningar görs i allmänhet ett urval bland befolkningen eller bland skolelever, men skillnader mellan de metoder som används i de olika medlemsstaterna gör att uppgifterna inte är jämförbara.

- Då man skall bedöma omfattningen av tyngre, mera problematiska och ovanligare mönster för narkotikamissbruk måste man oftast använda alternativa metoder för att studera "dolda grupper".

- Upprepade studier och undersökningar är ett värdefullt sätt att följa utvecklingstendenser över tiden. Utvecklingen kan även följas med hjälp av olika indirekta indikatorer som bygger på rutinstatistik från sociala och rättsvårdande myndigheter.

- Det finns märkbara förbättringar i fråga om kvaliteten på uppgifter som bygger på narkotikarelaterade tjänster eller fall, t.ex. behandling eller sjukdomsfrekvens. I allmänhet håller undersökningarna god kvalitet, men det är ofta svårt att sammanställa eller jämföra resultaten, och undersökningarna genomförs oftast inte regelbundet, vilket gör dem mindre användbara för att övervaka utvecklingstendenser.

- Uppgifter som bygger på sjukhusens register över intagna är ofta tillgängliga. Av de sjukdomar som har samband med narkotikamissbruk är aids den där informationen är mest komplett. Vid insamlingen av uppgifter om narkotikarelaterade dödsfall tillämpas olika definitioner och kriterier i olika länder.

- Uppgifter från rättsvårdande myndigheter finns tillgängliga i de flesta av medlemsstaterna som en del av det relevanta övergripande systemet för insamling av uppgifter. Skillnader mellan medlemsstaterna på det straffrättsliga området gör att det är svårt att jämföra dessa uppgifter med varandra.

men ett antal "kärnor" kan dock skönjas, vilka skulle kunna få bilda utgångspunkt för arbetet med att avhjälpa detta problem, både i fråga om indikatorer och i fråga om medlemsstater.

- Arbetet med att studera betydelselikheter och betydelskillnader i de olika länderna skulle kunna gå vidare med att man försöker enas om i vilken mån uppgifternas förenlighet kan förbättras inom ramen för de befintliga politiska åtgärderna, lagarna och behandlingssystemen i länderna.

- Nästa steg skulle kunna vara att välja ut gemensamma definitioner och klassificeringsmetoder samt att utveckla protokoll som liknar Pompidou-gruppens protokoll för efterfrågan på behandling.

## **6 Minskning av efterfrågan**

- Arbetet med att nå en översikt hindras av det faktum att det inte finns någon gemensam uppfattning om vad "minskning av efterfrågan" egentligen är. Gränserna mellan primärprevention, sekundärprevention och behandling är oklara och varierande. Dessutom är denna terminologi i sig inte accepterad överallt. Att övervinna dessa hinder är en prioriterad uppgift för Övervakningscentret.

- Det är svårt att få tillgång till information om program för att minska efterfrågan. I många program medverkar myndigheter och organisationer av olika slag, och programmen bedrivs ofta lokalt och utan nationell samordning, vilket minskar motivationen att bedriva en adekvat dokumentation på nationell nivå.

- Program i skolorna förefaller vara den bäst dokumenterade formen av primärpreventiva åtgärder. Det är bara för sådana program och för allmänna förebyggande program som fler än tio medlemsstater säger sig ha tillgång till centraliserade uppgifter. I övrigt är det endast sex länder som säger att det finns centraliserad information vid landets nationella centrum.

- Information om behandlingsprogram sades vara tillgänglig endast i fem medlemsstater, men denna låga siffra kan vara en följd av att vissa

finns information om program för att minska skadeverkningarna av narkotika-missbruk.

- I de flesta av medlemsstaterna har man tillgång till en eller flera databaser med information om program för att minska efterfrågan, eller också är man i färd med att utveckla en sådan databas. Det förefaller vara ovanligt att kvalitetskriterier tillämpas på ett systematiskt sätt innan ny information tillförs databaserna, men i vissa medlemsstater har man vidtagit åtgärder för att avhjälpa detta.
- Den teknik som används för att vidarebefordra information till de nationella centra är förhållandevis primitiv. Oftast erhåller man de flesta typer av information endast på papper.
- Det finns få tillförlitliga utvärderingar av de effekter som program för minskning av efterfrågan har. De som arbetar med att planera och bekosta programmen måste uppmantras att låta utvärderingsverktyg ingå i programmen.
- Det är sällsynt att information från olika program eller länder redovisas på ett likartat sätt som gör det möjligt att jämföra olika tillvägagångssätt.
- För att informationsinsamlingen skall kunna förbättras krävs att systemen för överföring av information moderniseras, och för att jämförbarheten skall kunna ökas krävs enighet i språkliga frågor.

## **7 Utbyte mellan nationell och internationell nivå**

- UNDCP, Pompidou-gruppen,

WHO, Interpol, Europol och Världstullorganisationen är de sex internationella organisationer som EMCDDA främst samarbetar med.

- Bland dessa återfinns några av världens mest omfattande och tekniskt mest avancerade system för information om narkotikamissbruk, vilka skulle kunna bilda viktiga utgångspunkter för arbetet med att förbättra kvaliteten och jämförbarheten hos den epidemiologiska informationen inom Europeiska unionen.
- Det förhåller sig emellertid så att systemen för insamling och analys av uppgifter skiljer sig avsevärt från varandra, och metoderna för samverkan mellan dem är otillräckligt utvecklade, vilket begränsar möjligheten att slå samman dem och därigenom få en övergripande bild av situationen inom EU.
- I viss mån beror detta på att de olika organisationerna har olika ansvarsområden: de flesta begränsar sin verksamhet till att omfatta narkotika, medan andra behandlar dessa i ett sammanhang där även missbruk i allmänhet och hälsofrågor ingår.
- EMCDDA:s insats i detta sammanhang bör lämpligen bestå i att stödja arbetet med att göra medlemsstaternas medverkan i befintliga internationella system starkare och mera enhetlig – snarare än att skapa ännu ett system för insamling av nationella rapporter.

## **DEL IV**

### **Informationsstrukturer**

#### **8 Nationella centra**

- De nationella centra ("focal points") är viktiga instanser för insamling och utbyte av information inom Europeiska nätverket för information om narkotika och narkotikaberoende (REITOX), det nätverk som stödjer EMCDDA:s arbete.
- Nästan samtliga nationella centra är

fungera som nationella centra är de alla fortfarande i färd med att utveckla strukturer och funktioner som lämpar sig för de behov som aktualiseras.

- Det finns dock enighet om att funktionen som nationellt centrum innebär att de egna nationella informationsnätverken måste samordnas så att EMCDDA:s krav uppfylls

uppgifter, årliga nationella rapporter om narkotika och ett nationellt informationsnätverk.

- De nationella nätverk som stödjer de nationella centra uppvisar stor inbördes variation och befinner sig i olika utvecklingsstadier. De flesta av dem förlitar sig till ett fåtal partnerorganisationer.
- De nationella centra som ligger utanför den nationella förvaltningen och/eller som till större delen får sina uppgifter i sammanställd form har mindre möjligheter att påverka kvaliteten på den information de hanterar, presentationen och den internationella förenligheten.
- De nationella centra kan bistå EU-initiativ på narkotikaområdet genom att se till att informationen i större utsträckning kan sammanställas och jämföras med information från andra länder inom EU och genom att harmonisera insamlingen, lagringen, bearbetningen och spridningen av uppgifterna.
- Det kan med fog sägas att utvecklingen av de nationella centra nu har kommit så långt att det är viktigt att medlemsstaterna och EMCDDA kommer överens om sina respektive roller och ansvarsområden och om hur de nationella centra skall stödjas av EU-medel och nationella medel.

## **9 Dokumentationscentra**

- I var och en av Europeiska unionens medlemsstater finns åtminstone början av ett dokumentationscentrum med specialisering på narkotikafrågor.
- Det finns avsevärda skillnader mellan dessa dokumentationscentra i fråga om typ, storlek och räckvidd. Vissa länder har stora och väletablerade organisationer, medan man i andra länder befinner sig i inledningsfasen.
- Sammantagna har dokumentationscentra en tillräcklig täckning av ämnet för att en omfattande dokumentationstjänst på EU-nivå om narkotika och narkotikaberoende skall vara möjlig.
- Det är endast i en minoritet av medlemsstaterna som det är möjligt att få tillgång till

- Resurstillgången och nivån i fråga om



kommunikationsteknik, professionalism och standardisering är för närvarande lägre än vad som krävs för att skapa och vidmakthålla ett effektivt nätverk för dokumentation på EU-nivå.

- EU-initiativ skulle kunna frigöra resurser genom att minska överlappningen mellan organisationer och förbättra tjänsterna genom att befrämja standardisering och samarbete via nätverk mellan dokumentationscentra inom Europeiska unionen.

- EMCDDA skulle kunna fungera som förmedlingscentral på EU-nivå för information om forskningsprogram och initiativ på narkotikaområdet, i samarbete med Europeiska kommissionen och olika nätverk och centra för forskningssamarbete.