



Europeiska centrumet för kontroll  
av narkotika och narkotikamissbruk

ISSN 1609-6207

# ÅRSRAPPORT 2006

SITUATIONEN PÅ NARKOTIKAOMRÅDET  
I EUROPA





Europeiska centrumet för kontroll  
av narkotika och narkotikamissbruk

SITUATIONEN PÅ NARKOTIKAOMRÅDET  
I EUROPA

# ÅRSRAPPORT 2006

## 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 för ECNN:s partner, EU-medlemsstaterna eller de övriga institutionerna eller inrättningarna i Europeiska unionen eller gemenskapen.

En stor mängd övrig information om Europeiska unionen finns tillgänglig på internet.

Den kan nås via Europaservern (<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 spanska, tjeckiska, danska, tyska, estniska, grekiska, engelska, franska, italienska, lettiska, litauiska, ungerska, holländska, polska, portugisiska, slovakiska, slovenska, finska, svenska, bulgariska, rumänska, 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, 2006

ISBN 92-9168-273-X

© Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, 2006

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](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

# Innehåll

Förord	5
Tack till medverkande	7
Till läsaren	9
Kommentar – Narkotikaproblemet i Europa	11
Kapitel 1	
<b>Politik och lagstiftning</b>	<b>17</b>
Kapitel 2	
<b>Olika sätt att hantera narkotikaproblem i Europa – en översikt</b>	<b>27</b>
Kapitel 3	
<b>Cannabis</b>	<b>37</b>
Kapitel 4	
<b>Amfetamin, ecstasy och andra psykotropa droger</b>	<b>47</b>
Kapitel 5	
<b>Kokain och crack-kokain</b>	<b>58</b>
Kapitel 6	
<b>Användning av opiater och injicering</b>	<b>66</b>
Kapitel 7	
<b>Narkotikarelaterade smittsamma sjukdomar och dödsfall</b>	<b>75</b>
Kapitel 8	
<b>Förbättrad kartläggning av problemmissbruk och blandmissbruk</b>	<b>88</b>
Referenser	95



## Förord

Detta är den elfte årsrapporten från Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk. Rapporten finns på 23 europeiska språk. När man ser tillbaka på de rapporter som getts ut av narkotikacentrumet under åren slås man av hur detaljrikedomen ökat i den information som finns tillgänglig nu – vilket återspeglar en mer komplex situation både vad gäller användningen av olagliga droger i Europa och det sätt som Europa bemöter drogproblemet.

Den information som finns till stöd för vår analys har ökat väsentligt. Denna årsrapport bygger på uppgifter från 25 EU-medlemsstater och Norge samt, när det finns uppgifter, från Bulgarien, Rumänien och Turkiet. Det är inte bara antalet länder som lämnar information som ökat utan också mängden jämförbar information från varje land har fortsatt att öka. Denna information ger oss en mycket utförligare bild än någonsin tidigare av narkotikasituationen i Europa och dess dynamik. Det är ECNN:s uppgift att undersöka denna komplexa situation genom att ställa samman gemensamma erfarenheter där de finns och belysa skillnader. Genom att investera i datainsamling och samarbeta i narkotikacentrumets arbete har våra medlemsstater förstått att de problem deras grannar står inför i dag kan bli deras eget problem i morgon. Denna medvetenhet visar sig i Europeiska unionens nya narkotikastrategi och de handlingsplaner som hör till den. Detta understryks av det samförstånd som råder om vikten av att samla in och dela med sig av information, behovet av att identifiera och sprida god praxis samt värdet av samarbete och samordnade åtgärder som svar på det gemensamma hot mot hälsa, välbefinnande och säkerhet som våra medborgare utsätts för genom narkotika.

En reflektion över den information som finns påminner också om behovet av fortsatt vaksamhet och faran med självbelåtenhet. En varnande röst höjs i denna rapport när det gäller narkotikarelaterade HIV-infektioner och narkotikarelaterade dödsfall. En enorm ansträngning har trots allt gjorts över hela Europa för att ta itu med denna typ av problem och påtagliga framsteg har gjorts. Detta har

inneburit att politiska beslutsfattare i Europa varit tvungna att fatta svåra beslut och de har i stor utsträckning gjort så efter att noggrant studera tillgängliga uppgifter. Ett sådant politiskt perspektiv förtjänar stöd. I den globala debatten om narkotika problem saknas inte retorik om behovet av ett balanserat och bevisbaserat angreppssätt. I Europa, kanske mer än någon annanstans, har denna retorik omsatts i handling. Trots att det finns skillnader mellan våra medlemsstater när det gäller de narkotika problem de står inför och de prioriterade åtgärder de vidtar, så finns det en gemensam överenskommelse om vikten av att dela information och samarbeta för att minska tillgången på narkotika liksom om behovet att balansera åtgärder för att minska tillgången med åtgärder för att minska efterfrågan. Det finns också ett växande samförstånd om behovet att vägledas av bevisunderlag när svåra val görs om vilka program och åtgärder som tjänar våra medborgare bäst. Detta europeiska angreppssätt visar sig inte endast i EU:s nya narkotikastrategi utan också i de nationella narkotikastrategier som våra medlemsstater har antagit, i det starkare och enhetligare uttryck som träder fram i Europa om denna fråga samt i ECNN:s arbete där vi eftersträvar att ta vårt ansvar för att underlätta välgrundade politiska beslut genom att göra en opartisk och ytterst noggrann vetenskaplig analys av den information som finns om narkotikafenomenet i Europa.

Narkotikamissbruk är en komplex fråga och det är inte en fråga som inbjuder till enkla slutsatser. En slutsats träder dock fram tydligt från erfarenheten i Europa – vi har lärt oss att samarbete inte bara fungerar utan också är nödvändigt om vi ska utveckla effektiva åtgärder mot de utmaningar som vi står inför till följd av missbruk av olagliga droger.

### **Marcel Reimen**

Ordförande i 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 av 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) och Europol,
- Europarådets Pompidougrupp, FN:s narkotikakontroll- och brottsförebyggande program (UNODC), Världshälsoorganisationen (WHO), Interpol, Världstullorganisationen (WCO), Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), och Europeiska centrumet för epidemiologisk övervakning av aids,
- 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 de nationella regeringarnas 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

Årsrapporten 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 2004 (eller det senaste år för vilket uppgifter finns tillgängliga). Diagram och tabeller kan avse en undergrupp av EU-länderna: urvalet har gjorts utifrån för vilka länder det funnits tillgängliga uppgifter för den berörda perioden.

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

I statistikbulletinen för 2006 (<http://stats06.emcdda.europa.eu>) finns alla de tabeller som har legat till grund för den statistiska analysen. Dessutom lämnas utförligare information om de metoder som har använts och ytterligare drygt 100 statistiska diagram.

Landprofilerna (<http://datapfiles06.emcdda.europa.eu>) innehåller grafiska översikter av centrala inslag i narkotikasituationen i varje land.

Till denna rapport fogas tre temakapitel som behandlar följande frågor:

- Europeisk narkotikapolitik: utvidgad för att täcka mer än olagliga droger?
- Narkotikamissbruk och åtgärder för att lösa narkotikaproblem sedda ur ett genusperspektiv.
- Droghmissbrukets utveckling i nöjesmiljöer.

De här tre temakapitlen finns endast på engelska i tryckt version och på internet (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

De nationella rapporterna från Reitox-kontaktpunkterna innehåller en detaljerad beskrivning och analys av narkotikaproblemen i respektive land och finns på ECNN:s webbplats (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



## Kommentar – Narkotikaproblemet i Europa

### En ny europeisk ram för samordning och samarbete

I EU:s medlemsstater fastställs förvisso den nationella narkotikapolitiken av myndigheterna i respektive land, men det råder numera stor enighet om fördelarna med att samarbeta på europeisk nivå. Detta kommer till uttryck i flera åtgärder till stöd för samordning och samarbete på narkotikaområdet som har genomförts på senare tid. Bland dessa kan nämnas två nya EG-förordningar om prekursorer som trädde i kraft 2005 och ett rådsbeslut om nya droger. Därutöver har nya rättsinstrument på området för penningtvätt och förverkande av tillgångar förstärkt insatserna för att bekämpa handeln med narkotika. EU:s nya narkotikastrategi 2005–2012 och dess två tillhörande handlingsplaner är emellertid de allra viktigaste verktygen när det gäller att forma det europeiska samarbetet och framtida insatser på narkotikaområdet. Den första handlingsplanen innehåller cirka 100 särskilda åtgärder som medlemsstaterna har lagt fram och som planeras vara genomförda 2008. Till strategin hör ett fortlöpande utvärderingsprogram som innefattar årliga översyner av framstegen med genomförandet samt bedömningar av åtgärdernas effekter när respektive handlingsplans period har löpt ut.

Strategin kan sägas representera en europeisk samsyn på hur narkotikaproblemet bör angripas. Den innehåller ett uttryckligt åtagande att tillämpa en välavvägd metod som kombinerar åtgärder för att minska såväl efterfrågan som tillgång. I strategin betonas samtidigt behovet av att basera åtgärder på bevisad effektivitet och att systematiskt utvärdera framstegen. Det finns fortfarande stora skillnader mellan medlemsstaternas nationella narkotikapolitik vilka ofta speglar olikheter beträffande narkotikasituationen i de olika länderna och åtgärdspaketens sammansättning. Den nya narkotikastrategin är dock ett tecken på att den europeiska debatten om narkotikapolitiken i allt högre grad präglas av enighet om en gemensam ram för insatserna. Som exempel kan nämnas att nästan samtliga strategier för att minska efterfrågan innefattar åtgärder som avser förebyggande, behandling och minskning av skadorna, även om de har olika tyngd i de olika medlemsstaterna. Vissa åtgärder fortsätter att vålla livlig debatt, men i allmänhet tar denna debatt sin utgångspunkt i en bred enighet om de grundläggande principer som understödjer den europeiska metoden för att angripa narkotikaproblemet.

### Narkotikamissbruk och handel med narkotika: en skiljelinje dras allt oftare mellan de två

De nya uppgifter om förändringar av nationell narkotikalagstiftning som redovisas detta år visar att tendenserna från tidigare år håller i sig. En allt tydligare skiljelinje dras mellan brott som avser innehav av narkotika för eget bruk och brott som innefattar smuggling och handel. I allmänhet sker en förskjutning mot strängare straff för den senare typen av brott och en minskad betoning på frihetsberövande straff för den förra. Denna utveckling ligger i linje med de allt större satsningarna i hela Europa på förbättrade behandlingsmöjligheter och på åtgärder för att få bort missbrukare från de straffrättsliga systemen och i stället låta dem genomgå behandling och rehabilitering. I de länder som har skapat en juridisk åtskillnad mellan innehav av narkotika för eget bruk och försäljning uppstår frågan om det finns ett bestämt behov att lagstifta om vilka mängder av en drog som ska utgöra gränsvärdet för eget bruk. Det finns för närvarande ingen samsyn i denna fråga och i de europeiska länderna har olika tillvägagångssätt antagits vilka varierar mellan att utfärda allmänna praktiska riktlinjer och att lagstifta om gränsvärden.

### Heroinmissbruk: en viktig del av en större bild

Uppgifter som redovisas i denna rapport visar att den uppmärksamhet som tidigare ägnats heroinmissbruk och injektionsmissbruk som centrala inslag i narkotikaproblemet måste breddas i hela Europa. Blandmissbruk och missbruk av stimulantia blir allt vanligare och det omfattande cannabimissbruket får allt allvarigare följder för folkhälsan. I många länder är dock opiatberoende (främst heroin) fortfarande den vanligaste anledningen till att klienter söker behandling. Opiatmissbruk angavs i cirka 60 % av alla ansökningar om behandling som anmäldes 2004, och något mer än hälften av dessa klienter (53 %) uppgav att de injicerade drogen.

Nästan 25 % av alla klienter som begär behandling för opiatmissbruk är 35 år eller äldre, och endast 7 % av de missbrukare som söker behandling för första gången är under 20 år. Det bör noteras att uppgifter om efterfrågan på behandling speglar antalet klienter som söker behandling under rapporteringsåret och inte innefattar klienter som fortsätter en behandling som har påbörjats tidigare år. Det totala antalet missbrukare som genomgår behandling är därför betydligt högre. Under de senaste åren har möjligheterna till substitutionsbehandling ökat markant i Europa som helhet,

vilket innebär att behandlingssystemen innefattar en allt större grupp människor med heroinproblem, vilka blir allt äldre. Dessa människor kommer sannolikt att behöva vård och kräva stora resurser under många år framöver.

Större delen av det heroin som konsumeras i EU framställs i Afghanistan. Europa fortsätter att svara för de största beslagtagna mängderna heroin i världen, och som ett resultat av större beslag i sydöstra Europa (särskilt Turkiet) har denna region gått förbi västra och centrala Europa i fråga om konfiskerad volym. Den stigande trenden beträffande heroinbeslag understryker vikten av samordnade insatser för att bekämpa narkotikahandeln på en bredare europeisk nivå samtidigt som den väcker viktiga frågor om den ökade heroinframställningens effekt på den europeiska marknaden. Det går inte att urskilja några tydliga tendenser när det gäller genomsnittlig renhetsgrad, men en femårig (1999–2004) priskurva korrigerad för inflation pekar neråt i de flesta länder. Trots att heroinet är billigare och lättare att få tag på i Europa, finns det ännu inga bevis på att detta påverkar de totala konsumtionsnivåerna. Övergripande indikatorer tyder på att antalet nya heroinmissbrukare fortfarande minskar i Europa i vad som troligen är en stabil situation, där en stor andel av opiatmissbrukarna nu får substitutionsbehandling, åtminstone i vissa länder. Bland nya klienter som påbörjar behandling har antalet missbrukare med ett uttalat opiatproblem minskat i de flesta länder. Detta är emellertid ett område där kraftigt epidemiskt missbruk tidigare har konstaterats och det finns därför all anledning till fortsatt vaksamhet.

I årets rapport redovisas oroväckande tecken på att antalet narkotikarelaterade dödsfall, som generellt sett har minskat sedan 2000, ökade något i de flesta länderna 2004. Det är ännu alltför tidigt att avgöra om dessa små förskjutningar förebådar en långsiktig förändring, men man bör hålla i åtanke att narkotikarelaterade dödsfall utgör en av de olagliga narkotikamissbrukets allvarligaste folkhälsoeffekter. Även om andelen narkotikarelaterade dödsfall bland unga människor har minskat, något som stödjer antaganden att antalet nya injektionsmissbrukare av heroin minskar, tyder tillgängliga skattningar av narkotikarelaterad dödlighet (överdoser och andra orsaker) från stadsmiljö på att 10–23 % av den totala dödligheten bland vuxna i åldersgruppen 15–49 år för närvarande kan tillskrivas opiatmissbruk.

### **Injicering och injektionsrelaterade hälsoproblem: konstanta följeslagare**

I många länder är injektionsmissbruk närmast synonymt med heroinmissbruk. Men det finns undantag och ett fåtal medlemsstater rapporterar förekomst av injicering av stimulantia i betydande omfattning, främst bland tunga missbrukare av amfetaminer. Tillgängliga uppgifter, som

i viss utsträckning speglar bilden för heroin, tyder allmänt på ett minskat injektionsmissbruk på lång sikt. I många av de nya medlemsstaterna ligger dock injektionsmissbruket kvar på en hög nivå. I detta sammanhang är det viktigt att framhålla att tillgången på nationella eller regionala skattningar av injektionsmissbruket är brisfälligt. Rapporter från studier av injektionsmissbruk i vissa regioner har till och med visat små ökningarna på senare tid. Övervakning av heroinmissbrukare som genomgår behandling ger den mest kompletta bilden av detta beteende. Andelen injektionsmissbrukare i denna grupp har minskat dramatiskt i vissa länder men inte i andra. Bland de gamla medlemsstaterna har i synnerhet Danmark, Grekland, Spanien, Frankrike, Italien och Storbritannien redovisat en minskande andel intravenöst missbruk bland heroinmissbrukare som genomgår behandling.

Kopplingen mellan injektionsmissbruk och hälsoproblem är välkänd. Injektionsmissbrukare löper en stor risk att drabbas av överdoser och allvarliga infektioner liksom andra hälsoproblem som blodförgiftning och blodpropp. HIV är den hälsorisk som framför andra har påskyndat europeiska folkhälsostrategier för denna form av narkotikamissbruk och nästan samtliga länder genomför nu åtgärder som syftar till att förebygga nya fall. Program för tillhandahållande av rena nålar och sprutor, som förr betraktades som en kontroversiell åtgärd, finns i någon utsträckning i nästan samtliga medlemsstater, även om täckningen varierar betydligt mellan länderna. De flesta länder rapporterar en låg andel nydiagnostiserade HIV-fall som kan tillskrivas injicering, och andelen HIV-infekterade bland injektionsmissbrukare uppskattas vara under 5 %. Även i detta fall finns det dock anledning att tolka uppgifterna med försiktighet. För det första saknas fortfarande nationella uppgifter om anmälda HIV-fall för två av de största länderna som är hårdast drabbade av aids bland injektionsmissbrukare, nämligen Spanien och Italien. För det andra rapporteras att HIV-smitta fortsätter att spridas i vissa grupper av injicerande missbrukare i Europa, och i vissa av de befolkningsgrupper som har studerats finns till och med tecken på ökningarna.

En betydligt mer negativ bild tar form om man studerar andelen infekterade med hepatit C-virus (HCV), som fortsätter att vara hög nästan överallt bland injektionsmissbrukare. Behandling av HCV-relaterade hälsoproblem bland aktiva och före detta injektionsmissbrukare kommer sannolikt att förbli en stor utgift för hälsovården under lång tid framöver. Om man drar slutsatsen att injektionsmissbruket sakta håller på att minska och att Europa har svarat väl upp mot den utmaning som den epidemiska spridningen av HIV utgjorde på 1990-talet, finns en reell risk att detta kan leda till passivitet i fråga om de hälsorisker som detta beteende fortfarande för med sig. Höga nivåer av endemisk HCV-infektion, fortsatt överföring av smitta bland injektionsmissbrukare,

## Snabböversikt – skattningar av narkotikamissbruket i Europa

(Observera att dessa skattningar avser den vuxna befolkningen och är de senaste uppgifter som finns tillgängliga. Kompletta uppgifter och fullständiga metoanmärkningar finns i bifogad statistikbulletin.)

### Cannabis

Antal som någon gång använt: minst 65 miljoner, eller en av fem vuxna i Europa.

Antal som använt det senaste året: 22,5 miljoner vuxna i Europa eller en tredjedel av dem som någon gång använt drogen.

Antal som använt under de senaste 30 dagarna: 12 miljoner européer.

Variationer mellan länderna beträffande antal som använt drogen under det senaste året:

Total variation: 0,8–11,3 %

Vanligt intervall: 2,8–7,5 % (15 länder)

### Kokain

Antal som någon gång använt: minst 10 miljoner, eller över 3 % av Europas vuxna.

Antal som använt det senaste året: 3,5 miljoner vuxna i Europa eller en tredjedel av dem som någon gång använt drogen.

Antal som använt under de senaste 30 dagarna: över 1,5 miljoner.

Variationer mellan länderna beträffande antal som använt drogen under det senaste året:

Total variation: 0,1–2,7 %

Vanligt intervall: 0,3–1,2 % (18 länder)

### Ecstasy

Antal som någon gång använt: cirka 8,5 miljoner vuxna i Europa.

Antal som använt det senaste året: 3 miljoner eller en tredjedel av dem som någon gång använt drogen.

Antal som använt under de senaste 30 dagarna: över 1 miljon.

Variationer mellan länderna beträffande antal som använt drogen under det senaste året:

Total variation: 0,0–3,5 %

Vanligt intervall: 0,3–1,5 % (15 länder)

### Amfetaminer

Antal som någon gång använt: nästan 10 miljoner eller cirka 3 % av vuxna i Europa.

Antal som använt det senaste året: 2 miljoner, en femtedel av dem som någon gång använt dessa typer av droger.

Antal som använt under de senaste 30 dagarna: mindre än 1 miljon.

Variationer mellan länderna beträffande antal som använt drogerna under det senaste året:

Total variation: 0,0–1,4 %

Vanligt intervall: 0,2–1,1 % (16 länder)

### Opiater

Problemmisbruk av opiater: mellan ett och åtta fall per 1 000 vuxna invånare (15–64 år).

Nästan 7 000 akuta narkotikarelaterade dödsfall, där opiater förekom i cirka 70 % av fallen (uppgifter från 2003).

Primärdrog i cirka 60 % av samtliga ansökningar om behandling.

Över en halv miljon opiatmisbrukare fick substitutionsbehandling under 2003.

där ökad incidens konstaterats i vissa grupper, och en stor högriskgrupp av injicerande missbrukare i vissa av de nya medlemsstaterna talar sammantaget för nödvändigheten att även fortsättningsvis betrakta injektionsmissbruket med dess tillhörande hälsoproblem som en viktig folkhälsofråga i Europa och ett ytterst viktigt område för narkotikapolitik och forskning.

## Kokain: tecken på stabilitet för Europas näst vanligaste olagliga drog

Skattningar av kokainanvändningen (användning de senaste tolv månaderna) sätter nu kokain något före amfetamin och ecstasy som den olagliga drog som är näst vanligast. Den allmänna bilden är dock att användningen stabiliserats efter en period när antalet konsumenter av drogen ökat markant. Den stora ökningen av prevalensen för kokainanvändning i Spanien och Storbritannien från mitten till slutet av 1990-talet förefaller att ha stabiliserats efter år 2000 eller 2001. Vissa smärre ökning av kokainanvändningen har visserligen konstaterats i ett fåtal länder, men några dramatiska ökning har inte rapporterats någonstans. Totalt sett är situationen beträffande kokain fortfarande mycket skiftande i Europa och mer omfattande bruk av kokain är begränsat till några få länder i främst västra Europa.

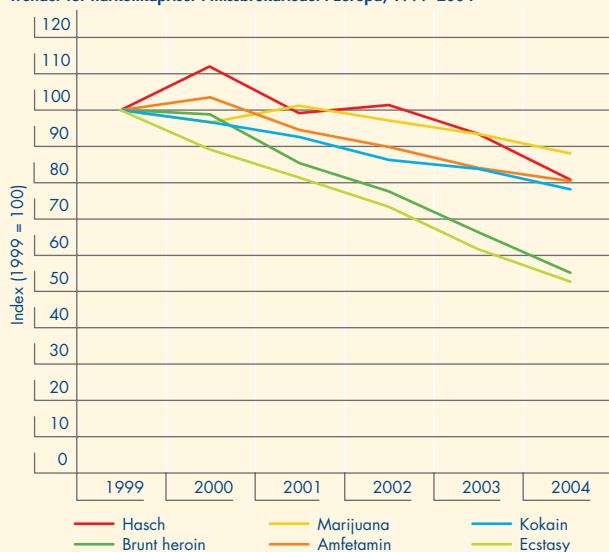
Det vore fel att dra slutsatsen att tecknen på stabilisering av användningen av kokain automatiskt kommer att leda till en stabilisering av omfattningen av de problem som användning av denna drog orsakar. I Europa ligger kokainanvändningen på historiskt höga nivåer, och studier pekar på att ett vanligt mönster är att problem orsakade av en viss drog släpar efter och ökar först några år efter det att ökning av prevalensen har konstaterats. Orsaken är att det tar tid innan mönster för intensiv och regelbunden narkotikaanvändning utvecklas och innan problemen blir synliga. Det kan börja ske i de europeiska länder där kokainanvändningen nu är väl etablerad. I såväl Nederländerna som Spanien rapporteras nu minst en av fyra ansökningar om behandling avse kokain och i hela Europa dubblerades grovt räknat antalet nya klienter som sökte behandling för kokainberoende mellan 1999 och 2004. Även om användning av crack-kokain fortfarande är mycket begränsad i Europa tyder rapporter om problem från vissa städer på att situationen kanske håller på att försämrans.

Kokain påträffas ofta i toxikologiska analyser i samband med opiatrelaterade dödsfall och i flera länder har samtidigt bruk av kokain blivit ett erkänt problem vid behandling av heroinberoende. Uppgifterna är visserligen begränsade, men i 2005 års nationella rapporter rapporteras drygt 400 dödsfall ha orsakssamband med kokainanvändning och kokainrelaterade dödsfall förefaller öka i samtliga länder med

## Narkotikamissbruk i Europa billigare än någonsin tidigare

Denna rapport innehåller för första gången en analys av prisutvecklingen i missbrukarledet för olagliga droger under en femårsperiod. Priserna är korrigerade för inflation för att ge en mer rättvisande bild av förändringarna av priserna på olagliga droger i missbrukarledet över tid. Uppgifter om priser på gatan är svåra både att samla in och att tolka. Såväl drogens renhet, mängd som typ påverkar priset, liksom geografiska faktorer som om köpet sker i en storstad eller på en vanlig transitrukt. Droghälspriser skiljer sig också väsentligt mellan länderna och varierar över tid som en följd av störningar i tillgången. Trots dessa snedvridningar i uppgifterna, tyder tillgängliga siffror

Trender för narkotikapriser i missbrukarledet i Europa, 1999–2004



på att kostnaderna för att köpa droger har sjunkit för de flesta drogtypen i hela Europa. I de flesta länder har den huvudsakliga tendensen under femårsperioden varit en nedgång av priserna i missbrukarledet för cannabis, heroin, amfetamin, ecstasy och kokain (se illustration nedan). Även om tidigare uppgifter om priser i missbrukarledet i stort sett saknas och sådana uppgifter är svåra att tolka när de finns, är det oroväckande att den senaste tidens trend sammanfaller med antagandet att priserna kan ha sjunkit under längre tid. Uppgifter som finns tillgängliga från några av länderna med hög prevalens tyder exempelvis på att kokain och ecstasy var betydligt dyrare i slutet av 1980-talet och början av 1990-talet än de är i dag.

*Observera:* Tenderna visar tillgängliga uppgifter om nationella priser i missbrukarledet för var och en av drogerna i EU:s medlemsstater och Norge, viktade för landets befolkningsstorlek för att bilda en övergripande europeisk trend. Priserna har justerats för nationella inflationstakter (basår 1999) och alla serier är indexerade till en bas på 100 år 1999.

Många länder kan inte lämna dessa uppgifter som är svåra att få tag i och ofta mindre tillförlitliga och ofullständiga. Länder som saknar uppgifter om priset på en viss drog för två eller flera på varandra följande år ingår inte i beräkningarna av trenden för den drogen. Trenden för brunt heroin är baserad på 9 länder, amfetamin på 9, kokain på 13, ecstasy på 13, marijuana på 13 och hasch på 14 länder.

I de fall uppgifter för 2004 saknas (11 fall) har priserna för 2003 använts, och när uppgifter för 1999 saknas (1 fall) har priser från 2000 använts. Uppgifter som saknas för andra år (12 fall) har interpolerats från intilliggande år.

Ytterligare uppgifter om priser 2004 finns i tabell PPP-1, PPP-2, PPP-3 och PPP-4 i statistikbulletinen.

*Källor:* Prisuppgifter: Nationella Reitox-kontaktpunkter.  
Inflations- och befolkningsuppgifter: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

hög prevalens. Siffran ovan är med största sannolikhet en underskattning och kokainanvändningens roll som bidragande faktor i dödsfall till följd av kardiovaskulära problem förblir okänd. Budskapet är tydligt: om Europa ska undvika en ökning av utgifterna för hälsovård som orsakas av användning av kokain, får en stabilisering av den totala konsumtionen av kokain inte tillåtas dölja vare sig behovet av bättre identifiering och förståelse av kokainrelaterade problem eller behovet att investera i utveckling av effektiva motåtgärder.

## Att hantera ett mer komplext narkotikaproblem i Europa

Ett tema som löper som en röd tråd genom hela denna rapport är det ökande behovet att utveckla motåtgärder som är lyhörda för dagens komplicerade och komplexa drogproblem. När verksamheter som avser förebyggande, behandling eller minskning av skadorna övervägs krävs bättre förståelse av vad som utgör goda metoder och evidensbaserade åtgärder. Bland de sammanlagt cirka 380 000 ansökningar om behandling som rapporterats under 2004, var cannabis den främsta orsaken till remittering till behandling i cirka 15 % av alla fall, vilket gör

cannabis till den näst vanligast rapporterade drogen efter heroin. Missbrukarvärden möter också allt fler problem som rör stimulantia och blandmissbruk, inklusive en betydande överlappning av problem orsakade av olagliga läkemedel och alkohol. På befolkningsnivå vet vi emellertid varken tillräckligt om effekterna på folkhälsan av regelbundet och ihållande bruk av dessa typer av droger, eller om de vårdbehov som användarna har. Den europeiska evidensbasen för att utforma motåtgärder mot drogproblem är starkast när det gäller att hantera problemet med olaglig opiatanvändning. I det fallet finns ett stort bevismaterial till stöd för utveckling och målinriktning av tjänsterna. Den allt större samsyn som vägleder politiken för sannolikt ändamålsenliga insatser för att bekämpa problematiskt heroinmissbruk åtföljs av ett växande behov av att nå samma klarhet om hur vi bör bemöta ett allt mer komplext europeiskt narkotikaproblem.

## Behovet att bättre definiera och förstå blandmissbruk

En kärnfråga är behovet att kunna hantera problem som orsakas av användning av flera psykoaktiva



ämnen. Blandmissbruk blir alltmer erkänt som ett centralt område för utveckling av tjänster. Det är dock svårt att definiera begreppet blandmissbruk och i vissa hänseenden kan nästan alla som använder narkotika betraktas som blandmissbrukare. Blandmissbruket utgör också en betydande utmaning för systemen för narkotikaövervakning, eftersom dessa system oftast är baserade på mått på beteenden som är specifika för en enskild indexdrog. Det är därför absolut nödvändigt att en bättre konceptuell ram för att beskriva olika typer av blandmissbruk utvecklas, eftersom det är det första steget till förståelse av följderna av detta beteende. I årets rapport ägnas utrymme åt att lägga fram de analytiska frågor som måste lösas om Europa ska kunna möta utmaningen att bättre förstå vilka behov en allt större grupp har vars problem orsakas av användning av en rad olika droger snarare än ett beroende av en enda drog.

### Tillbaka till framtiden: att förutse hot och utmaningar

I syfte att förutse framtida problem görs i årets rapport, liksom tidigare år, ett försök att identifiera framväxande trender. Sådana analyser är per definition spekulativa och måste göras med försiktighet. En drog som uppenbart är förbunden med allvarliga folkhälsoproblem är metamfetamin. Samtidigt som de metamfetaminrelaterade problemen fortsätter att öka i världen, är drogens utbredning i Europa fortfarande begränsad till ett fåtal länder som under lång tid haft problem. Även om tillgängliga uppgifter inte tillåter oss att dra några klara slutsatser om trender, rapporterar nu fler länder beslag eller användning av drogen, vilket tydligt understryker behovet av mer intensiv övervakning av befolkningsgrupper i riskzonen.

Under 2006 har ECNN lagt fram en teknisk rapport om hallucinogena svampar och denna fråga sammanfattas också i vår årliga rapportering. Hallucinogena svampars tillgänglighet och användning förefaller ha ökat sedan slutet av 1990-talet men detta har i stor utsträckning passerat obemärkt. Användning av denna typ av drog förefaller oftast vara experimentell och rapporter om problem är fortfarande sällsynta. En allt större medvetenhet bland beslutsfattare om hallucinogena svampars tillgänglighet har emellertid lett till att vissa insatser har gjorts för att öka kontrollåtgärderna.

Psilocybin och psilocin, två av de psykoaktiva ämnen som finns i hallucinogena svampar, regleras genom en internationell konvention. Eftersom svamparna växer naturligt i många länder kompliceras frågan för lagstiftarna och den behandlas också på olika sätt i Europa. Övervakning av nya ämnen som kan utgöra ett hot mot folkhälsan och därför kräver kontroll får stöd av ett nytt rådsbeslut (2005/387/RIF) om informationsutbyte, riskbedömning och kontroll avseende nya psykoaktiva ämnen. Ett exempel på behovet av förvarning på detta område var den snabba spridningen av mCPP (1-3-klorofenylpiperazin) under 2005. Uppdykandet av mCPP illustrerar det faktum att de som sysslar med produktion av olagliga droger ständigt söker efter innovationer i form av nya kemikalier som kan föras in på marknaden. I fallet med mCPP är syftet förmodligen att förstärka eller mildra effekterna av MDMA (ecstasy). En sådan innovation kräver en motåtgärd eftersom dessa ämnens förmåga att orsaka allvarliga hälsoproblem är okänd. Det förvarningssystem som har införts genom rådets beslut utgör därför en viktig mekanism för att ingripa i ett skeende där unga européers hälsa äventyras av aktörer som söker vinning genom att undgå befintliga system för narkotikakontroll.



# Kapitel 1

## Politik och lagstiftning

### Nationella narkotikastrategier

Under rapporteringsperioden har nationella narkotikastrategier och handlingsplaner antagits av fem länder (tabell 1). Lettland har för första gången antagit en nationell narkotikastrategi, som omfattar perioden 2005–2008, och Tjeckien, Spanien, Luxemburg och Rumänien har antagit nya nationella narkotikastrategier och handlingsplaner.

Finland har antagit en narkotikastrategi för fängelseförvaltningen (2005–2006), och i Storbritannien fastställs i avtal om samhällstjänster (public service agreements) nya mål och delmål för narkotikapolitiken vilka syftar till att minska de olagliga drogernas skadeverkningar på enskilda individer, deras familjer och samhället.

Under rapporteringsperioden höll myndigheterna i Italien, Österrike, Polen, Portugal, Sverige och Norge på att utarbeta nationella narkotikastrategier (tabell 2).

Vissa länder som införde sina första nationella narkotikastrategier och handlingsplaner för några år sedan (från 1998 och framåt) håller nu på att omformulera sina strategier eller planer, och lägger större betoning på tydliga och mer användbara mål. Från exempelvis Luxemburg rapporteras att dess nya handlingsplan för 2005–2009 är enkel, tydligt strukturerad och resultatinkriktad. I handlingsplanen anges åtgärdernas mål, ansvarsfördelningen för genomförandet och budget, samt förväntade resultat och tidsgränser för resultat och utvärdering. I Belgien utsåg sjukvårdsmyndigheterna i den

**Tabell 1: Länder som har antagit nya nationella narkotikastrategier 2005**

Land	Dokument	Tid
Tjeckien	Nationell narkotikastrategi Handlingsplan	2005–2009 2005–2006
Spanien	Handlingsplan	2005–2008
Lettland	Nationell narkotikastrategi	2005–2008
Luxemburg	Nationell narkotikastrategi och handlingsplan	2005–2009
Rumänien	Nationell narkotikastrategi	2005–2012

**Tabell 2: Länder som förbereder narkotikastrategier 2005**

Land	Dokument	Tid
Italien	Handlingsplan	2004–2008
Österrike	Nationell narkotikastrategi	
Portugal	Nationell narkotikastrategi och handlingsplan	2005–2008
Sverige	Handlingsplan	
Norge	Handlingsplan	

franska språkgemenskapen och Vallonien en expertgrupp som fick i uppgift att utarbeta en "samordnad plan för förebyggande av, hjälp vid och vård av narkotikaberoende". Gruppen rekommenderade att "myndigheterna anger tydligare prioriteringar och mål", att "en tydlig definition av de grundläggande principerna i den gemensam narkotikapolitik fastställs" samt att "en tidsram för valda strategier anges". Den tjeckiska handlingsplanen för 2005–2006 bygger på liknande principer och ställer upp konkreta mål med de åtgärder som krävs för att nå dessa mål, samtidigt som de enskilda ministrarnas ansvarsområden anges liksom förutsättningar och indikatorer för måluppfyllelse på varje område.

### Utvärdering av nationella narkotikastrategier

I många europeiska länder förnyas de nationella narkotikastrategierna automatiskt. Det sker genom en cyklisk process där resultaten eller utvärderingen av den föregående strategin används som indata till den efterföljande strategin (ECNN, 2004a).

Under 2005 rapporterade Irland, Luxemburg, Ungern och Rumänien att sådana processer hade inletts. Utvärderingen av genomförandet av den ungerska strategin för att bekämpa narkotikaproblemet genomfördes av det holländska företaget Trimbos Institute. Det är första gången som ett lands narkotikastrategi har utvärderats av utländska experter. Utvärderingen inriktades på resultaten efter halva

tiden och ledde till en rad rekommendationer om framtida narkotikastrategier och om hur samordningen inom området för narkotikapolitik kunde förbättras. Det finns likheter med utvärderingen av 1999 års portugisiska nationella narkotikastrategi och handlingsplan för 2001–2004 som genomfördes externt av det portugisiska nationella institutet för offentlig förvaltning och internt av institutet för narkotika och narkotikaberoende 2004. Ungern och Portugal är de två första länderna i Europa som har begärt extern utvärdering av sina nationella narkotikastrategier.

En halvtidsutvärdering som genomfördes 2005 av den irländska narkotikastrategin 2001–2008 baserades på ett offentligt samråd och analys av nyckeldata från Irland och EU. Utvärderingen utmynnade i rekommendationer till "omfokusering" av prioriteringar för att fånga upp nya trender beträffande behandling, blandmissbruk, kokainmissbruk och spridning av HIV och hepatit C samt till "förnyad stimulans" av lansering och genomförande av olika huvudåtgärder under den återstående genomförandeperioden. I Rumänien medverkade alla statliga institutioner som är aktiva inom området för narkotikabekämpning i utvärderingen av den nationella narkotikastrategin 2003–2004. Utvärderingsresultaten har därefter bildat underlag för den nya nationella narkotikastrategin 2005–2012. I Luxemburg har 87 % av åtgärderna i den nationella handlingsplanen för narkotika 2000–2004 genomförts inom de angivna tidsramarna. Politiska orsaker anges som den främsta anledningen till förseningen av de åtgärder som inte har inletts (t.ex. programmet för heroindistribution). Åtgärder som ännu inte har genomförts har förts över till den nya handlingsplanen.

Rapporter från det senaste året tyder på att de nationella narkotikastrategierna börjar ge synbara resultat. Även om det ännu är alltför tidigt att definitivt påstå att de övergripande målen att minska efterfrågan och tillgång har nåtts, råder det inte något tvivel om att nationella narkotikastrategier har uppnått bestämda och viktiga delmål.

I utvärderingen av den portugisiska narkotikastrategi som antogs 1999 tillskrivs strategin äran av förbättrade behandlingsmöjligheter, minskat antal narkotikarelaterade dödsfall och minskad HIV-prevalens samt ökat antal polisrapporter om narkotikahandel. Å andra sidan konstateras i utvärderingen att det första experimenterandet med droger sker vid allt lägre åldrar och att narkotikarelaterade dödsfall knutna till andra ämnen än opiater ökar. I utvärderingen av den spanska nationella strategin (2003) erkänns visserligen att målet att minska drogmissbruket inte har nåtts, men samtidigt konstateras att goda resultat har uppnåtts när det gäller stödåtgärder samt minskning av skadeverkningar. Tillfredsställande resultat har också uppnåtts på andra områden som forskning

och utbildning, internationellt samarbete och minskning av tillgången på narkotika. Ministeriet för hälsovård och konsumentfrågor har godkänt en handlingsplan för 2005–2008 i avsikt att mobilisera resurser och genomföra åtgärder som syftar till att gjuta nytt liv i den nationella narkotikastrategin så att den gör framsteg. En följd av den grekiska nationella handlingsplanen 2002–2006 har varit att flera typer av behandlingsprogram har blivit tillgängliga och att de har fått bredare täckning.

Den svenska nationella handlingsplanen för narkotikapolitiken 2002–2005 ledde till att narkotikafrågor fördes högre upp på den politiska dagordningen på lokal, regional och nationell nivå. De flesta kommuner i Sverige har nu någon form av handlingsplan för narkotikapolitiken och den högre prioriteringen av samordning och samarbete mellan berörda parter på narkotikaområdet har lett till förbättringar på dessa områden. Utvecklingen har också gått framåt beträffande såväl fler typer av behandling som förbättrat tillträde till olika behandlingsmöjligheter för narkotikamissbrukare. I Storbritannien medgav granskningskommissionen att framsteg hade gjorts beträffande missbruksbehandling men ansåg samtidigt att det fanns utrymme för förbättringar av hjälp till återanpassning och rehabilitering av missbrukare, som exempelvis bostäder, socialvård och andra stödtjänster. I framtiden kommer myndigheternas framsteg mot att nå narkotikastrategins syften att mätas mot delmål som anges i avtalen om samhällstjänster och genom ett index för narkotikarelaterade skadeverkningar (drug harm index) som ska mäta den skada som problematiskt narkotikamissbruk av en olaglig drog orsakar.

I de nyligen antagna nationella narkotikastrategierna lyfts slutligen utvärderingen fram som ett centralt inslag. I Lettland kommer rådet för samordning av narkotikakontroll och begränsning av narkotikamissbruk att utvärdera framstegen med genomförandet av programmet varje år, och i Luxemburg kommer en slutlig extern resultatutvärdering att genomföras år 2009.

## Nationella utgifter för narkotikafrågor

Även om utgifter ofta mäts över olika tidsperioder och det inte finns någon gemensam definition av nationella utgifter för narkotikafrågor, tyder tillgängliga beräkningar på att utgifterna har ökat i flera länder som exempelvis i Tjeckien, Danmark, Luxemburg, Österrike och Polen.

Följande länder har rapporterat utgifter för narkotikafrågor för år 2004: Tjeckien (11,0 miljoner euro), Spanien (302 till 325 miljoner euro), Cypern (2,8 miljoner euro), Polen (51 miljoner euro) och Norge (46 miljoner euro). Två länder har rapporterat nyligen budgeterade utgifter för åtgärder på

narkotikaområdet: Luxemburg (6 miljoner euro under 2005) och Storbritannien (2 miljarder euro för 2004/05).

I Slovakien uppskattas de totala nationella utgifterna på narkotikaområdet under 2004 till 14,5 miljoner euro, där brottsbekämpning stod för cirka 8,4 miljoner euro och social- och hälsovård för 6,1 miljoner euro.

I Sverige uppskattas utgifterna för narkotikapolitiken under 2002 ha varit cirka 0,9 miljarder euro (den lägre skattningen är 0,5 miljarder euro, och den högre skattningen 1,2 miljarder euro). En jämförelse av beräkningarna för 2002 med siffrorna för 1991 visar att de offentliga utgifterna för narkotikapolitiken har ökat markant.

I juni 2005 publicerades halvtidsöversynen av den irländska nationella narkotikastrategin. I halvtidsöversynen konstateras att "ett mått på utgifterna är avgörande för att bedöma kostnadseffektiviteten hos olika inslag i strategin". Inom kort inleds arbetet för att beräkna polisutgifter. I Portugal finansierar institutet för narkotika och narkotikamissbruk forskning för att utveckla och prova en modell för att beräkna kostnaderna för drogmissbruk, och i Belgien inleddes i slutet av 2005 en uppföljning till en studie av offentliga utgifter som genomfördes 2004. Även om de är knapphändiga visar dessa intressanta uppgifter att forskning om utgifter för narkotikafrågor utgör en allt viktigare del av den politiska agendan i flera medlemsstater.

## Utveckling inom politik och lagstiftning i EU

### Handlingsplaner

Under 2005 antogs två rättsakter på EU-nivå som direkt eller indirekt ger en ny referensram för utvecklingen av EU:s politik på området för narkotikafrågor under de närmaste åren. Efter att ha granskat kommissionens förslag från februari 2005 och tagit hänsyn till den slutliga utvärderingen av EU:s narkotikastrategi och EU:s handlingsplan (2000–2004), godkände rådet i juni 2005 EU:s handlingsplan mot narkotika 2005–2008. Den nya handlingsplanen följer samma struktur och sätter upp samma mål som EU:s strategi för narkotikabekämpning 2005–2012 och innehåller cirka 100 särskilda åtgärder som ska genomföras av EU och medlemsstaterna före utgången av 2008.

Utvärdering utgör en viktig del av EU:s nya handlingsplan mot narkotika. Utvärdering betraktas som en fortlöpande, stegvis ökande och medverkansbaserad process. Den är fortlöpande eftersom Europeiska kommissionen med stöd av ECNN och Europol kommer att lägga fram årliga lägesrapporter. Utvärderingsarbetet kommer också att stegvis utökas eftersom varje årlig lägesrapport kommer

att bedöma det aktuella årets resultat i förhållande till föregående års resultat. Processen kommer slutligen att bli medverkansbaserad och innefatta en styrgrupp som har till uppgift att fastställa metod, output och ungefärlig tidsplan. Liksom i utvärderingen av EU:s handlingsplan 2000–2004, kommer styrgruppen att bestå av företrädare för relevanta avdelningar inom kommissionen, ECNN, Europol samt för medlemsstaterna. Samråd med företrädare för det civila samhället kommer också att genomföras. När handlingsplanen 2005–2008 närmar sig sitt slut kommer en konsekvensbedömning för första gången att genomföras på europeisk nivå i syfte att föreslå en ny handlingsplan för perioden 2009–2012. Konsekvensbedömningen kommer att ligga till grund för detta arbete. En slutlig utvärdering av strategin och handlingsplanerna kommer därefter att genomföras av kommissionen år 2012.

EU:s handlingsplan mot narkotika ingår också som en integrerad del av handlingsplanen för att genomföra Haag-programmet för stärkt frihet, säkerhet och rättvisa i Europeiska unionen under perioden 2005–2010. Kommissionen lade fram denna handlingsplan i maj 2005 och den godkändes av rådet i juni 2005.

EU:s handlingsplan mot narkotika 2005–2008 speglar EU:s balanserade tillvägagångssätt för att lösa narkotikaproblemet, och bygger på en sektorsövergripande och integrerad syn på narkotikaproblemet där samordning, åtgärder för att minska såväl efterfrågan som tillgång på narkotika, internationellt samarbete, information, forskning och utvärdering är viktiga delar.

### Åtgärder för att minska tillgången på narkotika

När det gäller åtgärder för att minska narkotikatillgången lyftes två viktiga verksamheter på EU-nivå fram när de två EG-förordningarna om prekursorer som antogs 2004 trädde i kraft den 18 augusti 2005. Kontroll av prekursorer är en viktig del av åtgärderna för att minska tillgången, eftersom dessa ämnen krävs för framställning av narkotika. Åtgärder på detta område genomförs på två plan, dels genom reglering av handeln med vissa ämnen mellan EU och tredjeland och dels genom reglering av den inre marknaden.

I den första förordningen, som antogs 1990 i enlighet med bestämmelserna om kontroll av prekursorer i artikel 12 i Förenta nationernas konvention mot olaglig hantering av narkotika och psykotropa ämnen, infördes åtgärder för att försvåra avledningen av vissa ämnen för olaglig framställning av narkotika och psykotropa ämnen<sup>(1)</sup>. Den förordningen ersattes i december 2004 av en ny förordning med en utvidgad tillämpningsram som syftar till att också hindra tillverkning av syntetiska droger<sup>(2)</sup>.

(1) Rådets förordning (EEG) nr 3677/90 av den 13 december 1990, EGT L 357, 20.12.1990, s. 1.

(2) Rådets förordning (EG) nr 111/2005 av den 22 december 2004, EUT L 22, 26.1.2005, s. 1.

Ett rådsdirektiv<sup>(3)</sup> som utfärdades två år efter den första förordningen, 1992, fullbordade systemet och införde motsvarande bestämmelser för den inre marknaden (tillverkning och utsläppande på marknaden av narkotika och psykotropa ämnen), och inrättade kontrollåtgärder. Rådsdirektivet har därefter ersatts av en förordning som antogs den 11 februari 2004<sup>(4)</sup>. Som en följd av EU:s utvidgning beslutade gemenskapens lagstiftare att ersätta direktivet från 1992 med en förordning "eftersom varje ändring i det direktivet och dess bilagor skulle utlösa nationella genomförandeåtgärder i 25 medlemsstater". Genom det nya instrumentet inrättas harmoniserade åtgärder för kontroll och övervakning inom gemenskapen av vissa ämnen som ofta används vid olaglig framställning av narkotika eller psykotropa ämnen, i avsikt att förhindra att sådana ämnen sprids. Därtill är varje medlemsstat skyldig att vidta nödvändiga åtgärder för att ge de behöriga myndigheterna möjligheter att fullgöra sina skyldigheter i fråga om kontroll och övervakning. En förordning om tillämpningsföreskrifter för dessa två förordningar trädde i kraft den 18 augusti 2005<sup>(5)</sup>.

Dessa åtgärder för kontroll av prekursorer kompletterar en annan del av EU:s viktiga insatser för att minska tillgången på narkotika. Genom att utnyttja de nya möjligheter som står till buds sedan Maastrichtfördraget trätt i kraft, har EU utvecklat en rättslig ram för att bekämpa narkotikahandel och för att förbättra samarbetet mellan brottsbekämpande myndigheter. Flera gemensamma åtgärder har antagits på detta område sedan 1995–1996. Nyligen har ett rambeslut för att harmonisera minimipåföljder för narkotikahandel och ett beslut om nya psykoaktiva substanser antagits (se "Åtgärder beträffande nya droger", s. 55).

Utöver dessa rättsliga instrument har ett program för polissamarbete och rättsligt samarbete i straffrättsliga frågor antagits och genomförts. Agis är ett ramprogram för att hjälpa polis, andra relevanta organ och domstolar i straffrättsliga frågor och i kampen mot brottsligheten. Sedan 2003 har programmet bidragit till att finansiera många projekt. Internationellt organiserad framställning av och handel med narkotika och spridande av prekursorer finns bland de verksamhetsområden och särskilda frågor som nämns i Agis arbetsprogram och ansökningsomgång 2006 (som avslutades i januari 2006).

### Penningtvätt och förverkande av tillgångar

Vissa ändringar har också gjorts av rättsinstrumenten på området för penningtvätt och förverkande. Direktiv

91/308/EEG om åtgärder för att förhindra att det finansiella systemet används för tvättning av pengar<sup>(6)</sup>, som antogs 1991 med den inre marknaden som rättslig grund och ändrades 2001, var ett försök att harmonisera medlemsstaternas lagstiftning på detta område. En av orsakerna till att detta direktiv antogs var att man ville undvika risken att medlemsstaterna i brist på gemenskapsåtgärder mot penningtvätt skulle anta protektionistiska åtgärder som skulle kunna försena inrättandet och fullbordandet av den inre marknaden. I juni 2004 föreslog kommissionen ett nytt direktiv som har samma syfte men dessutom innefattar finansiering av terrorism. En begränsning av direktivets räckvidd till att endast omfatta vinning av narkotikahandel ansågs vara alltför snäv och kommissionen föreslog att gruppen av relevanta brott skulle utökas. Det nya direktivet, som antogs i oktober 2005, innehåller en exakt definition av allvarliga brott och omfattar tvättning av tillgångar som erhållits genom sådana brott, inklusive finansiering av terrorism.

Den 24 februari 2005 antog rådet ett rambeslut om "förverkande av vinning, hjälpmedel och egendom som härrör från brott". Syftet med detta rambeslut är att se till att det i alla medlemsstater finns effektiva regler om förverkande av vinning av brott som kan bestraffas med frihetsberövande i mer än ett år. Den gemenskapslagstiftning som tidigare fanns på detta område ansågs otillräcklig. Det nya rambeslutet syftar till att inrätta ett effektivt gränsöverskridande samarbete i fråga om förverkande. Mekanismerna för förverkande vidgas till att omfatta annan egendom som härrör från brott om brottet begåtts inom ramen för en kriminell organisation och omfattas av ett eller flera andra rambeslut. Bland dessa kan nämnas rambeslut 2004/757/RIF, om minimibestämmelser för brottsrekvisit och påföljder för olaglig narkotikahandel. Medlemsstaterna ska senast den 15 mars 2007 vidta de åtgärder som är nödvändiga för att följa detta rambeslut.

### Folkhälsofrågor

Insatser för att minska efterfrågan på narkotika är en integrerad del i den europeiska balanserade synen på narkotikaproblemet. Inom ramen för genomförandet av programmet för gemenskapsåtgärder på folkhälsoområdet 2003–2008, valde kommissionen 2005 ut några narkotikarelaterade projekt som ska finansieras i syfte att "främja hälsa och förebygga sjukdomar genom att beakta faktorer som påverkar hälsan i samband med all politik och alla åtgärder". Det första projektet som ska

<sup>(3)</sup> Rådets direktiv 92/109/EEG av den 14 december 1992, EGT L 370, 19.12.1992, s. 76.

<sup>(4)</sup> Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 273/2004 av den 11 februari 2004, EUT L 47, 18.2.2004, s. 1.

<sup>(5)</sup> Kommissionens förordning (EG) nr 1277/2005 av den 27 juli 2005, EUT L 202, 3.8.2005, s. 7.

<sup>(6)</sup> Rådets direktiv 91/308/EEG av den 10 juni 1991 om åtgärder för att förhindra att det finansiella systemet används för tvättning av pengar, EGT L 166, 28.6.1991, s. 77–83.



finansieras på narkotikaområdet, kallat EU-Dap 2, är en utvärdering av ändamålsenligheten hos programmet för förebyggande av drogmissbruk som genomförs i skolor, EU-Dap, och som syftar till att minska användning av tobak, alkohol och droger på lång sikt. Det andra projektet, IATPAD, har som mål att förbättra tillträdet till behandling för människor med alkohol- och drogrelaterade problem. Andra övergripande projekt innefattar sådana som avser narkotikaprevention vilka också kommer att medfinansieras, som exempelvis projektet "PEER-Drive clean!". Det är ett innovativt projekt som riktar sig till ungdomar mellan 18 och 24 år och syftar till att förebygga att ungdomar kör bil under påverkan av alkohol eller narkotika. Dessa projekt har valts ut för finansiering och kommer att medfinansieras under förutsättning att förhandlingarna med Europeiska kommissionen är framgångsrika och att bidragsavtalen undertecknas [7].

### ECNN-förordningen

Den 31 augusti 2005 antog kommissionen slutligen ett nytt förslag till omarbetning av förordningen om ECNN:s inrättande. Genom de nya uppgifter som tillkommer blir den nya förordningen ett viktigt instrument för att underlätta ECNN:s arbete. I synnerhet får ECNN till uppgift att kartlägga nya trender när det gäller blandmissbruk, vilket även omfattar kombinerat missbruk av lagliga och olagliga psykoaktiva ämnen, ta fram verktyg och instrument som gör det lättare för medlemsstaterna och gemenskapen att övervaka och utvärdera sin narkotikapolitik och sina respektive narkotikastrategier samt att samarbeta med tredjeländer, såsom kandidatländerna till Europeiska unionen eller länderna på västra Balkan. Förordningen innehåller också flera förändringar beträffande Vetenskapliga kommittén och styrelsen. Eftersom förordningen grundas på artikel 152 i EG-fördraget måste texten nu antas av rådet och Europaparlamentet i enlighet med medbeslutandeförfarandet.

### Ny nationell lagstiftning

Under rapporteringsperioden har några länder genomfört större förändringar av sin lagstiftning på narkotikaområdet, när det gäller såväl innehav av och handel med narkotika som påföljder.

Genom en ny lag och brottsbalk har Rumänien infört åtskillnad mellan grövre brott och mindre allvarliga brott (där mindre allvarliga brott nu främst bestraffas med samhällstjänst och dagsböter), mellan användare och beroende av narkotika och mellan lågrisk- och högriskdroger. Åtalseftergift och skyddstillsyn kan nu tillämpas på narkotikabrott. Behandling av missbrukare kan ske genom ett integrerat stödprogram under tillsyn av

en kontaktperson. Fängelsestraffen har skärpts för brott som rör upplåtande av en plats för narkotikaanvändning, tolererande av narkotikaanvändning på en sådan plats eller uppmuntran till användning av narkotika. Straffen för olaglig administrering av en högriskdrog till annan person och för tillhandahållande av giftiga kemiska ämnen avsedda för inhalation till minderårig har också skärpts.

I Bulgarien antogs i juni 2004 en ny lag om narkotiska ämnen och prekursorer. I lagen fastställs de statliga organens olika funktion när det gäller kontroll av föreskrifter på narkotikaområdet, genomförandet av åtgärder mot narkotikamissbruk och handel med narkotika samt forskning. Genom en tilläggsändring har undantaget från straffrättsligt ansvar som tidigare gällt för missbrukare som påträffats inneha en enda dos (se nedan) dragits in.

Den nya brottsbalken i Slovakien innehåller en ny definition av brottsrubriceringarna innehav av narkotika för eget bruk respektive handel med narkotika. I motsats till den tidigare brottsbeteckningen innehav för eget bruk (inte mer än en dos), skapar avsnitt 171 i den nya lagen två brottsbeteckningar för innehav för eget bruk, beroende på antalet doser (se nedan). Dessa brott kan också beläggas med två nya påföljder: övervakad husarrest eller samhällstjänst. För innehav av mer än tio doser måste åtal väckas enligt avsnitt 172 som, beroende på eventuella försvarande omständigheter, leder till fängelse mellan 4 år och livstid. Därtill har åldersgränsen för straffrättsligt ansvar sänkts från 15 år till 14 år.

I Lettland kan hantering av narkotika med avsikt att sälja den inte längre bestraffas med upp till 90 dagar i häkte. Detta brott får nu det betydligt strängare minimistraffet fängelse, även om minimistraffet har lindrats från 5 år till 2 år. Maximistraffet för stöld av en stor mängd narkotika eller stöld som genomförs av en organiserad grupp har förlängts till 15 år.

Lagstiftningen i Italien har nyligen (februari 2006) förändrats i syfte att införa en omklassificering av narkotika i två huvudgrupper i stället för de tidigare sex (alla substanser som inte används i terapeutiskt syfte grupperas tillsammans varvid alla hänvisningar till hårda och mjuka droger försvinner), fastställa tröskelvärdet mellan personligt bruk och handel, ändra påföljderna till att innefatta husarrest och samhällstjänst, samt att förbättra tillträdet till andra alternativ än fängelse. Därtill har alla narkotikamissbrukare nu rätt att fritt välja behandlingstyp och plats för den behandling de får liksom den institution som intygar deras status som missbrukare, tjänster som inte längre erbjuds enbart av den offentliga sektorn.

I Storbritannien medförde narkotikalagen 2005 flera viktiga förändringar av den nationella lagstiftningen.

[7] För utförligare uppgifter se [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/action3\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/action3_en.htm).

Den innehåller exempelvis bestämmelser som klargör klassificeringen av svampar som innehåller psilocin och psilocybin som klass A-drog, inför presumtion avseende uppsåt att sälja narkotika när en specifik mängd narkotikaklassade droger påträffas, ger polisen möjligheter att testa narkotikabrottslingar när de arresteras i stället för som tidigare när åtal väcks och att kräva att de som testar positivt genomgår en bedömning av narkotikamissbruk, samt bestämmelser som ålägger domstolarna skyldighet att beakta försvärande omständigheter (som att sälja narkotika nära en skola) när de avkunnar sina domar. Domstolar kan också hålla personer som sväljer narkotikapaket i häkte upp till 8 dagar (tidigare 4 dagar) och en domstol eller en jury kan nu dra slutsatser om en person vägrar att tillåta kroppsbesiktning eller scan utan goda skäl.

I Europa finns en allmän tendens att sänka eller avskaffa fängelsestraff för narkotikabrott som rör personligt bruk samtidigt som påföljderna för brott som hänför sig till försäljning skärps (\*).

## Mängder

Under rapporteringsperioden har flera länder lagstiftat om gränsvärden för narkotikamängder.

Efter att den belgiska författningsdomstolen upphävt artikel 16 i lagen från 2003, behandlas cannabisrelaterade brott i ett nytt gemensamt direktiv från justitieministeriet och åklagarämbetet. I direktivet anges att en vuxen persons innehav av en liten mängd cannabis för personligt bruk (inte mer än 3 gram eller en planta) endast bör leda till en allmän anteckning i polisregistret om det inte finns några försvärande omständigheter.

I Slovakien spelar mängden narkotika en central roll i den nya brottsbalken om narkotikabrott. Avsnitt 171 inför två brottsbeteckningar för innehav för eget bruk: innehav av högst tre doser kan leda till upp till 3 års fängelse, medan ett fängelsestraff på högst 5 år kan bli följden för innehav av en "större mängd" (inte mer än tio doser). För innehav av ännu större kvantiteter måste åtal väckas enligt avsnitt 172. Det kan leda till ett fängelsestraff på 4–10 år om inga försvärande omständigheter förekommer och till fängelse i 10–15 år för innehav av en större mängd (med ett värde på gatan som överstiger 10 gånger "utgångsvärdet" på 8 000 Skk – cirka 200 euro), 15–20 års fängelse för innehav av narkotika i betydande mängd (definierat som mer än 100 gånger utgångsvärdet) samt 20–25 år eller livstid för innehav i stor skala (definierat som över 500 gånger utgångsvärdet).

Max Planck-institutet i Tyskland har under perioden 2002–2005 genomfört en utvärdering av avsnitt 31a i den tyska lagen om narkotika, som i vissa fall medger åtalseftergift vid innehav av "obetydlig mängd" narkotika. Utvärderingen visade att den praktiska tillämpningen av lagparagraf 31a varierar betydligt i Tysklands 16 delstater, något som delvis beror på olika tolkningar av "obetydlig" (Schäfer och Paoli, 2006). I mars 2005 antog delstaten Berlin en ändring av sina "riktlinjer beträffande cannabis" varigenom innehav av högst 10 gram av cannabis inte leder till åtal under förutsättning att vissa kriterier är uppfyllda. I enskilda fall kan mängden öka till 15 gram.

Hälsovårdsministern i Lettland har ändrat rekommendationerna om vad som ska betraktas som små, stora och mycket stora mängder narkotika och psykotropa ämnen, och har infört en ny definition av dessa mängder. I Storbritanniens narkotikalag 2005 har införts presumtion om uppsåt att sälja narkotika när en specifik mängd av en narkotikaklassad drog upptäcks och dessa mängder anges i bestämmelser som har antagits under våren 2006.

I Bulgarien innebär lagen om ändring och tillägg i brottsbalken (nya SG 26/04) att avsnitt 354a (3) upphävs. Enligt det avsnittet kunde missbrukare undantas från straffrättsligt ansvar om de konstaterats inneha endast en enda dos. Svårigheter att fastställa den mängd som skulle beteckna en dos och belägg för att undantaget hade missbrukats i domstol för att gynna langare var några av orsakerna till förändringen.

Genom förändringar genomförda i februari 2006 har Italien infört nya mängdgränser för att ange tröskelvärdet mellan personligt bruk och handel, efter att sådana gränsvärden avskaffades 1993. De nya gränsvärdena baseras på mängden aktiv beståndsdel i drogen. Gränsvärdena anges i en särskild förordning från hälsoministeriet som antogs i april 2006.

Mängden narkotika spelar olika stor roll i ländernas nationella lagar om narkotika, vilket forskning genomförd av den europeiska databasen över narkotikalagstiftning (European Legal Database on Drugs, ELDD) (\*) redan har visat. I vissa länder (t.ex. i Slovakien) är mängderna som skiljer olika brott från varandra strikt avgränsade, medan mängdangivelser i andra länder (t.ex. i Storbritannien) fungerar som riktlinjer vilka ger grund för motbevisbar presumtion avseende uppsåt. Mängden narkotika kan också användas för att särskilja mellan olika brottsbeteckningar (t.ex. innehav eller försäljning), eller för att fastställa straffet för samma brott. Även om många länder hänvisar till

(\*) Se årsrapporten 2005 (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/sv/page013-sv.html>). Se också ECNN:s temarapport "Illicit drug use in the EU: legislative approaches" (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

(\*) Se "The role of the quantity in the prosecution of drug offences", en juridisk rapport från ELDD, och tabell 1 i ECNN:s temarapport "Illicit drug use in the EU: legislative approaches" (båda finns att hämta på <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).



mängd i sina lagar, kan mängd definieras på olika sätt (vikt, värde) eller i vissa fall inte definieras alls. De senaste, uppenbarligen motstridiga, åtgärderna i Italien och Bulgarien visar bara att det inte finns någon tydlig europeisk samsyn i denna fråga.

### Statistik över domar

Uppföljning av de straff som narkotikabrottslingar döms till har diskuterats eller genomförts i flera länder och i vissa fall har åtgärder baserade på utvärderingsresultaten redan vidtagits.

I enlighet med den nationella narkotikastrategin har de irländska myndigheterna godkänt inrättandet av en central enhet för brottsstatistik som ska samla in statistik om arresteringar, åtal och påföljdernas art.

Den tyska lagen om narkotika ger åklagaren rätt att på vissa villkor avbryta domstolsförhandlingar avseende narkotikainnehav utan domstolens godkännande. Trots rekommendationer och riktlinjer, skiljer sig föreskrifterna betydligt mellan olika delstater. I den ovannämnda studien om dessa skillnader som genomförts på uppdrag av hälsovårdsministeriet, granskades domar i över 1 800 rättsfall i sex olika delstater (Schäfer och Paoli, 2006).

I vissa provinser i Österrike har försök gjorts att standardisera tillämpningen av avsnitt 12 och 35(4) i narkotikalagen vilka anger förenklade förfaranden för att meddela rapportefgift om det gäller köp eller innehav av små kvantiteter cannabis. Annan statistik visar att bruket av rapportefgift som lagstadgat alternativ till straff ökade under 2004, även om antalet polisrapporter och fällande domar ökade ännu mer, medan antalet inställda domstolsförhandlingar minskade något.

I syfte att kartlägga framgångarna med social återanpassning av narkotikamissbrukare som begår andra brott än själva missbruket granskades i Rumänien statistik över straff som utdöms för narkotikabrott. I majoriteten av fallen dömdes man till skyddstillsyn. Det konstaterades att domstolarna från 2004 mindre ofta dömdes till tvångsintagning och därmed minskade de i praktiken tillsynsmyndigheternas medverkan och bidrag till social återanpassning av missbrukare.

Statistik över domar eller åtalseftergifter, ger en mycket tydligare bild än själva lagtexterna av hur ett land tillämpar sin narkotikapolitik (se ECNN, 2002a). Även om inte alla medlemsstater samlar in övergripande statistik över domar,

i motsats till statistik över arresteringar, börjar länderna visa ett ökande intresse för kontroll av genomförandet av politiken, vilket ligger i linje med trenden att utvärdera politiska instrument<sup>(10)</sup>. Frågan om insamling och analys av statistik över utdömda straff togs upp i ett expertmöte i ECNN i april 2006.

### Narkotikarelaterade brott

Enligt åtgärd 25.1 i EU:s handlingsplan mot narkotika 2005–2008 ska rådet senast 2007 anta en gemensam definition av uttrycket "narkotikarelaterad brottslighet", som ska baseras på ett kommissionsförslag på grundval av befintliga undersökningar som ska läggas fram av ECNN.

Även om det inte ännu finns någon EU-definition av uttrycket narkotikarelaterad brottslighet, brukar det oftast innebära brott som begås under narkotikapåverkan, brott som begås för att finansiera narkotikamissbruk, brott som begås inom ramen för marknaderna för olagliga droger och brott mot narkotikalagstiftningen. För EU finns endast rutindata när det gäller den sistnämnda typen av brott – narkotikabrott.

Uppgifter om de första tre typerna av brott är få eller endast fläckvis förekommande i EU. Vissa uppgifter kommer från enstaka lokala studier, som är svåra att hämta uppgifter ur, medan andra enbart avser en specifik typ av narkotikarelaterat brott.

Uppgifter om antal "rapporterade fall"<sup>(11)</sup> av narkotikabrott finns i samtliga europeiska länder som har granskats i denna rapport. De speglar skillnader mellan olika länders lagar, de olika sätt som lagarna tillämpas och verkställs på samt den prioritet och de resurser som de rättsvårdande organen tilldelar olika slags brott. 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 gör det tämligen svårt att göra direkta jämförelser mellan medlemsstaterna<sup>(12)</sup>, är det mer ändamålsenligt att jämföra tendenser i stället för absoluta tal.

Under femårsperioden 1999–2004, ökade antalet "rapporterade fall" av narkotikabrott totalt sett i de flesta EU-länder (i själva verket i samtliga rapporterade länder utom Italien och Portugal, med särskilt tydliga ökning, fördubblingar eller mer, i Estland, Litauen<sup>(13)</sup>, Ungern<sup>(14)</sup> och Polen). Denna uppåtgående trend bekräftades 2004 för de flesta rapporterade länder<sup>(15)</sup>, även om vissa

<sup>(10)</sup> Se "National policies: evaluation of laws" (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/sv/page021-sv.html>).

<sup>(11)</sup> Termen "rapporterade fall" av narkotikabrott står inom citattecken eftersom den avser olika saker i de olika länderna. Exakta definitioner för de enskilda länderna finns i metodanmärkningarna om narkotikabrott i statistikbulletinen 2006.

<sup>(12)</sup> Utförligare uppgifter finns i metodanmärkningarna om narkotikabrott i statistikbulletinen 2006.

<sup>(13)</sup> Ökningen i Litauen beror på genomförandet av den nya brottsbalken i maj 2003.

<sup>(14)</sup> Ökningen i Ungern beror främst på en ändring av brottsbalken och rättegångsordningen.

<sup>(15)</sup> Uppgifter om antalet "rapporterade fall" av narkotikabrott fanns 1999–2004 i samtliga länder (ibland dock inte för alla år) utom i Cypern, Slovakien, Bulgarien, Rumänien, Turkiet och Norge, och för 2004 i samtliga länder utom Irland, Storbritannien och Norge.

### Rapporter om sambandet mellan narkotika och brottslighet

För andra året i rad genomfördes år 2005 i Tjeckien en enkät om narkotikarelaterad brottslighet bland poliser som arbetar vid regionala huvudkontor. Man bedömde att omkring 62 % av brotten som rörde narkotikaproduktion eller distribution, 25 % av bedrägeribrotten, 21 % av brotten som innefattade förskingring av medel eller egendom och 20 % av vanliga stölder år 2004 begicks av narkotikamissbrukare för att finansiera deras egen konsumtion (Tjeckiens nationella rapport).

En undersökning som genomfördes 2004 i åldersgruppen 15–16 år i Finland visade att cirka 7 % av dem som hade använt cannabis under föregående år hade finansierat sitt missbruk genom brott. Mer än hälften av dem hade sålt narkotika och resten hade främst ägnat sig åt stölder (Kivivuori m.fl., 2005, citeras i Finlands nationella rapport).

I Irland visar två studier genomförda av Garda Research Unit 1996 och 2000/01 på ett urval av narkotikamissbrukare som var kända av polisen att narkotikamissbrukare stod för 66 % av de upptäckta brotten 1996 och 28 % av de upptäckta brotten 2000/01 (Keogh, 1997; Furey och Browne, 2003, citeras i Irlands nationella rapport). Studien som gjordes 2000/01 visade att opiatanvändare hade begått 23 % av de upptäckta stölderna och 37 % av de upptäckta inbrotten.

länder uppgav att antalet "rapporterade fall" hade minskat jämfört med föregående år – Tjeckien, Grekland, Lettland, Luxemburg, Portugal, Slovenien (sedan 2001), Slovakien, Finland och Bulgarien <sup>(16)</sup>.

I de flesta medlemsstater avser majoriteten av de rapporterade narkotikabrotten <sup>(17)</sup> användning eller innehav för användning av narkotika <sup>(18)</sup>, och varierade 2004 mellan 61 % av alla narkotikabrott i Polen och 90 % i Österrike. I Tjeckien, Luxemburg, Nederländerna och Turkiet avsåg de flesta rapporterade narkotikabrott langning eller handel, där andelen varierar från 48 % av samtliga narkotikabrott i Luxemburg till 93 % i Tjeckien.

Under samma femårsperiod ökade antalet brott som avsåg användning/innehav för användning totalt sett i samtliga

rapporterande länder förutom i Italien, Portugal, Slovenien, Bulgarien och Turkiet som redovisat en nedåtgående trend <sup>(19)</sup>. Dessa brotts andel av samtliga narkotikabrott ökade också i de flesta rapporterande länder under perioden, även om ökningstakten i allmänhet var låg förutom i Cypern, Polen och Finland, där mer markant stigande trender kunde urskiljas. I Luxemburg, Portugal, Bulgarien och Turkiet föll andelen narkotikabrott som avsåg användning/innehav för användning totalt sett <sup>(20)</sup>.

I de flesta medlemsstater är cannabis den olagliga drog som förekommer oftast <sup>(21)</sup> i samband med de rapporterade narkotikabrotten <sup>(22)</sup>. I dessa länder stod de cannabisrelaterade brotten år 2004 för mellan 34 % och 87 % av samtliga narkotikabrott. I Tjeckien och Litauen dominerade amfetaminrelaterade brott och stod för 50 % respektive 31 % av samtliga narkotikabrott, medan kokain är den oftast rapporterade substansen i Luxemburg (förekom i 43 % av narkotikabrotten).

Under perioden 1999–2004 ökade det totala antalet "rapporterade fall" av narkotikabrott där cannabis förekommit i majoriteten rapporterande länder, samtidigt som antalet minskat markant i Italien och Slovenien <sup>(23)</sup>. Andelen narkotikabrott där cannabis förekommit ökade under samma period i Tyskland, Spanien, Frankrike, Litauen, Luxemburg, Portugal, Storbritannien och Bulgarien, medan andelen var fortsatt stabil i Irland och Nederländerna och minskade i Belgien, Italien, Österrike, Slovenien och Sverige <sup>(24)</sup>. Även om cannabis är mer framträdande i brott som avser användning/innehav än andra narkotikabrott i samtliga rapporterande länder (utom i Tjeckien och Bulgarien och under några år i Belgien), har andelen cannabisrelaterade brott som avser användning minskat sedan 1999 i flera länder, nämligen i Italien, Cypern (2002–2004), Österrike, Slovenien och Turkiet (2002–2004), och har minskat under det senaste året (2003–2004) i de flesta av de rapporterande länderna, vilket eventuellt kan tyda på att rättsvårdande organ i dessa länder i mindre utsträckning än förr har inriktat sig på cannabisanvändare <sup>(25)</sup>.

<sup>(16)</sup> Se tabell DLO-1 och figur DLO-1 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(17)</sup> Uppgifter om fördelning på olika typer av brott fanns för alla länder (dock inte alltid för varje år mellan 1999 och 2004) förutom för Danmark, Estland, Lettland, Litauen, Ungern, Slovakien och Rumänien.

<sup>(18)</sup> Se tabell DLO-2 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(19)</sup> Se tabell DLO-4 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(20)</sup> Se tabell DLO-5 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(21)</sup> Uppgifter om narkotikabrottens fördelning på olika substanser fanns för alla länder (dock inte alltid för varje år mellan 1999 och 2004) förutom för Danmark, Estland, Lettland, Ungern, Finland, Rumänien och Norge.

<sup>(22)</sup> Se tabell DLO-3 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(23)</sup> Se figur DLO-2 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(24)</sup> Se tabell DLO-6 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(25)</sup> Se figur DLO-3 i statistikbulletinen 2006.

Under samma femårsperiod minskade antalet "rapporterade fall" och/eller andelen heroinrelaterade narkotikabrott i majoriteten av rapporterade länder förutom i Belgien, Österrike, Slovenien och Sverige. Dessa länder rapporterade stigande trender för antalet "rapporterade fall" där heroin förekommit <sup>(26)</sup> och/eller andelen heroinrelaterade narkotikabrott <sup>(27)</sup>.

Motsatt tendens kan noteras för kokainrelaterade brott. Såväl när det gäller antalet "rapporterade fall" <sup>(28)</sup> som andelen av samtliga narkotikabrott <sup>(29)</sup>, har kokainrelaterade brott sedan 1999 ökat i de flesta rapporterade länder. Bulgarien är det enda land som har rapporterat en nedåtgående trend för kokainrelaterade brott (såväl antal som andel av samtliga narkotikabrott).

### Europeisk narkotikapolitik: utvidgas till att omfatta mer än olagliga droger? I ECNN:s årsrapport för 2006: temakapitel

I Europa börjar narkotikapolitiken vidgas utöver olagliga droger till att omfatta andra beroendeframkallande ämnen eller till och med andra typer av beteenden. Detta framkommer av vissa medlemsstaters narkotikapolitik och av EU:s narkotikastrategier. Forskningen inriktas i allt högre grad på frågan om beroende eller beroendeframkallande beteenden oavsett vilket ämne det gäller. Temakapitlet om den allt större uppmärksamhet som ägnas lagliga ämnen eller beroende i sig i nationella strategier för att bekämpa olagliga droger

eller i policydokument, syftar till att ge en första inblick i detta framväxande fenomen i EU.

Även om narkotikastrategier inte alltid hänvisar till lagliga droger eller beroenden av sådana droger, konstateras i temakapitlet att preventionsprogram och, i vissa länder, behandlingsåtgärder tillämpas för såväl lagliga som olagliga droger och att dessa insatser främst inriktas på barn och ungdomar. En långsam integration, strategiskt eller institutionellt, av lagliga droger i politik och åtgärder mot olagliga droger förefaller bli allt vanligare.

Det här temakapitlet finns endast på engelska i tryckt version ("European drug policies: extended beyond illicit drugs?", i *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) och på internet (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

<sup>(26)</sup> Se figur DLO-4 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(27)</sup> Se tabell DLO-7 i statistikbulletinen 2006; observera att andelen heroinrelaterade brott minskade under perioden 1999–2003 i Sverige.

<sup>(28)</sup> Se figur DLO-5 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(29)</sup> Se tabell DLO-8 i statistikbulletinen 2006.



## Kapitel 2

# Olika sätt att hantera narkotikaproblem i Europa – en översikt

### Prevention

Erfarenheter i vissa medlemsstater tyder på att narkotikapreventiva åtgärder på individuell nivå kan vara mer effektiva om de samtidigt stöds av reglering av lagliga droger som begränsar ungdomars tillgång till dessa ämnen och gör dem mindre socialt accepterade. Som ett resultat av detta har miljöpreventiva strategier som inriktas på den normativa och kulturella ramen för substansanvändning vunnit allt större terräng i vissa europeiska länder. Dessa insatser stöds av de första åtgärder på området som vidtagits på EU-nivå: direktivet om tobaksreklam och WHO:s ramkonvention om tobaks kontroll (se avsnittet om miljöstrategier i temakapitlet om användning av narkotika i nöjesmiljöer).

Massmediakampanjers roll betraktas alltmer vara att öka medvetenheten (förstärka, stödja och förklara logiken bakom miljöstrategier för allmänheten) och inte att ändra beteenden. En nyligen genomförd tysk granskning av den internationella litteraturen (Bühler och Kröger, 2005, citerad i den tyska nationella rapporten) rekommenderar att mediakampanjer används som stödjande åtgärd och inte som den enda insatsen för att uppnå förändrat beteende.

### Folkhälsoprevention

Medan syftet med hälsofrämjande, som ett ramvillkor för prevention, är att stimulera människor att anta en hälsosam livsstil och skapa hälsosamma levnadsförhållanden för alla, nämns det nya uttrycket "folkhälsoprevention" allt oftare av vissa medlemsstater (Italien, Nederländerna, Slovakien) och Norge. Med folkhälsoprevention avses en rad preventiva åtgärder som syftar till att förbättra hälsan hos utsatta grupper i samhället, bland annat narkotikapreventiva åtgärder. Dessa åtgärder är särskilt anpassade till unga människors behov, vars problembeteenden inklusive narkotikaanvändning till stor del beror på utsatthet (social och personlig) och på levnadsförhållanden. Eftersom selektiva och individualpreventiva strategier är inriktade på sociala och personliga riskförhållanden, är de naturligt kopplade till andra ungdomsrelevanta folkhälsoåtgärder (strategier för ungdomars mentala hälsa beträffande beteendestörningar,

ADHD etc.) socialpolitik (att tillhandahålla fritidsområden och stöd till utsatta ungdomar eller missgynnade familjer), utbildningspolitik (att minska antalet ungdomar som slutar skolan utan betyg) etc. Folkhälsoprevention inriktas alltså på alla olika utsatthetsfaktorer som är relevanta för att lösa narkotikaproblemen, genom att engagera samhällstjänster och sektorer som inte automatiskt är inriktade på dessa uppgifter.

### Allmänprevention i skolor

Programbaserade preventionsstrategier vinner terräng när det gäller prevention i skolorna. Programbaserad prevention innebär standardiserad framställning under ett bestämt antal lektioner, var och en med exakt fastställt innehåll och detaljerat lärar- och elevmaterial. Detta underlättar kontroll och utvärdering och gör insatserna mer precisa, korrekta och enhetliga vilket leder till hög kvalitet. Fler medlemsstater än tidigare (Tjeckien, Grekland, Spanien, Irland, Italien, Cypern, Ungern, Nederländerna och Storbritannien) följer därför upp preventionsinsatser i skolorna. Det allra första projektet, European Drug Abuse Prevention Trial (<http://www.eudap.net>), har givit lovande resultat. Projektet finansierades av Europeiska kommissionen och genomfördes och utvärderades i sju länder, nio regionala centra och 143 skolor och innefattade 7 000 elever (3 500 i en försöksgrupp och 3 500 i en kontrollgrupp). EU-DAP rapporterar att för elever i försöksgruppen rådde 26 % lägre sannolikhet att de skulle röka dagligen, 35 % lägre sannolikhet att ofta vara berusade och 23 % lägre sannolikhet att de skulle använda cannabis. Blueprint i Storbritannien är en jämförbar programbaserad forskningsstrategi<sup>(30)</sup>. Större uppmärksamhet läggs nu vid striktare teknisk vägledning och bättre täckning i genomförandet av prevention i skolor (i t.ex. Frankrike och Irland).

### Polisens närvaro i skolorna

Polisens roll i preventionsinsatser i skolor är en kontroversiell fråga. I Belgien rekommenderar den franskspråkiga regionen att hälsofrämjande och prevention ska genomföras av skolmyndigheterna och att polisväsendet inte ska engageras i programmen. I Storbritannien rekommenderas i ett

<sup>(30)</sup> [www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/](http://www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/)

strategidokument (ACPO Drugs Committee, 2002) att polisen enbart ska medverka inom dess expertområden (säkerhet, brottsbekämpning, ordning) och inte engageras i särskild narkotikaundervisning. Portugal intar samma ståndpunkt och fortsätter att genomföra ett program med medverkan av polis i närområdet, Escola Segura (säker skola). Under skolåret 2004/05 var sammanlagt 320 poliser särskilt avdelade för skolor, med uppgift att genomföra polisarbete och brottsförebyggande arbete i närområdet, såväl dag som natt. I Frankrike utbildas experter av de rättsvårdande instanserna i hur de bäst ska skapa kontakter med ungdomar eller vuxna och besöker sedan skolor eller andra samhällstjänster på begäran. Trots rekommendationer att narkotikaundervisning inte bör ges av poliser i uniform eftersom detta i vissa fall kan vara kontraproduktivt, är det fortfarande vanligt i flera medlemsstater att polis genomför aktiviteter i skolor.

### Riktad prevention

Efter att riktad prevention vunnit erkännande och börjat utvecklas i de flesta medlemsstater blir riktade insatser till utsatta grupper allt vanligare. Exempelvis Tyskland, Grekland, Luxemburg, Österrike, Finland och Storbritannien uppger att de har program som riktar sig till unga brottslingar.

Flera länder, t.ex. Polen och Slovakien, har börjat uppmärksamma utsatta grupper. I Sverige har program för riskutsatta förskolebarn och skolbarn med externaliserande beteende ökat mest jämfört med verksamheterna föregående år. Antalet kommuner som genomför dessa program har ungefär dubblats. Norge utvecklar en nationell strategi för tidig intervention vid problematiskt missbruk av narkotika eller alkohol där preventionsinsatserna kommer att inriktas särskilt på riskgrupper. Tillsäggsångsätt som inte baseras på abstinens är effektiva för att minska inte bara konsumtionen utan också antalet som påbörjar missbruk i grupper där de första försöken med droger redan sker. Polen bedriver sålunda ett landsomfattande program för att förändra utsatta barns narkotikarelaterade beteende liksom beteendet hos barn som är i de första stadierna av narkotikaanvändning. Det särskilda syftet med det polska programmet är att ge familjen stöd att lösa narkotikaproblem. Det är i detta sammanhang positivt att begreppet riktad prevention inte fokuserar på narkotikaanvändning och inte stigmatiserar narkotikaanvändning. Fokus ligger i stället på utsatthet i en vidare bemärkelse.

Allt fler medlemsstater redovisar att insatser riktade till särskilda etniska grupper ingår som en viktig del i deras riktade preventionspolitik. Fyra länder (Belgien, Tyskland, Italien och Luxemburg) har rapporterat nya projekt på detta område. I Italien har många projekt som prioritet att skydda barn, mödrar och invandrarfamiljer eller människor

som tillhör etniska minoriteter. Luxemburg rapporterar att särskild uppmärksamhet riktas mot unga människor och den största invandrargruppen, med fokus på språkliga och sociokulturella särarter.

### Riktad prevention i skolorna

Unga människor som riskerar sluta skolan i förtid och/eller har beteendeproblem är i allt högre utsträckning föremål för riktad narkotikaprevention. Så är fallet exempelvis i Italien där cirka 15 % av preventionsinsatserna i skolorna avser sårbara undergrupper av elevpopulationen (riktad prevention och individualprevention). De största undergrupper som berörs av den riktade preventionen i skolorna är elever med sociala beteendeproblem, skolproblem eller familjeproblem, invandrarelever och de som tillhör etniska minoriteter. Studieresultat och närvaro i skolan är goda prediktorer för narkotikaproblem och en kontroll av dessa faktorer möjliggör tidigt och korrekt ingripande.

Ungdomar som hoppar av skolan är målgrupp för narkotikapreventionsprogram i flera medlemsstater. HUP-projektet i Storstrom län i Danmark syftar till att öka den genomsnittliga andelen ungdomar som går ut skolan från 75 % till det nationella målet 95 % genom insatser som särskilt riktar sig till sårbara ungdomar. Liknande projekt rapporteras från Irland, Portugal (47 projekt), Rumänien (1 projekt) och Norge (broschyrer till lärare). Ett officiellt mål i Irlands nationella strategi är att minska antalet ungdomar som slutar skolan i förtid, med målsättningen 10 % minskning jämfört med siffrorna 2005/06 i områden där lokala insatsgrupper för narkotika är verksamma. I Malta finns program för riktad prevention för de mest riskutsatta eleverna medan Frankrike och Slovakien erbjuder frivillig rådgivning i skolorna.

### Familjebaserad prevention

Med ett allt större antal yngre barn som börjar använda narkotika, blir det allt viktigare att förbättra och intensifiera den familjebaserade preventionen. För barn som ännu inte har nått tonåren har familjens påverkan övertag över kamratinflytandet. Familjens roll för att fastställa normer och stödjande barn är viktigare för preventionsarbetet än att sprida information om olika ämnen.

I EU håller familjebaserad prevention på att bli mer målinriktad och tydligare behovsstyrd. Flera medlemsstater (Tyskland, Spanien, Irland, Italien och Storbritannien) har konstaterat att det kan vara svårt för myndigheter att kontakta problemfamiljer. Som ett resultat har FRANK-kampanjen i Storbritannien utvecklat ett åtgärds paket för insatsgrupper på narkotika- och alkoholområdet och för preventionsverksamma som innehåller råd om hur familjen kan nås. I flera andra medlemsstater genomförs nu riktade preventionsprogram som siktar in sig på riskutsatta familjer.

I dessa program använder man sig av flera tekniker för att locka till sig familjer i riskzonen (t.ex. att tillhandahålla mat, ge ekonomiska incitament, erbjuda barnvakt) som främst baseras på Kumpfers program för att stärka familjer (Strengthening Families Program, SFP) (Kumpfer m.fl., 1996).

Program för att stärka familjer genomförs i Spanien (Palma de Mallorca och Barcelona), Nederländerna (två städer, utvärderingsstudie) och Sverige (två städer). Utbildning pågår i Irland och Italien och i Italien planerar man att utsträcka programmet till flera städer. Norge utvärderar det snarlika MST-programmet i en stickprovsbaserad kontrollerad test. Dessa riktade familjebaserade program har liknande inslag i alla medlemsstater där de har genomförts.

Program för försummade barn och unga människor från dysfunktionella familjer genomförs i Polen och i vissa delstater i Österrike. Dessa program genomförs på olika platser i det lokala samhället som socioterapeutiska samlingsrum, i fosterfamiljer, ungdomsklubbar och preventionscentra.

Vissa länder riktar alltmer in sina insatser på barn till alkoholister (Belgien, Tyskland, Österrike). I övriga länder inriktar man sig uteslutande på barn till narkotikamissbrukare.

### Prevention förankrad i det lokala samhället

De flesta riktade preventionsprogram bedrivs på lokal nivå. Delvis beror detta på att de olika sociala tjänster som medverkar vanligtvis samordnas på den nivån. I länder där lokalsamhället har makt och vilja att genomföra lokala normer är det också en naturlig enhet för miljöstrategier. Riktad prevention förankrad på lokal nivå är vanlig i de nordiska länderna och i Belgien, Nederländerna, Polen och Storbritannien och i allt större utsträckning i länder som inte tidigare har använt denna strategi i någon större omfattning (Frankrike, Italien, Ungern, Portugal).

Genom att fastställa samhällsnormer om tillgång på och metoder för konsumtion av lagliga droger, och genom att utnyttja lokala tjänster optimalt, blir lokala miljöpreventionsstrategier en bra utgångspunkt för effektiva preventionsprogram.

### Kvalitetskontroll av prevention

Kvalitetskontroll av preventionsinsatser får allt större betydelse, i synnerhet eftersom många medlemsstater har delegerat behörighet och ansvar för preventionsinsatser till den lokala nivån (Danmark, Italien, Nederländerna, Polen, Portugal och Slovenien) och/eller delegerat ansvar för narkotikaprevention till icke-statliga organisationer eller halvstatliga organ (Belgien, Tyskland, Frankrike, Ungern och Finland). Vissa medlemsstater rapporterar att de har

strategier för att fastställa gemensamma kvalitetskriterier, standarder och tekniska rådgivningstjänster på lokal nivå, stöd till skolor eller lokala samhällen för utveckling av skolpolitik (Belgien, Danmark, Nederländerna och Storbritannien), genomförande av lämpliga preventionsprogram och säkerställande av minimikriterier för kvalitet (Danmark, Frankrike, Litauen, Ungern, Slovakien, Storbritannien, Rumänien och Norge).

Grekland och Österrike visar nu vägen när det gäller att fastställa specifikationer för ackreditering av preventionsorgan eller preventionssakkunniga.

## Behandling och åtgärder för att minska skadeverkning

Grunden för ECNN:s insamling av uppgifter om åtgärder för behandling och för att minska skadeverkningar finns i följande två viktiga EU-instrument:

- EU:s narkotikastrategi 2005–2012 och dess första handlingsplan 2005–2008, som ger en ram för nationell politik och detaljerade rekommendationer för åtgärder i medlemsstaterna som syftar till att förhindra narkotikaanvändning och förbättra tillgång och kvalitet på missbruksbehandling och tjänster för att minska narkotikans skadeverkningar.
- Rådets rekommendation av den 18 juni 2003 <sup>(31)</sup>, som innehåller ytterligare rekommendationer om åtgärder som medlemsstaterna bör överväga att genomföra för att förebygga och minska hälsorelaterade skadeverkningar förenade med narkotikaberoende och för att ge ett högt hälsoskydd. Denna rekommendation har förstärkts genom att den har införts i EU:s handlingsplan som mål 14.

I syfte att utvärdera genomförandet av strategin är det viktigt att avgöra på vilken nivå tjänsterna erbjuds och i vilken omfattning de används. I sista hand kommer tillförlitliga uppskattningar av åtgärdernas täckningsgrad – dvs. i vilken omfattning de avsedda målgrupperna nås av behandling och åtgärder för att minska skadeverkning – att krävas för att göra det möjligt att utvärdera handlingsplanens mål och bedöma strategins effekt.

Under samtliga åtta års genomförande av strategin stödjer ECNN kommissionens utvärderingsarbete genom att lämna uppgifter från EU-systemet om epidemiologiska indikatorer och genom att utveckla och införa ett antal särskilda instrument för datainsamling för att bestämma utbud och användning av behandling och tjänster för att minska skadeverkningarna. Jämfört med den goda överblick över den epidemiologiska situationen som har uppnåtts genom ECNN-styrd utveckling och genomförande

<sup>(31)</sup> Rådets rekommendation 2003/488/EG.



av indikatorbaserad kontroll, är den standardiserade rapporteringen om resultaten ännu begränsad.

### Behandling med opiatersättning

Sverige (1967), Nederländerna och Storbritannien (1968) och Danmark (1970) var först i Europa med att införa underhållsbehandling med metadon för heroinmissbrukare, men under många år användes metoden bara i begränsad omfattning.

Efter upptäckten av HIV-smittans stora spridning bland narkotikamissbrukare i Västeuropa, började terapeutiska mål och tillvägagångssätt i många länder förskjutas från abstinens som det primära målet till införande av åtgärder som var mer inriktade på att minska de skadeverkningar som drogmissbruk orsakar. Behovet av upprepade behandlingsinsatser accepterades och underhållsbehandlingens fördelar när det gäller att stabilisera och förbättra opiatmissbrukares hälsa och sociala situation liksom för samhället som helhet erkändes.

I slutet på 1980-talet började underhållsbehandling med metadon införas som en behandlingsmöjlighet i ökande takt. 2001 hade 24 medlemsstater samt Bulgarien, Rumänien och Norge infört metoden (figur 1). Omfattning och täckning skiljer sig dock betydligt mellan länderna (se kapitel 6).

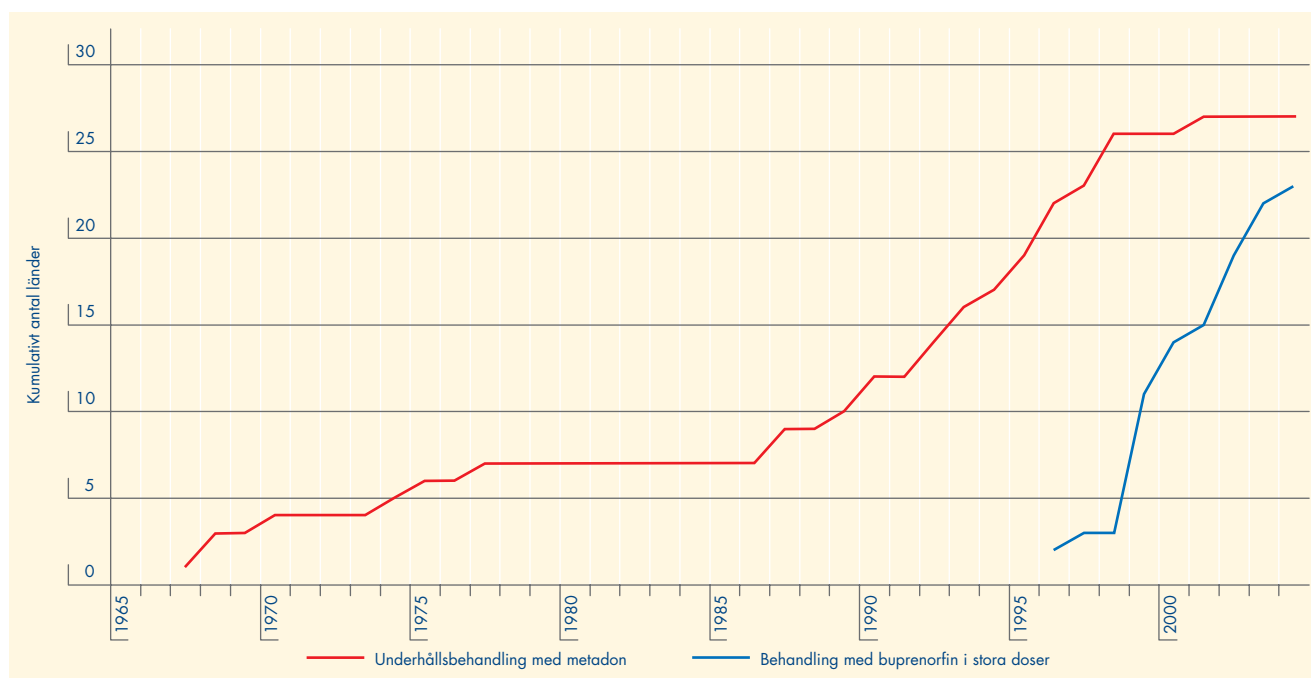
År 1996 infördes för första gången i en medlemsstat en rättslig grund för användning av medicinering innehållande

buprenorfin vid behandling av heroinmissbrukare (se temakapitlet om buprenorfin i årsrapporten 2005). Ämnet finns att tillgå och används nu i de flesta medlemsstater. Eftersom buprenorfin regleras inom ramen för ett mindre strikt system i FN:s narkotikakonventioner, har läkarna större möjligheter att förskriva det. I vissa länder har denna behandlingsmetod lett till en snabb ökning av antalet behandlade patienter. Nya farmakoterapeutiska behandlingsformer utöver agonistersättning undersöks och forskningen inriktas nu på att utveckla behandling för kokain- och crackmissbrukare som ofta också använder heroin eller har använt det tidigare (se också kapitel 5).

Det uppskattas att över en halv miljon opiatmissbrukare i EU fick substitutionsbehandling 2003, vilket motsvarar en tredjedel av de 1,5 miljon människor som för närvarande bedöms vara problemmissbrukare av opiater (ECNN, 2005a). De nya medlemsstaterna och kandidatländerna står endast för en liten andel av patienter i substitutionsbehandling i Europa, vilket delvis kan förklaras av lägre förekomst av opiatmissbruk i dessa länder. Även om det totala utbudet av substitutionsbehandling är låg i dessa länder finns vissa indikationer på öknings i Estland, Litauen och Bulgarien.

Tillgängliga uppgifter visar att i vissa länder har metadonbehandling ökat ytterligare, men i åtta länder har antalet missbrukare som får sådan behandling stabiliserats eller minskat<sup>(32)</sup>. Fyra av dessa länder, Danmark, Spanien,

**Figur 1:** Införande av underhållsbehandling med metadon och buprenorfinbehandling i stora doser i EU:s medlemsstater och Norge



Källor: Nationella kontaktpunkter.

<sup>(32)</sup> Se tabell NSP-7 i statistikbulletinen 2006.



Malta och Nederländerna har profil som länder där heroin har missbrukats länge och där det är lätt att få tillträde till program för metadonbehandling. De övriga fyra länderna, Lettland, Ungern, Polen och Rumänien karakteriseras av låg geografisk täckning beträffande programmen för metadonersättning och i vissa fall förekommer väntelistor för behandling.

Det är svårt att avgöra om det faktum att ett minskande antalet klienter får metadonbehandling innebär att sådana klienter byter till buprenorfinbehandling i de fall sådan finns. På nationell nivå känner man ofta inte till i vilken omfattning allmänläkare behandlar narkotikaberoende.

### Tillhandahållande och typ av behandling för narkotikaberoende

I en undersökning som genomfördes bland de nationella kontaktpunkterna 2005 studerades behandlingsmöjligheterna i Europa. Nationella experter tillfrågades om majoriteten av opiatmissbrukare behandlades i drogfria program eller med läkemedel, eller om båda metoderna förekom lika ofta.

Resultaten visar att behandling med läkemedel var absolut vanligast och att metadon var den substans som främst användes (utom i Tjeckien och Frankrike, för närmare uppgifter se kapitel 6). Resultaten visar dessutom att behandling med läkemedel i de flesta länder främst sker i öppenvården, det är endast Lettland och Turkiet som rapporterar att slutenvård är vanligast. Traditionella psykoterapeutiska behandlingsmetoder (psykodynamisk terapi, kognitiv beteendeterapi, system/familjeterapi eller gestaltterapi) är de behandlingsmetoder som oftast används i öppenvård i Irland, Lettland, Storbritannien, Bulgarien och Turkiet. Nio länder rapporterar att de främst erbjuder "stödjande" metoder (som kan innefatta rådgivning, socioterapi, miljöterapi, motivation eller avslappningsteknik och akupunktur) och i tio länder kombineras de olika metoderna i öppenvården.

När det gäller den slutna vården är 12-stegsprogrammet Minnesotamodellen en ofta använd metod i behandlingshem i Irland, Litauen, Ungern och Turkiet, sex länder tillämpar främst psykoterapeutiska behandlingsmetoder, fem länder förlitar sig på "stödjande" metoder och tio länder använder en kombination av dessa metoder.

Under det senaste decenniet, och i ännu högre grad under de senaste fem åren, har många europeiska länder öppnat dörrarna för behandling genom att utvidga tillhandhållandet

av substitutionsbehandling och sänka kraven för tillträde till dessa behandlingar. Aldrig förr har vårdssystemen nått ut till så många narkotikamissbrukare. Många men inte alla behöver stöd utöver behandling av sitt beroende, och många förefaller att behöva både lågtröskelvård och betydande stöd för att kunna återanpassas i samhället.

### Åtgärder för att minska skadeverkningar

Samtidigt som möjligheten att nå klienter och bibehålla kontakten med dem blivit ett mål i sig självt, har tillhandahållande av uppsökande tjänster och lågtröskeltjänster vunnit erkännande och stöd och har nu blivit en viktig del i en övergripande strategi i många medlemsstater. Det finns gemensamma åtgärdsprofiler i Europa när det gäller att förebygga infektionssjukdomar bland narkotikamissbrukare och att minska antalet narkotikarelaterade dödsfall (se också kapitel 7).

Minskning av antalet narkotikarelaterade dödsfall angavs för första gången som ett mål i den europeiska narkotikapolitiken för sex år sedan och är ett mål i EU:s nuvarande handlingsplan<sup>(33)</sup>. Antalet länder som i sin nationella politik inkluderar en direkt hänvisning till målet att minska narkotikarelaterade dödsfall har fortsatt att öka under senare år, och åtta länder har antagit sådana strategier under 2004 och 2005 (vilket totalt ger 15 länder). Utöver nationell politik är kompletterande tillvägagångssätt i städer vanliga. Flera huvudstäder (inklusive Aten, Berlin, Bryssel, Lissabon och Tallinn) men också större semiurbana regioner (t.ex. Irlands östra region, och området runt Dublin) har sina egna strategier för att minska antalet narkotikarelaterade dödsfall. I Tjeckien, Italien, Nederländerna och Storbritannien, rapporteras att det finns lokala eller regionala strategier, och nio bulgariska städer har sammanställt strategier på lokal nivå.

Liksom i EU:s föregående narkotikastrategi och handlingsplan förblir förebyggande av spridning av infektionssjukdomar ett viktigt mål i den nuvarande strategin och anges som mål 16 i handlingsplanen för 2005–2008. Detta understryker den fortsatt stora vikt som de europeiska ländernas regeringar och kommissionen lägger vid narkotikamissbrukets hälsorelaterade följder<sup>(34)</sup>.

En stor majoritet av EU-länder och Norge har tydligt angivit sin syn på förebyggande av infektionssjukdomar bland narkotikamissbrukare och har innefattat konkreta mål eller åtgärder i den nationella narkotikastrategin eller har

<sup>(33)</sup> Mål 17 i EU:s handlingsplan mot narkotika 2005–2008 manar medlemsstaterna att införa minskning av antalet narkotikarelaterade dödsfall som ett särskilt mål på alla nivåer, med insatser som utformats särskilt för detta ändamål.

<sup>(34)</sup> Mål 16 i handlingsplanen mot narkotika 2005–2008 avser förebyggande av spridning av smittsamma sjukdomar. Mål 14 manar medlemsstaterna att genomföra rådets rekommendation om förebyggande och begränsning av hälsorelaterade skador i samband med narkotikamissbruk, som antogs 2003 (rådets rekommendation 2003/488/EG). Som ett bidrag till utvärderingen av EU:s strategi för narkotikabekämpning förväntas kommissionen år 2007 lägga fram en rapport om genomförandet av denna rekommendation, inklusive information insamlad från beslutsfattare och nationella Reitox-kontaktpunkter.

### Åtgärder och insatser avseende narkotikamissbrukare i fängelser i de nya medlemsstaterna

Dessa uppgifter är baserade på ett gemensamt projekt för uppgiftsinsamling som ECNN och WHO/Europa genomförde under 2005<sup>(1)</sup>.

De flesta nya medlemsstater har rapporterat att drogtester genomförs i fängelserna. Programmen för drogtester skiljer sig dock åt i de olika länderna. Tester vid intagning i fängelset sker endast i Tjeckien, Malta och Slovenien. Malta och Slovenien är också de enda länder som testar intagna innan de lämnar fängelset på permission. Stickprovstestning genomförs i samtliga fängelser i Tjeckien, Malta, Slovenien och Slovakien och i knappt 50 % av fängelserna i Ungern.

Den vanligaste behandlingsformen i fängelserna i de nya medlemsstaterna är drogfri behandling, även om tillgången är begränsad. Drogfri behandling med psykologiskt stöd rapporteras finnas tillgänglig i knappt 50 % av fängelserna i Tjeckien, Estland, Litauen, Ungern, Polen och Slovakien. Drogfria enheter finns i de flesta länder, men endast Tjeckien och Slovenien rapporterar att de har sådana enheter i mer än hälften av fängelserna. Kort avgiftning med medicinering finns mer allmänt tillgänglig (samtliga fängelser i Lettland, Ungern, Malta, Slovenien och Slovakien).

Antalet intagna i de nya medlemsstaterna som har tillgång till behandling med antagonist och substitutionsbehandling

är i allmänhet lågt. Förutom i akuta fall förefaller behandling med antagonist inte förekomma och bara få länder rapporterar att de kan erbjuda substitutionsbehandling för akut avgiftning i fängelser (Ungern, Malta, Polen och Slovenien). Narkotikarelaterade insatser före frigivning sker i form av rådgivning och information (Tjeckien, Lettland, Litauen, Ungern, Polen, Slovenien och Slovakien). I samtliga fängelser i Slovenien och i knappt 50 % av fängelserna i Polen erbjuds substitutionsbehandling före frigivning.

Det finns få rapporter om åtgärder för att minska skadeverkningarna för injektionsmissbrukare i fängelserna i de nya medlemsstaterna. Program för nål- och sprututbyte genomförs inte i några fängelser i de nya medlemsstaterna och enbart Estland, Litauen och Slovenien redovisar att man tillhandahåller desinfektionsmedel för rengöring av sprutor. Narkotikarelaterade infektionssjukdomar behandlas dock i fängelserna. Vaccination mot hepatit B finns i samtliga fängelser i de sex nya medlemsstaterna (Tjeckien, Estland, Ungern, Malta, Slovenien och Slovakien) och fem länder rapporterar att hepatit C-positiva intagna har tillgång till antiviral behandling (Tjeckien, Litauen, Polen, Slovenien och Slovakien). Samtliga nya medlemsstater<sup>(2)</sup> redovisar antiretroviral behandling för HIV-positiva intagna.

(1) Uppgifter lämnades av Tjeckien, Estland, Lettland, Litauen, Ungern, Malta, Polen, Slovenien och Slovakien. För ytterligare referenser se ECNN (2005c).

(2) Det finns inga uppgifter från Cypern.

antagit särskilda dokument som anger hur förebyggande av infektionssjukdomar bland missbrukare ska genomföras (Spanien, Lettland, Luxemburg, Sverige) eller har gjort bådadera (Estland, Frankrike, Storbritannien). Malta och Österrike planerar att utarbeta särskilda strategier för sitt tillvägagångssätt på detta område.

I Tyskland och Grekland utgör konkreta åtgärder som syftar till att förebygga smittsamma sjukdomar en del av den nationella narkotikastrategin medan förebyggande av infektionssjukdomar inte uttryckligen identifieras som ett mål.

Dessa strategier för förebyggande av smittsamma sjukdomar är i de flesta fall ganska nya och tidpunkten för antagande sammanfaller i flera länder med EU:s tidigare strategi för narkotikafrågor (2000–2004) där en minskning av förekomsten av smittsamma sjukdomar bland missbrukare för första gången antogs som ett mål.

Enligt rapporter från de nationella kontaktpunkterna<sup>(35)</sup>, visar mål och målgrupper i nationella strategier också en hög samverkansgrad på europeisk nivå. Förutom injektionsmissbrukare, innefattar målgrupperna sexarbetare och intagna på fängelser. I de nya centraleuropeiska

medlemsstaterna i synnerhet, men också i Norge, finns tydlig inriktning på ungdomar och icke-injicerande missbrukare som andra viktiga målgrupper för insatser för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. I danska och estniska strategier breddas målgrupperna ytterligare och innefattar grupper som har nära kontakt med narkotikamissbrukare.

I många EU-länder är strategier för att minska smittsamma sjukdomar tydligt inriktade på HIV/aids, i synnerhet i Estland, Spanien, Cypern, Lettland och Litauen. I tio länder (37 %) nämns dock förebyggande av hepatit C-smitta bland missbrukare uttryckligen i strategier för smittsamma sjukdomar<sup>(36)</sup>. Irland inledde en samrådsprocess 2004 för att förbereda en sådan strategi och i Tyskland utfärdades rekommendationer om förebyggande och behandling. Diskussioner bland yrkesverksamma och bland allmänheten i Österrike fick en skjuts genom en internationell konferens i ämnet som hölls år 2005 i Wien.

Strategier för att minska skadeverkningar utgör i dag en viktig del av de europeiska åtgärderna för att bekämpa narkotikaproblemen och förbättrat tillträde till tjänster för förebyggande och minskning av hälsorelaterade skadeverkningar är en viktig prioritet i EU:s narkotikastrategi

(35) Denna analys baseras främst på nationell rapportering genom ett strukturerat frågeformulär (SQ 23), uppdaterat med information som de nationella kontaktpunkterna har lämnat i de nationella rapporterna.

(36) Inklusive Frankrike och England. Båda dessa länder har antagit kompletta preventionsstrategier beträffande hepatit C: *Plan National Hepatitis Virales C et B (2002–2005)* (<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hepatites/situation.htm>) respektive *Hepatitis C: Action Plan for England, 2004* (<http://www.dh.gov.uk/>).

### Lågtröskelvården som viktig uppgiftskälla

Myndigheter som erbjuder lågtröskelvård spelar en viktig roll för att öka missbrukares tillgång till vård. Lågtröskelvården kan fungera som kontaktpunkt för missbrukare och erbjuda medicinska och sociala tjänster till grupper som är "dolda", svåra att nå eller som har förlorat kontakten med vårdsystemet.

Även om samtliga myndigheter som erbjuder lågtröskelvård har något system för att dokumentera den service de har givit, och övervakning och rapportering kan ofta vara omfattande, är dessa insatser främst avsedda som redovisning till de organ som finansierar verksamheten och mindre inriktade på intern kvalitetsstyrning eller planering och utvärdering av tjänsterna. Värdefull information som samlas in stannar alltför ofta på plats. Trots att uppgifter från lågtröskelvården kan vara viktiga för att följa mönster och trender för drogbruk och tillgång på tjänster, förefaller de i stor utsträckning vara underutnyttjade. Det främsta hindret är brist på standardisering av och jämförbarhet för insamlade uppgifter.

För att kvaliteten på de tillgängliga uppgifterna om tillhandahållande och utnyttjande av tjänster för att minska skadeverkningar ska kunna förbättras, är det viktigt att det finns ett verktyg för uppgiftsinsamling som är utformat för lågtröskelvården och som samtidigt ger resultat som är relevanta för nationella och europeiska övervakningsändamål. Ett initiativ i denna riktning är det gemensamma ECNN-korrelationsprojektet som stöds av experter från de nationella kontaktpunkterna i Frankrike, Irland, Ungern och Norge. Korrelationsnätverket (European Network for Social Inclusion and Health, <http://www.correlation-net.org>) består av statliga och icke-statliga organisationer från 27 europeiska länder och finansieras inom ramen för Europeiska kommissionens folkhälsoprogram (GD Hälsa och konsumentskydd).

2005–2012. Den gemensamma strategiska plattform för minskning av hälsorelaterade skadeverkningar som EU:s narkotikastrategi utgör avspeglas i många nationella insatser i hela EU och har bidragit till införlivandet av evidensbaserade åtgärder på detta område.

Under 2004 har en förbättring av övervakningen av tillgång till rena sprutor konstaterats på EU-nivå. Information om tillhandahållande, användning och täckning för det breda utbud andra tjänster som lågtröskelvården erbjuder registreras knappt på nationell nivå i de flesta länder. Det är inte särskilt lätt att skapa sig en europeisk bild av situationen. Ett projekt för att förbättra situationen när det gäller tillgängliga uppgifter beskrivs i rutan "lågtröskelvården som viktig källa till uppgifter".

### Målinriktad behandling och kvalitetsstyrning

EU:s nuvarande handlingsplan manar också till högkvalitativ behandling och tjänster för minskning av skadeverkningar.

Utnyttjande av instrument för kvalitetsstyrning för planering av behandling och minskning av skadeverkning har lett till att tjänsterna har blivit mer skraddarsydda för olika målgrupper, t.ex. att de respekterar olika behov hos olika genusgrupper (se också temakapitlet om genusfrågor).

Behandlingsenheter eller program som uteslutande vänder sig till en särskild målgrupp är ett vanligt förekommande fenomen i EU. Barn och ungdomar under 18 års ålder behandlas av specialiserade organ i 23 länder, behandling av narkotikamissbrukare med samtidiga psykiatriska problem äger rum i särskilda enheter i 18 länder, och tjänster som är särskilt utformade för kvinnor rapporteras förekomma i samtliga länder förutom Cypern, Lettland, Litauen, Bulgarien och Turkiet. Tjänster utformade för att möta behoven hos narkotikamissbrukare som är invandrare eller från grupper med särskilda språkbehov eller har specifik religiös eller kulturell bakgrund är mindre vanliga men har rapporterats från Belgien, Tyskland, Grekland, Spanien, Litauen, Nederländerna, Finland, Sverige och Storbritannien.

Enheter som har specialiserat sig på att behandla cannabis- eller kokainmissbrukare har rapporterats förekomma i tretton länder, och särskilda behandlingsprogram för dessa grupper finns i vårdutbudet i åtta länder. Tillgång på och tillträde till sådana tjänster bedöms emellertid vara låg i de flesta av dessa länder. Liknande specialiserade program för amfetaminmissbrukare rapporteras från Spanien, Slovakien och Storbritannien.

Ytterligare konkreta steg mot en förbättring av kvaliteten på behandling och vård är individuell vårdplanering, förmedling av specialistvård (t.ex. behandling av samtidiga symptom) och utredning av vårdbehov för att bättre matcha klienternas profil med den behandling som erbjuds i syfte att uppnå längre behandlingsfullföljande och mer ändamålsenlig behandling.

Trots att behandlingsmöjligheterna totalt sett har ökat, är det fortfarande en utmaning för narkotikavården att få kontakt med vissa grupper av missbrukare, särskilt de med långvariga och kroniska problem. Uppsökande verksamhet och lågtröskelinsatser är vanliga tillvägagångssätt för att få kontakt med och få medverkan från dessa grupper som är svåra att nå ut till. En mer kontroversiell metod är de övervakade rum för narkotikakonsumtion som börjat införas i vissa länder och som oftast riktar sig till injektionsmissbrukare men numera också ibland står öppna för crack-kokain eller heroinrökning (se ECNN, 2004c). Några få länder provar och utvecklar nya tjänster på ett annat kontroversiellt område, nämligen att använda heroin i substitutionsbehandling. Även om verksamheterna på detta område totalt sett är mycket begränsade jämfört med andra behandlingsalternativ tyder vissa studier på att heroinförförskrivning kan ha potentiella fördelar för klienter

där underhållsbehandling med metadon har misslyckats. Ett nyligen genomfört tyskt stickprovstest under läkartillsyn (Naber och Haasen, 2006) visade exempelvis positiva resultat såväl när det gällde hälsa som minskat missbruk av andra olagliga droger. I Europa finns dock ingen tydlig konsensus om kostnader och fördelar med denna metod och den förblir föremål för livlig politisk och vetenskaplig debatt.

Med allt bättre tillgång och kvalitet på behandling, har tonvikten i vissa europeiska städer förskjutits mot att minska narkotikamissbrukets effekt på samhället. Kraftfulla uppsökande insatser och ett attraktivt utbud av lågtröskeltjänster har visat lovande resultat i vissa lokala sammanhang (se "Åtgärder för att minska skadeverkningar" i kapitel 5) och kan vara värdefulla och effektiva modeller som kan användas mer allmänt för att återupprätta kommunikationen med marginaliserade grupper för att till slut få dem att påbörja behandling. Utvecklingen av "säkrare" substitutionsprodukter (dvs. ämnen med mindre risk att avledas till den svarta marknaden) gör det troligt att behandling av narkotikaberoende tar ytterligare steg i riktning mot allmänläkarens mottagning. Detta är också en normaliseringsprocess som gör det möjligt att få narkotikaberoende behandlat på samma sätt som en kronisk sjukdom som diabetes.

Vissa länder rapporterar att stora grupper av heroinmissbrukare som får substitutionsbehandling skapar ett motsvarande behov av stöd för återanpassning i samhället, och i synnerhet behov av lönat arbete. Under rådande ekonomiska förhållanden kan många länder finna det svårt att fylla de äldre heroinisternas behov av integration på arbetsmarknaden, även om de har stabiliserats i underhållsbehandling. Situation försvåras av den höga sjukdomsfrekvensen i denna grupp.

### Återintegrering i samhället

All tillgänglig litteratur samt fakta och siffror från medlemsstaterna pekar på samma sak: missbrukarnas livssituation är betydligt mer problematisk och skör än den allmänna befolkningens. I EU:s två senaste handlingsplaner mot narkotika har återintegrering i samhället varit ett av de slutliga målen för att förbättra missbrukares hälsa och sociala status.

I handlingsplanen 2005–2008 uppmanas medlemsstaterna att "förbättra tillträde till och spridning av program för rehabilitering och återintegrering i samhället". Även om sociala insatser fortfarande är en mindre väletablerad åtgärd för att komma till rätta med problemmissbruk än

vad behandling är, erkänner personer som arbetar med missbrukare att åtgärder som kombinerar behandling, hälsovård och sociala åtgärder är den bästa lösningen för att lyckas med rehabilitering av missbrukare.

Uppgifter om återintegrering i samhället<sup>(37)</sup> är knapphändiga i Europa, vilket främst beror på svårigheter att samla in kvantitativ information på detta område. De flesta uppgifter som anges nedan baseras därför på en kvalitativ granskning som fokuserar på politik, genomförande och kvalitetssäkring i medlemsstaterna<sup>(38)</sup>.

Som svar på EU:s handlingsplan mot narkotika, hade 20 av de 28 rapporterade länderna<sup>(39)</sup> en strategi för narkotikarelaterad återintegrering i samhället 2004/05. Ytterligare fyra länder har regionala eller lokala strategier för återintegration även om de inte tar upp denna fråga uttryckligen i sin nationella narkotikastrategi eller i något annat dokument om narkotikapolitik, och tre länder har ingenting.

I elva länder kommer den främsta finansieringen från statlig/nationell nivå, medan finansiering främst sker på regional/lokal nivå i åtta länder. I ytterligare åtta länder står båda nivåerna för finansieringen, utan någon tydlig främsta finansieringskälla, eller sjukförsäkringssystemen.

I EU:s medlemsstater kan problemmissbrukare få tillträde till sociala åtgärder genom tjänster som antingen är uteslutande avsedda för missbrukare eller som riktar sig till socialt utsatta grupper. Boendet är en ytterst viktig faktor. Den tjänst som oftast, i 21 länder, erbjuds hemlösa problemmissbrukare är tillträde till "allmänna bostadstjänster", medan 18 länder har reserverat vissa bostäder uteslutande för problemmissbrukare och 13 länder kombinerar de två systemen. Det råder dock tvivel om i vilken mån de hemlösa problemmissbrukarna de facto kan utnyttja dessa möjligheter. Få tillgängliga bostäder, lokalt motstånd mot att ge missbrukare nya lägenheter, begränsande kriterier för tillträdet och svårigheter för hemlösa problemmissbrukare att hålla sig till reglerna är några av de problem som har rapporterats.

Att få hemlösa problemmissbrukare in i ett fast boende är det första steget mot stabilisering och rehabilitering. Baserat på det uppskattade antalet problemmissbrukare och andelen hemlösa bland klienter i behandling, finns det 75 600 till 123 300 hemlösa problemmissbrukare i Europa. Eftersom resurser för närvarande finns i de flesta länder, och eftersom vissa länder fortsätter att införa nya strukturer, hänger åtgärdernas effekt på att hemlösa problemmissbrukare verkligen får tillträde till dessa tjänster.

<sup>(37)</sup> Återintegrering i samhället definieras som "alla slags samhällsinsatser vars syfte är att integrera före detta eller aktiva problemmissbrukare i samhället". De tre "pelarna" som arbetet med att återintegrera missbrukarna i samhället bygger på är 1. boende, 2. utbildning och 3. sysselsättning (inklusive yrkesutbildning). Andra åtgärder, exempelvis rådgivning och fritidsaktiviteter, kan också användas.

<sup>(38)</sup> För ytterligare uppgifter se <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1573>.

<sup>(39)</sup> Medlemsstaterna plus Bulgarien, Rumänien, Turkiet och Norge, men uppgifter för Estland saknas.

**Ett genusperspektiv på narkotikamissbruk och hantering av drogproblem, ECNN:s årsrapport 2006: temakapitel**

Männen är oftast i majoritet bland narkotikamissbrukarna. I EU:s medlemsstater är användning av olagliga droger mer vanlig bland män, och det är också mer sannolikt att män utvecklar problem, söker behandling eller dör av sitt missbruk.

I detta temakapitel behandlas narkotikamissbruk och därmed sammanhängande problem ur ett genusperspektiv. Bland de viktiga frågor som tas upp är: Vilka skillnader finns mellan

mäns och kvinnors användning av droger och håller dessa skillnader på att minska? Hur har medlemsstaterna utvecklat genusspecifika strategier för förebyggande, behandling, social återanpassning och minskning av skadorna? Är genusspecifika insatser lika viktiga för män och kvinnor?

Detta temakapitel finns endast på engelska i tryckt version ("A gender perspective on drug use and responding to drug problems", i *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) och på internet (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



## Kapitel 3 Cannabis

### Tillgång och tillgänglighet

#### Framställning och handel

När det gäller produktion och handel fortsätter cannabis att vara den olagliga växtbaserade drog som är mest utbredd i världen (CND, 2006).

Den storskaliga produktionen av hasch är koncentrerad till några få länder, särskilt Marocko, men också Pakistan och Afghanistan. Den totala globala produktionen av hasch uppskattas till 7 400 ton årligen (CND, 2006). Merparten av det hasch som konsumeras i EU har sitt ursprung i Marocko och förs mestadels in i Europa via Iberiska halvön, även om Nederländerna är ett betydande sekundärt distributionscentrum för vidare spridning till EU-länderna. Cannabisodlingen i Marocko kartlades

#### Tolkning av uppgifter om beslag och annan marknadsinformation

Narkotikabeslag i ett land anses vanligtvis vara en indirekt indikator på tillgången på narkotika och hur lätt det är att få tag på den, men speglar också kontrollorganens resurser, prioriteringar och strategier, samt i vilken mån de nationella och internationella strategierna för att minska tillgången kommer åt de personer som ägnar sig åt narkotikahandel, och slutligen vilka rapporteringsmetoder som används. De beslagtagna mängderna kan variera kraftigt från år till år, till exempel om några av beslagen under ett år är mycket stora. Av den anledningen anses det i många länder att antalet beslag är en bättre trendindikator. I alla länderna står små beslag i missbrukarledet (på gatan) för majoriteten av antalet beslag. Om man känner till var den beslagtagna narkotikan kommer ifrån och vart den ska, kan det ge en fingervisning om handelsvägar och produktionsområden, men denna information finns inte alltid tillgänglig. Renhetsgraden och priset på narkotikan i missbrukarledet rapporteras av de flesta medlemsländer. Men uppgifterna kommer från en rad olika källor, vilka inte alltid är jämförbara eller tillförlitliga och det blir därmed svårt att göra korrekta jämförelser mellan länderna.

för andra gången 2004 och det konstaterades då att en nedgång med 10 % skett jämfört med 2003 vilket främst beror på myndigheternas insatser. Under 2004 uppgick det totala odlade området till 120 500 hektar i Rif-regionen vilket motsvarar en potentiell produktion på 2 760 ton hasch (UNODC och Marockanska regeringen, 2005).

Andra länder som nämndes 2004 som ursprungsländer för det hasch som har beslagtagits i EU är Albanien, Portugal, Senegal, Afghanistan, Pakistan och länder i Centralasien (Nationella Reitox-rapporter, 2005; Världstullorganisationen, 2005; Internationella narkotikakontrollstyrelsen, 2006a).

Den globala potentiella marijuanaproduktionen uppskattades till drygt 40 000 ton 2003 (CND, 2005), och är utspridd över hela världen. Den marijuana som beslagtogs i EU under 2004 har sitt ursprung i flera olika länder, främst Nederländerna och Albanien, men även Angola, Sydafrika, Jamaica och Thailand (Nationella Reitox-rapporter, 2005; Världstullorganisationen, 2005; Internationella narkotikakontrollstyrelsen, 2006). En viss odling och produktion (inomhus eller utomhus) av cannabisprodukter sker dessutom lokalt i de flesta av EU:s medlemsstater.

#### Beslag

I hela världen beslagtogs totalt 1 471 ton hasch och 6 189 ton marijuana 2004. För de största haschbeslagen stod som tidigare Väst- och Centraleuropa (74 %) och Sydvästasien, Främre orienten och Mellanöstern (19 %) medan marijuanabeslagen koncentrerades till Nordamerika (54 %) och Afrika (31 %) (UNODC, 2006).

I EU beräknas 275 000 beslag av hasch motsvarande 1 087 ton ha skett 2004. Spanien fortsätter att rapportera de flesta cannabisbeslagen i EU (Spanien stod för cirka hälften av samtliga beslag och för ungefär tre fjärdedelar av den totala mängd som beslagtogs i EU), följt av Frankrike och Storbritannien<sup>(40)</sup>. Även om antalet haschbeslag i EU totalt sett minskade mellan 1999 och 2003, tyder tendenser i de rapporterade länderna på att en ökning skett på EU-nivå

<sup>(40)</sup> Detta bör kontrolleras mot de uppgifter som saknas för 2004 när dessa blir tillgängliga. Uppgifter om både antal cannabisbeslag och beslagtagna mängder 2004 saknades för Irland och Storbritannien. Uppgifter om antal cannabisbeslag 2004 saknades för Nederländerna. För att möjliggöra skattningar har uppgifter som saknas för 2004 ersatts med uppgifter från 2003. Uppgifter från Nederländerna om beslagtagna mängder 2004 var enbart skattningar, som inte kunde inkluderas i analysen av trender fram till 2004.



under 2004 <sup>(41)</sup>. De totala mängderna hasch som beslagtogs i EU 1999–2004 ökade kontinuerligt under perioden, även om de flesta länder (dock inte Spanien) rapporterade en nedgång <sup>(42)</sup>.

Marijuana beslagtogs i mindre omfattning i EU, antalet beslag 2004 var 130 000 och motsvarade 71 ton, där de flesta beslagen skedde i Storbritannien <sup>(43)</sup>. Antalet beslag av marijuana har stadigt ökat i EU sedan 1999 <sup>(44)</sup>, medan de beslagtagna kvantiteterna har minskat i de rapporterade länderna sedan 2001 <sup>(45)</sup>. Den här bilden är preliminär eftersom uppgifter från Storbritannien för 2004 ännu inte finns tillgängliga.

Under 2004 ledde uppskattningsvis 12 800 antal beslag i EU och kandidatländerna till att cirka 22 miljoner cannabisplantor eller 9,5 ton cannabisplantor konfiskerades där Turkiet stod för den största beslagtagna mängden <sup>(46)</sup>. Antalet beslag av cannabisplantor har ökat sedan 1999 och baserat på uppgifter från rapporterade länder fortsätter denna trend under 2004.

### Pris och styrka

År 2004 varierade det genomsnittliga haschpriset i missbrukarledet inom EU mellan 2,3 euro per gram i Portugal och över 12 euro per gram i Norge, medan priset på marijuana varierade mellan 2,7 euro per gram i Portugal och 11,6 euro per gram i Malta. Majoriteten av länder rapporterade priser för cannabisprodukter som varierade mellan 5 euro och 10 euro per gram <sup>(47)</sup>.

Genomsnittspriserna för hasch, korrigerade för inflation <sup>(48)</sup>, föll under perioden 1999–2004 i samtliga rapporterade länder <sup>(49)</sup> utom i Tyskland och Spanien där priserna var oförändrade, och i Luxemburg där priserna steg något. Genomsnittspriserna för marijuana korrigerade för inflation <sup>(50)</sup>, för ospecificerad typ eller importerad, föll också

under samma period i de flesta rapporterade länder, men var oförändrade i Spanien och Nederländerna och steg i Tyskland, Lettland, Luxemburg och Portugal. Endast två länder, Nederländerna och Storbritannien, har rapporterat det genomsnittliga priset på hemmaodlad marijuana och i båda dessa fall har priset fallit.

En cannabisprodukts styrka beror på halten av  $\Delta^9$ -tetrahydrocannabinol (THC), som är den viktigaste verksamma beståndsdel (EMCDDA, 2004b). År 2004 uppgavs halten tetrahydrocannabinol i hasch i missbrukarledet i genomsnitt variera mellan under 1 % (Bulgarien) och 16,9 % (Nederländerna), medan styrkan i marijuana var mellan 0,6 % (Polen) och 12,7 % (England och Wales) <sup>(51)</sup>. Styrkan i hemmaodlad marijuana var 17,7 % i Nederländerna <sup>(52)</sup>.

## Prevalens och mönster i cannabisanvändning

Cannabis är den vanligaste olagliga drogen i Europa. Användning av cannabis ökade i nästan alla EU-länder under nittioalet och i synnerhet bland unga människor, inklusive skolungdom.

Man bedömer att cirka 65 miljoner vuxna invånare i Europa, dvs. cirka 20 % av alla människor mellan 15 och 64 år, har provat cannabis åtminstone vid ett tillfälle <sup>(53)</sup>, även om man bör hålla i minnet att de flesta av dem inte använder drogen nu. Nationella siffror skiljer sig mycket åt och varierar mellan 2 % och 31 % där Malta, Bulgarien och Rumänien står för de lägsta siffrorna och Danmark (31 %), Spanien (29 %), Frankrike (26 %) och Storbritannien (30 %) har rapporterat de högsta siffrorna <sup>(54)</sup>. Av de 25 länder för vilka det finns tillgängliga uppgifter, är livstidsprevalensen i 13 av dem mellan 10 % och 20 % <sup>(55)</sup>.

<sup>(41)</sup> Se tabell SZR-1 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(42)</sup> Se tabell SZR-2 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(43)</sup> Se fotnot 40. Uppgifter om antalet marijuanabeslag 2004 i Polen saknas.

<sup>(44)</sup> Se tabell SZR-3 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(45)</sup> Se tabell SZR-4 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(46)</sup> Se fotnot 40.

<sup>(47)</sup> Se tabell PPP-1 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(48)</sup> 1999 har använts som basår för valutorna i samtliga länder.

<sup>(49)</sup> Under perioden 1999–2004, fanns uppgifter om priser på hasch/marijuana tillgängliga för minst tre på varandra följande år för Belgien, Tjeckien, Tyskland, Spanien, Frankrike, Irland, Cypern, Lettland, Litauen, Luxemburg, Nederländerna, Polen, Portugal, Slovenien, Sverige, Storbritannien, Bulgarien (enbart marijuana), Rumänien, Turkiet och Norge. Trender i Tjeckien kunde inte analyseras på grund av metodbegränsningar som påverkar de uppgifter som lämnats in.

<sup>(50)</sup> 1999 har använts som basår för valutorna i samtliga länder.

<sup>(51)</sup> Se figur PPP-2 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(52)</sup> Se tabell PPP-5 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(53)</sup> Den genomsnittliga andelen beräknades som genomsnittet av de nationella prevalensuppgifterna viktade enligt population för relevant åldersgrupp i varje land. De totala siffrorna beräknades genom att multiplicera prevalens i den berörda populationen i varje land; för länder där det saknas uppgifter, fördes tillgängliga data in. Siffrorna är förmodligen att betrakta som ett minimum, eftersom det kan förekomma viss underrapportering.

<sup>(54)</sup> I denna text är siffrorna för Storbritannien av praktiska orsaker baserade på British Crime Survey (England och Wales 2005). Det finns ytterligare estimat för Skottland, Nordirland och ett kombinerat estimat för Storbritannien (se statistikbulletinen).

<sup>(55)</sup> Se tabell GPS-1 i statistikbulletinen 2006.



### Skattning av narkotikaanvändning i befolkningen

Narkotikaanvändning bland befolkningen i allmänhet eller bland skolelever bedöms genom undersökningar som utmynnar i skattningar av antalet personer som uppger att de har använt narkotika under vissa bestämda tidsperioder: om de någon gång använt narkotika, om de använt det under de senaste tolv månaderna eller under de senaste 30 dagarna.

I samarbete med nationella experter har ECNN utformat en rad vanliga centrala frågor ("Europeisk modellenkät", EMQ) avsedda att användas i enkäter bland vuxna, och de har antagits i de flesta medlemsstater. Närmare uppgifter om EMQ finns i "Handbok för undersökningar om narkotikabruk bland befolkningen i allmänhet" ("Handbook for surveys about drug use among the general population") (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Det finns fortfarande skillnader mellan länderna när det gäller metodik och år för uppgiftsinsamling och små skillnader mellan ländernas uppgifter bör därför tolkas med försiktighet (<sup>1</sup>).

"Användning någon gång" kan ha ett begränsat värde som indikator för den aktuella situationen bland vuxna (men betraktas som rimlig indikator bland skolbarn), men kan ge insyn i aspekter som rör missbruksmönster. "Användning de senaste tolv månaderna" och "användning de senaste 30 dagarna" speglar den nuvarande situationen mer korrekt, där den senare tidsperioden tenderar att främst fånga upp de personer som använder drogen regelbundet.

Projektet för europeiska skolundersökningar om alkohol och andra droger (ESPAD) är en viktig informationskälla om användning av alkohol och narkotika bland europeiska skolelever och är ovärderlig för att visa trender över tid. ESPAD-enkäter genomfördes 1995, 1999 och 2003. Nästa enkät kommer att genomföras 2007.

För att få jämförbara uppgifter, använder ESPAD standardiserade metoder och instrument för enkäter bland nationellt representativa urval av skolelever i åldersgruppen 15–16 år. För varje ny enkät deltar allt fler länder; 26 europeiska länder deltog 1995, 30 år 1999 och 35 länder 2003, bland dem 22 medlemsstater i EU och fyra kandidatländer (Bulgarien, Kroatien, Rumänien och Turkiet). Frågorna i enkäten är inriktade på alkoholkonsumtion och användning av olagliga droger, och avser de standardiserade tidsperioderna och hur ofta drogerna används.

Information om ESPAD och om vilka rapporter som finns tillgängliga finns på ESPAD:s webbsida (<http://www.espad.org>).

(<sup>1</sup>) Mer information om metoderna i befolkningsundersökningarna och de metoder som använts i varje nationell undersökning finns i statistikbuletinen 2006.

Siffrorna för antalet vuxna som använt cannabis någon gång under de föregående tolv månaderna är markant lägre än antalet vuxna som någon gång testat drogen. Det uppskattas att cirka 22,5 miljoner vuxna i Europeiska unionen har använt cannabis under den föregående tolv månadersperioden, vilket motsvarar cirka 7 % av befolkningen mellan 15 och 64 år. Nationella siffror varierar mellan 1 % och 11 %, där de lägsta siffrorna har rapporterats av Grekland, Malta och Bulgarien och de högsta av Spanien (11,3 %), Frankrike (9,8 %) och Storbritannien (9,7 %) (<sup>56</sup>).

Uppskattningar av andelen vuxna som använt cannabis den senaste månaden visar på ett tydligare sätt regelbunden användning av drogen. Man beräknar att 12 miljoner av de vuxna invånarna i Europa eller cirka 4 % har använt drogen under de senaste 30 dagarna. Siffrorna från de olika länderna varierar mellan 0,5 % och 7,5 %. De lägsta siffrorna rapporterades från Lettland, Malta, Sverige och Bulgarien och de högsta från Tjeckien (4,8 %), Spanien (7,6 %) och Storbritannien (5,6 %) (<sup>57</sup>).

Användning av olagliga droger, inklusive cannabis, sker främst bland unga. År 2004 rapporteras att mellan 3 % och 44 % av Europas invånare i åldern 15–34 år säger sig ha testat cannabis, 3–20 % hade använt det under de senaste tolv månaderna, och 1,5–13 % hade använt drogen under den senaste månaden, där de högsta siffrorna kommer från Tjeckien, Spanien och Storbritannien. Det europeiska genomsnittet för denna åldersgrupp är 32 % som har använt drogen någon gång, 14 % har använt drogen under föregående år (jämfört med 2 % för åldersgruppen 35–64 år) och över 7 % har använt drogen under föregående månad (jämfört med 1 % för åldersgruppen 35–64 år) (<sup>58</sup>).

Cannabisbruket är ändå mer utbrett för gruppen 15–24 år med en livstidsprevalens som varierar mellan 3 % och 44 % (de flesta länder rapporterar siffror mellan 20 % och 40 %), användning under föregående år varierar mellan 4 % och 28 % (i de flesta länder 10–25 %) (figur 2) och användning under föregående månad varierar mellan 1 % och 15 % (i de flesta länder 5–12 %), med en högre andel män än kvinnor. De nya medlemsstaterna rapporterar ungefär samma variationer beträffande siffrorna för unga vuxnas (15–24 år) cannabisbruk som i EU-15, men bland äldre minskar användningsgraderna betydligt (<sup>59</sup>).

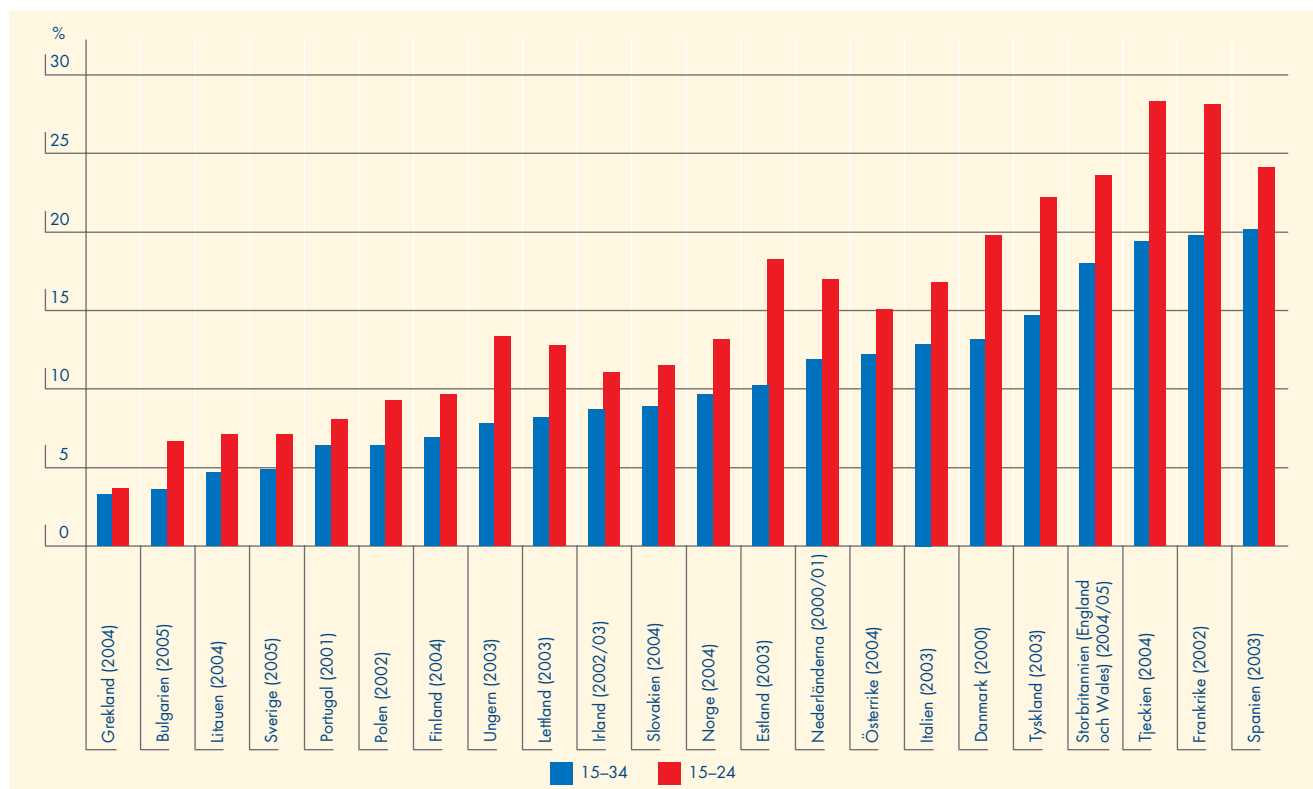
(<sup>56</sup>) Se tabell GPS-3 i statistikbuletinen 2006.

(<sup>57</sup>) Se tabell GPS-5 i statistikbuletinen 2006.

(<sup>58</sup>) Se tabell GPS-2, GPS-4 och GPS-6 i statistikbuletinen 2006.

(<sup>59</sup>) Se tabell GPS-14, GPS-15 och GPS-16 och figurerna GPS-2, GPS-3, GPS-11, GPS-12, GPS-13 och GPS-26 i statistikbuletinen 2006.

**Figur 2:** Andelen unga vuxna (i åldern 15–34 och 15–24) som har använt cannabis det senaste året



Observera: Uppgifterna är hämtade från de senast tillgängliga nationella undersökningarna i respektive land vid tiden för rapportering. För ytterligare information se tabell GPS-8, GPS-11 och GPS-18 i statistikbulletinen 2006.

Källor: Nationella Reitox-rapporter (2005), uppgifter hämtade från befolkningsenkäter, rapporter eller vetenskapliga artiklar.

I USA:s nationella kartläggning av narkotikaanvändning och hälsa 2004 <sup>(60)</sup>, rapporterade 40,2 % vuxna (definierade som 12 år och äldre) att de någon gång provat droger, vilket kan jämföras med genomsnittet i EU på 20 %. Det är en högre siffra än i de europeiska länder som har de högsta livstidsprevalenserna (Danmark 31,3 % och Storbritannien 29,7 %) även om skillnaderna i skattningsarna av användning det senaste året är mindre markerade: denna siffra är 10,6 % i USA jämfört med ett europeiskt genomsnitt på 7 % och flera europeiska länder har rapporterat siffror som ligger nära de som konstaterats i USA.

Fem av EU:s medlemsstater (Belgien, Spanien, Italien, Cypern och Storbritannien) har rapporterat nya uppgifter från nationella enkäter bland skolelever och Bulgarien har rapporterat uppgifter från enkäter gjorda i skolor i två stora städer. Totalt sett är bilden av cannabisanvändning bland skolelever i Europa oförändrad. Den högsta livstidsprevalensen bland 15- och 16-åriga skolelever

finns man i Tjeckien och Spanien (44 % respektive 41 %). Länder där andelen är högre än 25 % är Tyskland, Italien, Nederländerna, Slovenien och Slovakien (27–28 %) och Belgien, Frankrike, Irland och Storbritannien där livstidsprevalensen varierar mellan 32 % och 40 %. De lägsta uppskattningarna av livstidsprevalensen (under 10 %) finns i Grekland, Cypern, Sverige, Rumänien, Turkiet och Norge <sup>(61)</sup>.

Slutsatser bör inte dras från prevalensestimater för 15- och 16-åriga skolelever till vad som gäller för äldre elever eftersom stora prevalensökningar kan ske med små åldersökningar. Bland elever i åldern 17–18 år når prevalensestimaten över 50 % i Tjeckien, Spanien och Frankrike <sup>(62)</sup>. Och i Sverige, där prevalensen är låg jämfört med många andra medlemsstater, är uppskattad livstidsprevalens för användning av cannabis bland skolelever i åldern 17–18 år 14 %, dvs. dubbelt så hög som för elever i åldern 15–16 år (6 %) <sup>(63)</sup>.

<sup>(60)</sup> Källa: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Observera att åldersintervallet i den amerikanska undersökningen (12 år och äldre) är större än det åldersintervall som används i ECN:s rapportering för EU-undersökningar (15–64 år).

<sup>(61)</sup> Se tabell EYE-1 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(62)</sup> ESCAPAD ungdomsenkät inbegripet ungdomar 17–18 år som inte går i skolan.

<sup>(63)</sup> Se tabell EYE-3 och figur EYE-1 (part i) i statistikbulletinen 2006.

## Mönster i användningen av cannabis

Cannabisanvändning tenderar att vara tillfällig eller avbrytas en viss tid efter det att det har inletts. I genomsnitt rapporterar 33 % av Europas invånare som någon gång har använt cannabis att de har använt drogen de senaste tolv månaderna, men bara 16 % att de har använt cannabis de senaste 30 dagarna. Dessa förhållanden, som kallas fortsatt användning (continuation rates), skiljer sig mellan länderna och varierar mellan 20 % och 45 % för förra årets fortsatta användning och mellan 10 % och 25 % för de senaste dagarnas fortsatta användning<sup>(64)</sup>.

Även om cannabis främst används av unga människor finns vissa uppgifter från Spanien och Storbritannien som tyder på fortsatt användning av drogen upp i åldrarna 30 till 40 år. Detta kan utgöra en viktig förändring på lång sikt i mönstret för användningen av cannabis som förtjänar fortsatt uppmärksamhet.

Bruket av cannabis är, som andra olagliga droger, vanligare bland män än bland kvinnor. Könsskillnaderna är tydligare bland dem som säger sig ha använt cannabis under föregående år eller under föregående månad än för dem som säger sig någon gång ha provat drogen, men skillnaderna är mindre mellan unga människor än bland äldre vuxna (se temakapitlet om genusfrågor). Cannabisanvändning är också vanligare i städer eller områden med hög befolkningstäthet. Man har spekulerat att användningen håller på att spridas till mindre städer eller landsbygdsområden, och Polen styrker denna hypotes i sin nationella rapport 2005.

Trots en växande oro för regelbundet bruk eller intensiva former av cannabismissbruk<sup>(65)</sup>, finns mycket knapphändig information på europeisk nivå. En grov uppskattning i årsrapporten 2004 (ECNN, 2004a) pekar på att 1 % av de vuxna invånarna i Europa, cirka 3 miljoner människor, använder drogen varje dag eller nästa varje dag. Flera länder har rapporterat ökning av regelbundet eller intensivt cannabismissbruk men endast Spanien har rapporterat liknande uppgifter om dagligt bruk, med en ökning mellan 1997 och 1999 (0,7–0,8 % av vuxna) och 2001 (1,5 %), följt av en stabilisering 2003 (1,5 %). Det vore värdefullt att få uppgifter från andra länder och avseende specifika åldersgrupper (t.ex. åldern 15–24 år). Den franska studien ESCAPAD 2003 visade att 14 % av ungdomar i åldern 17–18 år (9 % av flickorna och 18 % av pojkarna) kunde anses ligga i riskzonen för problemmissbruk, enligt en

## Hälsoeffekter av cannabisbruk

De senaste åren har oron för eventuella sociala och hälsorelaterade följder av cannabisbruk växt sig allt starkare. Även om tillgängliga bevis inte ger en tydlig bild kan vissa slutsatser ändå dras. Det är exempelvis uppenbart att det finns ett samband mellan intensivt cannabisbruk och psykisk sjukdom, men frågan om samtidiga symptom är sammanflätad med frågor om orsak och verkan. I en kommande uppsats tar ECNN upp dessa komplicerade samband till diskussion.

Det faktum att intensivt cannabisbruk ofta sammanfaller med psykiska problem som inte är specifika för droger har praktiska följder. När en behandlingsplan för en cannabisanvändare utformas kan det vara svårt för kliniken att veta om de ska börja med missbruket eller det psykiska hälsoproblemet. Fortfarande har bara ett fåtal studier gjorts av effekterna av behandling för problematiskt cannabismissbruk, och de få studier som finns täcker enbart specifika psykosociala behandlingar. Andra behandlingsmöjligheter har antingen inte studerats alls eller är otillräckligt undersökta. Bevis för effektivitet och ändamålsenlighet saknas alltså.

särskild skala (CAST). Andra länder håller också på att utarbeta skalor för att bedöma intensiva former av cannabismissbruk (Tyskland, Nederländerna, Polen och Portugal) och ECNN främjar samarbete på detta område.

## Trender i cannabisanvändning bland vuxna

Eftersom det saknas tillförlitliga långa serier av uppgifter är det svårt att med säkerhet urskilja långsiktiga trender i narkotikamissbruket i Europa. Ett allt större antal länder har dock genomfört undersökningar från det tidiga 1990-talet och framåt, och några av dessa börjar nu ge värdefulla insikter i tendenser över tid.

Det anses allmänt att cannabisanvändning började spridas i vissa europeiska länder på 1960-talet och blev populärt under 1970- och 1980-talen. Nyligen genomförda nationella undersökningar visar att ett stort antal personer i åldrarna 45 till 54 år i Danmark, Tyskland, Spanien, Frankrike, Nederländerna, Sverige och Storbritannien någon gång har provat cannabis. Detta tyder på att många introducerades till cannabis under sent 1960-tal och under 1970-talet. En analys av introduktion till cannabisanvändning har konstaterat att en markant expansion av användningen skedde i Spanien under 1970-talet, i Västtyskland under 1980-talet och i Grekland under 1990-talet<sup>(66)</sup>.

<sup>(64)</sup> Se figur GPS-24 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(65)</sup> Det finns inte ännu någon allmänt vedertagen definition av "intensiv cannabisanvändning", utan definitionen varierar snarare mellan olika studier. Det är en bred term som innebär användning av cannabis som överstiger ett visst tröskelvärde för hur ofta det sker. Termen behöver inte nödvändigtvis innebära förekomst av "beroende" eller andra problem, men intensiv cannabisanvändning bedöms öka risken för negativa följder, inklusive beroende. I detta kapitel avser siffrorna "daglig eller nästan daglig" användning (definierad som användning 20 eller fler dagar under en 30-dagarsperiod). Detta mått har ofta använts i studier och kan härledas ur det europeiska modellformuläret. Risken för beroende bland dem som använder drogen mindre ofta är lägre.

<sup>(66)</sup> Se figur 4 i årsrapporten 2004.

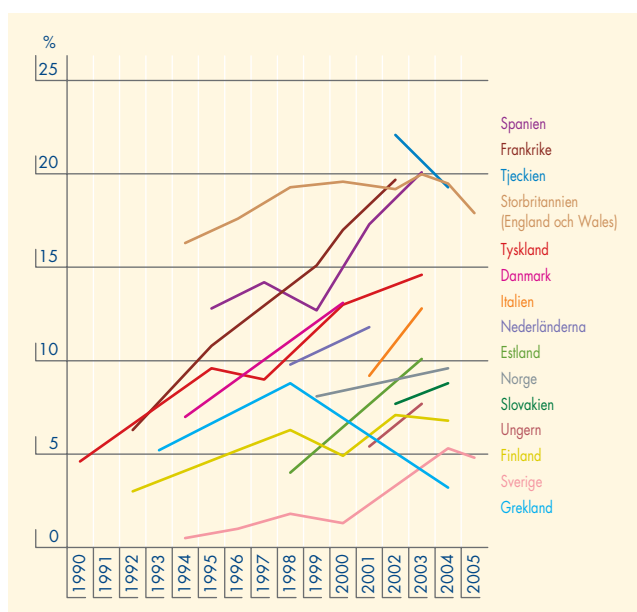
Svenska uppgifter styrker en relativt hög nivå (15–20 %) experimenterande/försök bland intagna på 1970-talet.

Nationella undersökningar, enkäter i hushållen, bland intagna och i skolorna har visat att cannabisanvändning ökade markant under 1990-talet i nästan alla EU-länder, särskilt bland unga människor. Denna ökning har tills nyligen fortsatt i nästan alla länder, även om det finns tecken som tyder på en stabilisering eller till och med nedgång i vissa fall.

I Storbritannien var siffran för antalet unga vuxna (15–34 år) som sagt sig nyligen ha använt cannabis den högsta i Europa under det tidiga 1990-talet men minskade långsamt från 1998 till 2004/05 <sup>(67)</sup>, medan siffrorna i Spanien och Frankrike nyligen (2002 eller 2003) nådde samma nivå som i Storbritannien (figur 3). Samma höga prevalensnivåer rapporteras också från Tjeckien.

Antalet användare är lägre i Danmark, Tyskland, Estland, Italien, Nederländerna och Slovakien, men samtliga dessa länder har rapporterat ökat bruk bland unga vuxna under det senaste året, vilket också gäller Ungern om än i mindre utsträckning. Det bör noteras att de danska (2000) och

**Figur 3:** Trender när det gäller unga vuxna (i åldern 15–34) som det senaste året har använt cannabis



Observera: Uppgifterna är hämtade från de senaste tillgängliga nationella undersökningarna i respektive land vid tiden för rapportering. För ytterligare information se tabell GPS-4 i statistikbulletinen 2006.

Källor: Nationella Reitox-rapporter (2005), uppgifter hämtade från befolkningsenkäter, rapporter eller vetenskapliga artiklar.

holländska (2001) uppgifterna är förhållandevis gamla och den nuvarande situationen är därför något oklar.

I Finland och Sverige är prevalensen ganska låg men förefaller även i dessa länder att stiga. På grund av förändringar av de statistikmetoder som använts är de skillnader som observerats i Sverige mellan 2000 (1,3 %) och 2004 (5,3 %) svåra att tolka <sup>(68)</sup>.

Skattningar av antalet personer som använt cannabis under föregående månad ökade i allmänhet under den gångna tioårsperioden, även om uttalade ökningarna endast noterades i Belgien och Spanien. Storbritannien har nyligen rapporterat en nedgång av antalet personer som använt drogen under den senaste månaden, efter att man tidigare haft de högsta nivåerna i Europa sedan tidigt 1990-tal. Därutöver har Slovakien rapporterat en minskning mellan 2002 och 2004. I Tjeckien och Frankrike var det inte möjligt att bedöma några tendenser.

Enkäter i skolorna kan ge värdefull information om tendenser i drogmissbruk bland de yngre medlemmarna av populationen, och kan förutsäga framtida tendenser bland unga vuxna. I de flesta länder har det sedan 1995 skett en allmän ökning av antalet skolelever som någon gång har provat cannabis. De geografiska skillnaderna är dock stora. Tendenser för livstidsprevalens för cannabisanvändning bland skolelever i åldern 15–16 år kan klassas i tre geografiska grupper. I Irland och Storbritannien, två länder med lång historia av cannabisanvändning, är livstidsprevalensen hög men har varit stabil under det senaste decenniet (cirka 37–39 %). I de östra och centraleuropeiska medlemsstaterna, samt i Danmark, Spanien, Frankrike, Italien och Portugal var livstidsprevalensen för cannabisanvändning under 2003 markant högre än den var 1995. I den tredje gruppen medlemsstater (Finland och Sverige i norr och Grekland, Cypern och Malta i söder) samt Norge, har skattningarna av livstidsprevalensen bland skolelever legat stilla på relativt låga nivåer (cirka 10 % eller lägre) <sup>(69)</sup>.

## Uppgifter om efterfrågan på behandling <sup>(70)</sup>

Bland de ungefär 380 000 personer som 2004 rapporterats efterfråga behandling (uppgifter finns tillgängliga från 19 länder) uppges cannabis vara den primära orsaken i remissen till behandling i omkring 15 % av fallen, vilket innebär att det är den näst vanligast rapporterade drogen efter heroin. <sup>(71)</sup>.

<sup>(67)</sup> Sedan 1994, det första året med uppgifter baserade på the British Crime Survey for England and Wales.

<sup>(68)</sup> Se figur GPS-4 och GPS-14 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(69)</sup> Se tabell EYE-5 (del i) och figur EYE-1 (del ii) i statistikbulletinen 2006.

<sup>(70)</sup> Analysen av den allmänna fördelningen och trenderna är baserad på uppgifter om klienter som begär behandling i samtliga behandlingscentra.

Analysen av profil för klienter och mönster för narkotikaanvändning är baserad på uppgifter från öppenvården. En särskild analys av fördelning mellan könen finns i temakapitlet om genusfrågor i ECNN:s årsrapport 2006.

<sup>(71)</sup> Se figur TDI-2 i statistikbulletinen 2006.

Cannabis är totalt sett också den näst vanligaste drog som nämns i rapporter om nyintagna i missbruksbehandling, och står för 27 % av de nya klienter som rapporterats under 2004. Det finns dock stora skillnader mellan länderna. Cannabis nämns i rapporter om mindre än 5 % av de nyintagna i Litauen, Malta och Rumänien men för mer än 40 % av de nya klienterna i Danmark, Tyskland, Ungern och Finland <sup>(72)</sup>. Under perioden 1999–2004 ökade andelen klienter som sökte behandling för cannabismissbruk av samtliga nya klienter som sökte behandling i de flesta länder som rapporterat uppgifter <sup>(73)</sup>.

I nästan alla länder för vilka det finns tillgängliga uppgifter är andelen klienter som söker behandling för cannabismissbruk högre bland nya klienter än bland klienterna totalt, utom i några få fall, där andelarna är ungefär lika stora <sup>(74)</sup>. Den största efterfrågan på behandling för cannabismissbruk möter man i öppenvården <sup>(75)</sup>.

Sannolikt ligger många faktorer bakom den ökade efterfrågan på behandling mot cannabismissbruk och det är ett område som kräver forskning. Möjliga orsaker för en ökning är en eskalering av intensivt cannabisbruk och problem i befolkningen som hör samman med detta, en ökad insikt om de risker som är förenade med cannabisanvändning, en ökning av antalet remitteringar till behandling från domstolarna, som helt tydligt är stor i vissa länder, och förändringar av rapporteringssystemet och/eller vad systemet täcker <sup>(76)</sup>.

Rent generellt kan cannabis klienter delas in i tre grupper: de som använder cannabis tillfälligt (34 %), de som använder drogen en till flera gånger i veckan (32 %) och de som använder cannabis varje dag (34 %). Det finns markanta skillnader mellan länderna när det gäller hur ofta nya klienter använder cannabis. Andelen nya cannabis klienter som använder drogen varje dag är högst i Danmark och Nederländerna, medan andelen tillfälliga användare eller personer som inte har använt cannabis månaden före behandlingen är högst i Tyskland, Grekland och Ungern. Dessa variationer speglar förmodligen skillnader i remitteringen till behandling (t.ex. fler remitteringar från domstolsväsendet eller från de sociala nätverken) <sup>(77)</sup>.

En viktig fråga är i vilken utsträckning cannabis användare i behandling uppfyller diagnostiska kriterier för antingen beroende eller skadlig narkotikaanvändning. Det är för närvarande ett område som kräver ytterligare studium. Eftersom remitteringspraxis skiljer sig mellan länderna finns ett behov av studier för att kartlägga vad som kliniskt utmärker dem som får behandling för cannabis användning.

Vissa klienter söker behandling för cannabis användning i kombination med andra drog- eller alkoholproblem och ibland är begäran om behandling knuten till mer allmänna problem som beteendestörningar hos unga människor. Vissa nyare studier rapporterar också att en ökning har skett av antalet ungdomar som söker behandling för cannabis användning och som har samtidiga psykiska hälsoproblem och att detta kan vara en viktig faktor som påverkar efterfrågan på behandling <sup>(78)</sup>.

Det är också av vikt att bättre förstå cannabis användarnas behov på populationsnivå. ECNN uppskattar att det finns ungefär 3 miljoner intensiva cannabis användare (definierade som de som använder cannabis dagligen eller nästan dagligen) i EU. Även om man inte känner till hur många av dessa som kräver insatser, är antalet cannabis relaterade efterfrågan på behandling liten i förhållande till denna siffra.

Tillgängliga uppgifter tyder på att cannabis klienter i öppenvården är relativt unga. Så gott som alla cannabis klienter som behandlas för första gången är under 30 år. Tonåringar som genomgår specialiserad missbruksbehandling uppges oftare ha ett primärt cannabis missbruk än klienter i andra åldersgrupper. Cannabis missbruk svarar för 75 % av behandlingsefterfrågan bland personer under 15 år och för 63 % bland personer i åldern 15–19 år <sup>(79)</sup>.

Majoriteten av klienterna rapporterar att de provade cannabis första gången när de var i de yngsta åldersgrupperna, och 36,8 % använde drogen för första gången före 15 års ålder. Nästan ingen som söker behandling uppges att de använde cannabis för första gången efter 29 års ålder <sup>(80)</sup>.

<sup>(72)</sup> Se tabell TDI-4 (del ii) i statistikbulletinen 2006.

<sup>(73)</sup> Se figur TDI-1 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(74)</sup> Se tabell TDI-3 (del iii) och TDI-4 (del iii) i statistikbulletinen 2006.

<sup>(75)</sup> Se tabell TDI-25 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(76)</sup> En ECNN-uppsats om cannabis kommer att publiceras 2007. Tre kapitel i monografen kommer att ägnas åt frågan om den ökade efterfrågan på behandling för cannabis användning.

<sup>(77)</sup> Se tabell TDI-18 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(78)</sup> <http://www.addaction.org.uk/Drugcannabis.htm#top>

<sup>(79)</sup> Se tabell TDI-10 (del i) och (del ii) i statistikbulletinen 2006.

<sup>(80)</sup> Se tabell TDI-11 (del ii) och (del ix) i statistikbulletinen 2006.



## Prevention

Väl genomförda allmänna preventionsprogram kan senarelägga unga människors initiering till användning av ämnen som tobak, alkohol och cannabis eller göra att färre börjar. Betydelsen av detta understryks av bevis för att användare som börjat tidigt (10–16 år) löper en betydligt större risk att utveckla drogproblem inklusive beroende (Von Sydow m.fl., 2002; Chen m.fl., 2005). En ytterligare faktor att ta hänsyn till när det gäller att förebygga eller försena första användningen av cannabis är att ungdomar är mer sårbara för cannabis toxicitet.

De unga cannabisanvändarnas profil skiljer sig inte från de unga alkohol- eller tobaksanvändarnas, i alla fall inte i de tidiga skedena av konsumtionen. Detta stödjer uppfattningen att allmänprevention för unga människor inte enbart bör inriktas på cannabis utan bör syfta till att också förebygga användning av alkohol och tobak.

Genus är en viktig fråga i cannabisprevention (se temakapitlet om genusfrågor). Pojkar löper större risk än flickor att gå vidare till mer intensiv användning, och kanske beror det på att flickor påverkas mer av föräldrarnas ogillande och är mer försiktiga när de väljer sina kamrater. Detta håller dock på att förändras parallellt med att de traditionella manliga och kvinnliga rollerna förändras i det moderna samhället. I projekt som syftar till att förebygga användning av såväl cannabis som alkohol i flera europeiska länder (Bagmændene, Danmark, Beer-Group, Tyskland, och Risflecting, Österrike) försöker man tackla pojkars bristande kommunikationsförmåga. Det är känt att en orsak till intensiv konsumtion av alkohol och cannabis bland pojkar är att de tycker att det är svårt att få kontakt med flickor och dessa projekt ger dem alltså träning i att flirta.

Selektiv prevention i skolorna inriktas på de riskfaktorer som är förenade med drogmissbruk, exempelvis att unga slutar skolan i förtid, antisocialt beteende, svaga skolresultat, få vänner och oregelbunden närvaro i skolan med begränsad inläring på grund av drogmissbruk.

Det tyska projektet "hög i skolan" (Stoned at School) syftar till att utbilda lärare i tidig upptäckt och tidig intervention, förebygga cannabiskonsumtion och att upprätta kontakt mellan skolor och organ för narkotikarådgivning. I likhet med liknande projekt i Österrike är det ett utbildningssystem med tio moduler som syftar till att öka lärares medvetenhet om cannabiskonsumtion och identifiera elever i riskzonen.

Särskilda rådgivningscentrum är vanliga i Tyskland, Frankrike och Nederländerna. Sedan januari 2005 har fler än 250 kliniker för "cannabisrådgivning" inrättats i de franska territorierna. Verksamheten riktar sig till tonåringar som har svårigheter på grund av användning av cannabis

eller andra droger, och till deras föräldrar. Rådgivningen lämnas anonymt, gratis och står öppen för alla. För att underlätta tillträdet till denna service finns dessa centra i de stora franska städerna. För rådgivningen står personal som är utbildad i användning av utvärderingsverktyg och korta ingripanden som rör missbruk, och den kan också finna lämpliga sociala, medicinska eller psykiatriska tjänster för de klienter som behöver specialiserad vård. Denna nya typ av struktur ska bli föremål för en uppföljningsstudie. De första tillgängliga uppgifterna från de första två eller tre månadernas verksamheter visar 3 500–4 000 besök per månad, varav 2 000–2 500 var cannabisanvändare (de övriga var föräldrar, släktingar och ungdomsarbetare). Alternativa strategier ska erbjuda korta men strukturerade kurser med cirka tio gruppmöten (Tyskland, Danmark, Nederländerna, Österrike). En åtföljande handledning, SKOLL (träning i självbehärskning), har givits ut av ett tyskt-holländskt EUREGIO-projekt.

Särskilda cannabisinriktade "kurser" bygger ofta på det faktum att cannabisanvändning eller -innehav är olagligt och deltagarna har hänvisats till kursen via domstolarna. Motivationen till att delta baseras främst på att närvaro vid sådana kurser är en obligatorisk del i straffet. Dessa metoder möjliggör trots allt kontakt med åtminstone somliga personer i riskgruppen.

Många europeiska insatser för selektiv prevention inriktas på information om cannabis. Flera mer evidensbaserade tillvägagångssätt för unga personer som exempelvis att förändra normer (genom att t.ex. visa att majoriteten av deras jämnåriga ogillar narkotikaanvändning), att träna dem i att stå på sig, att arbeta med motivation och målformulering, liksom att avslöja myter (om värdeassociationer till cannabis) har ännu inte blivit fasta inslag i preventionsprogram för cannabis. En nyare metaanalys av preventionsprogram för sårbara unga (Roe och Becker, 2005) fann att informationsbaserade metoder har liten eller ingen effekt på konsumtionsmönster eller attityder, oavsett om det gäller allmän eller selektiv prevention. Samma författare fann att övergripande allmänpreventiva program för social påverkan däremot har stor effekt på sårbara ungdomar.

En viktig lärdom från de få tillgängliga utvärderingarna av europeiska selektiva projekt för cannabisprevention (FRED, Way-Out, Sports for Immigrants med flera, se ovan och EDDRA på <http://eddra.emcdda.europa.eu>) är att metoder för övergripande social påverkan är effektiva. Med hjälp av dessa metoder uppnås sådana positiva effekter som minskning av konsumtionsnivån, förbättrad självinsikt beträffande problemmissbruket, en minskning av de främsta riskfaktorerna och därmed förenade problem liksom förbättrad självbehärskning och motivation.

### Kortvariga insatser riktade till cannabisanvändare

Kortvariga insatser är åtgärder som syftar till att få människor att fundera över sitt drogbruk och förse dem med de färdigheter som behövs för att kontrollera det. Strategin baseras främst på samtal där man arbetar med motivation. Det är ett icke-dömande, icke-konfrontatoriskt angreppssätt som syftar till att utforska klientens värderingar och mål och få klienten att ge sin egen bedömning av sitt drogbruk. Klienten får därefter feedback om skillnader mellan den egna självbilden och den faktiska situationen.

Kortvariga insatser inriktas ofta på det tidiga skedet i en persons alkohol- eller drogbruk för att förhindra att det utvecklas till allvarliga missbruksproblem. Det finns bevis för att kortvariga insatser för att förhindra alkohol- och tobaksmissbruk är effektiva och det finns ett allt större intresse för att utforska värdet av denna strategi också för andra ämnen.

Kortvariga insatser har befunnits vara mycket effektiva i selektiva preventionsåtgärder riktade mot cannabisanvändare som annars inte skulle komma i kontakt med behandlingsmiljön. För personer med intensivt missbruk av cannabis är troligen informationsbaserade program som betonar abstinens inte effektiva.

Kortvariga insatser är kostnadseffektiva och kan vara särskilt lämpade för cannabisanvändare eftersom de har befunnits fungera bra för droganvändare som

- har få problem med sin droganvändning,
- har låga beroendenivåer,
- har använt drogen under kort tid,
- har stabil bakgrund (social, akademisk, familj),
- är osäkra eller ambivalenta om att förändra sitt bruk av droger.

Den här typen av åtgärder används nu i flera länder, bland annat i Tyskland, Nederländerna, Österrike och Storbritannien. Insatserna kan ske i form av rådgivning, "cannabiskurser" eller till och med webbsidor för självhjälp. Det tyska webbplatsbaserade rådgivningsprogrammet "Quit the Shit" (<http://www.drugcom.de>) är ett innovativt program som använder telematik och vänder sig till cannabisanvändare som vill minska sin användning eller helt sluta använda drogen. Liknande webbplatser med komponenter för självhjälp är bland annat <http://www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html> av Jellinek (Nederländerna) och <http://www.knowcannabis.org.uk/> av HIT (Storbritannien).





## Kapitel 4

# Amfetamin, ecstasy och andra psykotropa droger

I många europeiska länder är någon form av syntetisk framställd drog den näst vanligaste använda olagliga drogen. Användningen av dessa droger inom befolkningen som helhet är normalt liten, men prevalensen är betydligt högre i yngre åldersgrupper och inom vissa sociala miljöer eller kulturer kan användning av dessa droger vara särskilt hög. Amfetaminer (amfetamin och metamfetamin) och ecstasy är bland de vanligast förekommande syntetiska drogerna globalt sett.

Amfetamin och metamfetamin stimulerar det centrala nervsystemet. Av de två drogerna är amfetamin absolut lättast att få tag på i Europa. Ökad användning av metamfetamin i världen ger anledning till betydande oro, eftersom drogen är förknippad med flera allvarliga hälsoproblem. I Europa förefaller metamfetaminanvändning i en mer betydande utsträckning bara förekomma i Tjeckien.

Ecstasy avser syntetiska droger som är kemiskt besläktade med amfetaminer men som har delvis annan effekt. Den mest välkända drogen i ecstasygruppen är 3,4-metylendioximetamfetamin (MDMA), men ecstasytabletter innehåller ibland även andra besläktade analoga föreningar (MDA, MDEA etc.). Dessa droger kallas ibland entaktogener, vilket betyder "beröra inuti", och syftar på de speciella humörsvängningar som dessa droger ger. Ibland framkallar de effekter som normalt förknippas med hallucinogener.

Bland hallucinogenerna är LSD (lysergic acid diethylamide) historiskt sett den mest kända, men den totala LSD-konsumtionen har länge varit låg och tämligen oförändrad. Det finns en del nyare tecken som tyder på ett växande intresse för naturligt förekommande hallucinogener och hallucinogena svampar i synnerhet.

EU har infört ett förvarningssystem för att upptäcka nya droger som förs in på den europeiska drogscenen. Detta system övervakar också potentiellt skadliga nya trender i användningen av psykoaktiva ämnen.

## Tillgång och tillgänglighet <sup>(81)</sup>

Det är svårt att kvantifiera framställningen av amfetaminer och ecstasy eftersom "den utgår från lättillgängliga kemikalier och sker i laboratorier som är lätta att dölja" (*it starts with readily available chemicals, in easily concealed laboratories*, UNODC, 2003a). Den senast genomförda uppskattningen av årlig global produktion av amfetamin och ecstasy är cirka 520 ton (UNODC, 2003b). De globala beslagen nådde en rekordnivå år 2000 på 46 ton och började efter en nedgång 2001 och 2002 åter att öka 2003 till 34 ton varefter de minskade något 2004 till 29 ton. År 2004 föll andelen beslag av metamfetamin till 38 % (från 6 % år 2003) av de totala beslagen av amfetamin och ecstasy, medan ecstasy stod för 29 % och amfetamin för 20 % (CND, 2006).

## Amfetamin

Den globala amfetaminproduktionen är fortfarande koncentrerad till Väst- och Centraleuropa, i synnerhet till Belgien, Nederländerna och Polen. I denna subregion spelar Estland, Litauen och Bulgarien också en viktig roll i olaglig framställning av amfetamin och i mindre utsträckning Tyskland, Spanien och Norge, att döma av antalet oskadliggjorda amfetaminlaboratorier 2004 i dessa länder (UNODC, 2006) <sup>(82)</sup>. Utanför Europa framställs amfetamin främst i Nordamerika och Oceanien (CND, 2006). Handel med amfetamin var 2004 fortfarande främst regional. Större delen av det amfetamin som finns på Europas olagliga marknader kommer från Belgien, Nederländerna och Polen samt från Estland och Litauen (på marknaderna i de nordiska länderna) (Nationella Reitox-rapporter, 2005, Världstullorganisationen, 2005).

Av de 6 ton amfetamin som totalt beslagtogs 2004, svarade Europa för 97 %, främst i Väst- och Centraleuropa och sydöstra Europa (som stod för 67 % respektive 26 % av den totala beslagtagna mängden) (CND, 2006).

År 2004 uppskattas antalet amfetaminbeslag i EU till 33 000 och motsvarar 5,2 ton och 9,6 enheter. De största

<sup>(81)</sup> Se "Talkning av uppgifter om beslag och annan marknadsinformation", s. 37.

<sup>(82)</sup> Antalet rapporterade oskadliggjorda laboratorier i olika länder speglar, förutom antalet produktionsställen, de brottsbekämpande myndigheternas verksamheter, prioriteringar och rapporteringspraxis.

amfetaminbeslagen i EU har genomgående ägt rum i Storbritannien både uttryckt som antal och mängd <sup>(83)</sup>. Turkiet har rapporterat beslag av 9,5 miljoner enheter amfetamin 2004. Trots vissa fluktuationer har det totala antalet beslag <sup>(84)</sup> och mängder <sup>(85)</sup> i EU ökat sedan 1999 och, att döma av uppgifter från de rapporterade länderna, förefaller denna stigande trend att ha fortsatt under 2004.

Genomsnittspriset för amfetamin i missbrukarledet varierade 2004 mellan 4 euro per gram i Slovenien och 64 euro per gram i Malta <sup>(86)</sup>. Under perioden 1999–2004 sjönk amfetaminpriserna, korrigerade för inflation <sup>(87)</sup>, totalt sett i Tyskland, Spanien, Irland, Lettland, Litauen, Sverige, Storbritannien, Bulgarien, Turkiet och Norge <sup>(88)</sup>.

Amfetaminets genomsnittliga renhetsgrad i missbrukarledet låg 2004 på 5–6 % i Bulgarien och 44 % i Norge <sup>(89)</sup>. Tillgängliga uppgifter <sup>(90)</sup> om genomsnittlig renhetsgrad för perioden 1999–2004 visar på globalt nedåtgående tendenser i Lettland, Litauen, Luxemburg, Finland och Norge och stigande tendenser i Belgien, Tyskland, Frankrike, Italien, Ungern och Österrike.

### Metamfetamin

I fråga om framställda och sålda kvantiteter är metamfetamin globalt fortsatt viktigare än amfetamin eller ecstasy, även om metamfetaminets andel av de totala beslagen sjönk under 2004. Framställningen sker främst i Ost- och Sydostasien (Kina, Filippinerna, Myanmar, Thailand) följt av Nord- och Centralamerika (USA, Kanada, Mexiko). År 2004 beslagtogs 11 ton metamfetamin i världen, varav 59 % togs i beslag i Ost- och Sydostasien och 37 % i Nordamerika (CND, 2006). I Europa är framställningen av metamfetamin i stort sett begränsad till Tjeckien, där det har framställts sedan mitten av 1980-talet under det lokala namnet "pervitin". År 2004 rapporterades

emellertid framställning också i Slovakien och Bulgarien, där laboratorier oskadliggjorts (nationella Reitox-rapporter, 2005; UNODC, 2006). Större delen av den tjeckiska metamfetaminproduktionen är avsedd för den lokala marknaden, även om en del smugglas till Tyskland, Österrike och Slovakien (nationella Reitox-rapporter, 2005). År 2004 rapporterades beslag av metamfetamin i Belgien, Tjeckien, Danmark, Estland, Grekland, Frankrike, Lettland, Litauen, Ungern, Österrike, Slovakien, Sverige, Rumänien och Norge. De största beslagen såväl när det gällde antal som mängd gjordes i Norge <sup>(91)</sup>.

Under 2004 uppgavs priset på metamfetamin i missbrukarledet i Tjeckien ligga på mellan 12 euro och 63 euro per gram <sup>(92)</sup> medan renhetsgraden <sup>(93)</sup> varierade mellan 43 % i Slovakien och 50 % i Tjeckien.

### Ecstasy

Globalt sett är Europa fortfarande centrum för framställningen av ecstasy, även om dess relativa betydelse tycks minska i takt med att ecstasy på senare år har börjat framställas i andra delar av världen, framförallt i Nordamerika (USA och Kanada) samt i Ost- och Sydostasien (Kina, Indonesien, Hongkong) (CND, 2006; UNODC, 2006). Även om Nederländerna även under 2004 var det främsta ursprungslandet för ecstasy i Europa och världen som helhet, upptäcktes ecstasylaboratorier också i Belgien, Estland, Spanien och Norge (nationella Reitox-rapporter, 2005; UNODC, 2006). Den ecstasy som beslagtogs i EU rapporteras främst ha sitt ursprung i Nederländerna och Belgien, och i mindre utsträckning i Polen och Storbritannien (nationella Reitox-rapporter, 2005).

Ecstasyhandeln är fortfarande starkt koncentrerad till Västeuropa, även om den i likhet med framställningen på senare år har spridit sig över världen. Av de 8,5 ton

<sup>(83)</sup> Denna situation bör kontrolleras mot de brittiska uppgifterna för 2004 när dessa blir tillgängliga. Uppgifter om såväl antal amfetaminbeslag som beslagtagen mängd amfetamin 2004 saknades för Irland och Storbritannien; uppgifter om kvantiteter beslagtagen amfetamin saknades för Slovenien 2004; uppgifter om antal beslag av amfetamin saknades för Nederländerna 2004. Av skattningsmässiga skäl ersattes de uppgifter för 2004 som saknas med uppgifter från 2003. Uppgifter om de beslagtagna mängderna 2004 som lämnats av Nederländerna var endast uppskattningar som inte kunde inkluderas i analysen av trender upp till 2004.

<sup>(84)</sup> Se tabell SZR-11 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(85)</sup> Se tabell SZR-12 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(86)</sup> Se tabell PPP-4 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(87)</sup> 1999 har använts som basår för valutorna i samtliga länder.

<sup>(88)</sup> Under perioden 1999–2004, fanns uppgifter om amfetaminpriser tillgängliga för minst tre på varandra följande år i Belgien, Tyskland, Spanien, Frankrike, Irland, Lettland, Litauen, Polen, Sverige, Storbritannien, Bulgarien, Turkiet och Norge.

<sup>(89)</sup> Se tabell PPP-8 i statistikbulletinen 2006. Observera att de rapporterade genomsnittsvärdena för amfetaminets renhet kan dölja stora variationer i renhet för de prov som analyserats.

<sup>(90)</sup> Under perioden 1999–2004, fanns uppgifter om amfetaminets renhet tillgängliga för minst tre på varandra följande år i Belgien, Tyskland, Estland, Frankrike, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Ungern, Nederländerna, Polen, Portugal, Finland, Storbritannien, Turkiet och Norge.

<sup>(91)</sup> De uppgifter för 2004 som lämnats av Tyskland, Italien, Luxemburg och Nederländerna gör det inte möjligt att särskilja beslag av metamfetamin och amfetamin, medan Irland och Storbritannien inte lämnat några uppgifter för 2004 om beslag, vilket gjort det svårt att veta om några beslag av metamfetamin gjordes i dessa fem länder 2004.

<sup>(92)</sup> Se tabell PPP-4 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(93)</sup> Se tabell PPP-8 i statistikbulletinen 2006.

(mängdekvivalent) av ecstasy som 2004 togs i beslag i hela världen stod västra och centrala Europa för 50 %, Nordamerika för 23 % och Oceanien för 16 % (CND, 2006).

Uppskattningsvis 24 000 beslag ledde till konfiskering av cirka 28,3 miljoner ecstasytabletter i EU 2004. Fram till år 2003 togs de största mängderna ecstasy i beslag av Storbritannien följt av Tyskland, Frankrike och Nederländerna <sup>(94)</sup>.

Efter en snabb ökning under perioden 1999–2001 minskade antalet ecstasybeslag <sup>(95)</sup> på EU-nivå 2002–2003, men uppgifter från rapporterade länder tyder på att en ökning skett år 2004. Mängden konfiskerad ecstasy <sup>(96)</sup> ökade från 1999 till 2002 varefter den sjönk kraftigt för att nå en lägsta punkt 2003. Tillgängliga uppgifter för 2004 tyder på att de beslagtagna mängderna återigen nått upp till 2002 års nivå.

Under 2004 var genomsnittspriset för en ecstasytablett på gatan allt ifrån mindre än 3 euro i Litauen och Polen till 15–25 euro i Grekland och Italien <sup>(97)</sup>. Under perioden 1999–2004 sjönk genomsnittspriset för en ecstasytablett på gatan, korrigerat för inflationen <sup>(98)</sup> i de flesta av de rapporterade länderna <sup>(99)</sup>.

I Europa innehöll i allmänhet de flesta tabletter som såldes som ecstasy MDMA, eller något annat ecstasyliknande ämne (MDEA, MDA) som enda psykoaktiva beståndsdel. I Tjeckien, Grekland, Lettland, Litauen, Ungern, Nederländerna, Slovakien, Finland, Storbritannien och Norge, stod sådana tabletter för mer än 95 % av det totala antal tabletter som analyserades 2004. Ett undantag konstaterades i Bulgarien, där en hög andel (61 %) av de analyserade tableterna innehöll amfetamin och/eller metamfetamin som det enda psykoaktiva ämnet. MDMA-halten i ecstasytabletter varierar

avsevärt mellan olika partier (och även mellan tabletter som bär samma symbol), både mellan och inom länder. År 2004 var den genomsnittliga halten av MDMA i ecstasytabletter mellan 30 mg och 82 mg <sup>(100)</sup> (nationella Reitox-rapporter, 2005).

## LSD

Framställningen av och handeln med LSD är betydligt mindre än för andra syntetiska droger. Under 2004 gjordes ungefär 700 beslag av 220 000 LSD-enheter i EU. Sedan 2002 har de största mängderna LSD per år beslagtogs i Tyskland, följt av Storbritannien <sup>(101)</sup>. Mellan 1999 och 2002 minskade både antalet LSD-beslag <sup>(102)</sup> och mängden beslagtagna <sup>(103)</sup> LSD på EU-nivå. Under både 2003 och 2004 tyder emellertid tillgängliga uppgifter på att antalet LSD-beslag och mängden beslagtagna LSD ökade för första gången på nio år, med relativt stora mängder av drogen som beslagtogs i Tyskland, Frankrike, Litauen, Nederländerna och Polen år 2004.

År 2004 varierade genomsnittspriset för en enhet LSD mellan 2,5 euro i Portugal och 11,6 euro i Malta <sup>(104)</sup>. Genomsnittspriset för LSD, korrigerat för inflation <sup>(105)</sup> sjönk generellt <sup>(106)</sup> mellan 1999 och 2004 i Tjeckien, Irland, Polen, Slovenien och Sverige, men ökade i Tyskland och Frankrike.

## Internationella insatser mot framställning av och handel med syntetiska droger

När det gäller området för syntetiska droger har Europol sedan december 2004 drivit Project Synergy <sup>(107)</sup>. Projektet stöds av 20 medlemsstater och några tredjeländer och innefattar ett register för analysändamål (AWF) med

<sup>(94)</sup> Detta bör kontrolleras mot uppgifter från Storbritannien som saknas för 2004 när dessa blir tillgängliga. Uppgifter om både antal ecstasybeslag och beslagtagna ecstasymängder 2004 saknades för Irland och Storbritannien; uppgifter om antal ecstasybeslag 2004 saknades för Nederländerna.

Av skattningsmässiga skäl ersattes de saknade uppgifterna för 2004 med uppgifter från 2003. Uppgifter om de beslagtagna mängderna 2004 som lämnats av Nederländerna var endast uppskattningar som inte kunde inkluderas i analysen av trender upp till 2004.

<sup>(95)</sup> Se tabell SZR-13 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(96)</sup> Se tabell SZR-14 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(97)</sup> Se tabell PPP-4 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(98)</sup> 1999 har använts som basår för valutorna i samtliga länder.

<sup>(99)</sup> Under perioden 1999–2004, fanns uppgifter om priser på ecstasy tillgängliga för minst tre på varandra följande år i Belgien, Tjeckien, Tyskland, Spanien, Frankrike, Irland, Cypern, Lettland, Litauen, Luxemburg, Polen, Portugal, Slovenien, Sverige, Storbritannien, Bulgarien, Turkiet och Norge.

<sup>(100)</sup> Detta intervall baseras på uppgifter från endast ett fåtal länder, nämligen Danmark, Tyskland, Frankrike, Luxemburg och Nederländerna.

<sup>(101)</sup> Detta bör kontrolleras mot de uppgifter som saknas för 2004 för Storbritannien när dessa blir tillgängliga. Uppgifter om både antal LSD-beslag och beslagtagna LSD-mängder 2004 saknades för Irland, och Storbritannien; uppgifter om antal LSD-beslag 2003 saknades för Cypern, Nederländerna, Polen och Bulgarien. Av skattningsmässiga skäl ersattes de saknade uppgifterna för 2004 med uppgifter från 2003. Uppgifter om de beslagtagna mängderna 2004 som lämnats av Nederländerna var endast uppskattningar som inte kunde inkluderas i analysen av trender upp till 2004.

<sup>(102)</sup> Se tabell SZR-15 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(103)</sup> Se tabell SZR-16 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(104)</sup> Se tabell PPP-4 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(105)</sup> 1999 har använts som basår för valutorna i samtliga länder.

<sup>(106)</sup> Under perioden 1999–2004, fanns uppgifter om priser på LSD tillgängliga för minst tre på varandra följande år i Tjeckien, Tyskland, Spanien, Frankrike, Irland, Litauen, Polen, Portugal, Slovenien, Sverige, Storbritannien, Rumänien och Norge.

<sup>(107)</sup> Project Synergy är en sammansmältning av projekten CASE och Genesis, som inleddes 2002.

operativa underprojekt som genomförs i hela EU i flera länder liksom flera instrument som används för analytiska och strategiska ändamål, som Europol Ecstasy Logo System (EELS) (inklusive logokatalogen för ecstasy) och Europol Illicit Laboratory Comparison System (ELICS). Europol fortsätter att stödja CHAIN-projektet <sup>(108)</sup> som avser profilering av amfetamin och projektet om prekursorer, European Joint Unit on Precursors (EUJP). Utöver experthjälp på plats för att oskadliggöra olaglig framställning av syntetiska droger, har de nyare underprojekten inriktats på att jämföra de oskadliggjorda laboratorerna, avslöja anläggningar för kemiskt avfall som utgångspunkter för undersökningar, härleda tablettmaskiner och på att undersöka handel med prekursorer till EU-länderna. Projektet *Prism* är ett internationellt initiativ som inrättats för att förhindra avledning av sådana prekursorer som används i olaglig framställning av syntetiska droger genom ett system där laglig handel inlämnar anmälan före export till Internationella narkotikakontrollstyrelsen (INCB) och rapportering sker av de leveranser som stoppats och beslag som gjorts när misstänkta transaktioner genomförts.

Efedrin och pseudoefedrin är viktiga prekursorer i framställning av metamfetamin medan 1-fenyl-2-propanon (P-2-P) också används för att framställa amfetamin. 3,4-metylendioxifenyl-2-propanon (3,4-MDP-2-P), safrol och safrolmättade oljor används i olaglig framställning av MDMA, medan piperonal också används för att på kemisk väg framställa MDA <sup>(109)</sup>.

Den lagliga handeln med efedrin och pseudoefedrin uppgick till totalt 526 respektive 1 207 ton under 2004. De största beslagen av dessa kemikalier rapporterades i Nordamerika och Sydostasien men det föreligger oro för att beslagen har spridits till alla regioner. Smuggling av efedrin och pseudoefedrin till Europa har sitt ursprung främst i västra Asien. Under 2004 beslagtogs 2,6 ton efedrin och 1 kg pseudoefedrin i Europa <sup>(110)</sup>. Beslagen var oftast små och kom från många olika laboratorier, och skedde främst i Tjeckien även om ett stort beslag av efedrin från Pakistan gjordes i Grekland.

Projektet Prisms verksamheter i Europa har främst inriktats på att förhindra smuggling av 3,4-MDP-2-P och P-2-P till EU för att användas i olaglig framställning av MDMA respektive amfetamin. År 2004 gjordes de största beslag som någonsin rapporterats i världen av 3,4-MDP-2-P och P-2-P. Europa stod för de största mängderna beslagtagna 3,4-MDP-2-P och USA

för de största mängderna beslagtagna P-2-P. Under 2004 beslagtogs sammanlagt i Europa 10 161 liter 3,4-MDP-2-P (främst i Nederländerna och Belgien) och 9 297 liter P-2-P (främst i Polen och Nederländerna) <sup>(111)</sup>.

Piperonal har många lagliga användningsområden men kan också användas som prekursor i framställning av 3,4-MDP-2-P, MDA eller MDMA (INCB, 2006b). Mellan november 2004 och oktober 2005 fick INCB rapporter om drygt 150 leveranser av 3 800 ton (2006b). Under 2004 rapporterade Kina det största beslaget av piperonal (13 ton) medan 2,4 ton beslagtogs i Europa och nästan hela denna mängd konfiskerades i Rumänien <sup>(112)</sup>.

Beslag av safrol rapporteras från alla regioner i världen men mängderna förblir små förutom i Kina som rapporterar beslag över 100 kg. I Europa beslagtogs 122 liter safrol 2004, främst i Lettland men också i Litauen.

## Prevalens och mönster

Befolkningsundersökningar har traditionellt visat att amfetaminer och ecstasy är de näst vanligaste olagliga drogerna efter cannabis, även om prevalensen för amfetaminanvändning är lägre än för cannabisanvändning. Användning av ecstasy blev populär först under 1990-talet, medan amfetaminer har använts mycket längre.

Användning av amfetaminer <sup>(113)</sup> och ecstasy i EU:s medlemsstater förefaller vara förhållandevis hög endast i ett fåtal länder, nämligen i Tjeckien, Estland och Storbritannien.

Enligt nyare undersökningar har mellan 0,1 % och 5,9 % av alla vuxna invånare (15–64 år) i EU:s medlemsstater någon gång testat amfetamin, utom i Storbritannien (England och Wales) där siffran är hela 11,2 %. I medeltal ungefär 3,1 % av alla Europas vuxna har någon gång använt amfetamin. De näst högsta siffrorna efter Storbritannien finns i Danmark (5,9 %), Norge (3,6 %) och Tyskland (3,4 %). När det gäller användning de senaste tolv månaderna är siffran betydligt lägre: 0,6 % i genomsnitt (intervall 0–1,4 %). Baserat på allmänna befolkningsundersökningar har det uppskattats att nästan 10 miljoner européer ha testat denna substans, och drygt 2 miljoner har använt amfetamin under de senaste tolv månaderna <sup>(114)</sup>.

När det gäller unga vuxna (15–34 år) rapporteras 0,1–9,6 % ha erfarenhet av amfetamin. Storbritannien (England och Wales) rapporterar en livstidsprevalens på

<sup>(108)</sup> The Collaborative Harmonised Amphetamine Initiative (CHAIN) är ett projekt för teknisk profilering som har ersatt pilotprojektet Case.

<sup>(109)</sup> Samtliga omfattas av tabell i 1988 års FN-konvention.

<sup>(110)</sup> Uppgifter om beslag innefattar inte kvantiteter som har avslöjats i stoppade leveranser.

<sup>(111)</sup> Uppgifter om beslag innefattar inte kvantiteter som har avslöjats i stoppade leveranser.

<sup>(112)</sup> Uppgifter om beslag innefattar inte kvantiteter som har avslöjats i stoppade leveranser.

<sup>(113)</sup> Inom ramen för befolkningsenkäter innefattar uppgifter om "amfetaminanvändning" både "amfetamin" och "metamfetamin" i en enda kategori.

<sup>(114)</sup> För beräkningsmetod se fotnot 53.

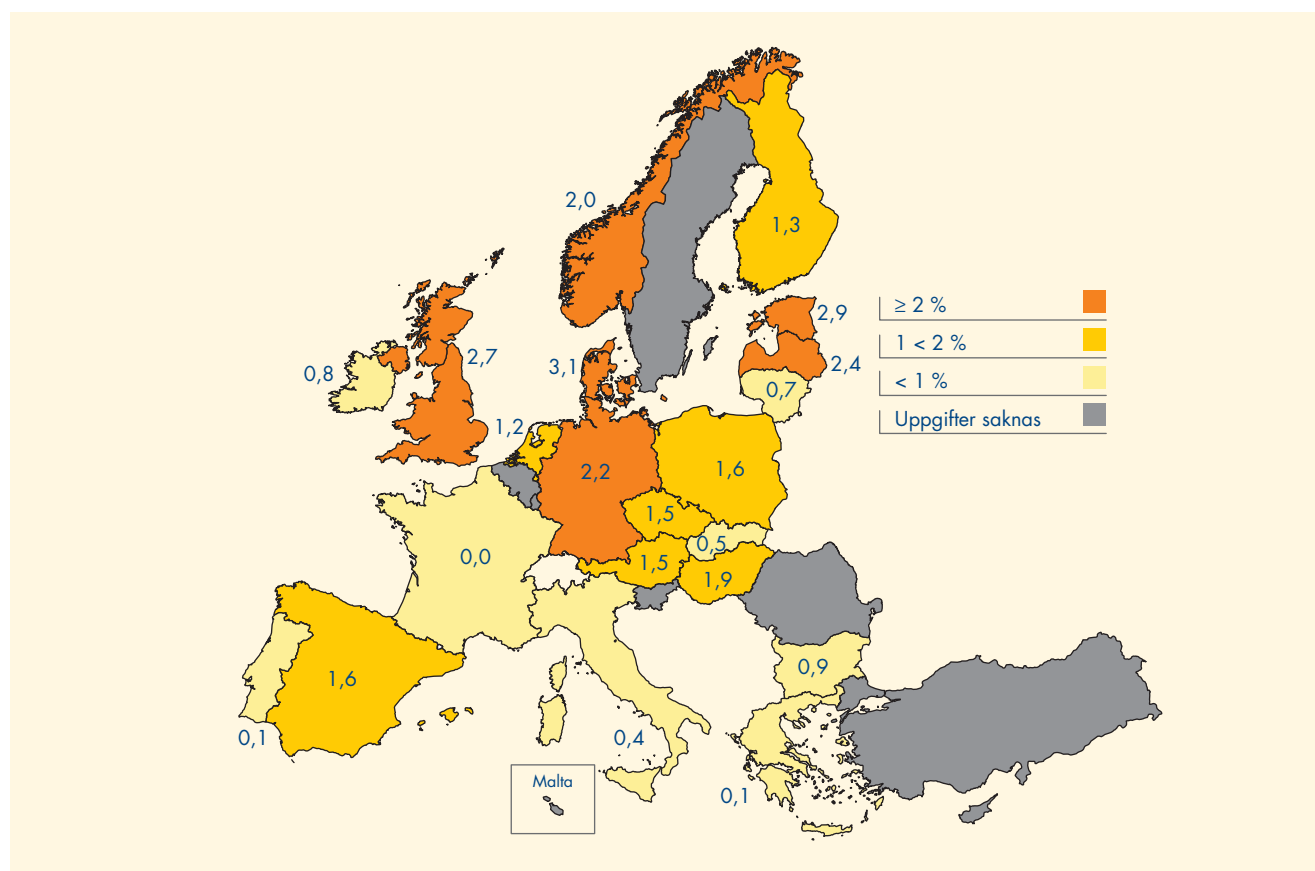
16,5 % (vilket kan spegla ett historiskt fenomen, se nedan). Hälften av de länder som har inlämnat uppgifter har en prevalens under 4 %, och de näst högsta siffrorna efter Storbritannien rapporteras av Danmark (9,6 %), Norge (5,9 %) och Tyskland (5,4 %). I medeltal 4,8 % av alla unga européer har provat amfetamin. Danmark (3,1 %) och Estland (2,9 %) rapporterar den högsta prevalensen under de senaste tolv månaderna <sup>(115)</sup>. Man uppskattar att i medeltal 1,4 % av alla unga européer har använt amfetamin under de senaste tolv månaderna (se också figur 4).

Ungefär 0,2–7,1 % av den vuxna befolkningen har testat ecstasy (genomsnitt 2,6 %). Hälften av länderna rapporterar en prevalens på 1,8 % eller lägre, med den högsta prevalensen i Tjeckien (7,1 %) och Storbritannien (6,7 %). Bland vuxna säger sig 0,2–3,5 % ha använt ecstasy de senaste tolv månaderna, men hälften av de rapporterade länderna uppger prevalens på 0,5 % eller lägre. Det uppskattas att nästan 8,5 miljoner av Europas befolkning har provat ecstasy och nästan 3 miljoner har använt drogen under de senaste tolv månaderna.

Bland Europas unga vuxna säger sig 5,2 % någon gång ha testat ecstasy, med siffror i intervallet 0,5–14,6 % även om hälften av länderna har rapporterat siffror som ligger lägre än 3,6 %. Andelen är högst i Tjeckien (14,6 %), Storbritannien (12,7 %) och Spanien (8,3 %).

Ecstasy förekommer framförallt bland ungdomar. I åldersgruppen 15–24 år är livstidsprevalensen mellan 0,4 % och 18,7 %, med den högsta andelen i Tjeckien (18,7 %) <sup>(116)</sup> och Storbritannien (10,7 %). Män står för en högre andel (0,3–23,2 %) än kvinnor (0,4–13,9 %). Andelen ungdomar som har använt ecstasy under de senaste tolv månaderna varierar mellan 0,3 % och 12 %, där Tjeckien (12 %) och Estland (6,1 %) rapporterat de högsta siffrorna (figur 5). Andelen som har använt ecstasy under den senaste månaden ligger lägre än 3 % i sju av de rapporterade länderna. Prevalensen är vanligen högre i städer och särskilt bland personer som frekventerar diskotek, klubbar eller dansevenemang (se temakapitlet om användning av narkotika i nöjesmiljöer).

**Figur 4:** Andelen unga vuxna (i åldern 15–34) som har använt amfetamin det senaste året



Observera: Uppgifterna är hämtade från de senast tillgängliga nationella undersökningarna i respektive land vid tiden för rapportering. För ytterligare information se tabell GPS-8 och GPS-11 i statistikbulletinen 2006.

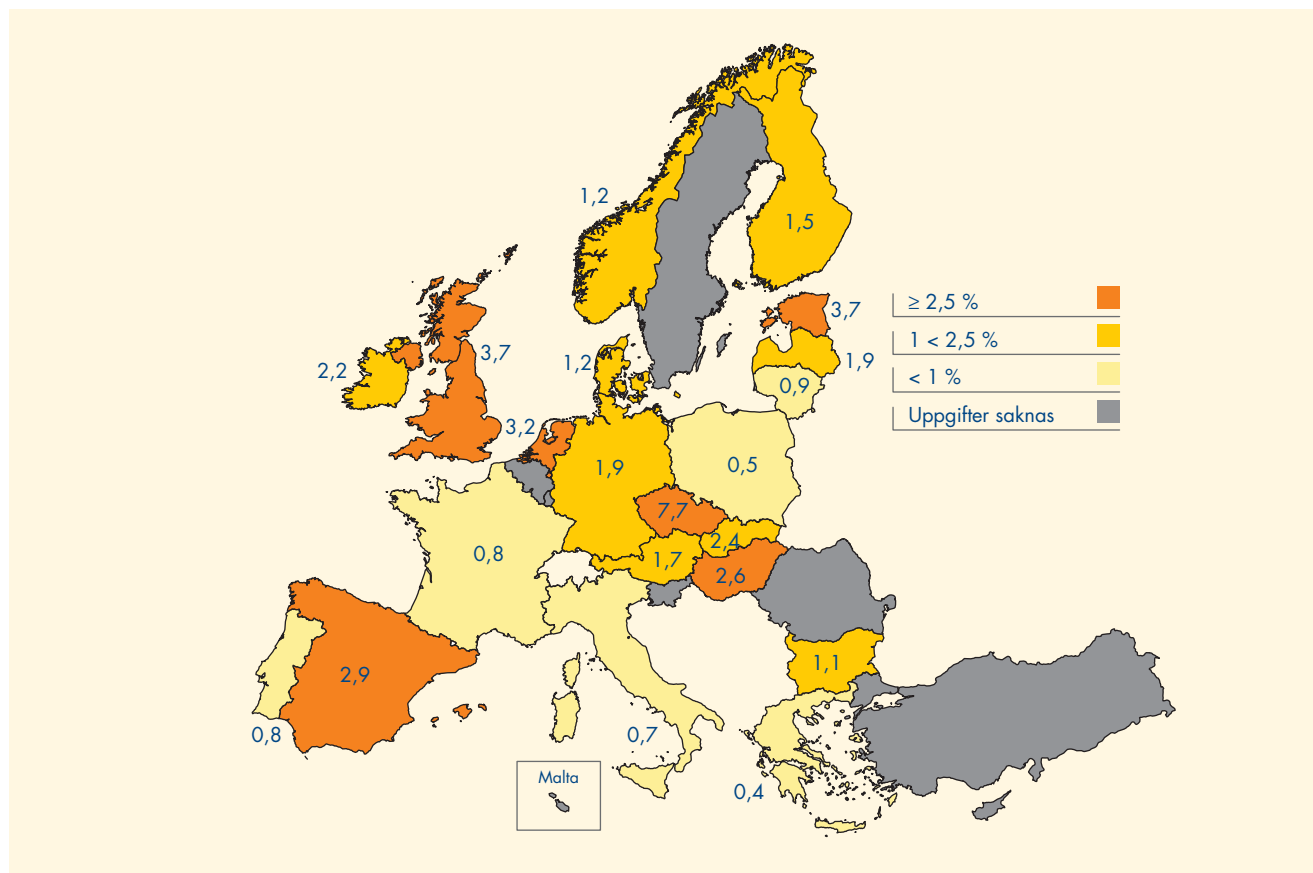
Källor: Nationella Reitox-rapporter (2005), uppgifter hämtade från befolkningsenkäter, rapporter eller vetenskapliga artiklar.

<sup>(115)</sup> Se figur GPS-15 och GPS-16 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(116)</sup> I Tjeckien var åldersgruppen 18–24 år.



**Figur 5:** Andelen unga vuxna (i åldern 15–34) som har använt ecstasy det senaste året



*Observera:* Uppgifterna är hämtade från de senast tillgängliga nationella undersökningarna i respektive land vid tiden för rapportering. För ytterligare information se tabell GPS-8 och GPS-11 i statistikbulletinen 2006.

*Källor:* Nationella Reitox-rapporter (2005), uppgifter hämtade från befolkningsenkäter, rapporter eller vetenskapliga artiklar.

Enkäter bland skolelever i åldern 15–16 år visar att andelen unga som någon gång provat ecstasy ökade under perioden 1995–2003. De största ökningarna konstaterades i Tjeckien och i de flesta av de nya medlemsstaterna <sup>(117)</sup>. I ESPAD:s skolenkäter 2003 (Hibell m.fl., 2004), låg skattningarna av livstidsprevalensen för amfetamin mellan 1 % och 3 % högre än de för ecstasy i sex medlemsstater (Tyskland, Danmark, Estland, Litauen, Österrike och Polen) <sup>(118)</sup>.

Som jämförelse kan nämnas att i USA:s nationella undersökning av narkotikaanvändning och hälsa, uppgav 4,6 % av vuxna (definierade som 12 år och äldre) att de någon gång hade testat ecstasy och 0,8 % rapporterade att de hade använt drogen under de senaste tolv månaderna (som jämförelse var motsvarande siffror för EU 2,6 % och 0,9 %). Bland unga vuxna i åldrarna 16–34 år var livstidsprevalensen 11,3 % och användning under de senaste tolv månaderna 2,2 % (siffrorna för Europa var 5,2 % respektive 1,9 %) <sup>(119)</sup>.

Andelen vuxna som någon gång har använt LSD varierar mellan 0,2 % och 5,9 %. Två tredjedelar av länderna har rapporterat siffror mellan 0,4 % och 1,7 %. I gruppen unga vuxna (15–34 år), varierar livstidsprevalens för användning av LSD mellan 0,3 % och 9 %, och i åldersgruppen 15–24 år överstiger andelen inte 4,5 %. Andelen unga vuxna i åldersgruppen 15–24 år som har använt drogen någon gång under de föregående tolv månader är över 1 % endast i Tjeckien, Estland, Lettland, Ungern, Polen och Bulgarien.

### Trender

Befolkningsundersökningar visar att konsumtionen av amfetamin och ecstasy, som har visat en uppåtgående trend på senare år, nu stabiliseras eller till och med minskar. I Storbritannien, liksom i två andra medlemsstater där konsumtionen av dessa droger har varit relativt hög (Tjeckien och Spanien) rapporteras nu en stabilisering eller till och med

<sup>(117)</sup> Se figur EYE-2 (del i) i statistikbulletinen 2006.

<sup>(118)</sup> Se figur EYE-2 (del vi) i statistikbulletinen 2006.

<sup>(119)</sup> Källa: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Observera att åldersintervallet i den amerikanska undersökningen (12 år och äldre) är större än det åldersintervall som används i ECNN:s rapportering för EU-undersökningar (15–64 år). Siffrorna för unga vuxna (16–34 år) för den amerikanska enkäten har räknats om av ECNN.

en minskning av antalet unga vuxna som använt amfetaminer under de senaste tolv månaderna <sup>(120)</sup>. Användning av ecstasy förefaller på samma sätt plana ut eller faktiskt minska i två länder med hög prevalens, Spanien och Storbritannien, men däremot inte i Tjeckien <sup>(121)</sup>.

## Uppgifter om efterfrågan på behandling – amfetaminer och ecstasy <sup>(122)</sup>

Även om behandlingsefterfrågan när det gäller missbruk av amfetaminer och ecstasy ökar är användning av denna typ av droger i de flesta länder sällan huvudskälet till att personer genomgår missbruksbehandling <sup>(123)</sup>. Ett viktigt undantag är att några länder faktiskt rapporterar en betydande andel av behandlingsefterfrågan med anknytning till användning av amfetamin eller metamfetamin. I Tjeckien, Slovakien, Finland och Sverige står dessa droger för allt ifrån en

### Användning av metamfetamin och tillhörande problem

Betydande problem med metamfetaminanvändning har redovisats i många delar av världen, bland annat i USA, Sydostasien och Stillahavsområdet, samt Afrika (UNODC, 2006). Metamfetaminmissbruk kan leda till allvarliga medicinska problem inklusive psykos och beroende och kan vara förenat med riskbeteenden, bland annat sådana som kan leda till HIV-smitta.

Under lång tid har metamfetaminanvändningen i Europa varit koncentrerad till Tjeckien där man bedömer att det finns dubbelt så många problematiska missbrukare av metamfetamin (pervitin) (20 300) som problematiska missbrukare av opiater (9 700). På senare år har metamfetamin blivit den vanligast förekommande primär drogen bland dem som begär behandling för första gången i Slovakien och höga nivåer av metamfetaminanvändning har också konstaterats i vissa subpopulationer i Ungern. Sju andra länder (Danmark, Frankrike, Lettland, Slovenien, Storbritannien, Bulgarien och Norge) redovisade i sina nationella Reitox-rapporter 2005 en ökning av beslagen och/eller användningen av denna drog, främst bland personer som ofta besöker klubbar och fester. Det går dock inte att dra några fasta slutsatser om trender i metamfetaminanvändningen i dessa länder baserat på tillgängliga uppgifter. Spridningen av metamfetamin på andra platser i världen och risken att denna drog kan förorsaka betydande hälsoproblem innebär att detta är ett område där fortsatt vaksamhet är påkallad.

fjärdedel till ungefär hälften av alla behandlingsefterfrågan <sup>(124)</sup>. I Tjeckien och Slovakien avser en stor andel av rapporterade behandlingsefterfrågan ett primärt metamfetaminproblem (se rutan om metamfetamin). I länder där amfetaminmissbrukare utgör en betydande andel av behandlingsefterfrågan är mellan en tredjedel och två tredjedelar av amfetamin klienterna injektionsmissbrukare <sup>(125)</sup>.

Begäran om behandling av ecstasymissbruk rapporteras stå för mindre än 1 % av alla behandlingsefterfrågan i de flesta länder, med undantag av Cypern, Ungern, Irland och Turkiet, där ecstasieklienter utgör mellan 4 % och 6 % av samtliga klienter som söker behandling.

## Nya och framväxande drogtrender

Prevalensstimat för användning av nya eller framväxande droger är mycket lägre än för användning av mer etablerade olagliga droger. Nya former av narkotikamissbruk inleds vanligtvis av ett fåtal personer, i små subpopulationer eller på begränsade geografiska platser eller miljöer. Identifiering och kontroll av framväxande trender kräver därför ett annat tillvägagångssätt än det som används för att övervaka de viktigaste typerna av narkotikamissbruk.

### Hallucinogena svampar: fallstudie av en framväxande trend

Tills nyligen var LSD den vanligast förekommande hallucinogena drogen. Detta kanske håller på att förändras nu eftersom allt fler rapporter har inkommit om användning av hallucinogena svampar <sup>(126)</sup>. Tillgången på hallucinogena svampar förfaller ha ökat sedan slutet på 1990-talet då de började marknadsföras vid sidan av andra "naturliga" produkter i s.k. "smart shops" i Nederländerna och vissa andra länder <sup>(127)</sup>. Under början av 2000-talet ökade exempelvis antalet försäljningsställen för hallucinogena svampar i Storbritannien, och 2005 beräknas att dessa produkter såldes i cirka 300 affärer och marknadsstånd över landet. Försäljning av hallucinogena svampar via internet har också tillkommit. Via webbsidor, framförallt baserade i Nederländerna, kan man köpa färsk svamp, utrustning för odling av svampar och sporavtryck. Reklam för hallucinogena svampar på nätet sker på flera språk men främst på engelska, franska och tyska, vilket tyder på en bred internationell konsumentbas.

<sup>(120)</sup> Se figur GPS-6 och GPS-17 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(121)</sup> Se figur GPS-8, GPS-18 och GPS-30 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(122)</sup> Se fotnot 70.

<sup>(123)</sup> Se figur TDI-1 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(124)</sup> Se tabell TDI-5 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(125)</sup> Se tabell TDI-17 (del iii) i statistikbulletinen 2006.

<sup>(126)</sup> I denna rapport avser termen hallucinogena svampar endast svampar som innehåller de psykoaktiva ämnena psilocybin och psilocin. Svamparter som innehåller andra psykoaktiva ämnen används mer sällan. För mer information, se ECNN:s temakapitel om hallucinogena svampar ([www.emcdda.europa.eu/?nodeid=400](http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=400)).

<sup>(127)</sup> Dessa butiker säljer lagliga produkter och främst naturprodukter, inklusive hallucinogena svampar.

Enkäter i den vuxna befolkningen och bland skolelever i EU tyder på att andelen ungdomar i åldern 15–24 år som någon gång provat hallucinogena svampar varierar mellan under 1 % och 8 % <sup>(128)</sup>. I nio av EU:s medlemsstater är skattningar av livstidsprevalens i fråga om användning av hallucinogena svampar bland skolelever i åldrarna 15–16 år lika höga som eller högre än skattningar av livstidsprevalensen för ecstasyanvändning (Hibell m.fl., 2004). Det finns dock tecken som tyder på att siffrorna för fortsatt användning är lägre för hallucinogena svampar än för de flesta andra droger. Detta är vanligt för användning av hallucinogena droger och speglar det faktum att ungdomar vanligen bara testat dessa typer av droger och sällan fortsätter till att utveckla ett mönster av regelbunden användning.

Rapporter om akuta eller kroniska hälsoproblem orsakade av hallucinogena svampar som kräver läkarinslag är sällsynta. Vissa länder ändrade dock sina lagar som svar på ungdomars användning av sådana hallucinogena ämnen. Även om de aktiva ingredienserna i svampar, psilocybin och psilocin, redan regleras på internationell nivå genom FN:s konvention om psykotropa ämnen från 1971, har det tills nyligen ofta överlämnats till åklagare att avgöra om och när dessa ämnen är förbjudna när de finns inuti en svamp, för att undvika att bestraffa ägare till mark där sådana svampar växer naturligt. Sex länder har under de senaste fem åren stramat upp sin lagstiftning om svampar (Danmark, Tyskland, Estland, Irland, Nederländerna och Storbritannien). Förändringarna i dessa länder innebär att förbudet utsträcks till att omfatta hallucinogena svampar även om rättskontrollen inte alltid gäller för exakt samma svampar eller typ av beredning.

Under 2004 rapporterades beslag av hallucinogena svampar i Tjeckien, Tyskland, Estland, Grekland, Litauen, Ungern, Nederländerna, Polen, Portugal, Slovenien, Slovakien, Sverige och Norge <sup>(129)</sup>. Antalet beslag är för det mesta lågt liksom mängden beslagtagna svampar och inga tydliga tendenser kan urskiljas i dessa uppgifter.

## GHB och ketamin

Både gammahydroxybutyrat (GHB) och ketamin övervakas efter det att farhågor väckts i EU 2000 om missbruk av dessa droger i rekreationella syften <sup>(130)</sup>. I mars 2001 införde FN:s narkotikakontrollsystem GNB på listan över internationellt narkotikaklassade droger. Som ett resultat av detta har samtliga medlemsstater i EU uppdaterat

sin lagstiftning beträffande detta ämne. I mars 2006 rekommenderade INCB att Världshälsoorganisationen påskyndar sin översyn för att avgöra om ketamin borde placeras under internationell tillsyn (INCB, 2006a). I nästan hälften av EU:s medlemsstater regleras ketamin på nationell nivå under narkotikalagstiftningen, i stället för i bestämmelser om läkemedel.

De begränsade uppgifter om prevalens som finns tillgängliga om GHB och ketamin tyder på att användning av dessa substanser har stabiliserats på låga nivåer i de flesta länder. Studier av populationer med hög prevalens pekar på att båda dessa droger är mindre vanliga än amfetaminer, ecstasy, LSD och hallucinogena svampar också bland rekreationsmissbrukare som regelbundet använder droger.

Rapporter om dödsfall och akutfall som har samband med användning av GHB och ketamin är mycket sällsynta. Bristen på exakta och jämförbara system för att registrera dödsfall och akutfall som har koppling till användning av dessa substanser innebär att tillgången till uppgifter på detta område är begränsad. Två länder har rapporterat dödsfall som hänger ihop med GHB, vanligen tillsammans med andra droger. Den kommunala hälsovården i Amsterdam har noterat en ökning av det årliga antalet akutfall till följd av användning av GHB från 25 dödsfall år 2000 till 98 dödsfall år 2004. Detta är mer än antalet akutfall som knutits till användning av ecstasy, amfetamin, LSD eller hallucinogena svampar. I Sverige ökade antalet påträffanden av GHB (eller dess prekursorer GBL och 1,4-BD) i prov från kroppsvätskor från 24 1997 till 367 under 2004. Dödsfall förenade med användning av GHB har också rapporterats i Sverige. Mellan 1996 och 2004 påträffades drogen i 36 drogrelaterade dödsfall, varav nio inträffade under 2004. I England och Wales nämndes GHB i dödsattesten i tre fall och i ett av dessa var GHB den enda drog som nämndes (ONS, 2006). Toxikologisk information från ett sjukhus i Storbritannien som täcker en stor region tyder på att GHB upptäcktes i fem dödsfall mellan maj och december 2005 <sup>(131)</sup>.

Eftersom GHB är lösligt i vatten/alkohol och eftersom det har potentiellt handlingsförlamande effekt ofta följt av minnesförlust, har farhågor förekommit om att drogen används i drogunderstödda våldtäkter. Eftersom alla sådana fall sannolikt inte rapporteras, och eftersom kriminaltekniska bevis är sällsynta och sådana brott svåra att bevisa, finns inga välgrundade belägg för omfattningen av denna

<sup>(128)</sup> ECNN:s uppgifter är hämtade från den Europeiska modellenkäten, EMQ. Elva medlemsstater har lämnat uppgifter om hallucinogena svampar (Tjeckien, Danmark, Tyskland, Frankrike, Irland, Litauen, Ungern, Nederländerna, Polen, Finland och Storbritannien).

<sup>(129)</sup> Nationella Reitox-rapporter (Tyskland, Estland, Nederländerna och Norge) och ECNN:s enkät för förvarningssystemet (Tjeckien, Grekland, Ungern, Polen, Portugal, Slovenien, Slovakien och Sverige).

<sup>(130)</sup> Rapport om den gemensamma åtgärden om riskbedömning 2000.

<sup>(131)</sup> Information från förvarningssystemet, EWS. Det relativt stora antalet dödsfall där GBH har förekommit som redovisas i denna rapport speglar troligen sjukhuslaboratoriets intresse av forskning om GBH.



företeelse. Ytterligare forskning krävs därför för att avgöra art och omfattning av denna potentiellt oroväckande utveckling.

## Åtgärder beträffande nya droger

Övergången när 1997 års gemensamma åtgärd ersattes av det nya rådsbeslutet 2005 (2005/387/RIF) var smidig och föranledde inga störningar i informationsutbytet. Totalt 14 nya psykoaktiva ämnen anmäldes för första gången officiellt till ECNN och Europol. Alla dessa ämnen är

### Rådets beslut om nya psykoaktiva ämnen

Genom rådets beslut 2005/387/RIF av den 10 maj 2005 om informationsutbyte, riskbedömning och kontroll avseende nya psykoaktiva ämnen<sup>(1)</sup> upprättas ett system för snabbt utbyte av information om nya psykoaktiva ämnen som kan utgöra hälsorisker och sociala risker. Syftet är att ge EU:s institutioner och medlemsstaterna möjligheter att vidta åtgärder för att kontrollera både nya narkotiska och nya psykotropa droger som dyker upp på den europeiska narkotikamarknaden. ECNN och Europol, i nära samarbete med respektive nätverk – de nationella Reitox-kontaktpunkterna och Europol's nationella enheter – har givits en central roll när det gäller att upptäcka och anmäla nya psykoaktiva ämnen. Genom beslutet föreskrivs också att en bedömning av riskerna med dessa nya psykoaktiva ämnen ska ske, så att åtgärder som används i medlemsstaterna för att kontrollera narkotika och psykotropa ämnen<sup>(2)</sup> även kan tillämpas på nya psykoaktiva ämnen. Beslutet breddar räckvidden för och ersätter den gemensamma åtgärden från 1997<sup>(3)</sup>, som uteslutande avsåg nya syntetiska droger. Beslutet bygger dock på den trestegsmetod som infördes genom den gemensamma åtgärden: informationsutbyte/förvarning, riskbedömning och beslutsfattande.

(1) Rådets beslut 2005/387/RIF av den 10 maj 2005 om informationsutbyte, riskbedömning och kontroll avseende nya psykoaktiva ämnen offentliggjordes i *Europeiska unionens officiella tidning* den 20 maj 2005 (EUT L 127/32–37) och trädde i kraft den 21 maj 2005. Beslutet avser ämnen som för närvarande inte finns upptagna i någon av förteckningarna till FN-konventionerna från 1961 och 1971.

(2) Enligt 1961 års allmänna FN-konvention om narkotiska preparat och 1971 års FN-konvention om psykotropa ämnen.

(3) Den gemensamma åtgärden av den 16 juni 1997 om informationsutbyte, riskbedömning och kontroll av syntetiska droger (EGT L 167, 25.6.1997).

psykotropa (syntetiska) droger, och liknar de som finns upptagna på lista I och II i 1971 FN:s konvention om psykotropa ämnen. De nyligen anmälda ämnena tillhör tre stora kemiska grupper – fenetylaminer, tryptaminer och piperaziner. Olika ämnen från dessa grupper har tidigare anmälts genom, och håller för närvarande på att kontrolleras av, förvarningssystemet (EWS)<sup>(132)</sup>.

Den mest betydelsefulla nya utvecklingen 2005 var uppdykandet och den snabba spridningen av det nya psykoaktiva ämnet 1-(3-klorofenyl)piperazin (mCPP). mCPP är en aryl-substituerad piperazin, precis som benzylpiperazin (BZP) som är ett ämne som övervakas genom förvarningssystemet sedan 1999. ECNN och Europol mottog i februari/mars 2005 de första officiella anmälningarna av upptäckt av mCPP i prov som hade samlats in i Frankrike och Sverige. I slutet av 2005 hade tabletter innehållande mCPP beslagtagits av kontrollorgan eller påträffats i olika nöjesmiljöer (dans/musikfestivaler, dansklubbar etc.) i nästan alla medlemsstater. Tabletterna är nästan alltid utformade för att se ut som, och sannolikt säljas som, ecstasy. Drogen är främst tillgänglig i tablettform och de subjektiva effekterna av mCPP och MDMA är delvis jämförbara (Bossong m.fl., 2005). mCPP påträffas dessutom ofta i kombination med MDMA. Det är föga troligt att detta beror på oavsiktlig kontamination och tyder i stället på att avsiktlig tillförsel av mCPP kan vara avsedd att förstärka eller modifiera effekterna av MDMA. Det förefaller finnas liten specifik efterfrågan eller marknad för mCPP i EU.

Av de nya psykoaktiva drogerna är mCPP den som har påträffats mest utbrett i medlemsstaterna sedan förvarningssystemet, EWS, 1997 började övervaka nya (syntetiska) droger. Inom loppet av ett år har mCPP identifierats i 20 medlemsstater samt i Rumänien och Norge.

I en gemensam rapport rekommenderar ECNN och Europol, i linje med bestämmelserna i rådets beslut, att inga formella riskbedömningar ska genomföras eftersom det finns belägg för att mCPP används i framställning av minst ett läkemedel. Man konstaterar samtidigt att trots det faktum att det för närvarande finns få bevis för att mCPP kan knytas till betydande risker för folkhälsan eller samhället, är detta en fråga som måste hållas öppen i avvaktan på en grundlig vetenskaplig bedömning.

(132) Av de nio nya syntetiska droger som genomgick riskbedömning mellan 1997 och 2004 i enlighet med den gemensamma åtgärden, var samtliga sex ämnen som därefter regleras på EU-nivå fenetylaminer.

### **Narkotikaanvändningens utveckling i nöjesmiljöer, ECNN:s årsrapport 2006: temakapitel**

Narkotikaanvändning och unga människors nöjesaktiviteter hänger ofta ihop. I synnerhet visar studier av unga människor som deltar i musik- och dansevenemang alltid mycket högre prevalensstimat för narkotikaanvändning än de som rapporteras från enkäter bland den allmänna befolkningen, och särskilt höga nivåer av stimulantia rapporteras ofta. Kan skillnader mellan länderna förklaras av skillnader i nöjesmiljöer, musikkulturer, tillgång på droger och disponibla inkomster? Dessa frågor tas upp i detta temakapitel.

Ny utveckling när det gäller försäljning av "partydroger" via internet och när det gäller själva det rekreationella missbruket för med sig nya utmaningar på området för politik, prevention och riskminskning. Dessa utmaningar behandlas i detta temakapitel som också i detalj granskar de innovativa initiativ för drogprevention och riskminskning som har tagits i EU under det senaste decenniet som svar på det komplicerade problemet med växelverkan mellan ungdomars nöjesverksamheter och narkotikaanvändning.

Det här temakapitlet finns endast på engelska i tryckt version ("Developments in drug use within recreational settings", i *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) och på internet (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



## Kapitel 5

# Kokain och crack-kokain

### Tillgång och tillgänglighet <sup>(133)</sup>

#### Produktion och handel

Kokain är den tredje största drogen i den internationella narkotikahandeln efter marijuana och hasch. Uttryckt i beslagtagna volymer – 578 ton över hela världen år 2004 – skedde merparten av handeln med kokain år 2004 fortfarande i Sydamerika (44 %) och Nordamerika (34 %) följt av västra och centrala Europa (15 %) (CND, 2006).

Colombia är den absolut största producenten i världen av illegal koka, följt av Peru och Bolivia. Den globala kokainproduktionen år 2004 uppskattats ha ökat till 687 ton, varav Colombia stod för 56 %, Peru för 28 % och Bolivia för 16 % (UNODC, 2005). Merparten av det kokain som beslagtas i Europa kommer direkt från Sydamerika (Colombia) eller via Centralamerika och Västindien. Under 2004 rapporterades Surinam, Brasilien, Argentina, Venezuela, Ecuador, Curaçao, Jamaica, Mexico, Guyana och Panama vara transitländer för kokain som förs in i EU (Nationella Reitox-rapporter, 2005; Världstullorganisationen, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a; Europol, 2006). Andra transitområden var Afrika, alltså västra Afrika och länder i Guineabukten (främst Nigeria), men också Östafrika (Kenya) och nordvästra Afrika via öarna utanför Mauretaniens och Senegals kust (CND, 2006; INCB, 2006a). De viktigaste införselländerna i EU var fortfarande Spanien, Nederländerna och Portugal liksom Belgien, Frankrike och Storbritannien (Nationella Reitox-rapporter, 2005; CND, 2006; Europol, 2006). Även om Spanien och Nederländerna fortfarande spelar en viktig roll som distributionscentra för det kokain som förs in i EU kan de

intensifierade kontrollerna längs den spanska nordkusten (Galicien) och strategin med fullständiga kontroller på flyg från vissa länder <sup>(134)</sup> till flygplatsen Schiphol (Amsterdam) ha spelat en roll för utveckling av alternativa rutter. De nya rutternas går i allt högre grad via Afrika men också via östra och centrala Europa där sekundärdistribution sker från dessa platser till västra Europa (Nationella Reitox-rapporter, 2005; Världstullorganisationen, 2005; INCB, 2006a).

#### Beslag

Under 2004 gjordes i EU uppskattningsvis 60 000 beslag av totalt 74 ton. De flesta beslagen av kokain rapporteras i Västeuropa, och särskilt i Spanien som står för ungefär hälften av alla beslag och mängder som konfiskerats i EU under de senaste fem åren <sup>(135)</sup>. Under perioden 1999–2004 ökade antalet beslag av kokain <sup>(136)</sup> totalt sett i EU, medan mängderna <sup>(137)</sup> varierade inom en uppåtgående trend. Att döma av uppgifter från de rapporterade länderna förefaller emellertid mängderna att ha minskat under 2004, kanske i jämförelse med den exceptionellt stora kvantitet som beslagtogs i Spanien 2003.

#### Pris och renhetsgrad

Genomsnittspriset på kokain i missbrukarledet varierade avsevärt inom EU år 2004: från 41 euro per gram i Belgien till 100 euro per gram i Cypern, Rumänien och Norge <sup>(138)</sup>. Genomsnittspriserna för kokain, korrigerade för inflation <sup>(139)</sup>, visade en övergripande nedåtgående trend under perioden 1999–2004 i samtliga rapporterade länder <sup>(140)</sup> utom i Luxemburg där genomsnittspriset föll fram till 2002 och därefter steg, och Norge där priserna steg kraftigt 2001 för att därefter stabiliseras.

<sup>(133)</sup> Se "Tolkning av uppgifter om beslag och annan marknadsinformation", s. 37.

<sup>(134)</sup> Alla flyg från Nederländska Antillerna, Aruba, Surinam, Peru, Venezuela och Ecuador kontrolleras till 100 %. Under 2004 arresterades 3 466 narkotikakurirer som ett resultat av dessa kontroller och 620 som en följd av reguljära kontroller (nationella rapporten från Nederländerna).

<sup>(135)</sup> Detta bör kontrolleras mot de uppgifter som saknas för 2004 när de blir tillgängliga. Uppgifter om både antal kokainbeslag och beslagtagna mängder kokain 2004 saknades för Irland och Storbritannien; uppgifter om antal kokainbeslag 2003 saknades för Nederländerna 2004. Av skattningsmässiga skäl ersattes de saknade uppgifterna för 2004 med uppgifter från 2003. Uppgifter om de beslagtagna mängderna 2004 som lämnats av Nederländerna var endast uppskattningar som inte kunde inkluderas i analysen av trender upp till 2004.

<sup>(136)</sup> Se tabell SZR-9 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(137)</sup> Se tabell SZR-10 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(138)</sup> Se tabell PPP-3 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(139)</sup> 1999 har använts som basår för valutorna i samtliga länder.

<sup>(140)</sup> Under perioden 1999–2004, fanns uppgifter om kokainets renhetsgrad tillgängliga för minst tre på varandra följande år i Belgien, Tjeckien, Danmark, Tyskland, Estland, Spanien, Frankrike, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Ungern, Nederländerna, Österrike, Portugal, Slovakien, Storbritannien och Norge.

Jämfört med heroin har kokain i missbrukarledet i genomsnitt en hög renhetsgrad. År 2004 varierade kokainets renhetsgrad mellan 24 % i Danmark och 80 % i Polen. Majoriteten länder rapporterade en renhetsgrad i intervallet 40–65 %<sup>(141)</sup>. Tillgängliga uppgifter för perioden 1999–2004 tyder på en övergripande minskning av den genomsnittliga renhetsgraden för kokain i de flesta rapporterade länder<sup>(142)</sup>, även om den ökade i Estland (efter 2003), Frankrike och Litauen och förblev stabil i Luxemburg och Österrike.

### Internationella åtgärder mot kokainproduktion och handel

Projektet COLA som drivs av Europol syftar till att identifiera och rikta in sig på latinamerikanska och närstående kriminella grupper som arbetar mot och inom EU främst med kokainhandel. Genom projektet lämnas operativt stöd till aktiva undersökningar i deltagande medlemsstater och förbättras den strategiska underrättelsebildningen. Projektet kompletteras av Europol Cocaine Logo System, ECLS, som är en årligen uppdaterad katalog. I denna katalog sammanställs fotografisk och annan grundläggande information om kokainbeslag och om logotyper/märkning på drogerna och tillhörande förpackningar så att man kan identifiera matchningar mellan beslagtagna partier. Syftet är också att främja internationellt samarbete och informationsutbyte mellan brottsbekämpande myndigheter (Europol, 2006).

Projekt Operation Purple, som är i drift sedan 1999, är avsett att förhindra avledning av kaliumpermanganat<sup>(143)</sup> från laglig handel för att användas i olaglig framställning av kokain särskilt i Syd- och Nordamerika. Den lagliga handeln med kaliumpermanganat är stor: sedan 1999 har 30 exporterande länder/territorier lämnat in 4 380 förhandsanmälningar om export till INCB för totalt 136 560 ton kaliumpermanganat. Sedan 1999 har 233 leveranser som omfattat drygt 14 316 ton av ämnet stoppats eller tagits i beslag på grund av farhågor om beställningarnas eller de slutliga användarnas legitimitet, och avledningar har konstaterats. Under 2004 beslagtogs 1,4 ton kaliumpermanganat i Europa främst i Ryssland följt av Rumänien och Ukraina<sup>(144)</sup> (INCB, 2006b).

Smugglarna förefaller att ha hittat sätt att undvika de kontroller och övervakningsmekanismer som införts genom Operation Purple. Även om olaglig framställning av kokain inte har anknytning till Asien växer farhågorna för

att smugglare inriktar sig på den regionen för att avleda kaliumpermanganat från den lagliga handeln. Man fruktar också att smugglare kan avleda kaliumpermanganat till den andiska subregionen via Västindien. Samtidigt som vissa framgångar har skördats när de gäller att identifiera misstänkta transaktioner och att stoppa leveranser, har INCB (2006b) manat regeringarna att utveckla operativa förfaranden för att kunna följa information bakåt från beslagtagna kokainlaboratorier för att spåra kemikalierna tillbaka till källan, identifiera transitländer och undersöka handelsföretag för att därmed försvåra för smugglarna att omlokalisera sina verksamheter.

### Prevalens och mönster för användning av kokain

Baserat på nyare nationella befolkningsundersökningar uppskattas cirka 10 miljoner människor i Europa<sup>(145)</sup>, eller drygt 3 % av den vuxna befolkningen, att de någon gång har provat kokain (livstidsprevalens)<sup>(146)</sup>. Nationella siffror om rapporterad användning varierar mellan 0,5 % och 6 %, där Italien (4,6 %), Spanien (5,9 %) och Storbritannien (6,1 %) ligger i den övre delen av intervallet. Det uppskattas att cirka 3,5 miljoner vuxna, vilket motsvarar 1 % av alla vuxna, har använt kokain under de föregående tolv månaderna. Nationella siffror varierar mellan 0,3 % och 1 % i de flesta länderna även om de är högre i Spanien (2,7 %) och Storbritannien (2 %).

Precis som är fallet med andra olagliga droger, förekommer kokainanvändning främst bland unga vuxna. Livstidsprevalensen är högst bland unga vuxna i åldersgruppen 15–34 år, även om antalet som använt drogen under de föregående tolv månaderna är något högre i gruppen 15–24 år. Kokain förefaller främst vara en drog som används av personer i tjugoårsåldern men jämfört med cannabis är kokainanvändning mindre förankrad bland yngre. Livstidsprevalensen i åldersgruppen 15–34 år varierar mellan 1 % och 10 % och de högsta nivåerna finns även i det här fallet i Spanien (8,9 %) och i Storbritannien (10,5 %). När det gäller användning de senaste tolv månaderna är andelen 0,2 % och 4,8 %. I Danmark, Irland, Italien och Nederländerna noteras andelar på omkring 2 %, medan Spanien och Storbritannien har en andel på över 4 % (figur 6). Uppgifter från enkäter i skolorna visar mycket låg livstidsprevalens för användning av kokain. Siffrorna varierar från 0 % i Cypern, Finland och Sverige till 6 %

<sup>(141)</sup> Se tabell PPP-7 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(142)</sup> Under perioden 1999–2004, fanns uppgifter om kokainets renhetsgrad tillgängliga för minst tre på varandra följande år i Belgien, Tjeckien, Danmark, Tyskland, Estland, Spanien, Frankrike, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Ungern, Nederländerna, Österrike, Portugal, Slovakien, Storbritannien och Norge.

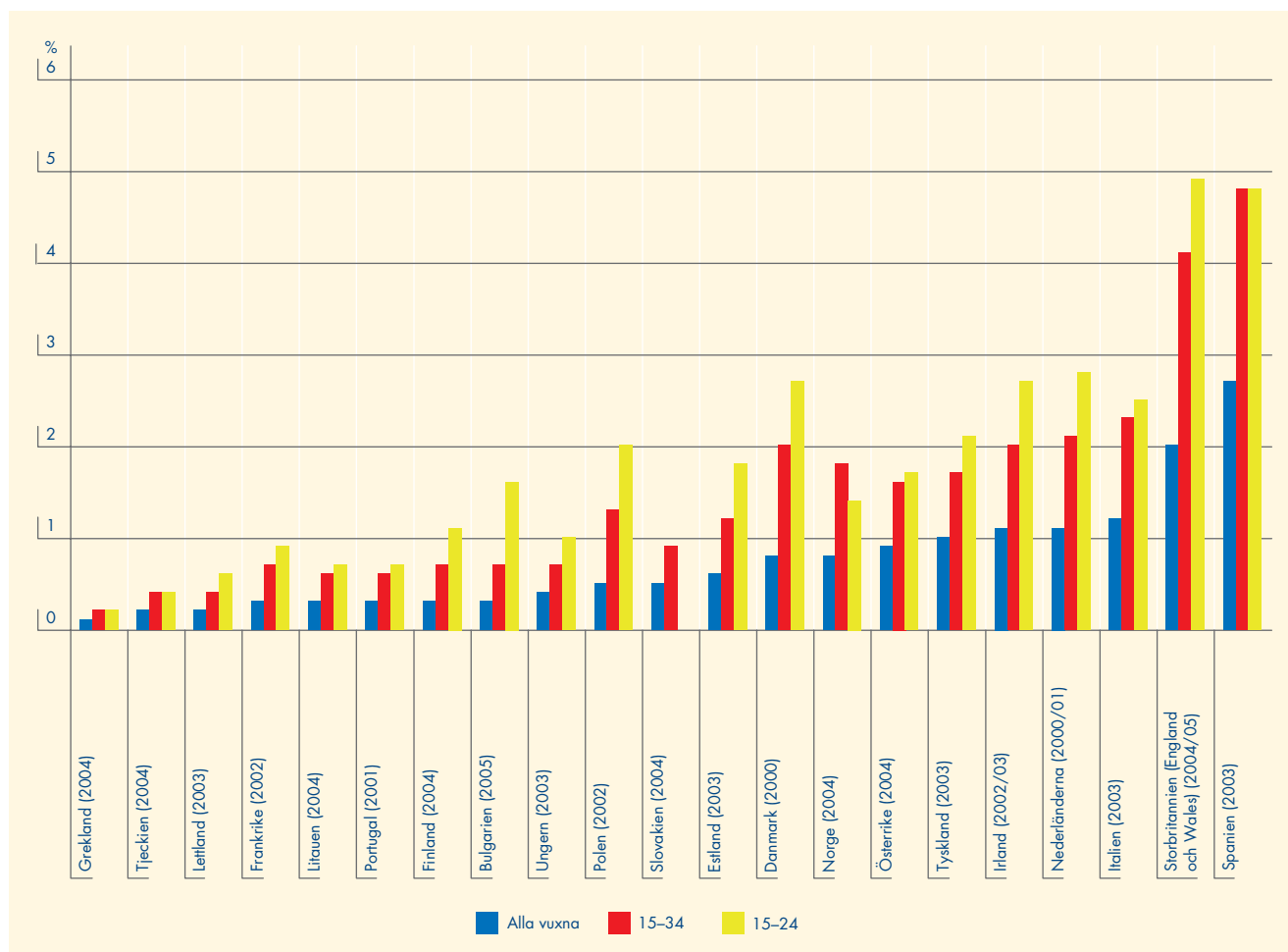
<sup>(143)</sup> Prekursor som används i tillverkning av kokain och är upptagna i förteckning i 1988 års konvention.

<sup>(144)</sup> Dessa uppgifter innefattar inte kvantiteter som påträffats i stoppade leveranser.

<sup>(145)</sup> Baserat på ett viktat genomsnitt av nationella siffror. För mer uppgifter se fotnot 53.

<sup>(146)</sup> För närmare uppgifter för varje land, se tabellen i "General population surveys of drug use" i statistikbulletinen 2006.

**Figur 6:** Andel bland alla vuxna (i åldern 15–64) och andel unga vuxna (i åldern 15–34 och 15–24) som har använt kokain det senaste året



Observera: Uppgifterna är hämtade från de senast tillgängliga nationella undersökningarna i respektive land vid tiden för rapportering. För ytterligare information se tabell GPS-8, GPS-11 och GPS-18 i statistikbulletinen 2006.

Källor: Nationella Reitox-rapporter (2005), uppgifter hämtade från befolkningsenkäter, rapporter eller vetenskapliga artiklar.

i Spanien. Livstidsprevalensen för användning av crackkokain ligger ändå lägre och varierar mellan 0 % och 3 % (Hibell m.fl., 2004).

Kokainmissbruket är mer framträdande hos unga män. Undersökningar från Danmark, Tyskland, Spanien, Italien, Nederländerna, Storbritannien och Norge har till exempel visat att livstidsprevalensen bland män i åldern 15–34 år var mellan 5 % och 14 %. Siffrorna beträffande användning de senaste tolv månaderna var lägre. Fyra länder rapporterade dock andelar över 3 %, och i Spanien och Storbritannien var andelen 6–7 %<sup>(147)</sup>, vilket tyder på att ungefär 1 av 15 unga män nyligen har använt kokain. I städer är användningen av kokain förmodligen betydligt mer utbredd.

I den allmänna populationen förefaller användning av kokain ske vid enstaka tillfällen, främst på helger och i nöjesmiljöer (på barer och diskotek) där det kan vara ganska vanligt. Forskningsenkäter som genomförts bland ungdomar i dans-

och musikmiljöer i olika länder visar prevalensskattningar för kokainanvändning som är mycket högre än för den allmänna populationen, med livstidsprevalens som varierar från 10 % till 75 % (se temakapitlet om användning av narkotika i nöjesmiljöer). I Storbritannien rapporterade exempelvis British Crime Survey 2004/05 ett prevalensestimät för användning av narkotika tillhörande klass A bland personer som besöker diskotek eller nattklubbar som var minst två gånger högre än andelen bland dem som inte frekventerade dessa miljöer (Chivite-Matthews m.fl., 2005) (se också temakapitlet om användning av narkotika i nöjesmiljöer). I genomsnitt cirka en tredjedel av alla vuxna i Europa som någon gång har använt kokain har använt det under de föregående tolv månaderna. Som jämförelse rapporterar endast 13 % att de har använt drogen under de föregående 30 dagarna. Exempelvis rapporterar 2–4 % av männen i åldersgruppen 15–24 år i Spanien, Italien, Storbritannien och Bulgarien<sup>(148)</sup> att de har använt

<sup>(147)</sup> Se figur GPS-9 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(148)</sup> 2001 års enkät. I enkäten för 2003 rapporterades inte siffror för män respektive kvinnor per tioårsintervall.

kokain under de föregående 30 dagarna. En mycket grov uppskattning av nuvarande användning av kokain i Europa vore cirka 1,5 miljoner vuxna i gruppen 15–64 år (80 % i gruppen 15–34 år). Dessa siffror kan betraktas som en minimiuppskattning eftersom underrapportering sannolikt sker i många länder.

Mönstren för kokainanvändning ser mycket olika ut i olika användargrupper. I en nyare undersökning av flera städer sniffade majoriteten (95 %) av dem som definierades som socialt integrerade användare kokain. Bara en bråkdel av dem hade någonsin rökt eller injicerat drogen men kombinerad användning av cannabis och alkohol var mycket vanlig (Prinzleve m.fl., 2004). Bland användare i missbruksbehandling eller i socialt marginaliserade grupper, förekom injicering ofta och användning av crack var vanlig i Hamburg, London och Paris och i mindre utsträckning i Barcelona och Dublin. I den allmänna befolkningen i Europa förefaller användning av crack vara låg. Livstidsprevalensen för crackanvändning rapporterades exempelvis vara 0,5 % i Spanien (2003) och 0,8 % i Storbritannien (Chivite-Matthews m.fl., 2005). Livstidsprevalensen för crackanvändning i klubbmiljöer undersöktes i tre länder och befanns till och med vara lägre än heroinanvändning (Tjeckien 2 %, Storbritannien 13 % och Frankrike 21 %). Användning av crack i marginaliserade grupper eller bland opiatanvändare är emellertid en källa till oro i många städer. I en grupp om 94 sexarbetare som arbetar på gatorna i Amsterdam var livstidsprevalensen beträffande crack-kokain extremt hög och låg på 91 % (Korf, 2005, citerad i den holländska nationella rapporten).

Som jämförelse kan nämnas att i USA:s nationella undersökning av hälsa och narkotikaanvändning 2004 var livstidsprevalensen för kokainanvändning 14,2 % bland vuxna invånare (i åldern 12 år och äldre), vilket skiljer sig markant från det europeiska genomsnittet på 3 %. Andelen som uppgav att de hade använt kokain de senaste tolv månaderna var 2,4 %, vilket kan jämföras med det europeiska genomsnittet på 1 %. Vissa EU-länder, som exempelvis Spanien (2,7 %) och Storbritannien (2 %), har dock rapporterat siffror i samma intervall som i USA<sup>(149)</sup>. De jämförelsevis höga siffrorna för livstidsprevalens i USA kan delvis hänga samman med att kokain spreds tidigare i USA än i Europa.

Bland unga vuxna (åldersgruppen 16–34 år), var USA:s siffra 14,6 % (använt någon gång), 5,1 % (använt under de senaste tolv månaderna) och 1,7 % (använt den senaste månaden). De genomsnittliga siffrorna i EU för åldersgruppen 15–34 år var cirka 5 % (använt någon gång),

2 % (använt under de senaste tolv månaderna) och 1 % (använt den senaste månaden).

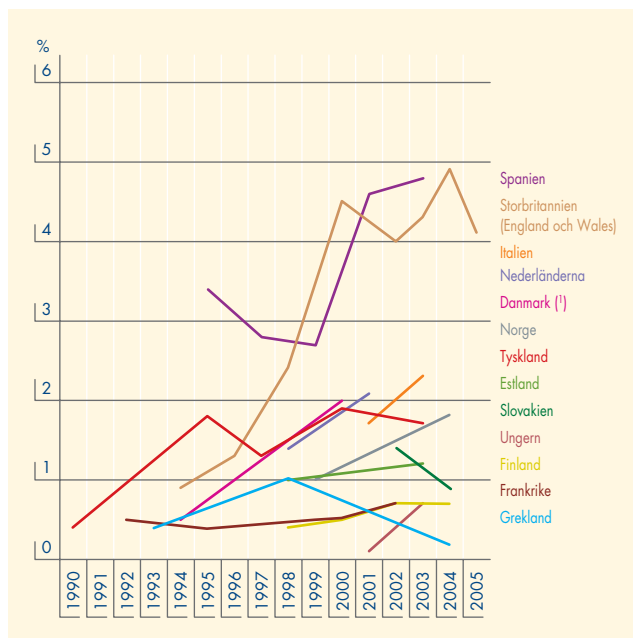
### Trender när det gäller användning av kokain

Under flera år har man, baserat på uppgifter från olika källor (t.ex. marknadsindikatorer, behandlingsefterfrågan, dödsfall) varnat för risken att kokainanvändningen ökar i Europa. Även om tillgänglig information om trender när det gäller användning av kokain i befolkningen förbättras när fler länder genomför upprepade undersökningar, är uppgifterna fortfarande begränsade. När det gäller kokain utgör de låga prevalensnivåerna och den sannolika underrapporteringen av användningen ytterligare svårigheter.

Kokainanvändningen de senaste tolv månaderna ökade betydligt bland unga människor mellan 1996 och 2000, men har sedan 2000 i Storbritannien och 2001 i Spanien varit relativt oförändrad. I Tyskland noterades en måttlig ökning 1990–2000 men siffrorna har förblivit stabila på senare år och legat på nivåer tydligt under de som konstaterats i Spanien och Storbritannien (figur 7).

Måttliga ökningarna av kokainanvändningen de senaste tolv månaderna har iakttagits i Danmark (fram till år 2000),

**Figur 7:** Trender när det gäller andelen unga vuxna (i åldern 15–34) som har använt kokain det senaste året



(1) Det danska värdet för 1994 står för "hårda droger".  
 Observera: Uppgifterna är hämtade från de senaste tillgängliga nationella undersökningarna i respektive land vid tiden för rapportering. För ytterligare information se tabell GPS-4 i statistikbulletinen 2006.  
 Källor: Nationella Reitox-rapporter (2005), uppgifter hämtade från befolkningsenkäter, rapporter eller vetenskapliga artiklar.

(149) Källa: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Observera att åldersintervallet i den amerikanska undersökningen (12 år och äldre) är större än det åldersintervall som används i ECNN:s rapportering för EU-undersökningar (15–64 år). Siffrorna för åldersgruppen 16–34 i USA har räknats om av ECNN.



Italien, Ungern, Nederländerna (fram till 2001) och Norge. Denna trend måste tolkas med försiktighet eftersom den baseras på endast två enkäter i varje land.

När det gäller kokain och andra ämnen (t.ex. ecstasy, amfetaminer, hallucinogena svampar) skulle det vara lättare att identifiera trender om analysen inriktades på grupper där användning av droger är koncentrerad, i synnerhet unga människor som bor i stadsområden. Dessa populationer utforskas mer djuplodande i temakapitlet om användning av narkotika i nöjesmiljöer. Information från enkäter bör dessutom kompletteras med fokuserade enkäter bland unga människor i utvalda grupper (nöjesmiljöer).

## Uppgifter om efterfrågan på behandling <sup>(150)</sup>

Efter opiater och cannabis är kokain den drog som personer som påbörjar en missbruksbehandling oftast uppger som orsak till begäran om behandling. Kokain svarar för ungefär 8 % av den totala behandlingsefterfrågan i EU 2004 <sup>(151)</sup>. Det bör dock noteras att Spanien som vanligen rapporterar höga siffror för behandlingsefterfrågan i samband med kokainmissbruk ännu inte har lämnat in några uppgifter. Bakom denna totala siffra döljer sig dock stora skillnader mellan länderna: i de flesta länder gäller en ganska liten del av behandlingsefterfrågan kokainmissbruk, men i Nederländerna (37 %) och tidigare Spanien (26 % år 2002) är andelen klienter som söker behandling för kokainmissbruk mycket högre. I de allra senast tillgängliga uppgifterna rapporterar en grupp länder procentandelar för kokainklienter av samtliga klienter i behandling mellan 5 % och 10 % (Danmark, Tyskland, Frankrike, Irland, Italien, Cypern, Malta, Storbritannien och Turkiet), medan andelarna i återstående länder är mycket låga <sup>(152)</sup>. I flera länder är andelen nya klienter som söker behandling för ett primärt kokainmissbruk högre än bland klienter totalt <sup>(153)</sup> och totalt sett cirka 12 % av alla nya klienter som söker behandling rapporteras vara kokainrelaterade. Kokain uppges också som sekundär drog av ungefär 12 % av nya klienter <sup>(154)</sup>.

Trenden med ett ökande antal klienter som söker behandling för kokainanvändning som rapporterats under föregående år håller i sig: från 1999 till 2004 tyder en analys, som

interpolerar för uppgifter som inte inkommit, på att andelen nya klienter som söker behandling för kokainanvändning ökade från cirka 10 % till 20 % under denna period (baserat på 17 EU-länder samt Bulgarien och Rumänien) <sup>(155)</sup>.

Totalt sett gäller merparten av efterfrågan på behandling för kokainmissbruk inte crack-kokain. Ungefär 80 % av nya kokainklienter använder kokainhydroklorid (pulverkokain), och under 20 % av dem använder crack-kokain. Missbrukare av crack-kokain kan emellertid utgöra en särskild utmaning för vården eftersom de tenderar att komma från mer marginaliserade grupper i samhället än användare av kokainpulver. En europeisk studie om kokainanvändning (pulver och crack-kokain) fann en koppling mellan användning av crack-kokain och sociala och psykiska problem. Studien rapporterade också att användning av crack-kokain i sig inte är tillräcklig för att förklara de sociala eller psykiska hälsoproblemen (Haasen m.fl., 2005). En nyligen genomförd studie av 585 kokain- och crack-klienter i Skottland fann att sannolikheten var större att användare av crack hade en längre historia av problematisk narkotikaanvändning och var mer inblandade i kriminella verksamheter (Neale och Robertson, 2004, citerad i Storbritanniens nationella rapport).

Om man studerar profilen för kokainklienter i öppenvården framkommer att klienter som använder kokain som primär drog vanligen är äldre än andra narkotikakonsumenter: 70 % är i åldersgruppen 20–34 år med en mindre andel (13 %) i åldersgruppen 35–39 år <sup>(156)</sup>.

Kokain används ofta i kombination med andra droger, ofta cannabis (31,6 %), opiater (28,6 %) eller alkohol (17,4 %) <sup>(157)</sup>. Lokala undersökningar av injektionsmissbrukare tyder på att kombinationen heroin och kokain i injektioner på vissa håll håller på att öka i popularitet (en kombination som av injektionsmissbrukare ibland kallas "speedballing"). Kombinationen av opiater och kokain framgår för närvarande tydligare i behandlingsuppgifterna. Bland klienter som är primäranvändare av opiater, uppgav 31 % i Italien, 42 % i Nederländerna 44 % i Storbritannien sig ha kokain som sekundär drog. Bland primära kokainanvändare rapporterade 28 % i Italien och 38 % i Storbritannien ha opiater som sekundär drog.

<sup>(150)</sup> Se fotnot 70.

<sup>(151)</sup> Se figur TDI-2 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(152)</sup> Se tabell TDI-5 i statistikbulletinen 2006; beträffande Spanien hänvisas till rapporteringsåret 2002.

<sup>(153)</sup> Se tabell TDI-4 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(154)</sup> Se tabell TDI-23 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(155)</sup> Se figur TDI-1 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(156)</sup> Se tabell TDI-10 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(157)</sup> Se tabell TDI-24 i statistikbulletinen 2006.



## Behandling av kokainberoende

Det finns inte tillräckliga belägg för att stödja farmakologiska behandlingar av kokainberoende eller beroende av andra psykostimulantia. I en övergripande översyn av användning av farmakologiska behandlingar för användare av psykostimulantia, sluter sig Shearer och Gowing (2004) till att substitutionsterapi, som är framgångsrik när det gäller beroende av opiater och nikotin och som har potential att locka till sig och hålla kvar missbrukare i behandling, inte ännu har blivit tillräckligt provad för användare av stimulantia. En granskning av litteraturen om resultat av och effektivitet hos behandling av kokainberoende, inklusive reaktioner på behandling av psykiska problem hos användare av crack-kokain, har nyligen offentliggjorts av ECNN <sup>(158)</sup>.

### Immunterapi för kokainmissbrukare

I motsats till heroinberoende som kan behandlas med agonister som metadon eller antagonisterna som naltrexon, finns det för närvarande ingen medicinsk behandling av kokainberoende. Orsaken till detta är den mekanism genom vilken kokain verkar på hjärnans neurotransmittorer dopamin och serotonin. Medan heroin binds till hjärnans opiatreceptorer, som mu-receptorerna, och imiterar effekten hos kroppens egna endorfiner, förhindrar kokain reabsorption av dopamin (och serotonin) från den neuronal synapsen när det har haft sin effekt, vilket leder till ackumulering av transmittörämnet och en förlängning och förstärkning av dess effekt.

Detta behöver inte betyda att det är omöjligt att utveckla en medicinsk behandling av kokainberoende, men uppgiften kan vara svårare och innefatta andra koncept än de som använts vid utveckling av behandlingar av heroinberoende.

En intressant del av forskningen är utnyttjandet av immunterapi, dvs. utveckling av ett vaccin som skulle "neutralisera" kokainets effekt genom att förhindra drogen från att nå hjärnan. Det underliggande konceptet har genomgått begränsade tester. Ett vaccin som utvecklats i Storbritannien har testats på ett litet antal (18 totalt) kokainberoende klienter under en period på 14 veckor. Man fann att tre fjärdedelar av den vaccinerade kohorten av kokainmissbrukare kunde hålla sig drogfria under en period på tre månader utan några obehagliga bieffekter. Efter sex månader uppgav både de som hade återfallit i missbruk och de som höll sig fortsatt drogfria att de euforiska känslorna inte var lika starka som före vaccinationen. Som ett resultat av dessa rön håller vaccinet, kallat narkotika-protein konjugat TA-CD, nu på att genomgå klinisk fas 2-prövningar. En alternativ immunoterapeutisk metod innefattar utveckling av monoklonala antikroppar mot kokain, men den metoden har ännu bara testats prekliniskt.

Den potentiella fördelen med kokainvaccinet TA-CD har väckt etiska frågor beträffande användning av vaccin: vem ska få det, vem ska fatta beslutet och på vilka kriterier etc.

I vissa länder, bland annat i USA och Storbritannien, investerar man för närvarande betydande summor på att bygga upp olika behandlingsmöjligheter genom immunterapi som syftar till att utveckla antikroppar som kan genskjuta kokainet i blodomloppet innan det når det centrala nervsystemet (se rutan om immunterapi för kokainmissbrukare).

En kombination av flera specifika åtgärder för psykosocial behandling betraktas för närvarande som den mest lovande behandlingen av användare av kokain och andra psykostimulantia. Åtgärder för att stärka samhällsförankringen (community reinforcement approach, CRA) kombinerade med villkorad styrning har visat sig kunna minska kokainanvändning på kort sikt (Higgins m.fl., 2003; Roozen m.fl., 2004).

CRA är en intensiv behandling som innefattar medverkan av familj, vänner och andra medlemmar i klientens sociala nätverk under hela behandlingstiden och består i att träna klienterna att ta sociala kontakter, att förbättra deras självbild, och att finna arbete och givande fritidsaktiviteter så att de kan skapa sig en annan livsstil (Roozen m.fl., 2004). Denna behandling i kombination med villkorad styrning – en metod som syftar till att påverka klienternas beteende genom att erbjuda meningsfulla incitament, t.ex. presenter, värdecheckar eller privilegier i utbyte mot kokainfria urinprov – har givit positiva effekter hos kokainberoende klienter i öppenvård i fråga om drogmissbruk och psykosocialt beteende under behandlingsfasen och uppföljningen efter behandlingen. Effekterna på kokainanvändningen föreföll dock vara begränsade till behandlingsperioden (Higgins m.fl., 2003).

Nya tillvägagångssätt när det gäller den mycket problematiska gruppen heroinanvändare som samtidigt missbrukar kokain och crack har som primärt behandlingsmål att minska skadeverkningarna och baseras på beteendeterapi i synnerhet villkorad styrning i kombination med underhållsprogram med metadon eller heroinstödd behandling (Schottenfeld m.fl., 2005; van den Brink, 2005; Poling m.fl., 2006).

## Åtgärder för att minska skadeverkningar

Utveckling av nya tillvägagångssätt för att minska kokainmissbrukets skadeverkningar har varit begränsade i Europa. Detta kan nu vara på väg att ändras. Växande insikt om såväl kokainanvändningens omfattning och de problem som är förenade med denna användning ökar intresset för att utveckla åtgärder för att möta kokainmissbrukarnas behov. Värdet av insatser för att förhindra och minska skador på hälsan till följd av

<sup>(158)</sup> [www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400](http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400)

användning av kokain är fortfarande tämligen outforskat, men flera områden kan ha potential för utveckling av denna typ av åtgärder. Det är exempelvis möjligt att kokainanvändare kan ha nytta av insatser där man tar upp frågor som exempelvis den ökade toxiciteten hos kombinationer av kokain och alkohol, möjliga kopplingar mellan kokainanvändning och kardiovaskulära problem eller beteenden som kan utsätta användarna för en ökad risk att smittas av HIV eller att falla offer för en olycka eller våldsbrott. Eftersom kokainanvändning kan eskalera snabbt kan det vara värt att utforska kortvariga insatser som syftar till att uppmärksamma användarna på att de kan börja uppleva negativa följder av sitt drogmissbruk.

Ett resultat av de allvarliga hälsomässiga och sociala problem som är förenade med användning av crack-kokain är att det finns mer erfarenhet av utveckling av tjänster för denna grupp även om verksamheterna är begränsade till de relativt få städer i Europa som har ett betydande crack-kokain problem. I ett flertal städer har uppsökande program inriktats på användare av crack-kokain. Syftet är att försöka få kontakt med personer i en grupp som oftast betraktas som svårt att arbeta med. Även om evidensbasen totalt sett fortfarande är relativt svag så tyder vissa studier på att fördelarna med uppsökande insatser kan öka. En studie av ett innovativt uppsökande behandlingsprogram i Rotterdam (Henskens,

2004, citerad i den holländska nationella rapporten) identifierade exempelvis faktorer som konstaterades vara viktiga för att behandla denna grupp klienter, som det ofta är svårt att förmå delta i konventionella narkotikaprogram.

Tvångsmässiga mönster för användning av crack och kokain kan vara förenade med ökat risktagande i fråga om sexuell hälsa. Vissa lågtröskelprogram inriktas särskilt på sexarbetare som använder crack och syftar till att sprida information om säker sex och droganvändning och att dela ut kondomer och glidmedel (se temakapitlet om genusfrågor).

Ett mer omdebatterat tillvägagångssätt har införts i vissa städer i Europa där metoden att tillhandahålla säkra rum för konsumtion av narkotika, vanligtvis främst injicering, har utvidgats till droginhalering. Rum för övervakad inhalering har öppnats i flera städer i Nederländerna, Tyskland och Schweiz (EMCDDA, 2004c). Även om det främsta syftet med dessa tjänster är att övervaka hygien finns det vissa belägg för att de också kan fungera som inkörsport till andra vårdmöjligheter. Övervakning av en sådan tjänst i Frankfurt, Tyskland, visade exempelvis att fler än 1 400 konsumtioner övervakades under en sex månader lång utvärderingsperiod 2004 och att 332 kontaktsamtal, 40 rådgivningssessioner och 99 remitteringar till andra narkotikarelaterade tjänster dokumenterades under samma period.



## Kapitel 6

# Användning av opiater och injicering

### Tillgång och tillgänglighet <sup>(159)</sup>

I Europa uppträder heroin i två former: det vanligt förekommande bruna heroinet (den kemiska basformen) och det ovanligare och dyrare vita heroinet (en saltform), som brukar ha sitt ursprung i Sydostasien. Vid sidan av det importerade heroinet finns det en inhemsk produktion av vissa opiatdroger i EU. Det rör sig främst om den begränsade produktionen av hemmagjorda vallmoprodukter (t.ex. "poppy straw", vallmokoncentrat framställt av krossade stjälkar eller frukter av vallmo) i ett antal östliga EU-länder, bl.a. Litauen, där marknaden för vallmostjälkar och koncentrat förefaller ha stabiliserats, och Polen, där produktionen av "polskt heroin" synes minska (CND, 2006).

### Produktion och handel

Större delen av det heroin som konsumeras i EU framställs i Afghanistan som fortfarande är världsledande när det gäller produktion av olagligt opium och under 2005 stod för 89 % av den totala olagliga produktionen av opium i världen, följt av Myanmar (7 %). Den globala opiumproduktionen har legat på oförändrad nivå under perioden 1999–2004 utom 2001, då talibanregimen i Afghanistan genomdrev ett förbud mot odling av opiumvallmo med en drastisk men kortvarig produktionsminskning som följd. Det uppskattas att cirka 4 670 ton producerades under 2005, vilket är 4 % mindre än under 2004 (CND, 2006). Den globala potentiella heroinproduktionen har uppskattats till 472 ton 2005 (495 in 2004) (UNODC, 2006).

Heroin förs in i Europa längs två huvudsakliga handelsvägar. Den sedan länge betydelsefulla Balkanruten 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, före detta jugoslaviska republiken Makedonien, Albanien, Italien, Serbien, Montenegro och Bosnien och Hercegovina, och en nordlig gren, som går genom Bulgarien, Rumänien, Ungern, Österrike, Tyskland och Nederländerna, där Nederländerna

fungerar som ett sekundärt distributionscentrum för andra västeuropeiska länder. Beslag av heroin under 2004 tyder på att den södra delen nu har blivit lika viktig som den norra i fråga om smugglad volym (Världstullorganisationen, 2005; INCB, 2006a). Sedan mitten av 1990-talet har allt mer heroin (men mindre än via Balkanrutterna) smugglats till Europa längs "silkesvägen" via Centralasien (i synnerhet Turkmenistan, Tadzjikistan, Kirgizistan och Uzbekistan), Kaspiska havet, Ryssland, Vitryssland och Ukraina till Estland, Lettland, vissa av de nordiska länderna och Tyskland (Nationella Reitox-rapporter, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a). Även om dessa rutter är de viktigaste har också länder på den arabiska halvön (Oman, Förenade Arabemiraten) blivit transitvägar för heroinleveranser från södra Asien samt Sydostasien avsedda för Europa (INCB, 2006a). Därtill har heroin avsett för Europa (och Nordamerika) beslagtogs 2004 i Öst- och Västafrika, Västindien samt Central- och Sydamerika (CND, 2006).

### Beslag

Under 2004 togs 210 ton opium (eller 21 ton heroinekvivalent), 39,3 ton morfin och 59,2 ton heroin i beslag i världen. Asien (50 %) och Europa (40 %) står fortfarande för de största beslagtagna mängderna heroin i världen. Europas andel ökar, främst som ett resultat av större beslag i länderna i sydöstra Europa (Turkiet) där för första gången större volymer beslagtogs än i Väst- och Centraleuropa (CND, 2006).

Under 2004 resulterade uppskattningsvis 46 000 beslag i konfiskation av cirka 19 ton heroin i de rapporterade länderna. Storbritannien står fortfarande för flest antal beslag, följt av Tyskland och Italien, medan Turkiet beslagtogs de största kvantiteterna (följt av Italien och Storbritannien) som stod för nästan hälften av den totala mängd som konfiskerades under 2004 <sup>(160)</sup>. Under perioden 1999–2004, fluktuerade antalet heroinbeslag och att döma av uppgifter från rapporterade länder förefaller

<sup>(159)</sup> Se "Tolkning av uppgifter om beslag och annan marknadsinformation", s. 37.

<sup>(160)</sup> Detta bör kontrolleras mot de uppgifter som saknas för 2004 när de blir tillgängliga. Uppgifter om både antal heroinbeslag och beslagtagna mängder heroin 2004 saknades för Irland och Storbritannien; uppgifter om antal heroinbeslag saknades för Nederländerna 2004. Av skattningsmässiga skäl ersattes de saknade uppgifterna för 2004 med uppgifter från 2003. Uppgifter om de beslagtagna mängderna 2004 som lämnats av Nederländerna var endast uppskattningar som inte kunde inkluderas i analysen av trender upp till 2004.

den minskning som konstaterades 2002–2003 ha följts av en ökning under 2004 <sup>(161)</sup>. Under femårsperioden 1999–2004, ökade de totala beslagtagna kvantiteterna konstant och nådde rekordnivåer under 2004. Detta berodde främst på att Turkiet beslagtogs nästan dubbelt så stora kvantiteter heroin under 2004 jämfört med föregående år <sup>(162)</sup>.

### Pris och renhet

År 2004 uppgavs genomsnittspriset på brunt heroin i missbrukarledet i Europa variera mellan 12 euro per gram i Turkiet och 141 euro per gram i Sverige, medan priset på vitt heroin varierade mellan 31 euro (Belgien) och 202 euro (Sverige) per gram, och priset på heroin av okänd typ varierade från 35 euro per gram i Slovenien till 82 euro per gram i Storbritannien <sup>(163)</sup>. Tillgängliga uppgifter för perioden 1999–2004 visar att genomsnittspriset på heroin korrekterat för inflation <sup>(164)</sup>, gått ner i de flesta rapporterade länder <sup>(165)</sup>.

Den genomsnittliga renhetsgraden i missbrukarledet för brunt heroin inom EU varierade år 2004 mellan 10 % i Bulgarien och 48 % i Turkiet, medan priset för vitt heroin varierade mellan 20 % i Tyskland och 63 % i Danmark. Genomsnittliga renhetsgraden i missbrukarledet för heroin av okänd typ varierade mellan 16 % i Ungern och 42–50 % <sup>(166)</sup> i Nederländerna <sup>(167)</sup>. Sedan 1999 har den genomsnittliga renhetsgraden för heroinprodukter fluktuerat i de flesta rapporterade länder <sup>(168)</sup>, vilket gör det svårt att se någon övergripande trend.

### Internationella insatser mot framställning av och handel med heroin

Ättiksyraanhydrid <sup>(169)</sup> är en viktig prekursor som används i olaglig framställning av heroin. Operation Topaz är ett internationellt initiativ för att övervaka den lagliga handeln med ättiksyraanhydrid och undersöka vilka metoder och rutter som används vid avledning (INCB, 2006b). Den lagliga handeln med ättiksyraanhydrid är omfattande vilket gör den svår att övervaka. Detta faktum illustreras av att

22 exporterande länder/territorier sedan 2001 lämnat in 7 684 anmälan före export till INCB för totalt 1 350 000 ton ättiksyraanhydrid. Beslagen i Turkiet (1 600 liter 2004) har minskat markant på senare år, vilket eventuellt kan tyda på att smugglarna har funnit nya rutter och metoder för avledning. Under 2004 identifierades beslag i Europa (Bulgarien) för första gången ha sitt ursprung i sydvästra Asien (INCB, 2006b).

Även om aspekter av operation Topaz som har gällt övervakning av internationell handel har visat sig vara framgångsrika har mycket små framsteg gjorts när det gäller att identifiera och oskadliggöra rutter som används för smuggling av ättiksyraanhydrid i Afghanistan och i dess grannländer (INCB, 2006b).

Projekt Mustard, som drivs av Europol, syftar till att identifiera och rikta in sig på turkiska och närstående kriminella grupper som arbetar mot och inom EU och som sysslar med handel med droger, främst heroin. Projektet ger operativt stöd till aktiva undersökningar i de deltagande länderna och förbättrar den strategiska underrättelsebildningen genom att ge insyn i de verksamheter som turkisk organiserad brottslighet och närstående grupper bedriver (Europol, 2006).

### Prevalensstimat för problemmissbruk av opiater

Uppgifterna i detta avsnitt har hämtats från ECNN:s indikator för problematiskt narkotikamissbruk, som omfattar "injektionsanvändning eller långvarig/vanemässig användning av opiater, kokain och/eller amfetaminer". Estimaten över problematiskt narkotikamissbruk har länge främst speglat heroinanvändning, även om problematiskt missbruk av amfetamin är vanligt i några länder, vilket tas upp på ett annat ställe i rapporten.

När skattningar av problematiskt narkotikamissbruk tolkas bör man hålla i minnet att användarmönstret blir alltmer varierat. Exempelvis har blandmissbruk blivit ett allt större problem i de flesta länder, medan några länder där opiatmissbruk länge har dominerat rapporterar att andra

<sup>(161)</sup> Se tabell SZR-7 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(162)</sup> Se tabell SZR-8 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(163)</sup> Se tabell PPP-2 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(164)</sup> 1999 har använts som basår för valutorna i samtliga länder.

<sup>(165)</sup> Under perioden 1999–2004, fanns uppgifter om priser på heroin tillgängliga för minst tre på varandra följande år: för brunt heroin i Belgien, Tjeckien, Spanien, Frankrike, Irland, Luxemburg, Polen, Portugal, Slovenien, Sverige, Storbritannien, Bulgarien, Rumänien, Turkiet och Norge; för vitt heroin i Tjeckien, Tyskland, Frankrike, Lettland och Sverige; och för heroin av okänd typ i Litauen och Storbritannien.

<sup>(166)</sup> Dessa två siffror representerar uppgifter från två olika kontrollsystem (se tabell PPP-6 [del iii] i statistikbulletinen 2006); tolkningen bör ske med viss försiktighet eftersom siffran 50 % baseras på ett enda prov.

<sup>(167)</sup> Se tabell PPP-6 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(168)</sup> Under perioden 1999–2004, fanns uppgifter om heroinets renhetsgrad tillgängliga för minst tre på varandra följande år: för brunt heroin i Tjeckien, Danmark, Spanien, Irland, Italien, Luxemburg, Österrike, Portugal, Slovakien, Storbritannien, Turkiet och Norge; för vitt heroin i Danmark, Tyskland, Estland, Finland och Norge; och för heroin av okänd typ i Belgien, Litauen, Ungern och Nederländerna.

<sup>(169)</sup> Infört på förteckning I i 1988 års konvention.

droger nu används mer. De flesta heroinmissbrukare antas nu använda stimulantia och andra droger vid sidan av opiaterna, men det är mycket svårt att få fram tillförlitliga uppgifter om blandmissbruk på EU-nivå (se kapitel 8).

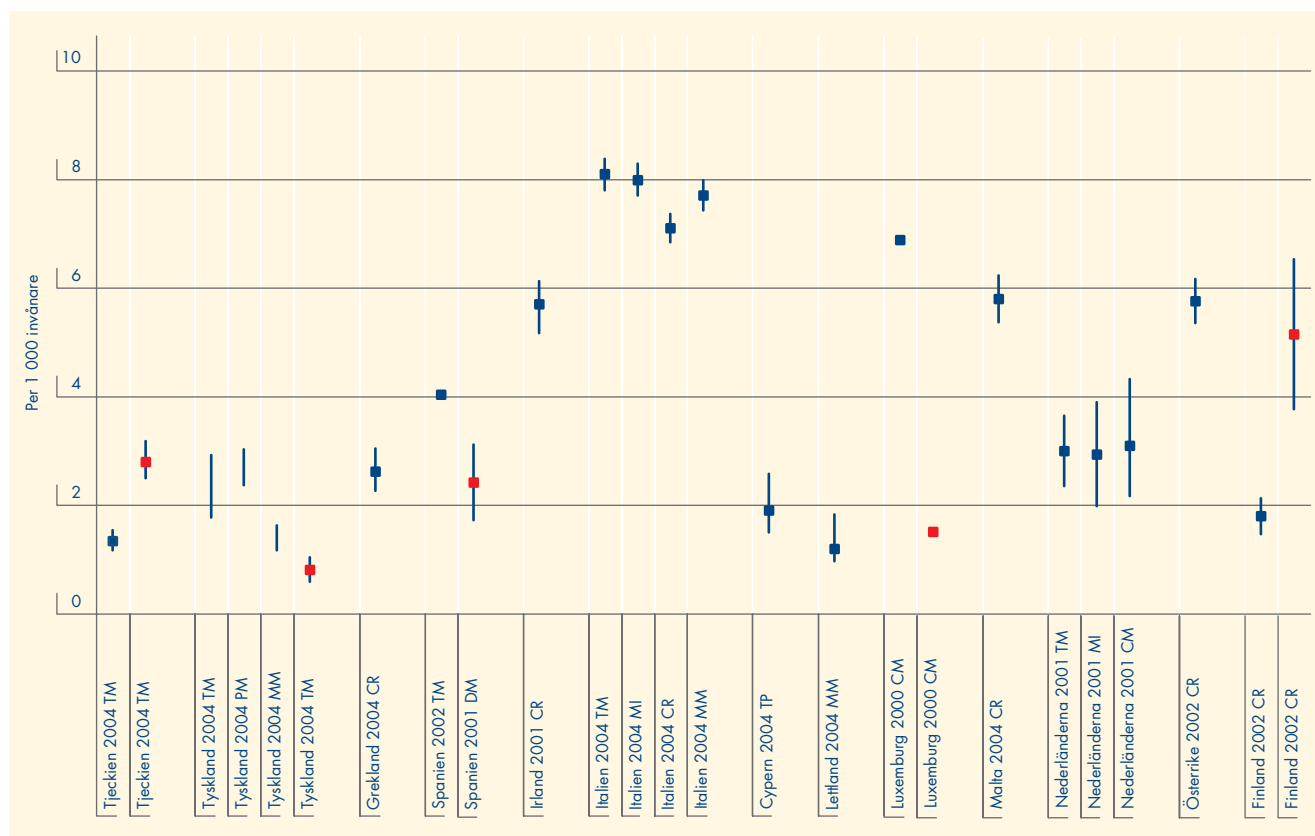
Trots den allmänna tendensen mot varierat missbruk, baseras skattningar av problemmissbruk i många länder enbart på problemmissbruk av heroin eller andra opiater som primärdrog. Detta kan konstateras i skattningar av problematiskt opiatmissbruk (se figur 8), som till stor del liknar skattningarna för problematiskt narkotikamissbruk<sup>(170)</sup>. Det är inte känt om förekomst av annat problemmissbruk än av opiater nästan är försumbart eller om det möjligen är betydande men alltför svårt att uppskatta.

Det är svårt att uppskatta antalet problematiska opiatmissbrukare, och en mer avancerade typ av analys krävs om man ska få fram prevalens ur de uppgifter som finns tillgängliga. Estimat är dessutom ofta geografiskt begränsade

och extrapolering för att beräkna nationella estimat blir osäkra.

Skattningarna av det problematiska narkotikamissbrukets omfattning på nationell nivå under perioden 1999–2004 ligger i intervallet 1–8 fall per 1 000 invånare i åldern 15–64 år (baserat på skattningsintervallens mittpunkter). Skattningar av prevalensen skiljer sig mycket från land till land, men när olika metoder har använts i samma land är resultaten i stort sett konsekventa. Högre värden för problemmissbrukare av opiater redovisas av Irland, Italien, Luxemburg, Malta och Österrike (5–8 fall per 1 000 invånare i åldern 15–64 år), medan lägre värden redovisas av Tjeckien, Tyskland, Grekland, Cypern, Lettland och Nederländerna (färre än 4 fall per 1 000 invånare i åldern 15–64 år) (figur 8). Några av de lägsta väldokumenterade skattningarna som nu finns kommer från EU:s nya medlemsländer, men i Malta har en högre prevalens rapporterats (5,4–6,2 fall per 1 000 invånare i åldern 15–64 år). Baserat på de begränsade uppgifterna

Figur 8: Skattningar av problemmissbruket av opiater och stimulantia 2000–2004 (fall per 1 000 invånare i åldern 15–64)



Observera: ■ Röda kvadrater anger missbruk av stimulantia, övriga uppskattningar är missbruk av opiater. MM, mortality multiplier (multiplikator metod med uppgift om dödlighet); CR, capture-recapture (fångst-återfångst); TM, treatment multiplier (multiplikator metod med uppgifter från behandlingsorgan); PM, police multiplier (multiplikator metod med uppgifter från polisen); MI, multivariate indicator (metod som baseras på flera indikatorer); TP, truncated poisson (trunkerad poisson); CM, combined methods (kombinerade metoder). För mer information se tabellerna PDU-1, PDU-2 och PDU-3 i statistikbulletinen 2006. Symbolen anger en punktberäkning och ett fält anger ett osäkerhetsintervall som antingen kan vara ett konfidensintervall på 95 % eller ett intervall som bygger på sensitivitetsanalys. Målgrupperna kan variera något beroende på olika metoder och uppgiftskällor, och jämförelser bör därför göras med försiktighet.

<sup>(170)</sup> Se figur PDU-1 (del i) i statistikbulletinen 2006.

kan man sluta sig till en allmän prevalens av problematiska narkotikamissbrukare i EU i intervallet 2–8 fall per 1 000 invånare i åldern 15–64 år. Detta är dock långt ifrån säkra skattningar som kommer att behöva justeras i takt med att ytterligare uppgifter från de nya medlemsstaterna blir tillgängliga.

Lokala och regionala specifika skattningar av problemmissbruk av opiater finns inte tillgängliga. Uppgifter om problematiskt narkotikamissbruk (inklusive missbruk av stimulantia och andra droger) tyder dock på att omfattningen kan variera stort mellan städer och regioner. De högsta lokala skattningarna under perioden 2000–2004 kommer från Irland, Portugal, Slovakien och Storbritannien och når högsta värden på 15 och 25 per 1 000 invånare<sup>(171)</sup>. Som kan förväntas är de geografiska skillnaderna stora på lokal nivå. Prevalensen i olika delar av London varierar exempelvis mellan 6 och 25 fall per 1 000 invånare. De stora variationerna i lokala prevalensvärden gör det svårt att generalisera.

### Narkotikamissbrukare i fängelserna

Informationen om narkotikamissbruket bland intagna är ofullständig. Många av de uppgifterna som finns i EU kommer från enstaka studier, som ibland har genomförts på lokal nivå i anstalter som inte är representativa för det nationella fängelsesystemet, eller som bygger på urval av varierande storlek. Skillnader när det gäller de studerade populationernas egenskaper gör att jämförbarheten hos de olika undersökningarnas uppgifter begränsas, både mellan länder och i ett givet land, och att resultat och trender blir svåra att extrapolera. De flesta europeiska länder<sup>(1)</sup> har lämnat uppgifter om narkotikamissbruk i fängelsepopulationen under de senaste fem åren (1999–2004). Dessa uppgifter visar att narkotikamissbrukare är kraftigt överrepresenterade bland internerna i fängelserna om man jämför med befolkningen som helhet. Andelen intagna som uppger att de någon gång har använt en olaglig drog varierar mellan fängelser och häkten, men genomsnittet varierar mellan en tredjedel eller färre i Ungern och Bulgarien och två tredjedelar eller mer i Nederländerna, Storbritannien och Norge. De flesta länder redovisar livstidsprevalens på cirka 50 % (Belgien, Grekland, Lettland, Portugal, Finland). Cannabis är fortfarande den olagliga drog som oftast används, med en livstidsprevalens bland fängelseintagna som varierar mellan 4 % och 86 %, jämfört med livstidsprevalens på 3–57 % för kokain, 2–59 % för amfetaminer och 4–60 % för heroin<sup>(2)</sup>.

Därtill rapporterar mellan 8 % och 73 % av internerna att de regelbundet konsumerade eller var beroende av narkotika innan de kom till fängelset, medan livstidsprevalens för injektionsmissbruk i fängelsepopulationen är 7–38 %<sup>(3)</sup>.

### Tidstrender för problemmissbruk av opiater

Bristen på tillförlitliga och konsekventa uppgifter avseende längre tidsperioder gör det fortfarande besvärligt att bedöma trenderna för problemmissbruket av opiater. De uppgifter som har samlats in tyder dock på att prevalensen för problemmissbruket av opiater skiljer sig mycket mellan länderna och att trenderna inte är konsekventa inom EU. Rapporter från vissa länder, som stöds av andra indikatoruppgifter, tyder på att problemmissbruket av opiater ökade stadigt under mitten och slutet av 1990-talet (figur 9). Det förefaller dock ha stabiliserats eller minskat något på senare år. Upprepade skattningar av problemmissbruket av opiater finns tillgängliga för 2000–2004 från sju länder (Tjeckien, Tyskland, Grekland, Spanien, Irland, Italien, Österrike). Fyra länder (Tjeckien, Tyskland, Grekland, Spanien) har rapporterat minskat problemmissbruk, medan ett land rapporterade en ökning (Österrike – även om detta är svårt att tolka eftersom systemet för datainsamling ändrades under perioden i fråga). Att döma av antalet nya

De flesta narkotikamissbrukare minskar eller upphör helt med sitt missbruk när de kommer till fängelset. Många fortsätter dock att missbruka och andra börjar med narkotika (och/eller injektionsmissbruk) under tiden i fängelset. De studier som finns visar att 8–51 % av internerna uppger sig ha använt droger medan de har suttit i fängelse, 10–42 % uppger sig ha gjort detta regelbundet och 1–15 % har injicerat droger under tiden i fängelset<sup>(4)</sup>. Detta inger oro för spridning av infektionssjukdomar och aktualiserar frågor om tillgången till steril injektionsutrustning och om hygienvanorna när internerna delar på sådan utrustning.

Upprepade undersökningar som genomförts i Tjeckien (1996–2002), Danmark (1995–2002), Litauen (2003/2004), Ungern (1997/2004), Slovenien (2003/2004) och Sverige (1997–2004) visar en ökning av prevalensen för olika typer av narkotikaanvändning bland interner, medan Frankrike (1997/2003) redovisar en markant minskad andel injicerande missbrukare bland interner<sup>(5)</sup>.

<sup>(1)</sup> Länder som har rapporterat studier genomförda under de senaste fem åren (1999–2004) och som har lämnat uppgifter om mönster för användning av droger i fängelser var Belgien, Tjeckien, Danmark, Tyskland, Grekland, Frankrike, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Ungern, Malta, Nederländerna, Österrike, Portugal, Slovenien, Slovakien, Finland, Sverige, Storbritannien, Bulgarien och Norge.

<sup>(2)</sup> Se tabell DUP-1 och figur DUP-1 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(3)</sup> Se tabell DUP-2 och DUP-5 i statistikbulletinen 2006.

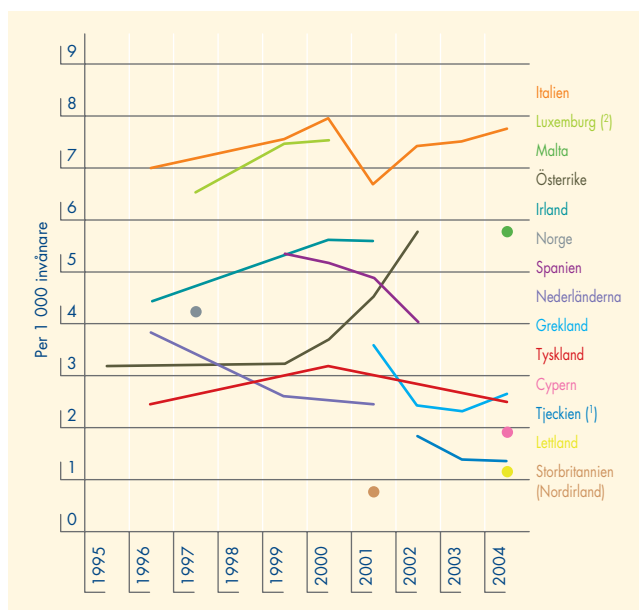
<sup>(4)</sup> Se tabell DUP-3 och DUP-4 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(5)</sup> Se tabell DUP-5 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(171)</sup> Se figur PDU-6 (del i) i statistikbulletinen 2006.



**Figur 9:** Trender när det gäller det problematiska opiatmissbrukets omfattning 1995–2004 (fall per 1 000 invånare i åldern 15–64)



(1) Uppskattningar för åldersgruppen 18–64 år.  
 (2) Beräknade från data för åldersgruppen 15–54 år.  
 Observera: Tidsserierna har kombinerats när liknande metoder har använts under tidsperioden. För mer information se tabell PDU-1, PDU-2 och PDU-3 i statistikbulletinen 2006.  
 Källor: Nationella Reitox-kontaktpunkter.

klienter som söker behandling håller problemmissbruket av opiater i allmänhet på att långsamt minska. Prevalensen av problemmissbruk av opiater kan därför förväntas minska i en nära framtid.

## Injektionsmissbruk

Injektionsmissbrukare löper mycket stor risk att drabbas av negativa konsekvenser och det är därför viktigt att ta upp injektionsmissbruket för sig, som en central kategori i det problematiska narkotikamissbruket.

Trots injektionsmissbrukets inverkan på folkhälsan är det få länder som lämnar nationella eller lokala skattningar av det (172). På grund av bristen på uppgifter är skattningarna av injektionsmissbrukare i detta avsnitt inte indelade efter primärmedel, även om trenderna när det gäller andelen av injektionsmissbrukare bland heroinmissbrukare som genomgått behandling (se nedan) självfallet är specifika för injektionsmissbruk av heroin.

Större delen av de tillgängliga skattningarna av injektionsmissbruket har hämtats från siffror om överdoser som lett till dödsfall eller uppgifter om smittsamma sjukdomar (som exempelvis HIV). Tillgängliga skattningar varierar

markant mellan länderna. Sedan 2000 har skattningar på nationell nivå legat i intervallet 1–6 fall per 1 000 invånare i åldern 15–64 år, med några högre skattningar före år 2000. Bland de länder där skattningar finns tillgängliga, har den högsta nationella prevalensen av injektionsmissbruk sedan 2000 redovisats av Luxemburg och Österrike, med cirka 6 fall per 1 000 invånare i åldern 15–64 år. De lägsta skattningarna rapporteras från Cypern och Grekland med strax över 1 fall per 1000 invånare.

Tidstrender, i den mån de finns, visar inte något allmänt mönster, utan tyder på minskat injektionsmissbruk i vissa länder och regioner (exempelvis i Skottland, Storbritannien) och öknningar i andra. Brist på uppgifter på detta område gör det svårt att skapa en tydlig bild av utvecklingen.

Kartläggning av injektionsmissbrukarnas andel av alla heroinmissbrukare som påbörjar behandling är ett viktigt komplement till kontroll av prevalensen av injektionsmissbruket i befolkningen. Det är samtidigt viktigt att hålla i minnet att de konstaterade andelarna inte nödvändigtvis speglar trender i prevalens av alla typer av injektionsmissbruk. I länder med en hög andel användare av stimulantia (Tjeckien, Slovakien, Finland, Sverige) är det exempelvis möjligt att värdena för injicering bland heroinmissbrukare inte är representativa för den övergripande situationen.

Andelen injektionsmissbrukare av klienter som påbörjar behandling och som har heroin som primärmedel tyder på att länderna skiljer sig markant åt när det gäller injektionsmissbrukets omfattning och dessutom verkar trenderna variera över tiden (173). I några länder (Spanien, Nederländerna och Portugal) injicerar en liten andel av de heroinmissbrukare som genomgått behandling, medan injicering fortfarande förefaller vara den vanligaste formen för heroinanvändning i andra länder. I några av de länder som har varit EU-medlemmar under en lång tid och som kan redovisa uppgifter (Danmark, Spanien, Frankrike, Grekland, Italien och Storbritannien), har injektionsmissbrukets andel bland heroinmissbrukare i behandling minskat. I de flesta nya medlemsstater är nästan alla heroinmissbrukare i behandling injektionsmissbrukare, åtminstone i de länder som redovisat uppgifter.

## Uppgifter om efterfrågan på behandling (174)

I många länder är opiater (främst heroin) fortfarande den primärmedel som klienterna söker behandling för. Enligt indikatorn för behandlingsbegäran uppgav 60 % av

(172) Se figur PDU-7 i statistikbulletinen 2006.

(173) Se figur PDU-3 (del i) i statistikbulletinen 2006.

(174) Se fotnot 70.



alla klienter som rapporterats söka behandling 2004 ha opiater som primär drog – och något över hälften (53 %) av dessa klienter rapporteras injicera drogen <sup>(175)</sup>. Det bör noteras att indikatorn för behandlingsbegäran inte omfattar samtliga klienter som behandlas för opiatmissbruk, vilket är ett betydligt större antal, utan enbart klienter som sökt behandling under det aktuella året.

Andelen klienter som sökt behandling för heroinmissbruk av samtliga klienter varierar mellan länderna. Baserat på de senaste uppgifter som finns att tillgå, kan länderna delas in i tre grupper med avseende på hur stor andel av klienterna som söker behandling som rapporterar problemmissbruk av heroin, vilket ger följande siffror:

- Under 50 % – Tjeckien, Danmark, Ungern, Nederländerna, Polen, Slovakien, Finland, Sverige.
- 50–70 % – Tyskland, Spanien, Frankrike, Irland, Cypern, Lettland, Portugal, Storbritannien, Rumänien.
- Över 70 % – Grekland, Italien, Litauen, Luxemburg, Malta, Slovenien, Bulgarien <sup>(176)</sup>.

I några länder använder en betydande andel av opiatklienterna andra substanser än heroin. Så är exempelvis fallet i Ungern där bruket av hemmagjorda opiumvallmoprodukter är vanlig, och i Finland där de flesta opiatklienterna missbrukar buprenorfin <sup>(177)</sup>.

I likhet med användare av andra droger söker de flesta opiatmissbrukare behandling i öppenvården. Jämfört med kokain- och cannabisklienter behandlas dock en större del av opiatklienterna i slutenvården.

De flesta länder som har ett större antal nya heroinklienter varje år (förutom Tyskland, där rapporteringsbasen har breddats) rapporterar att en minskning av antalet har skett under de senaste 4–5 åren, förutom när det gäller klienter som redan har varit i behandling. Antalet klienter som kommer tillbaka till vården för att söka förnyad behandling har i allmänhet inte minskat och i de flesta länder är det totala antalet klienter som söker behandling för heroinmissbruk mer eller mindre oförändrat. Markanta undantag är Tyskland och Storbritannien, där det totala antalet rapporterade behandlingsansökningar har ökat. Totalt sett har emellertid heroinmissbrukarnas (alla gamla och nya klienter som söker behandling)

andel av behandlingsefterfrågan minskat. Antalet förstagångsklienter som missbrukar heroin minskade under perioden 1999–2004 från cirka två tredjedelar till cirka 40 % av det totala antalet, samtidigt som antalet klienter som sökte behandling för cannabissmissbruk och kokainmissbruk ökade. <sup>(178)</sup>

Det har tidigare rapporterats att klienterna som söker behandling för opiatmissbruk blir allt äldre och denna trend fortsatte under 2004. Nästan samtliga opiatmissbrukare som söker behandling är äldre än 20 år och nästan hälften är äldre än 30 år. Uppgifter på europeisk nivå visar att endast en liten grupp opiatmissbrukare (mindre än 7 %) är yngre än 20 år när de första gången söker hjälp <sup>(179)</sup>. Det finns spridda rapporter om mycket unga klienter (yngre än 15 år) som söker behandling för heroinmissbruk <sup>(180)</sup>, exempelvis barn i åldrarna 11–12 år i Sofia, Bulgarien, men i allmänhet tycks efterfrågan på behandling för heroinmissbruk bland unga vara sällsynt.

Opiatklienterna rapporteras tillhöra en marginaliserad grupp i samhället, ha låg utbildningsnivå, hög arbetslöshet och ofta vara utan fast boende. Spanien rapporterar att 17–18 % av opiatklienterna är hemlösa.

De flesta opiatklienterna uppger att de var mellan 15 och 24 år första gången de använde dessa droger och omkring 50 % av klienterna var under 20 år första gången de använde drogen <sup>(181)</sup>. En jämförelse mellan debutåldern och den ålder då klienten första gången begär behandling visar att tidsintervallet mellan dessa vanligen är 5–10 år. Samtidigt uppskattas tidsintervallet mellan debut och regelbunden användning av drogen till 1,5–2,5 år (finska nationella rapporten). Man kan därför sluta sig till att opiatklienterna vanligen använder drogen regelbundet under 3–7 år innan de första gången söker specialiserad behandling.

Bland nya klienter som söker behandling i öppenvården i Europa för sitt opiatmissbruk och där det är känt hur de använder drogen, beräknas drygt hälften injicera. I allmänhet förekommer injicering oftare bland opiatanvändare som söker behandling i de nya medlemsstaterna (över 60 %) än i EU-15 (under 60 %), med undantag av Italien och Finland där andelen injektionsmissbrukare bland klienterna är 74 % respektive 79,3 %. Lägsta andelen opiatklienter som är injektionsmissbrukare finns i Nederländerna (13 %) och den högsta i Lettland (86 %) <sup>(182)</sup>.

<sup>(175)</sup> Se figur TDI-2 och tabell TDI-5 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(176)</sup> Se tabell TDI-5 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(177)</sup> Se tabell TDI-26 i statistikbulletinen 2006; nationella Reitox-rapporter.

<sup>(178)</sup> Se figur TDI-1 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(179)</sup> Se tabell TDI-10 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(180)</sup> [www.communitycare.co.uk](http://www.communitycare.co.uk)

<sup>(181)</sup> Se tabell TDI-11 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(182)</sup> Se tabell TDI-17 i statistikbulletinen 2006.

## Behandling av opiatberoende

I EU:s narkotikastrategi 2005–2012 läggs stor vikt vid förbättrad tillgång och tillträde till behandling och uppmanas medlemsstaterna att erbjuda heltäckande och effektiva behandlingsprogram. Under lång tid har behandlingshemmen stått för en betydande del av vården av problemmissbrukare av opiater. Allt fler behandlingsmöjligheter har dock tillkommit och i synnerhet substitutionsbehandling tillgrips allt oftare vilket har inneburit att vården på behandlingshem har minskat i omfattning.

Det finns för närvarande få uppgifter om tillgång på olika alternativ för behandling av opiatmissbruk i Europa. Som svar på ett frågeformulär som ECNN sänt ut konstaterade experter i de flesta (16) medlemsstater att substitutionsbehandling är den vanligaste behandlingsformen. I fyra länder (Tjeckien, Ungern, Polen och Slovakien) rapporteras drogfri behandling vara vanligare och i två länder, Spanien och Sverige, redovisas alternativ som bygger på parallell behandling med läkemedel och drogfri behandling.

Substitutionsbehandling för opiatberoende (främst behandling med metadon eller buprenorfin) används i samtliga medlemsstater<sup>(183)</sup> samt i Bulgarien, Rumänien och Norge. Numera råder betydande europeisk konsensus om att substitutionsbehandling är ett bra alternativ när det gäller att behandla problemmissbrukare av opiater, även om det fortfarande är ett känsligt ämne i några länder (se kapitel 2). Substitutionsbehandlingens roll har blivit mindre omstridd internationellt. FN-systemet antog 2004 en gemensam ståndpunkt om underhållsbehandling med substitutionsämnen (WHO/UNODC/UNAIDS, 2004), och i juni 2006 förde WHO upp både metadon och buprenorfin i sin modellförteckning över föreslagna centrala läkemedel.

Det finns nu starka bevis för att substitutionsprogram med läkemedel som metadon eller buprenorfin ger resultat. Studier har visat att substitutionsbehandling kan knytas till minskad användning av olagliga droger, minskat bruk av injicering, minskade beteenden förenade med hög risk för spridning av HIV eller andra smittsamma sjukdomar som delad utrustning, större förmåga att delta i samhället samt till förbättringar av den allmänna hälsan. Forskning tyder också på att de kriminella verksamheterna kan minska och att tillräcklig kapacitet för substitutionsbehandling kan leda till färre narkotikarelaterade dödsfall. De bästa resultaten uppnås om klienterna förs in i tid i programmet, att behandlingen pågår under tillräckligt lång tid och att den upprätthålls och att läkemedlen doseras korrekt.

Samtidigt som substitutionsbehandling med metadon fortfarande är vanligast i Europa, kommer det allt fler nya behandlingsalternativ, och buprenorfin finns nu tillgängligt i 19 medlemsstater samt i Bulgarien och Norge, även om det inte står klart om buprenorfin är ett officiellt godkänt preparat för underhållsbehandling i samtliga länder där det rapporteras användas. Med hänsyn till att behandling med stora doser buprenorfin infördes i Europa för endast tio år sedan, har läkemedlets popularitet som behandlingsalternativ växt anmärkningsvärt snabbt (se figur 1)<sup>(184)</sup>.

Långvarig substitution av narkotika är inte det enda syftet med farmakologisk opiatbehandling. Metadon och buprenorfin används också för att behandla avvänjning från opiater, när målet är att hjälpa klienten att helt sluta använda drogen genom att under en viss period ge allt mindre doser för att lindra abstinenssymptomen. Opiatantagonisten naltrexon som är ett läkemedel som används i aversionsbehandling av opiatberoende, används också ibland som hjälpmedel för att förhindra återfall, eftersom det blockerar heroins effekter. Bevisgrunden för användandet av detta läkemedel är dock fortfarande inte övertygande.

I några länder (Tyskland, Spanien, Nederländerna och Storbritannien) finns också program för heroinförskrivning, även om det fortfarande är ett mycket litet antal patienter som får denna typ av behandling jämfört med andra typer av läkemedelssubstitution (förmodligen utgör denna grupp mindre än 1 % av alla patienter). Denna behandlingsform är omtvistad och den erbjuds vanligen på vetenskaplig försöksbasis till klienter med ett långvarigt missbruk där andra behandlingsalternativ har misslyckats.

En nyligen genomförd studie av hur effektiva behandlingsprogram mot narkotikaberoende är när det gäller att förebygga spridandet av HIV fann att insatser inriktade på beteendeträning kan förstärka substitutionsbehandlingens positiva effekter på förebyggandet av HIV, medan enbart psykologisk behandling har varierad effekt. Abstinensbaserad behandling visade goda resultat när det gällde förebyggandet av HIV för de patienter som fortsatte behandlingen under tre månader eller längre (Farrell m.fl., 2005).

### Kartläggning av användningen av metadon

Metadon är en narkotikaklassad drog enligt förteckning i Allmänna narkotikakonventionen från 1961, och den nationella konsumtionen övervakas årligen av INCB.

Ett minimiestimat baserat på EU:s medlemsstater, Norge, Bulgarien och Rumänien är enligt ECNN att drygt

<sup>(183)</sup> I Cypern rapporteras metadon användas i avgiftningsbehandling sedan 2004 och ett pilotprojekt för underhållsbehandling med metadon ska inledas, men inga fall under behandling har ännu redovisats. I Turkiet är metadon officiellt registrerat för behandling av opiatberoende, men inga behandlade fall har rapporterats.

<sup>(184)</sup> Se temakapitlet om buprenorfin i årsrapporten 2005.

500 000 klienter erhåller substitutionsbehandling under ett år (se tabell 4 i årsrapporten 2005). Med undantag av Tjeckien och Frankrike, där behandling med höga doser av buprenorfin (HDBT) rapporteras vara vanligast används metadon i drygt 90 % av behandlingarna i alla andra länder.

EU och USA tillsammans står för 85 % av världens metadonkonsumtion, och denna siffra har stadigt ökat under de senaste tio åren. De konsumerade mängderna var oförändrade i båda regionerna mellan 1997 och 2000, men därefter har en kraftig ökning skett i USA. För närvarande konsumerar EU ungefär hälften så mycket metadon som USA <sup>(185)</sup>.

Som regel leder införande av substitutionsbehandling med metadon till en märkbar ökning av konsumtionen. I exempelvis Frankrike ökade konsumtionen av metadon snabbt, från 31 kg 1995 till 446 kg 2004, efter det att substitutionsbehandling med metadon hade införts allmänt 1995.

Helt nyligen har tecken på en stabilisering av metadonkonsumtionen konstaterats i statistiken från Danmark, Spanien, Malta, Nederländerna och möjligen Tyskland. Detta motsvarar rapporterade trender för antalet klienter i behandling (se kapitel 2).

---

<sup>(185)</sup> Se figur NSP-2 i statistikbulletinen 2006.



## Kapitel 7

# Narkotikarelaterade smittsamma sjukdomar och dödsfall

## Narkotikarelaterade smittsamma sjukdomar

En av de mer allvarliga hälsoriskerna förenade med användning av olagliga droger, och i synnerhet med injektionsmissbruk, är överföring av HIV och andra smittsamma sjukdomar, bland annat hepatit C och B. Kopplingen mellan injektionsmissbruk och överföring av smitta är väl känd. Ett viktigt mål för folkhälsoåtgärderna på detta område är därför att minska injektionsmissbruket och vanan att dela sprutor och nålar. Studier visar också på ett samband mellan narkotikamissbruk och sexuell högriskaktivitet. Därmed blir det allt viktigare att knyta insatser för att bekämpa narkotikamissbruk till folkhälsostrategier inriktade på sexuell hälsa. Uppgifter om smittsamma sjukdomar på europeisk nivå samlas in genom regelbundna anmälningar, där injektionsmissbruk kan redovisas som en riskfaktor, och genom särskilda studier av missbrukspopulationer i olika miljöer.

### HIV och aids

#### Nya trender när det gäller rapporterade HIV-fall

För närvarande redovisar de flesta länder få nydiagnostiserade HIV-fall bland injektionsmissbrukare. Länder som konstant har haft få fall av HIV-smittade bland injektionsmissbrukare erbjuder möjligheter att analysera vilka faktorer som bidrar till detta förhållande. Denna fråga ställs i EU:s nuvarande handlingsplan mot narkotika och är just nu ett ämne för en studie som samordnas av ECNN. Kampen mot HIV är dock långt ifrån vunnen. Både Spanien och Italien har haft HIV-epidemier bland injektionsmissbrukare, men inget av dessa länder har lämnat någon redovisning av nationella HIV-fall, vilket gör rapporterade uppgifter mindre värda när det gäller att beskriva den samlade bilden på EU-nivå. Uppgifter från några länder ger därtill anledning till oro för att antalet HIV-smittade kanske ökar, åtminstone bland populationer av injektionsmissbrukare.

I Frankrike, som inte började redovisa uppgifter om HIV-fall förrän 2003, redovisas en ökning av antalet HIV-smittade bland injektionsmissbrukare (om än från en låg nivå) från uppskattningsvis 2,3 fall per en miljon invånare 2003 till 2,9 fall per en miljon invånare 2004. Även om detta ligger

i linje med tillgängliga uppgifter i studien (se nedan) måste man hålla i minnet att nya rapporteringssystem ofta är instabila i inledningsskedet. Portugal rapporterar antalet HIV-smittade till 98,5 fall per en miljon invånare 2004, den högsta siffran i EU <sup>(186)</sup>, vilket medför att den synbara nedgång av nydiagnostiserade HIV-fall bland injektionsmissbrukare som tidigare rapporterats måste ifrågasättas. I Storbritannien har antalet HIV-smittade bland injektionsmissbrukarna saktat ökat för att nu ligga oförändrat vid just under 2,5 fall per en miljon invånare per år. I Irland ökade antalet HIV-fall under slutet av 1990-talet och nådde en topp på 18,3 fall per en miljon invånare per år 2000 varefter antalet minskade till 9,8 fall per en miljon invånare 2001, och därefter återigen ökade till 17,8 fall per en miljon invånare 2004.

Utbrott av nya HIV-epidemier förknippade med injektionsmissbruk inträffade så sent som 2001 i Estland och Lettland och 2002 i Litauen. Sedan dess har antalet minskat kraftigt. En nedgång av antalet nya fall är också att förvänta efter en inledande epidemisk fas, när en endemisk infektionsnivå etableras (se nedan).

#### HIV-seroprevalens bland testade injektionsmissbrukare

Uppgifter om seroprevalens bland injektionsmissbrukare (procent smittade i urval av injektionsmissbrukare) är ett viktigt komplement till anmälda HIV-fall. Upprepade seroprevalensstudier och rutinövervakning av uppgifter från diagnostiska tester kan bekräfta slutsatser som dragits från fallrapporteringen och dessutom ge mer detaljerad information om specifika regioner och miljöer. Uppgifterna om prevalensen kommer emellertid från flera olika källor som i vissa fall kan vara svåra att jämföra och de bör därför tolkas med försiktighet.

I fallrapporteringen har vissa länder redovisat ökning av antalet anmälda HIV-fall och dessa uppgifter bekräftas till stor del av de tillgängliga uppgifterna om seroprevalens, även om de senare tyder på att det inte enbart är i dessa länder man bör vara extra vaksam.

Tillgängliga uppgifter om seroprevalens från Östersjöregionen tyder på att smittöverföring bland injektionsmissbrukare fortfarande inte är under kontroll (figur 10). I Estland tyder en nyligen genomförd studie på

<sup>(186)</sup> Se figur INF-2 (del i) och INF-2 (del ii) i statistikbulletinen 2006.



Nationella studier i Polen tyder på att spridningen av HIV har fortsatt åtminstone tills helt nyligen, baserat på en hög prevalens bland unga injektionsmissbrukare (15 % under 2002 i en region, 4–11 % i två andra regioner under 2004). I studien 2002 rapporterades fyra fall (9 %) av HIV bland de 45 nya injektionsmissbrukarna i urvalet. I studien 2004 fann man däremot inga fall bland de 20 nya injektionsmissbrukarna i urvalet.

I några länder som aldrig har haft några storskaliga epidemier bland injektionsmissbrukare, tyder vissa prevalensdata som rapporterats på senare tid på att vaksamhet krävs. Detta förefaller vara fallet i Luxemburg, Österrike och Storbritannien, även om ökningarna fortfarande är begränsade och inte bekräftas av fallrapportering.

### Länder med låg HIV-prevalens

HIV-prevalensen bland testade injektionsmissbrukare fortsätter att variera kraftigt mellan EU:s medlemsstater. I några länder har HIV-prevalensen bland injektionsmissbrukare nyligen ökat eller har legat på en hög nivå under flera år. I flera länder har däremot HIV-prevalensen bland injektionsmissbrukare förblivit mycket låg under 2003–2004. HIV-prevalensen var under eller omkring 1 % i Tjeckien, Grekland, Ungern, Malta, Slovenien (baserat på nationella urval) och i Slovakien, Bulgarien, Rumänien, Turkiet och Norge (baserat på regionala urval). I vissa av dessa länder (t.ex. i Ungern) är både HIV-prevalensen och hepatit C-virusprevalensen (HCV) bland de lägsta i Europa, vilket tyder på lågt injektionsmissbruk (se "Hepatit B och C"). I några länder (t.ex. i Rumänien) finns dock tecken som pekar på att hepatit C-prevalensen ökar.

### Skillnader i HIV-prevalens mellan testade injektionsmissbrukande män och kvinnor

Tillgängliga seroprevalensuppgifter för 2003–2004 avslöjar skillnader mellan testade injektionsmissbrukande män och kvinnor<sup>(188)</sup>. Kombinerade uppgifter från Belgien, Estland (2005), Spanien (2002), Frankrike, Italien, Luxemburg, Österrike, Polen och Portugal gav ett totalt urval på 124 337 män och 20 640 kvinnor där de flesta testats i behandlingscentra eller inom andra typer av missbrukarvård. Den totala prevalensen var 13,6 % bland män och 21,5 % bland kvinnor. Skillnaderna mellan länderna är markanta, där förhållandet kvinnor/män är högst i Spanien, Estland, Italien, Luxemburg och Portugal, medan trenden är den motsatta i Belgien där prevalensen är högre bland män.

### Aids-incidens och tillgång på högaktiv antiretroviral terapi

Eftersom högaktiv antiretroviral terapi (highly active antiretroviral treatment, HAART), som har varit tillgänglig sedan 1996, effektivt förhindrar att HIV-smitta utvecklas till aids, har uppgifter om aids-incidens blivit mindre användbara som en indikator för HIV-smitta. Uppgifter visar emellertid de symptomatiska sjukdomarnas totala omfattning. De är också en viktig indikator för införande och omfattning av behandling med HAART bland injektionsmissbrukare.

WHO:s skattningar av täckningen när det gäller HAART tyder på att mer än 75 % av de personer inom Västeuropa som behöver behandling har tillgång till HAART, medan täckningen var mer begränsad i de flesta Östeuropeiska länder, inklusive Estland, Litauen och Lettland<sup>(189)</sup>. Nyare uppgifter tyder på att situationen har förbättrats avsevärt, så att samtliga medlemsstater och kandidatländer nu uppnått minst 75 % täckning. Särskilda uppgifter om injektionsmissbrukares tillgång till HAART finns däremot inte tillgängliga, och det återstår att se om förbättrad täckning kommer att avspeglas i minskad incidens av aids bland injektionsmissbrukare i Estland och Lettland.

I samtliga fyra länder i Västeuropa som är mest drabbade av aids, dvs. Spanien, Frankrike, Italien och Portugal, har incidensen minskat. För de första tre länderna skedde detta från cirka 1996 men endast från 1999 i Portugal. Portugal är fortfarande det land som har den högsta incidensen av injektionsrelaterad aids, med 31 fall per en miljon invånare 2004. I Lettland är bilden ungefär densamma, med 30 fall per en miljon invånare.

EuroHIV-uppgifter fram till 2004 (korrigerat för rapporteringsförseningar) tyder på att incidensen av injektionsrelaterad aids ökar i såväl Estland som Lettland<sup>(190)</sup>.

### Hepatit B och C

#### Hepatit C

Prevalensen av antikroppar mot hepatit C-virus (HCV) är i allmänhet extremt hög bland injektionsmissbrukare, även om det finns stora skillnader både inom länder och mellan länder. En prevalens på över 60 % för urval av injektionsmissbrukare som testats 2003–2004 redovisas från Belgien, Danmark, Tyskland, Grekland, Spanien, Irland, Italien, Polen, Portugal, Storbritannien, Rumänien och Norge, medan Belgien, Tjeckien, Grekland, Cypern, Ungern, Malta, Österrike, Slovenien, Finland och Storbritannien redovisar urval med prevalens under 40 %<sup>(191)</sup>.

<sup>(188)</sup> Se figur INF-3 (del v) i statistikbulletinen 2006.

<sup>(189)</sup> Se figur INF-14 (del iii) och (del iv) i statistikbulletinen 2006.

<sup>(190)</sup> Se figur INF-1 (del i) i statistikbulletinen 2006.

<sup>(191)</sup> Se figur INF-6 (del i) i statistikbulletinen 2006.



Uppgifter om prevalens av antikroppar mot HCV bland unga injektionsmissbrukare (under 25 år) finns endast tillgängliga från 14 länder, och i vissa fall är urvalsstorlekarna små. Siffrorna varierar mycket och länderna rapporterar både höga och låga siffror från olika urval. Prevalensen bland unga injektionsmissbrukare 2003–2004 var högst (över 40 %) i urval från Belgien, Grekland, Österrike, Polen, Portugal, Slovakien och Storbritannien och lägst (under 20 %) i urval från Belgien, Grekland, Cypern, Ungern, Malta, Österrike, Slovenien, Finland, Storbritannien och Turkiet. Om man enbart betraktar studier med nationell täckning av unga injektionsmissbrukare finns den högsta prevalensen (över 60 %) i Portugal och den lägsta (under 40 %) i Cypern, Ungern, Malta, Österrike och Slovenien. Även om urvalsförfarandena kan leda till systematiska fel och ge övervikt för en mer kronisk grupp är den höga prevalensen av antikroppar mot HCV i ett nationellt urval i Portugal (67 % bland 108 injektionsmissbrukare under 25 år) fortfarande oroväckande och kan peka på fortsatt högriskbeteende bland unga injektionsmissbrukare (se också "Nya trender när det gäller rapporterade HIV-fall", s. 75).

Uppgifter om prevalens av antikroppar mot HCV bland nya injektionsmissbrukare (som injicerat under kortare tid än två år) är få och urvalstorleken är liten, men de kan utgöra en bättre indirekt indikator på den allra senaste incidensen än uppgifter om unga injektionsmissbrukare. Den information som är tillgänglig för 2003–2004 visar att den högsta prevalensen (över 40 %) finns i urval från Grekland, Polen, Storbritannien och Turkiet och den lägsta prevalensen (under 20 %) i urval från Belgien, Tjeckien, Grekland, Cypern och Slovenien. Låg prevalens har konstaterats i små men nationella urval av nya injektionsmissbrukare i Cypern (endast 2 av 23 injektionsmissbrukare testade positivt för antikroppar mot HCV vilket motsvarar 9 %), och Slovenien (2 av 32, eller 6 % testade positivt).

## Hepatit B

Prevalensen av markörer för hepatit B-virus (HBV) skiljer sig också stort både inom länderna och från land till land. De mest fullständiga uppgifterna gäller anti-HBc, som antyder att en infektion har förekommit. Under 2003–2004 redovisade Italien och Polen urval av injektionsmissbrukare med prevalens över 60 %, medan Belgien, Irland, Cypern, Österrike, Portugal, Slovenien, Slovakien och Storbritannien redovisade urval med prevalens under 20 %. Antalet anmälda hepatit B-fall för perioden 1992–2004, för de länder som kan redovisa uppgifter, ger en mycket varierad bild <sup>(192)</sup>. I Norden är det injektionsmissbrukare som står för de allra flesta akuta fallen av hepatit B. Epidemier av hepatit B har sammanfallit med ökning av injektionsmissbruket i flera länder. Uppgifter från Norge tyder exempelvis

på kraftigt ökad incidens av hepatit B-infektioner bland injektionsmissbrukare mellan 1992 och 1998 med en nedgång därefter. I Finland har antalet anmälda fall av hepatit B bland injektionsmissbrukare minskat snabbt under senare år, eventuellt som resultat av vaccinationsprogram och ett övergripande system för nål- och sprututbyte.

## Prevention av infektionssjukdomar

### Effektiva åtgärder

Flera folkhälsoåtgärder har visat sig vara effektiva för att minska spridningen av infektionssjukdomar bland narkotikamissbrukare och det råder allt större samsyn om att ett samlat tillvägagångssätt för tillhandahållande av vård har störst chans att bli framgångsrik. Under lång tid har debatten främst inriktats på förebyggande av HIV-smitta bland injektionsmissbrukare, men behovet av effektiva åtgärder för att minska spridningen av hepatit har vunnit allt större erkännande, liksom behovet att förebygga spridning av smittsamma sjukdomar också i andra grupper av narkotikamissbrukare än injektionsmissbrukare.

Det är viktigt att konstatera att bevisen för effektivitet är starkast när det gäller prevention av HIV-smitta bland injektionsmissbrukare. Tillgängligt starkt bevismaterial visar att åtgärderna kan anses effektiva och att tillgång till alla olika typer av behandling ger skydd (Farrell m.fl., 2005; WHO, 2005). Sedan mitten av 1990-talet har den europeiska strategin inriktats på förbättrade möjligheter till behandling av narkotikaberoende (se kapitel 2), och totalt sett förefaller detta vara en av de faktorer som har bidragit till den relativt uppmuntrande bild som nu framträder i Europa när det gäller epidemisk spridning av HIV bland injektionsmissbrukare.

Behandling är bara en del i en övergripande strategi för att förhindra spridning av HIV. Andra inslag är olika åtgärder för information, utbildning och kommunikation, frivillig rådgivning om och testning av infektionssjukdomar, vaccination och distribution av sterila nålar och sprutor och andra profylaktiska insatser. Dessa åtgärder tillsammans med medicinsk behandling i lågtröskelvård, eller till och med på gatunivå, kan bidra till att etablera eller förbättra kommunikationen med aktiva narkotikamissbrukare och deras sexuella partner om de hälsorisker som narkotikamissbruket för med sig och hur dessa risker kan undvikas.

Ett allmänt åtagande att genomföra en övergripande strategi innebär inte att samtliga dessa inslag är lika väl utvecklade eller understödda på nationell nivå. Viss samsyn förefaller dock växa fram. I en enkät bland nationella

<sup>(192)</sup> Se figur INF-12 (del i) i statistikbulletinen 2006.

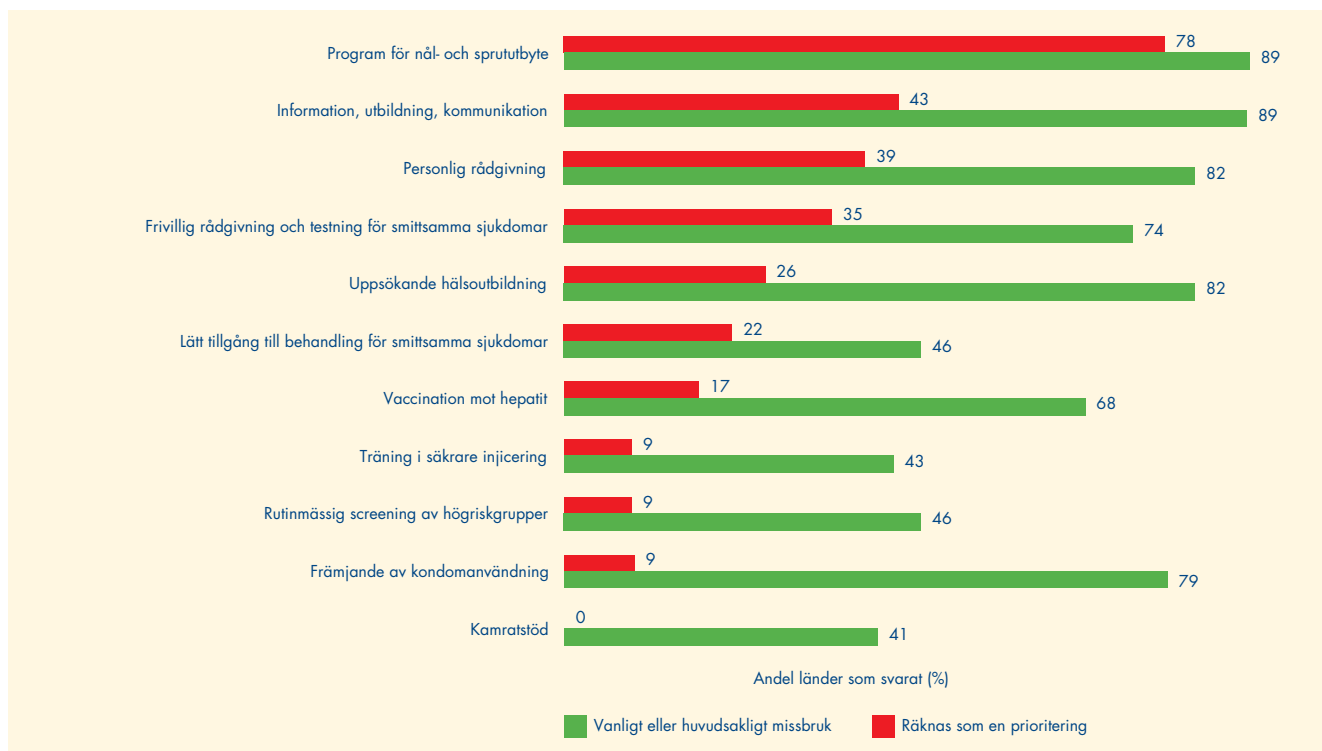


Reitox-kontaktpunkter svarade tre av fyra att program för nål- och sprututbyte kombinerade med rådgivning var en prioriterad politisk strategi i den nationella politik som inriktas på att förhindra spridning av infektionssjukdomar bland injektionsmissbrukare (figur 11). Att så många länder nu uttryckligen erkänner den roll som tillhandahållande av rena nålar och sprutor spelar som en del av deras strategi för att förhindra spridning av HIV visar att denna typ av åtgärd har blivit allmänt förekommande i större delen av Europa och inte längre betraktas som en kontroversiell fråga i de flesta länder. Därmed inte sagt att det råder total enighet om fördelarna med denna typ av program. Grekland och Sverige nämner exempelvis inte nål- och sprututbyte som en politisk prioritet. Totalt sett framträder dock en relativt enhetlig bild i EU när det gäller genomförandet av insatser på detta område <sup>(193)</sup>, där alla länder utom Cypern rapporterat att de har program för utbyte eller distribution av sterila nålar och sprutor <sup>(194)</sup>.

### Olika typer av program för nål- och sprututbyte i europeiska länder

Även om de flesta europeiska länder nu delar ut steril injektionsutrustning varierar åtgärdernas typ och omfattning mellan länderna. Den vanligast förekommande modellen är att erbjuda tjänsten på en särskild plats, vanligen inom specialiserad missbruksvård som dock ofta kompletteras av mobila tjänster som försöker nå ut till missbrukare i samhället. Sprututbyte eller försäljning i automater kompletterar programmen för nål- och sprututbyte i åtta länder <sup>(195)</sup>. Servicen förefaller vara begränsad till en handfull platser och endast Tyskland och Frankrike rapporterar omfattande verksamheter (cirka 200 respektive 250 automater). Spanien är den enda medlemsstat där nål- och sprututbyte regelbundet erbjuds i fängelserna och 2003 fanns tjänsten i 27 fängelser. Tyskland är det enda andra land i EU som har redovisat verksamhet i fängelsemiljö, men nål- och sprututbytet är begränsat till ett enda fängelse.

**Figur 11:** Prioritet för och omfattning av användning av utvalda åtgärder för att förebygga smittsamma sjukdomar hos narkotikamissbrukare i enlighet med nationella experters åsikt: sammanfattning för länder som svarat



Observera: Prioriteringsuppgifter från 23 EU-länder plus Bulgarien och Norge. Länder som inte lämnade dessa uppgifter var Irland, Cypern, Litauen och Nederländerna. Uppgifter om "omfattningen av användning" lämnades av experter från samtliga 25 EU-länder plus Bulgarien och Norge. De franska och flamländska språkgemenskaperna i Belgien lämnade separata uppgifter, vilket gör att totala antalet svar uppgår till 28.

Källor: Nationella kontaktpunkternas expertundersökning, SQ 23 (2004) fråga 5.

<sup>(193)</sup> Se figur NSP-3 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(194)</sup> Se årsrapporten 2005 för en kort översikt över bevisen för nål- och sprututbytesprogrammets effektivitet (s. 68).

<sup>(195)</sup> Se tabell NSP-2 i statistikbulletinen 2006.

Apoteksbaserade utbytesprogram bidrar också till att bredda programmens geografiska täckning, och försäljning av rena sprutor i apoteken kan dessutom göra tjänsten mer lättillgänglig. Receptfri försäljning av sprutor är tillåten i hela EU utom i Sverige. Vissa apotekare är dock ovilliga att sälja sprutor och några motarbetar till och med aktivt narkotikamissbrukare från att besöka deras lokaler. Formellt organiserade program för utbyte eller köp av nålar och sprutor på apotek finns i nio europeiska länder (Belgien, Danmark, Tyskland, Spanien, Frankrike, Nederländerna, Portugal, Slovenien och Storbritannien). Deltagandet i programmen varierar dock kraftigt, från nästan hälften av apoteken (45 %) i Portugal till under 1 % i Belgien. I Nordirland är nål- och sprututbytet för närvarande uteslutande organiserat via apoteken.

För vissa injektionsmissbrukare kan köp av sprutor i apotek vara en viktig inkörsport till kontakt med hälsovården och det finns uppenbarligen möjligheter att utnyttja denna kontaktpunkt som en väg till andra tjänster. Insatser för att motivera och stödja apotekare att utveckla de tjänster de erbjuder till missbrukare kan vara viktiga när det gäller att utöka apotekens roll. Hittills är det dock endast Frankrike, Portugal och Storbritannien som tycks göra mer betydande satsningar i denna riktning.

## Dödlighet och narkotikarelaterade dödsfall

### Dödlighet bland problemmissbrukare av narkotika

Större delen av den information som finns om problemmissbrukare i Europa avser opiatmissbrukare. Dödlighet relaterad till andra former av narkotikamissbruk är mindre väl känd men är inte desto mindre en viktig folkhälsofråga.

En samarbetsanalys som inleddes inom ramen för ett ECNN-projekt granskade dödligheten bland opiatanvändare som påbörjat behandling i åtta europeiska städer<sup>(196)</sup>. Studien fann mycket hög dödlighet bland opiatmissbrukare jämfört med deras jämnåriga: 6–20 gånger högre bland män och 10–50 gånger högre bland kvinnor. I sex av städerna (Amsterdam, Barcelona, Dublin, London, Rom och Wien) uppskattades att 10–23 % av den totala dödligheten bland vuxna i åldersgruppen 15–49 år kunde hänföras till opiatmissbruk, främst överdoser, aids och yttre orsaker (olyckor, självmord). Cirka en tredjedel av dessa narkotikarelaterade dödsfall berodde på överdoser även om den andelen var högre i städer med låg prevalens av HIV-smitta bland injektionsmissbrukare och sannolikt kommer

### Program för nål- och sprututbyte i Europa: är täckningen tillräcklig?

I nästan alla medlemsstater finns någon form av program för nål- och sprututbyte. Effekten av denna form av insatser beror dock på om programmets omfattning är tillräcklig för att fylla injektionsmissbrukarnas behov.

Nio europeiska länder har lämnat skattningar av antalet injicerande drogmissbrukare och av antalet sprutor som distribuerats via program för nål- och sprututbyte. Baserat på dessa uppgifter kan man göra en grov uppskattning av det årliga antalet sprutor som finns tillgängligt per injicerande missbrukare<sup>(1)</sup>. Att döma av de senaste tillgängliga uppgifterna varierar programmets täckning betydligt, och antalet sprutor som distribueras per skattad injektionsmissbrukare per år varierar från 2–3 i Grekland, via 60–90 i Tjeckien, Lettland, Österrike och Portugal till cirka 110 i Finland, 210 i Malta och fler än 250 i Luxemburg och Norge. Därutöver tillhandahåller apotek sprutor, och med hjälp av uppgifter från Tjeckien och Finland kan den totala tillgången på sprutor uppskattas. En kombination av distributions- och försäljningsuppgifter tyder på att injektionsmissbrukare under ett år får 125 sprutor i Tjeckien och 140 sprutor i Finland.

Många faktorer påverkar hur ofta narkotikamissbrukare injicerar drogen, bland annat användningsmönster, beroendegrad och typ av drog som används. En ny studie som utforskar förhållandet mellan HIV-prevalens och sprututbytesprogrammets täckning, tyder på att beteenderelaterade faktorer, t.ex. hur ofta individen injicerar och egen återanvändning av sprutor, starkt påverkar vilken omfattning sprutdistributionen måste ha för att uppnå betydande minskning av HIV-prevalens (Vickerman m.fl., 2006).

Mätningar av sprututbytesprogrammets täckning är en viktig komponent för att förstå vilka effekter sprutdistribution kan förväntas ge för att förhindra sjukdomar. Uppgifterna är också viktiga för att bedöma vilka behov som finns. När man tolkar dessa uppgifter är det emellertid viktigt att också beakta eventuella möjligheter att köpa sprutor i apotek (priser, apotekens utbredning), injektionsmissbrukarnas beteendemönster och miljöfaktorer. Denna fråga diskuteras närmare i statistikbulletinen 2006.

(1) Se statistikbulletinen 2006 för tekniska kommentarer.

att öka när högaktiv antiretroviral terapi (HAART) blir mer allmänt tillgänglig.

En kohortstudie av dödligheten som genomförts i Tjeckien fann att dödligheten hos användare av stimulantia var 4–6 gånger högre (standardiserat dödlighetstal) än i den allmänna befolkningen, medan det var 9–12 gånger högre för opiatmissbrukare. En fransk kohortstudie som följde personer som arresterats för heroin-, kokain- eller

(196) Amsterdam, Barcelona, Dublin, Danmark, Lissabon, London, Rom och Wien. Estimaten för dödlighetstalen i befolkningen innefattade inte Lissabon och Danmark. Se ECNN (2002b).

crackmissbruk fann att dödligheten bland män var fem gånger högre och bland kvinnor 9,5 gånger högre än i den allmänna befolkningen. Man konstaterade samtidigt att trenden är fallande.

När opiatmissbrukare blir äldre, läggs dödsfall som beror på kroniska förhållanden (cirros, cancer, sjukdomar i andningsvägarna, endokardit, aids) till mortalitet som har andra externa orsaker än överdoser, som självmord och våld (holländska nationella rapporterna, 2004 och 2005, från kommunala hälsovården Amsterdam). Narkotikamissbrukares levnadsförhållanden (exempelvis hemlöshet, psykisk sjukdom, våld, bristfällig näringstillförsel) kan också bidra väsentligt till den höga dödligheten i denna grupp.

Därtill stod aids knutet till injektionsmissbruk för 1 528 dödsfall 2002 <sup>(197)</sup>, även om detta förmodligen är en underskattning. Andra orsaker till narkotikarelaterade dödsfall som sjukdom (t.ex. hepatit) våld och olyckor är svårare att bedöma men de står sannolikt för ett större antal dödsfall. Det uppskattas att 10–20 % av dödsfallen bland unga vuxna i europeiska städer kan hänföras till opiatmissbruk (se ovan). Till detta bör läggas dödsfall som beror på andra former av narkotikamissbruk, även om detta är mycket svårt att kvantifiera.

### Narkotikarelaterade dödsfall

Narkotikarelaterade dödsfall är ett komplicerat begrepp. I vissa rapporter avser det enbart dödsfall som direkt orsakats av psykoaktiva ämnen, medan det i andra fall också innefattar dödsfall där narkotikamissbruk spelat en indirekt roll eller funnits med bland omständigheterna (trafikolyckor, våld, smittsamma sjukdomar). I en nyligen sammanställd rapport som analyserar vilka typer av skada som olaglig användning av narkotika orsakar bedöms narkotikarelaterat dödsfall vara den viktigaste narkotikarelaterade skadan (MacDonald m.fl., 2005).

I det här avsnittet, liksom i ECNN-protokollet, avser termen "narkotikarelaterade dödsfall" dödsfall som direkt orsakas av konsumtion av en eller flera droger och som vanligen inträffar kort tid efter det att narkotikan konsumerats. Dessa dödsfall kallas "överdoser", "förgiftningar", "droginducerade dödsfall" eller "akuta narkotikarelaterade dödsfall" <sup>(198)</sup>.

Mellan 1990 och 2003 redovisade EU-länderna 6 500 till drygt 9 000 dödsfall varje år, vilket innebar fler än 113 000 dödsfall under denna period. Dessa siffror kan betraktas som en minimiuppskattning eftersom underrapportering sannolikt sker i många länder <sup>(199)</sup>.

Dödlighetstalet i befolkningen som hänför sig till narkotikarelaterade dödsfall skiljer sig kraftigt mellan olika europeiska länder, och varierar mellan 0,2 till drygt 50 dödsfall per en miljon invånare (medeltal 13). I de flesta länder ligger siffran i intervallet 7–30 dödsfall per en miljon invånare med siffror över 25 redovisade i Danmark, Estland, Luxemburg, Finland, Storbritannien och Norge. Bland män i åldersgruppen 15–39 år är dödligheten oftast tre gånger högre (i genomsnitt 40 dödsfall per en miljon invånare), och sju länder redovisar över 80 dödsfall per en miljon invånare. Narkotikarelaterade dödsfall stod för 3 % av samtliga dödsfall bland européer i åldersgruppen 15–39 år under perioden 2003–2004, och för över 7 % i Danmark, Grekland, Luxemburg, Malta, Österrike, Storbritannien och Norge. Dessa siffror ska betraktas som minimiskattningar samtidigt som det bör beaktas att det, trots förbättringar, fortfarande finns betydande skillnader mellan länderna när det gäller rapporternas kvalitet, varför direkta jämförelser bör göras med försiktighet <sup>(200)</sup>.

### Opiatrelaterade dödsfall

Opiater förekommer i de flesta "narkotikarelaterade dödsfall" orsakade av olagliga ämnen som anmäls i EU, även om man ofta påträffar även andra ämnen vid den toxikologiska undersökningen, framförallt alkohol, bensodiazepiner och, i vissa länder, kokain. I Europa orsakas de flesta fallen av opiatrelaterade dödsfall av heroin, men andra opiater spelar en roll (se nedan) <sup>(201)</sup>.

Överdoser med opiater är en av de vanligaste dödsorsakerna bland ungdomar i Europa, framförallt bland män i storstadsområden. För närvarande är överdoser också den vanligaste dödsorsaken bland opiatmissbrukare i EU som helhet. Detta gäller i synnerhet för länder med låg prevalens av HIV bland injektionsmissbrukare (se "Dödlighet bland problemmissbrukare av narkotika", s. 80).

<sup>(197)</sup> Se EuroHIV (2005). Siffran över aids-relaterade dödsfall gäller den västra och centrala delen av WHO Europa och inkluderar dödsfall i flera länder som inte är medlemmar i EU, och det totala antalet dödsfall för Estland, Lettland och Litauen (östra området).

<sup>(198)</sup> Detta är den definition som ECNN:s grupp av nationella experter har enats om. De flesta länder tillämpar definitioner som för närvarande är desamma som ECNN:s eller relativt lika dessa, men vissa länder inkluderar fall som orsakas av psykoaktiva mediciner eller dödsfall som inte beror på överdoser, vanligen som en begränsad del (se metodikmärkningen i statistikbulletinen 2006 "Drug-related deaths summary: definitions and methodological issues". Section 1: EMCDDA definition och Section 2: National definitions and "DRD Standard Protocol, version 3.0").

<sup>(199)</sup> Se tabell DRD-2 (del i), DRD-3, DRD-4 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(200)</sup> Se tabell DRD-1 (del iii) och (del iv) i statistikbulletinen 2006.

<sup>(201)</sup> Se figur DRD-1 i statistikbulletinen 2006.

Majoriteten av de narkotikamissbrukare som tar överdoser är män <sup>(202)</sup>, och utgör 65–100 % av fallen. I de flesta länder är andelen män som tar överdoser mellan 75 och 90 % med den högsta andelen kvinnor i Tjeckien, Polen och Finland och den lägsta i Grekland, Italien och Cypern. Dessa rön måste tolkas mot bakgrund av skilda grader av opiatmissbruk och injektionsmissbruk hos män respektive kvinnor.

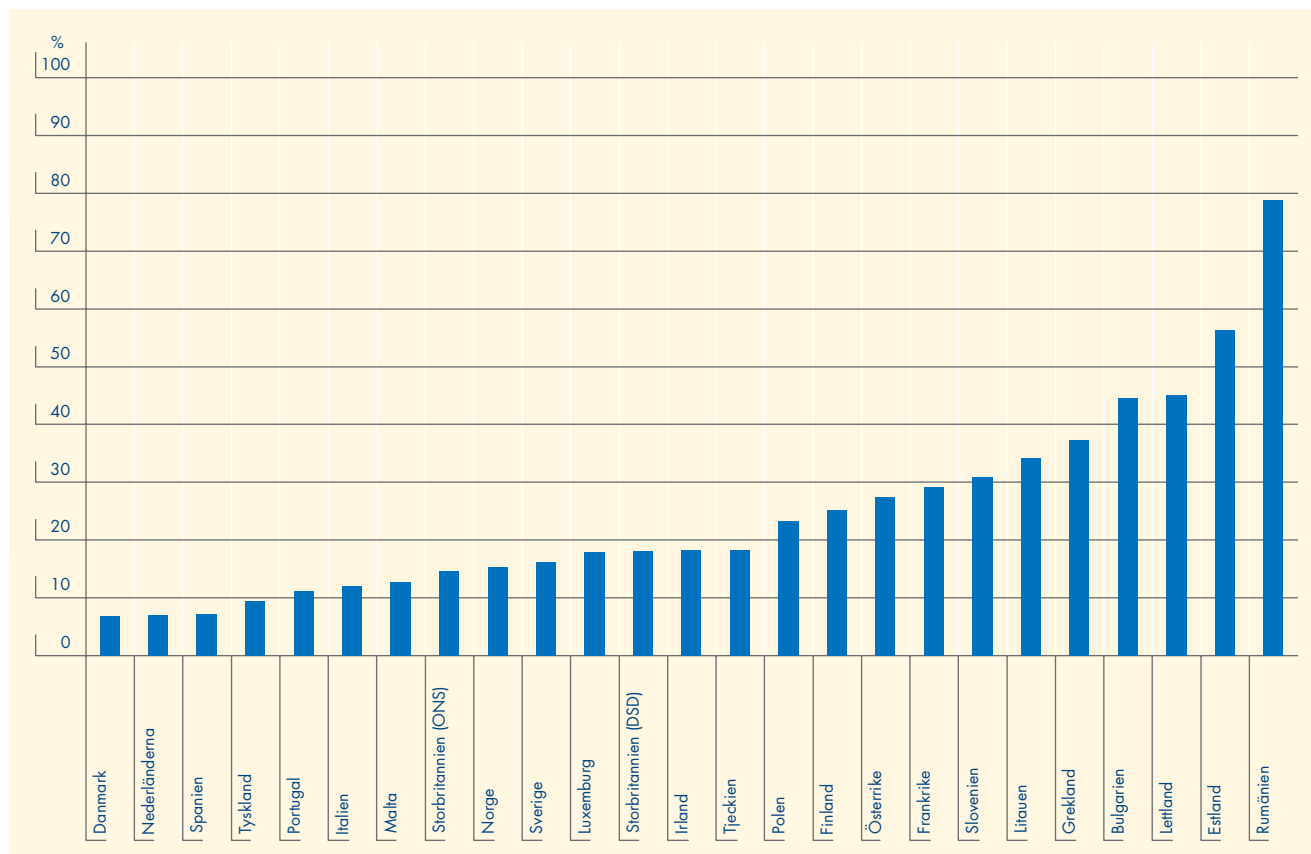
De flesta som dör av överdoser är i åldern 20–40 år och medelåldern i de flesta länder är cirka 35 år (intervallet 20–44 år). Medelåldern är lägst i Estland, Slovenien, Bulgarien och Rumänien och högst i Tjeckien, Nederländerna, Polen och Finland. Det finns få rapporterade överdoser bland missbrukare under 15 år (17 fall av totalt 7 516 dödsfall, baserat på de senaste uppgifter som finns tillgängliga för varje land) även om narkotikarelaterade dödsfall i denna åldersgrupp kan vara underrapporterad. ECNN:s siffror innefattar ett fåtal dödsfall bland missbrukare

över 65 år, och endast sju länder redovisar över 5 % fall i denna åldersgrupp <sup>(203)</sup>.

I flera av de nya medlemsstaterna och i kandidatländerna är medelåldern relativt låg (Estland, Cypern, Lettland, Slovakien, Bulgarien och Rumänien) och det finns en hög andel missbrukare under 25 år som dör av överdoser. Detta kan tyda på att populationen som missbrukar heroin är yngre i dessa länder. Den höga medelåldern i Tjeckien beror på att många dödsfall orsakade av psykoaktiva läkemedel innefattas i redovisningen (figur 12).

I många medlemsstater är överdoseringsoffren allt äldre, vilket tyder på att färre yngre påbörjar heroinmissbruk. Denna trend är vanlig i de gamla EU-länderna och har observerats sedan början av 1990-talet, även om den är mindre markerad i Sverige och Storbritannien. I de nya medlemsstaterna är denna trend mindre tydlig och sänkt medelålder kan till och med konstateras i många fall <sup>(204)</sup>.

**Figur 12:** Andelen narkotikarelaterade dödsoffer under 25 år, 2002



Observera: ONS, Office of national statistics (kontor för nationell statistik), DSD, drug strategy definition (narkotikastrategidefinition).

2002 togs som referens eftersom det är det år för vilket det finns information för de flesta länder.

Källor: Nationella Reitox-rapporter (2005), uppgifter hämtade från nationella dödsorsaksregister eller specialregister (rättsmedicinska register eller polisregister) som bygger på de nationella definitioner som presenterats i metदानmärkningarna för narkotikarelaterade dödsfall i statistikbulletinen 2006.

<sup>(202)</sup> Eftersom de flesta fall som rapporteras till ECNN är opiatöverdoser, används allmänna karakteristika för akuta narkotikarelaterade dödsfall för att beskriva opiatfall.

<sup>(203)</sup> Se tabell DRD-1 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(204)</sup> Se figur DRD-3 och DRD-4 i statistikbulletinen 2006.

### Metadonrelaterade dödsfall

I de nationella Reitox-rapporterna för 2004 rapporterade flera länder att metadon förekommit i en stor del av de narkotikarelaterade dödsfallen. Informationen har lämnats i enlighet med nationell terminologi och i vissa fall är det svårt att bedöma exakt vilken betydelse metadonet hade för det inträffade dödsfallet.

Danmark rapporterade att metadon förekom vid 44 % (95 av 214 under 2004) av de dödsfall som orsakats av förgiftning (enbart eller i kombination), vilket är ungefär lika stor andel som 2003, men en tydlig ökning sedan 1997. Tyskland rapporterade att 345 fall tillskrivs "substitutionsämnen" (46 enbart dessa ämnen och 299 tillsammans med annan narkotika under 2004) vilket är en tydlig minskning av antalet fall sedan 2002. Storbritannien redovisade 216 fall där metadon "omnämns" (England och Wales, under 2003), vilket också är en tydlig nedgång jämfört med 2002. Spanien rapporterade att det förekommit få överdoseringar som orsakats av enbart metadon (2 %) men att metadon ofta förekom i kombination i opiatrelaterade dödsfall (42 %) och kokainrelaterade dödsfall (20 %). Andra länder har inte redovisat några metadonrelaterade dödsfall eller också var det rapporterade antalet mycket litet. Det är oklart vilka faktorer som ligger bakom dessa skillnader och om det föreligger underrapportering av fall i vissa länder <sup>(205)</sup>.

Även om forskningen visar att substitutionsämnen minskar risken för dödlig överdosering är det viktigt att övervaka antalet metadonrelaterade dödsfall och de omständigheter som omger dödsfallet (varifrån ämnet kommer, om det konsumerades i kombination med andra ämnen, den fas i behandlingsprocessen där förgiftningen inträffade) som en del av övervakningen av kvalitetssäkringen för substitutionsprogrammen.

### Buprenorfin- och fenyrelaterade dödsfall

Dödsfall orsakade av buprenorfinförgiftning förefaller vara sällsynta vilket tillskrivs läkemedlets farmakologiska särdrag som agonist-antagonist. Några dödsfall har dock rapporterats av europeiska länder.

I de nationella rapporterna för 2005 redovisade endast Frankrike och Finland dödsfall tillskrivna detta ämne. I Finland upptäcktes buprenorfin i 73 narkotikarelaterade dödsfall 2004, samma antal som under 2003, ofta i kombination med benzodiazepiner, sedativer eller alkohol. Dessa höga siffror sammanfaller med öknings av buprenorfinbehandlingen i Finland även om antalet behandlade klienter är mycket färre i Finland än de uppskattningsvis 70 000–85 000 klienter som behandlas

med buprenorfin i Frankrike. Det är därför intressant att Frankrike endast redovisar fyra fall av buprenorfinöverdos under 2004 (jämfört med åtta fall 2003). Även om man tar hänsyn till en möjlig underrapportering av förgiftningar i Frankrike är den stora skillnaden slående. Utöver Finland och Frankrike, redovisade tre andra länder dödsfall (enbart två eller tre i varje fall) som tillskrivs buprenorfin, men utan bevis för att ämnet var den främsta orsaken till dödsfallet.

Under föregående år har dödsfall orsakade av fentanyl rapporterats i Östersjöländerna men de nationella rapporterna för 2005 innehåller inga sådana uppgifter.

### Trender för akuta narkotikarelaterade dödsfall

Nationella trender för narkotikarelaterade dödsfall kan ge viss vägledning om utveckling av mönster för problematiskt narkotikamissbruk i de olika länderna. Exempel på detta är heroinepidemier och högriskbeteenden (t.ex. injicering) liksom tillhandahållande av behandling och kanske även skillnader i tillgång på heroin. De kan givetvis också spegla akutvårdens framgångar att förhindra överdosering <sup>(206)</sup>.

Tillgängliga uppgifter inom EU visar vissa allmänna trender för narkotikarelaterade dödsfall. För EU 15-medlemsstaterna konstaterades en kraftig ökning av narkotikarelaterade dödsfall under 1980-talet och början av 1990-talet, eventuellt motsvarad av ökad heroinanvändning och injicering. De narkotikarelaterade dödsfallen fortsatte att öka mellan 1990 och 2000 men mindre snabbt (figur 13). Det totala antalet narkotikarelaterade dödsfall i de medlemsstater som lämnat uppgifter (de flesta medlemsstater, både gamla och nya) ökade med 14 %, från 8 054 under 1995 till 9 392 under 2000.

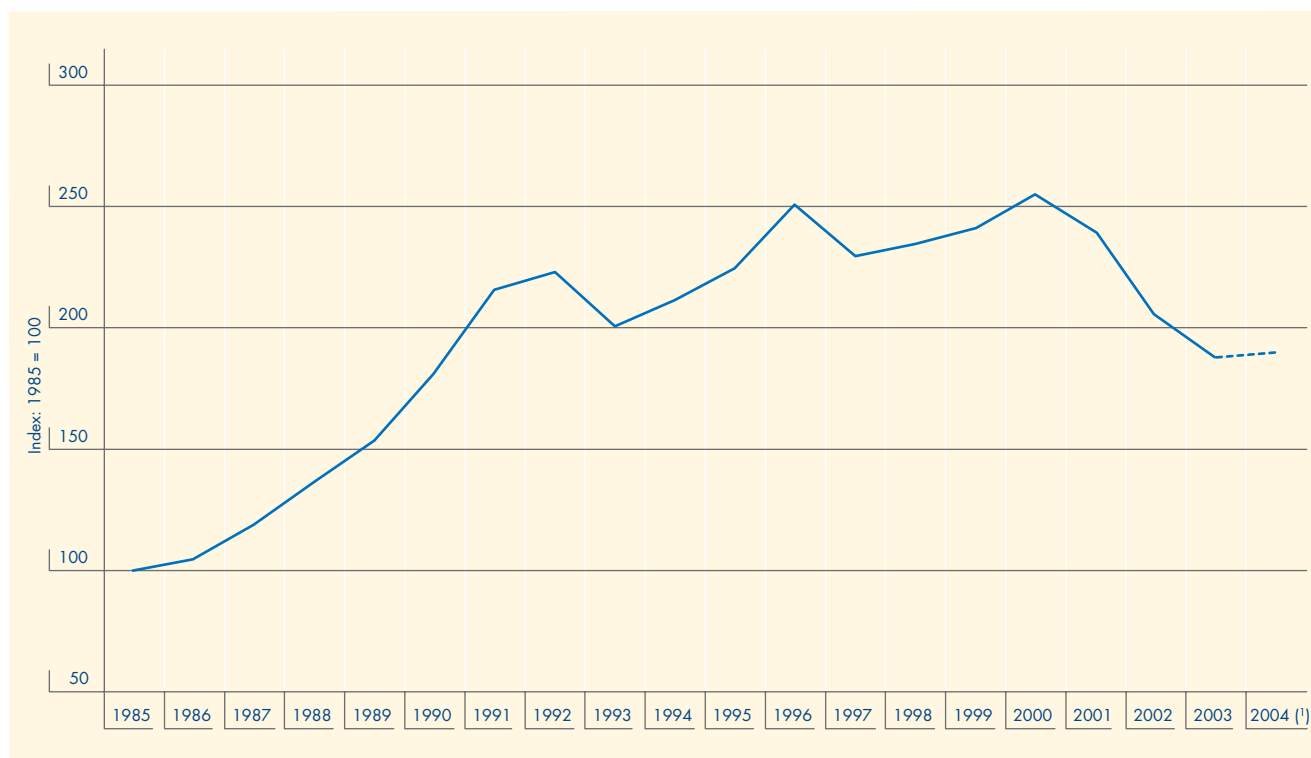
Sedan år 2000 har många EU-länder rapporterat att antalet narkotikarelaterade dödsfall minskar. Möjligtvis kan detta knytas till större tillgång på behandling och till insatser för att minska skadeverkningar, även om minskad prevalens av narkotikaanvändning också kan vara viktig. På europeisk nivå föll antalet narkotikarelaterade dödsfall med 6 % år 2001, 13 % under 2002 och med 7 % under 2003. Trots dessa förbättringar redovisades nästan 7 000 narkotikarelaterade dödsfall 2003 (uppgifter från Belgien, Spanien och Irland saknas). Bland de länder som rapporterat in uppgifter under 2004 (19) konstaterades en liten ökning på 3 %. Även om slutledningar om 2004 bör dras med försiktighet, redovisade 13 av de 19 rapporterande länderna någon grad av ökning.

Trenderna för narkotikarelaterade dödsfall bland missbrukare som är yngre än 25 år skiljer sig markant i de gamla och

<sup>(205)</sup> Ett försök som ECNN nu genomför på fältet syftar till att förbättra kvaliteten på den information som lämnas om ämnen som påträffas i narkotikarelaterade dödsfall, inklusive substitutionsämnen.

<sup>(206)</sup> Se figur DRD-7 i statistikbulletinen 2006.

**Figur 13:** Långsiktiga trender när de gäller akuta narkotikarelaterade dödsfall 1985–2004



(!) Tio länder har lämnat uppgifter för 2004 och sex har inte gjort det. Därför är siffran för 2004 preliminär, baserad på en jämförelse mellan uppgifterna för 2003 och 2004 enbart för de länder som har lämnat uppgifter för båda dessa år.

Observera: De nya medlemsstaterna och kandidatländerna ingår inte i denna siffra på grund av att det i många fall saknas uppgifter för de tidigare åren i intervallet. Se tabell DRD-2 i statistikbulletinen 2006 för antalet dödsfall i varje land och metodmärkningar.

Källor: Nationella Reitox-rapporter (2005), uppgifter hämtade från nationella dödsorsaksregister eller specialregister (rättsmedicinska register eller polisregister).

de nya medlemsstaterna. Bland EU 15-medlemsstaterna har trenden varit obruten fallande sedan 1996 vilket tyder på ett minskande antal unga som injicerar opiater. I de nya medlemsstaterna rapporterades en kraftig ökning av antalet dödsfall fram till 2000–2002 och en tydlig nedgång konstaterades först 2003 <sup>(207)</sup>.

Skillnader mellan kvinnor och män är också uppenbara. Antalet dödsfall bland män ökade gradvis från 1990 till 2000 och följdes därefter av en tydlig minskning (antalet fall hade minskat med 30 % 2003). Mellan 1990 och 2000 låg antalet rapporterade dödsfall bland kvinnor på nästan oförändrad nivå, mellan 1 700 och 2 000 dödsfall per år, varefter antalet har minskat med endast 15 %. Detta kan bero på flera olika faktorer som exempelvis att insatsernas effektivitet, eller riskfaktorerna, skiljer sig mellan könen <sup>(208)</sup>.

I länder som har längre uppgiftsserier, kan olika mönster för narkotikarelaterade dödsfall urskiljas. I vissa länder nådde antalet narkotikarelaterade dödsfall en topp under början av 1990-talet och minskade därefter. Det var fallet exempelvis i Tyskland, där denna topp nåddes 1991–1992, Spanien

(1991), Frankrike (1994) och Italien (1991). I andra länder, exempelvis i Grekland, Irland, Portugal, Finland, Sverige och Norge inträffade toppen senare, mellan 1998 och 2001, varefter antalet sjönk. I andra länder var mönstret mindre tydligt eller antalet dödsfall oförändrat. På grund av det relativt låga antalet dödsfall bör tolkningar göras med försiktighet, men dessa mönster skulle kunna knytas till trender i heroininjicering <sup>(209)</sup>.

### Ecstasy- och amfetaminrelaterade dödsfall

Ecstasyrelaterade dödsfall började rapporteras i Europa under 1990-talet när drogen blev populär. Ecstasyrelaterade dödsfall ger anledning till åtskillig oro eftersom de ofta inträffar oväntat bland socialt välintegrerade unga människor.

Information om ecstasyrelaterade dödsfall är begränsad, men uppgifter från de nationella Reitox-rapporterna pekar på att dödsfall där ecstasy förekommit fortfarande är relativt ovanliga jämfört med opiatrelaterade dödsfall. I några länder är dock antalet inte försumbart. I Europa som helhet

<sup>(207)</sup> Se figur DRD-5 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(208)</sup> Se figur DRD-6 i statistikbulletinen 2006.

<sup>(209)</sup> Se figur DRD-7 i statistikbulletinen 2006.



fanns hänvisningar till 77 dödsfall, vilket bör betraktas som en minimiskattning <sup>(210)</sup>. Fall rapporterades från Danmark (2), Tyskland (20), Frankrike (4), Ungern (3), och Storbritannien (48 fall med "omnämmanden" – 33 i England och Wales), där rapporteringen förmodligen är bättre än i andra länder. I Spanien förekom ecstasy i 2,5 % av förgifningar orsakade av droger.

Frågan om vilken risk användning av ecstasy medför har ofta ställts. Med beaktande av felmarginalen i enkätbaserade skattningar av prevalens och svårigheterna vid rapportering av narkotikarelaterade dödsfall, ger division av antalet observerade dödsfall med antalet användare per år <sup>(211)</sup> (individer som löper potentiell risk) 5–8 fall respektive 2–5 fall per 100 000 användare i de två länder där man kan genomföra denna beräkning.

Amfetaminrelaterade dödsfall rapporteras också sällan, men i Tjeckien rapporteras 16 dödsfall ha tillskrivits pervitin (metamfetamin) 2004, vilket nästan är dubbelt så många som 2003. Detta överensstämmer med ökningen av det uppskattade antalet problemmissbrukare av pervitin och den ökade behandlingsefterfrågan. För dödsfall relaterade till GHB se kapitel 4.

### Kokainrelaterade dödsfall

Det finns en växande oro för kokainets hälsorisker, särskilt mot bakgrund av det ökande rekreativmissbruk som har kunnat iaktas i vissa länder, inte minst på ställen (diskotek, klubbar) som frekventeras av ungdomar, bland patienter som behandlas för beroende och i marginaliserade populationer.

Kokainanvändning är vanlig bland opiatmissbrukare och kokain påträffas ofta i toxikologiska analyser i samband med opiatöverdoser, vid sidan om andra ämnen som alkohol och benzodiazepiner. Kokain konsumeras ofta tillsammans med alkohol, en kombination som kan resultera i ökad toxicitet.

Det finns för närvarande endast begränsad statistik över kokainrelaterade dödsfall i Europa, och variationer i kriterierna som används för att identifiera kokainrelaterade fall innebär att siffrorna inte är jämförbara. Vissa kokainrelaterade dödsfall kanske inte heller upptäcks eller redovisas, vilket leder till underrapportering. De uppgifter som finns tyder på att opiater förekommer i många kokainrelaterade dödsfall.

I de länder som redovisat uppgifter 2005 uppgavs drygt 400 kokainrelaterade dödsfall ha inträffat, vilket är en minimiskattning. I de flesta av dessa fall förefaller kokain ha spelat en avgörande roll, även om det inte alltid framgår helt klart av rapporterna. Nio länder nämnde inte

uttryckligen förekomst eller avsaknad av kokainrelaterade dödsfall. Kokain förekom i 0–20 % av rapporterade akuta dödsfall, och utgjorde mellan 10 % och 20 % av sådana dödsfall i Tyskland, Spanien, Frankrike, Nederländerna och Storbritannien. Dödsfall där kokain spelade en avgörande roll (enbart eller i kombination) rapporterades av Tyskland (166), Spanien (53), Frankrike (14), Nederländerna (20) och Storbritannien (142 "omnämmanden" – 113 i England och Wales). Nio andra länder rapporterade från noll till två fall. Därtill påträffas kokain ofta i toxikologiska analyser av opiatöverdoser i vissa länder. Baserat på de begränsade uppgifter som finns tillgängliga är det svårt att med någon större säkerhet identifiera trender. Det förefaller dock som om antalet dödsfall ökar i samtliga länder som har ett större antal fall, dvs. i Tyskland, Spanien, Frankrike, Nederländerna och Storbritannien, även om ökningen i Nederländerna har avstannat de senaste två åren.

Kokain kan dessutom vara en bidragande faktor i dödsfall till följd av kardiovaskulära problem (arytmi, myokardial infarkt och hjärnblödningar), särskilt hos personer med predisponerande tillstånd eller där andra riskfaktorer förekommer (tobak, högt blodtryck, angiom) eller med ökande ålder. Brist på medvetenhet om dessa förhållanden kan leda till att många av dessa dödsfall inte rapporteras till närvarande. Ytterligare forskning behövs på detta område.

## Minskning av narkotikarelaterade dödsfall

### Effektiva åtgärder

Insatser för att nå ut till narkotikamissbrukare som inte har genomgått behandling och upprätta kommunikationsvägar med denna grupp är en förutsättning för riskutbildning och riskhantering och för att förmedla tillträde till tjänster, inklusive vård.

Forskning av omständigheterna vid överdoser har givit stöd för utveckling av åtgärder inriktade på högrisksituationer eller högriskindivider. Sådana åtgärder kan väsentligt minska antalet dödsfall som kan tillskrivas de omedelbara effekterna av konsumtion av droger. I en information nyligen från ECNN (ECNN, 2004d) gavs en översyn över olika insatsers roll för att minska akuta narkotikarelaterade dödsfall orsakade av överdoser.

Eftersom de flesta dödsfall orsakade av överdoser i Europa innefattar heroin, kan åtgärder för att öka andelen heroinmissbrukare som får vård betraktas som en preventiv åtgärd mot överdoser. Ett flertal faktorer kan ligga bakom den trend av blygsam minskning av antalet dödsfall orsakade

<sup>(210)</sup> Beroende på land, siffrorna hänför sig till 2003 eller 2004, för ecstasy och kokain.

<sup>(211)</sup> Användning under de senaste tolv månaderna i befolkningsenkäter.

av överdoser som konstaterats i några medlemsstater. Sådana faktorer kan exempelvis vara minskad prevalens och andel injektionsmissbrukare, utökade preventionsinsatser, förbättrade behandlingsmöjligheter och bättre utnyttjande av behandling, större antal klienter som fullföljer behandlingen och eventuellt också minskat riskbeteende.

### Åtgärdsprofil

Att döma av expertutlåtanden om olika strategier för att minska dödsfall orsakade av överdoser, anses i de flesta länder substitutionsbehandling vara mest värdefull<sup>(212)</sup>. I Ungern och Sverige finns visserligen denna behandling men den betraktas inte som ett sätt att minska narkotikarelaterade dödsfall. Och i Estland och Polen innebär den knappa tillgången på substitutionsbehandling att substitutionsbehandling med metadon för närvarande inte betraktas som en viktig åtgärd för att minska antalet dödsfall orsakade av överdoser.

Andra viktiga insatser i de flesta europeiska länder inriktas på information, utbildning och kommunikation. Budskap för att höja riskmedvetenheten och informera om åtgärder för att undvika överdosering som sprids via särskilt utformat tryckt material eller andra media (informationsblad, webbsidor, kampanjer i massmedia) är vanliga eller de mest förekommande insatserna i 19 länder. I sju länder (Estland, Frankrike, Irland, Lettland, Ungern, Malta och Finland)

används sådana åtgärder dock sparsamt, och i ett land (Sverige) inte alls.

Enligt de nationella kontaktpunkterna är tillvägagångssätt där rutinmässig individuell riskbedömning integreras i rådgivning och behandling och där gruppmöten organiseras om riskutbildning och strategier för att bistå narkotikamissbrukare mindre vanliga.

En bred kategori verksamheter kan definieras som "insatser före frigivning ur fängelse". Dessa åtgärder innefattar allt från enklare informationsspridande till rådgivning om överdosrisker och förebyggande av överdoser, till påbörjande eller fortsatt substitutionsbehandling i fängelset. Verksamheter som faller inom ramen för denna typ av åtgärder användes sällan i tretton länder och inte alls i fem länder (Lettland, Ungern, Polen, Rumänien och Sverige). I Spanien, Italien och Storbritannien är åtgärder riktade till intagna bland de viktigaste strategierna för att minska akuta narkotikarelaterade dödsfall.

Lokala förhållanden beträffande risker i samband med injicering på allmän plats har lett till att fyra EU-länder och Norge<sup>(213)</sup> har öppnat särskilda lokaler där narkotika kan konsumeras under överinseende av utbildad personal. Målgrupperna för dessa åtgärder är mycket marginaliserade och riskbenägna missbrukare som injicerar på gatorna (ECNN, 2004c).

<sup>(212)</sup> Resultat baserade på en undersökning som genomförts genom 27 nationella kontaktpunkter under 2004. Instrumentet kan hämtas på <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>.

<sup>(213)</sup> EU-länderna är Tyskland, Spanien, Luxemburg och Nederländerna.





## Kapitel 8

# Förbättrad kartläggning av problemmissbruk och blandmissbruk

Narkotikamissbruk, narkotikaberoende, skadlig användning, problematiskt missbruk: flera begrepp är knutna till ECNN:s indikator för problematiskt missbruk där vart och ett har sin specifika medicinska eller sociala dimension. ECNN:s indikator för problematiskt missbruk avser "injektionsanvändning eller långvarig/vanemässig användning av opiater, kokain och/eller amfetaminer". Av hävd innefattas användning av andra opiater som metadon i denna definition.

Denna definition av problematiskt narkotikamissbruk är uteslutande beteendebaserad och grundas på mönster för narkotikakonsumtion och mäter inte på något sätt uttryckligen problem. Definitionen är ändå knuten till de olika missbruksbegreppen genom insikten att det är högst sannolikt att en person som betar sig på ett specifikt sätt faller inom den mer allmänna definitionen "problemmissbrukare". Det är i detta sammanhang viktigt att notera att indikatorn över problematiskt missbruk endast innefattar en viktig undergrupp av alla dem som kan tänkas ha ett drogproblem i någon form. Detta tillvägagångssätt har ändå sitt värde. Som ett beteendebaserat begrepp är fördelarna följande:

- Det har möjliggjort genomförandet av övervakning utan att knytas till definitioner av missbruk, beroende, skada och problem.
- Det är relativt lätt att använda i forskningsenkäter.
- Det grupperar olika typer av droger och konsumtionssätt som alternativ utan att specifikt särskilja mellan dem.

Om man blickar tillbaka kan ECNN:s övervakningsindikator sägas vara ett barn av sin tid. Under 1980-talet och i stor utsträckning också 1990-talet betraktades heroinmissbruk och injektionsmissbruk som de tyngsta beståndsdelarna i det drogproblem som krävde övervakning. Dessutom kunde dessa typer av narkotikamissbruk inte skattas på ett övertygande sätt genom enkäter. Tillägg av amfetaminer gjorde definitionen ändamålsenlig för vissa av de nordiska länderna där injicering av amfetamin var vanlig. Även om kokain inkluderades var det i praktiken sällan någon viktigare komponent i några skattningar. Samtidigt som indikatorn över problematiskt missbruk fortfarande ger värdefull kunskap om ett viktigt inslag i drogproblemet, blir det alltmer uppenbart att detta verktyg måste utvecklas ytterligare för att kunna möta de krav som ställs på

kartläggning av nuvarande större variationer i Europa. Bilden av de kroniska drogproblemen i Europas länder blir alltmer komplex. Om övervakningen ska kunna hålla jämna steg med de olagliga drogernas föränderliga värld, måste den utvecklas för att möta de utmaningar som täckning av ett bredare spektrum av droger ställer, och för att kunna täcka användningen av dessa droger mer detaljerat än hittills.

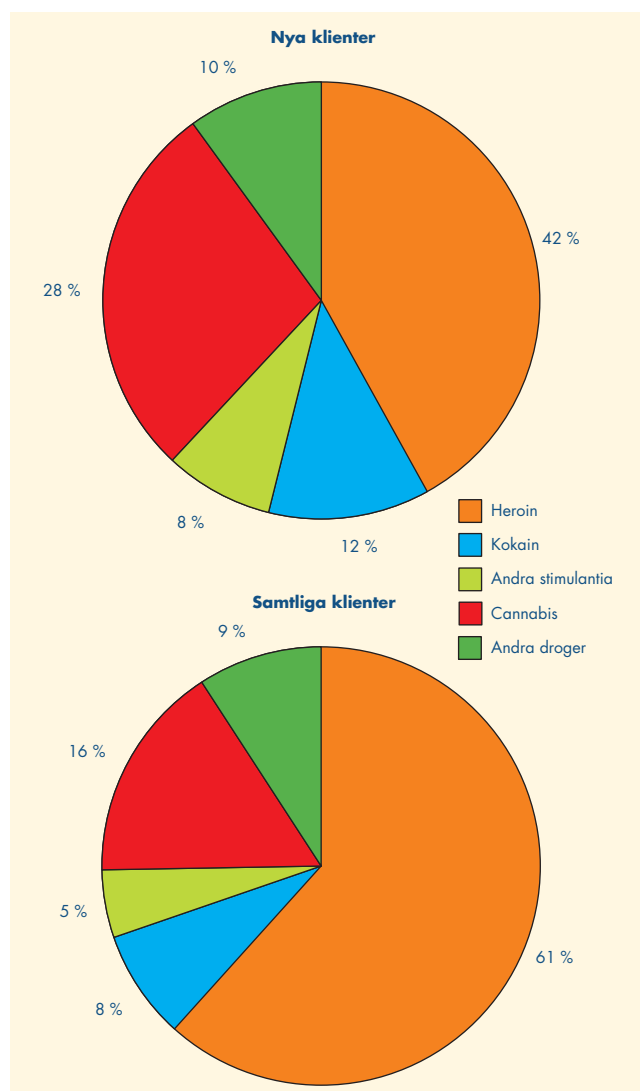
EU:s utvidgning har fört med sig en större variation av sociala beteenden, och olagliga droger är inte något undantag i detta avseende. Kunskap om droggulturens utveckling, det ökande bruket av syntetiska droger och olagligt använda läkemedel, förskjutningen mot kokain och den allmänt höga prevalensen av cannabis är centrala för att bättre förstå behoven hos dem som har problem med sin droganvändning. Av föregående avsnitt i denna rapport framgår att även om heroinmissbrukarna tydligt dominerar behandlingsefterfrågan inom missbrukarvärden, håller bilden på att förändras när det gäller de som påbörjar behandling för första gången. I denna grupp har rapporterade problem med cannabis och stimulantia ökat (figur 14).

Denna förändring måste ses mot bakgrund av de kraftigt utökade behandlingsmöjligheterna för dem som har opiatrelaterade problem liksom bredare täckning beträffande rapportering om behandling. Substitutionsbehandling av opiatmissbrukare som binder klienter i långsiktig fortlöpande behandling (observera att detta inte framgår i dessa diagram vilka enbart visar de som påbörjat behandling under aktuellt år) understryker opiatmissbrukarnas tyngd i den nuvarande behandlingsbördan jämfört med nya klienter. I många länder förefaller det ändå som om de som utvecklar ett drogproblem i dag i Europa sannolikt kommer att skilja sig mer från varandra än vad som tidigare varit fallet, åtminstone när det gäller de substanser de använder.

## Indikatorn över problemmissbruk och beräkning av dolda populationer missbrukare

Den nuvarande indikatorn för problemmissbruk har visat sig otroligt värdefull för att ta fram bättre skattningar av den stora grupp narkotikaanvändare som utgör de största konsumenterna av behandlingsvård i Europa. Detta

**Figur 14:** Fördelning mellan "nya" klienter och "samtliga" klienter som begär behandling enligt deras primärdrog



Observera: Baserat på uppgifter från Tjeckien, Danmark, Tyskland, Grekland, Italien, Cypern, Ungern, Malta, Nederländerna, Slovenien, Slovakien, Finland, Sverige, Storbritannien, Bulgarien, Rumänien och Turkiet.

Källor: Nationella kontaktpunkter.

tillvägagångssätt har stimulerat utveckling av en lång rad olika metoder och statistiska förfarande för att bedöma den totala omfattningen av denna till stor del dolda population. I samtliga dessa strategier baseras mätningarna på tanken att en viss procentandel av problemmissbrukarna är "administrativt synliga" eftersom de har kontakt med en rad olika tjänster, som läkarvård, rättstjänst och akutvård samt sociala tjänster och att man med utgångspunkt i denna synliga minoritet kan beräkna populationens storlek om procentandelen är känd. Dessa typer av indirekta statistiska metoder kompletterar populationsenkäter som av olika metodologiska och praktiska orsaker är mindre lämpade instrument för att bedöma prevalens för en typ av droganvändning som är lågprevalent, stigmatiserad och till stora delar dold.

När det gäller det nuvarande genomförandet av indikatorn för problematiskt missbruk i EU, har länderna anpassat definitionen så att den täcker den praktiska verkligheten i varje lands nationella situation och bilden är därför varierad. Nio länder följer i huvudsak ECNN:s definition som den står, elva länder bedömer enbart antalet användare av opiater (eller heroin) och ytterligare fyra länder utesluter inte problemmissbrukare av cannabis även om cannabisanvändare i allmänhet endast utgör en mycket liten del av deras skattningar (kriterierna för att inkludera cannabisanvändare är ganska stränga och enbart beroende eller mycket intensiv användning av drogen räknas med).

Den mer utbredda användningen av kokain, crack-kokain och stimulantia i allmänhet, tillsammans med drogproblemens överlappning av problem knutna till alkohol och receptbelagda läkemedel, innebär att även om indikatorn skulle genomföras enhetligt skulle skattningarna i dag omfatta en allt större variation av drogmissbruk än tidigare, med möjlighet till många skilda följder och problem. Utöver att kartlägga det problematiska drogmissbrukets totala omfattning, finns därför ett behov att separat övervaka de olika beteenden som indikatorn består av, dvs. injektionsmissbruk och varje drogtyp som definitionen innefattar. Detta kan vara särskilt viktigt mot bakgrund av tecken i vissa länder på ökande användning av kokain och nya mönster för amfetaminanvändning, och för att göra det möjligt att mer i detalj spåra trender i opiatanvändning. Om samtliga dessa beteenden endast rapporteras som totalsumma finns en uppenbar risk att viktig utveckling döljs och att möjligheter till bättre kunskap om trender går förlorad.

I ett föregående avsnitt i denna rapport redovisas för första gången en separat skattning av heroinmissbruk och injektionsmissbruk i Europa. Dessutom noteras förbättrade behandlingsmöjligheter för opiatproblem, med skattningar på drygt en halv miljon substitutionsbehandlingar i Europa. Detta tyder på att andelen heroinmissbrukare och injektionsmissbrukare som har eller har haft kontakt med behandlingsvården kan vara ganska stor i många länder. Tillsammans med de nationella tekniska grupperna undersöker nu ECNN vilket mervärde som kan vinnas av att sammanföra information om behandlingsefterfrågan, behandlingsmöjligheter och skattningar av heroinmissbruk och injektionsmissbruk.

### Kartläggning utöver indikatorn för problematiskt narkotikamissbruk

Ett ytterligare steg för att utveckla vår förmåga till bättre förståelse av det europeiska narkotikaproblemet är att undersöka i vilken utsträckning intensiv narkotikaanvändning kan införlivas i övervakningen på annat sätt än genom indikatorn för problematiskt narkotikamissbruk. Först krävs

emellertid ytterligare analys av i vilken omfattning intensiv narkotikaanvändning, oavsett hur det definieras, är kopplat till beroende liksom vilka nivåer och typer av problem som hänger samman med intensiv användning. Kandel och Davis (1992) uppskattar exempelvis att cirka en tredjedel av dem som dagligen använder cannabis i USA kan betraktas som beroende av drogen. För att komma vidare på detta område måste begreppet regelbunden, intensiv användning av cannabis och andra olagliga droger formaliseras som ett specifikt mål för övervakning. Regelbunden eller intensiv användning kan mätas i enkäter och komplettera skattningar genom indirekta statistiska metoder. För närvarande ger enkäter nyttiga kunskaper om olika mönster för cannabisanvändning, men dessa är till största delen begränsade till mätningar av beteenden och hur ofta drogen används. Enkätuppgifter kommer att bli viktiga för att utveckla starka skattningar av antalet användare av sådana droger som cannabis och som kan beskrivas som användare som är beroende av drogen eller vars användning är skadlig, åtminstone enligt deras egen utsago.

Denna utveckling mot att definiera regelbunden, intensiv användning mer formellt för en rad olika droger skulle också stödja utveckling av forskningsinstrument för att bedöma nivåer i fråga om problem och beroende relaterat till olika grader av och mönster för cannabis konsumtion. I flera europeiska länder pågår arbete för att utveckla metodinstrument för att mäta både intensiv användning och grader av beroende och problem och ECNN främjar samarbete på detta område.

En svårighet när det gäller att identifiera intensiv användning som indikator för dem som sannolikt löper störst risk att bli beroende eller att uppleva problem är att uppfattningen av vad som utgör intensiv användning i viss utsträckning hänger ihop med vilken drog det rör sig om. Problematiskt opiatmissbruk är starkt knutet till användning varje dag, men detta är däremot inte alltid fallet för stimulantia. Omfattande konsumtion av dessa droger är vanlig. Användningen trappas upp under korta perioder för att därefter minska. Under denna fas byter användarna ofta till andra droger eller alkohol för att lindra de negativa konsekvenser som abstinensen ger. Både farmakologiska och kontextuella faktorer kan vara viktiga för att påverka mönster för intensiv droganvändning, men det är uppenbart att mätningar av intensiv användning förutsätter insikt om skillnader i användarbeteenden för olika droger.

### Utmaningen att rapportera problematiskt blandmissbruk

Av välgrundade praktiska och metodologiska skäl beskrivs varje ämne separat i majoriteten av all rapportering av droganvändning. Detta ger den begreppsmässiga tydlighet som krävs för att underlätta rapportering baserad på

tillgängliga beteendemätningar men förbiser det faktum att enskilda drogmissbrukare ofta har konsumerat eller kommer att konsumera en rad olika både olagliga och lagliga ämnen och att dessa missbrukare också kan ha problem med mer än en drog. De kan ersätta en drogtyp med en annan eller kan ha olika favoritdroger över tiden eller kan använda dem parallellt. En sådan komplex bild är en stor utmaning för ett övervakningssystem även om analysen begränsas till enkla beteendemätningar av drogkonsumtionen under olika tidsperioder. Om koncept som problematiskt narkotikamissbruk eller beroende inkluderas blir bilden ännu mer komplex och på europeisk nivå finns mycket få solida uppgifter för att medge välgrundad analys. Det är ändå sannolikt att det i några länder finns en ansenlig population av kroniska problematiska narkotikamissbrukare som är svåra att klassificera med hänsyn till primärdrog och som kan ha problem som beror på användning av såväl lagliga som olagliga ämnen. För att kunna ta itu med detta problem krävs bättre kunskap om vilka mönster som styr blandmissbruk, kunskap som därefter kan användas för att förbättra rapporteringen på nationell och europeisk nivå.

### Kaotiskt blandmissbruk (poly-substitution)

Inom det allmänna begreppet blandmissbruk ryms flera olika beteenden som måste beaktas. En ytterlighet är användning av flera ämnen på ett intensivt och kaotiskt sätt, i kombination eller efter varandra. I många fall får också de olika drogerna ersätta varandra beroende på tillgång. Detta är exempelvis fallet med problematiska missbrukare som använder olika opiater liksom läkemedel, kokain, amfetaminer och alkohol.

Det är ett konsumtionsmönster som förefaller finnas bland vissa kroniska missbrukare, eventuellt i marginaliserade grupper, möjligen bland människor med psykiska problem. I många rapporteringssystem i Europa kommer dessa fall att föras in under opiatmissbruk.

Eftersom de är problematiska narkotikamissbrukare kommer dessa individer att omfattas av definitionen och övervakningen av denna grupp. Frågan infinner sig ändå om detta intensiva, kaotiska blandmissbruk borde betraktas som en enhet för sig. Det är ett beroende som inte är knutet till en specifik drog, och som därför kräver målinriktade epidemiologiska åtgärder och behandling, stöd eller insatser för att minska skadeverkningarna i en särskilt svår situation. Mot denna bakgrund borde kartläggning av det problematiska narkotikamissbrukets beståndsdelar innefatta blandmissbruket som en av dessa delar som mäts separat.

### Kombination av droger

Det finns en andra grupp av missbrukare som systematiskt konsumerar flera olika ämnen tillsammans. Syftet är att nå de särskilda effekter som den farmakologiska kombinationen

ger, exempelvis s.k. "speedballing", som innebär att en blandning av heroin och kokain injiceras.

En andra drog som används av funktionella eller farmakologiska orsaker behöver inte intas samtidigt utan kan också användas konsekutivt, som ersättning eller som komplement. Benzodiazepin kan exempelvis användas för att minska abstinenssymptomen när opiater inte finns tillgängliga. Med andra ord kan en andra drog användas för dess kompensande farmakologiska effekt. Det är fallet när opiaternas narkotiska effekt modifieras med hjälp av kokain, eller när den ångest som framkallas av kokain eller amfetamin mildras med hjälp av opiater eller andra lugnande medel.

### Ökade risker vid blandmissbruk

Den förstärkande effekten av en drog som tas i kombination med en annan är ibland avsevärd, och här måste lagliga preparat och läkemedel, som alkohol, nikotin och antidepressiva medel – betraktas i samverkan med de narkotikaklassade psykoaktiva ämnena. Risknivån kommer att bero på i vilka doser de båda ämnena tas. Flera farmakologiska kombinationer ger anledning till oro: alkohol och kokain ökar den kardiovaskulära toxiciteten, alkohol eller lugnande medel, som intas tillsammans med opiater leder till ökad risk för överdos, och opiater eller kokain som tas tillsammans med ecstasy eller amfetaminer resulterar också i ytterligare akut toxicitet.

### Brister beträffande tillgängliga uppgifter om blandmissbruk

Bristen på tillgängliga uppgifter leder till att rapportering om många inslag i blandmissbruket blir begränsad. Uppgifter finns att hämta i toxikologiska rapporter från överdoser av narkotika och i berättelser från klienter som genomgår behandling. Samtidigt som dessa källor ger viss insikt i blandmissbruket, är den tillgängliga informationen ofta begränsad och uppgifternas representativitet kan ifrågasättas.

Resultat av enkäter visar att enskilda individer i betydande utsträckning använder fler än två droger under samma tidsperiod. Vissa former av drogmisbruk är dock dåligt redovisade i enkätuppgifterna och även om det finns vissa uppgifter måste insatser göras för att utveckla jämförbara rapporteringsnormer. Ett exempel på omfattningen av de uppgifter om blandmissbruk som finns tillgängliga i populationsenkäter finns i en ny teknisk rapport från ECNN (2005b). Med utgångspunkt i uppgifter från Spanien, visar figur 15 att användning av en drog leder till en ökad tendens, jämfört med den allmänna befolkningen, att ha använt en annan drog och att detta varierar beroende på vilken drog som studeras. Bland heroinmissbrukare är exempelvis användning av kokain relativt vanligt

förekommande, medan kokainmissbrukarnas användning av andra droger är mindre tydlig.

### Fastställande av en operativ definition på blandmissbruk: en fråga om timing?

Vid bedömning och rapportering av blandmissbruk är det viktigt att betänka vilka tidsperioder man väljer. Uppgifter på livstidsprevalens är i allmänhet inte särskilt användbara eller relevanta för folkhälsofrågor jämfört med mätningar av användning på senare tid.

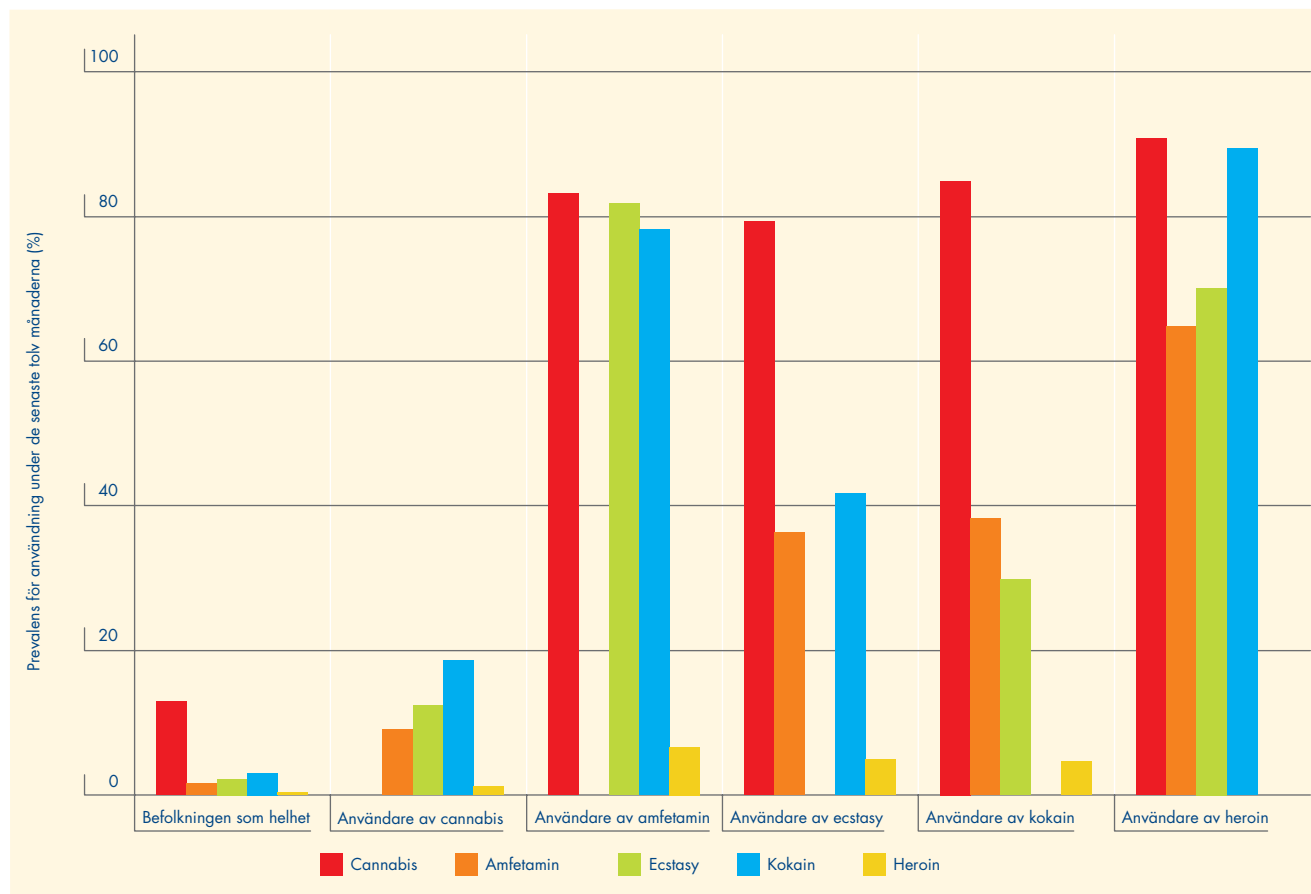
Blandmissbruk kan ändamålsenligt definieras operationellt som regelbunden användning av mer än ett ämne under en angiven miniperiod exempelvis en månad. Detta skiljer inte ut de olika typer av användning som beskrivits ovan, men ger en övergripande bild av vad som kan vara en högriskgrupp. Ett fall när uppgifter om livstidsprevalens kan användas som markör för blandmissbruk är när det gäller mycket unga individer – elever eller studenter – eftersom livstidsprevalens för blandmissbruk mer uttalat kan spegla även nuvarande vanor i denna grupp. De tecken som finns, exempelvis hämtade ur ESPAD-enkäter, tyder på att mer avvikande/lågprevalenta mönster för narkotikamisbruk bland studenter (ecstasy, amfetamin, hallucinogener, kokain, heroin) finns samlat runt ett fåtal individer.

## Förbättring av övervakning av drogproblemen i Europa och av känsligheten för blandmissbruk

En av ECNN:s viktigaste uppgifter är att förbättra kunskaperna om drogproblemets art och omfattning i Europa. Narkotikamisbruk är emellertid en komplicerad fråga som innefattar en rad olika beteenden som i olika hög grad är förenade med flera viktiga folkhälsoproblem och sociala problem. Narkotikamisbrukare kan ha problem eller löpa risk att hamna i problem. Mönstren för narkotikamisbruk varierar mellan experimenterande med narkotika, kortvarig användning eller användning bara ibland och regelbundet, intensivt och okontrollerat missbruk. Narkotikamisbrukare kan grupperas enligt kliniska definitioner som patienter som har drogproblem eller som är beroende, och i forskningstermer kan båda dessa kategorier föras in i sammanhängande enheter. Narkotikamisbrukare konsumerar dessutom ofta flera ämnen och ändrar sitt konsumtionsmönster över tiden, vilket bara gör bilden ännu mer komplex. Ett enda rapporteringsinstrument kan inte täcka denna komplicerade bild på ett ändamålsenligt sätt. I praktiken är det tillvägagångssätt med flera indikatorer som ECNN har antagit avsett att belysa alla dessa olika aspekter av narkotikaproblemet.

Indikatorn för det problematiska narkotikamisbruket är inriktad på en särskild uppsättning beteenden och ger

**Figur 15:** Användning av narkotika under det senaste året fördelad på olika användargrupper i åldern 15–34 i befolkningen som helhet



Observera: Uppgifter för Spanien 1999. Se figur GPS-34 i i statistikbulletinen 2006 för ytterligare information.  
 Källa: ECNN (2005b).

därigenom värdefull insikt om några av narkotikamissbrukets mest skadliga och kostnadskrävande former. Indikatorn är därmed en viktig komponent för att förstå det europeiska drogproblemet som helhet. För att kunna ta itu med de alltmer komplexa narkotikaproblemen i Europa finns emellertid nu ett tydligt behov av att komplettera indikatorns övergripande skattningar med skattningar av de olika ingående beståndsdelarna.

Eftersom många av de tillgängliga uppgiftskällorna baseras på rapporter om beteenden för narkotikakonsumtion, måste termen regelbunden eller intensiv användning utvecklas på denna bas. Detta kommer att bredda perspektivet för övervakning av narkotikaproblem utöver

vad som för närvarande ryms i indikatorn för problematiskt narkotikamissbruk. Möjligheter att jämföra uppgifterna om det problematiska narkotikamissbruket med denna bredare information kommer att utgöra ytterligare ett steg framåt i ECNN:s ansträngningar för att bättre kunna förstå både hur omfattande narkotikaproblemen i Europa är och vad de består av. Det är samtidigt viktigt att se till att insatserna för att utveckla rapporteringsstandarder som gör det möjligt att bättre beskriva blandmissbrukets mönster i Europa avancerar. De första stegen i denna riktning blir att utveckla en mer förfinad konceptuell ram som kan användas för att studera olika typer av blandmissbruk, fastställa lämpliga tidsmässiga ramar och identifiera lämpliga uppgiftskällor.







## Referenser

- ACPO Drugs Committee (2002), *A review of drugs policy and proposals for the future*, The Association of Chief Police Officers, London.
- Bossong, M.G., Van Dijk, J.P. och Niesink, R.J.M. (2005), "Methylone and mCPP, two new drugs of abuse?", *Addiction biology* 10(4), s. 321-3.
- Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H. m.fl. (2005), *Tiered approach to drug prevention and treatment among young people*, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Liverpool.
- Chen, C.-Y., O'Brien, M.S. och Anthony, J.C. (2005), "Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000–2001", *Drug and alcohol dependence* 79, s. 11–22.
- Chivite-Matthews, N., Richardson, A., O'Shea, J. m.fl. (2005), *Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey*. Home Office statistical bulletin 04/05, Home Office, London (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb0405.pdf>).
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Kommissionen för narkotiska droger, Förenta nationernas ekonomiska och sociala råd, Wien.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Kommissionen för narkotiska droger, Förenta nationernas ekonomiska och sociala råd, Wien.
- ECNN (2002a), *Prosecution of drug users in Europe – varying pathways to similar objectives*, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2002b), "Mortality of drug users in the EU: coordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohorts and development of new methods and outputs", project CT.00.EP.13, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2004a), *Årsrapport 2004: Situationen på narkotikaområdet i Europeiska unionen och Norge*, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2004b), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights no. 6, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2004c), *European report on drug consumption rooms*, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2004d), "Overdose: a major cause of avoidable death among young people", *Drugs in Focus* No. 13, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2005a), *Årsrapport 2005: Situationen på narkotikaområdet i Europa*, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2005b), "Assistance to EMCDDA for the analysis of drug profiles from EMCDDA Databank on surveys of drug use", final report, project CT.03.P1.200, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2005c), "Data collection to develop an inventory of social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison in the recently incorporated Member States to the EU", final report, project CT.04.P2.329, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- EuroHIV (2005), *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004*. Institute de veille sanitaire: Saint-Maurice. No 71.
- Europol (2006), "Drugs 2006" (communication to the EMCDDA of 16 January 2006, file no. 158448), Europol, Haag.
- Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J. m.fl. (2005), "Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention", *International journal of drug policy* 16S, s. S67–75.
- Haasen, C., Prinzeve, M., Gossop, M. m.fl. (2005), "Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder and crack users", *World psychiatry* 4(3), s. 173-6.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. m.fl. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) och Europarådets Pempidougrupp.
- Higgins, S.T., Sigmon, S.C., Wong, C.J. m.fl. (2003), "Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients", *Archives of general psychiatry* 60, s. 1043-52.
- INCB (2006a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, Internationella narkotikakontrollstyrelsen, New York.
- INCB (2006b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Internationella narkotikakontrollstyrelsen, New York.
- Kandel, D. och Davis, M. (1992), "Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near daily use", in: Glantz, M. och Pickens, R. (red.), *Vulnerability to Drug Abuse* s. 211-53. American Psychological Association. Washington.
- Kumpfer, K.L., Molgaard, V. och Spoth, R. (1996), "The Strengthening Families Program for prevention of delinquency and drug use in special populations", in: Peters, R. och McMahon, R. J. (red.) *Childhood disorders, substance abuse*,

and delinquency: prevention and early intervention approaches, Sage Publications, Newbury Park, CA.

MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. m.fl. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*. Home Office Online Report 24/05. Home Office, London (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2405.pdf>).

Naber, D. och Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*, Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg ([http://www.heroinstudie.de/ZIS\\_H-Bericht\\_P1\\_DLR.pdf](http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf)).

ONS (2006), *Health Statistics Quarterly 29*, Office for National Statistics, London.

Poling, J., Oliveto, A., Petry, N. m.fl. (2006), "Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population", *Archives of general psychiatry* 63, s. 219-28.

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. m.fl. (2004), "Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups", *European addiction research* 10, s. 147-55.

Nationella Reitox-rapporter (2005) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).

Roe, E. och Becker, J. (2005), "Drug prevention with vulnerable young people: a review", *Drugs: education, prevention and policy*, 12(2), s. 85–99.

Roozen, H.G., Boulogne, J.J., van Tulder, M.W. m.fl. (2004), "A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction", *Drug and alcohol dependence* 74, s. 1–13.

Schäfer, C. och Paoli, L. (2006), *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis*, Duncker & Humblot, Berlin.

Schottenfeld, R.S., Chawarski, M.C., Pakes, J.R. m.fl. (2005), "Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence", *American journal of psychiatry* 162, s. 340-9.

Shearer, J. och Gowing, L.R. (2004), "Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research", *Drug and alcohol review* 23, s. 203-11.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, FN:s organ för narkotika- och brottslighetsfrågor, Wien.

UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, FN:s organ för narkotika- och brottslighetsfrågor, Wien.

UNODC (2005), *Coca cultivation in the Andean region: A survey of Bolivia, Colombia and Peru – June 2005*, FN:s organ för narkotika- och brottslighetsfrågor, Wien.

UNODC (2006), *2006 world drug report*, FN:s organ för narkotika- och brottslighetsfrågor, Wien.

UNODC och Government of Morocco (2005), *Morocco Cannabis Survey 2004*. FN:s organ för narkotika- och brottslighetsfrågor, Wien.

Van den Brink, W. (2005), "Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment", *Sucht* 51(4), s. 196-8.

Vickerman, P., Hickman, M., Rhodes, T. och Watts, C. (2006), "Model projections on the required coverage of syringe distribution to prevent HIV epidemics among injecting drug users", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (in press).

Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H. m.fl. (2002), "What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults", *Drug and alcohol dependence* 68(1), s. 49–64.

WCO (2005), *Customs and drugs 2004*, Världstullorganisationen, Bryssel.

WHO (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical papers*, Världshälsoorganisationen, Genève.

WHO/UNODC/UNAIDS (2004), "Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention", position paper, WHO, UNODC, UNAIDS ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/treatment/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html)).





Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk

**Årsrapport 2006: Situationen på narkotikaområdet i Europa**

Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer

2006 — 96 s. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-273-X





## FÖRSÄLJNING OCH PRENUMERATION

Publikationsbyrån ger ut publikationer för försäljning, och de kan beställas genom något av våra försäljningsombud runtom i världen. En lista över försäljningsombuden får du genom att

- gå in på publikationsbyråns webbplats: <http://publications.europa.eu>, eller
- be om en lista via fax: (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.