



Europeiska centrumet för kontroll
av narkotika och narkotikamissbruk

ÅRSRAPPORT 2008

SITUATIONEN PÅ NARKOTIKAOMRÅDET
I EUROPA



Europeiska centrumet för kontroll
av narkotika och narkotikamissbruk

SITUATIONEN PÅ NARKOTIKAOMRÅDET
I EUROPA

ÅRSRAPPORT 2008

Rättsligt meddelande

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

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

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

Gratis telefonnummer (*):
00 800 6 7 8 9 10 11

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

Rapporten finns på bulgariska, spanska, tjeckiska, danska, tyska, estniska, grekiska, engelska, franska, italienska, lettiska, litauiska, ungerska, nederländska, polska, portugisiska, rumänska, slovakiska, slovenska, finska, svenska, turkiska och norska. Samtliga översättningar har utförts av Översättningscentrum för Europeiska unionens organ.

Kataloguppgifter finns i slutet av publikationen.

Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer, 2008

ISBN 978-92-9168-340-6

© Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, 2008

Kopiering tillåten med angivande av källan.

Printed in Luxembourg

TRYCKT PÅ ICKE KLORBLEKT PAPPER



Europeiska centrumet för kontroll
av narkotika och narkotikamissbruk

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lisboa, Portugal
Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11
info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Innehåll

Förord	5
Tack till medverkande	7
Till läsaren	9
Kommentar: Narkotikasituationen i Europa – nya perspektiv och en del gamla sanningar	11
Kapitel 1: Politik och lagstiftning Politiken på internationell nivå och EU-nivå • Nationella narkotikastrategier • Offentliga utgifter • Nationell lagstiftning • Narkotikarelaterad brottslighet • Nationell forskning	18
Kapitel 2: Olika sätt att hantera narkotikaproblem i Europa – en översikt Prevention • Behandling • Åtgärder för att minska skadeverkningar • Återintegrering i samhället • Hälsovård och socialvård i fängelser	28
Kapitel 3: Cannabis Tillgång och tillgänglighet • Prevalens och mönster för användningen • Behandling	36
Kapitel 4: Amfetaminer, ecstasy och LSD Tillgång och tillgänglighet • Prevalens och mönster för användningen • Nöjesmiljöer • Behandlingsutbud	47
Kapitel 5: Kokain och crack-kokain Tillgång och tillgänglighet • Prevalens och mönster för användningen • Behandling och åtgärder för att minska kokainets skadeverkningar	58
Kapitel 6: Opiatmissbruk och injektionsmissbruk Tillgång på och tillgänglighet för heroin • Prevalens och mönster för användningen • Injektionsmissbruk • Behandling av problematiskt opiatmissbruk	69
Kapitel 7: Narkotikarelaterade infektionssjukdomar och narkotikarelaterade dödsfall Infektionssjukdomar • Prevention av infektionssjukdomar • Dödsfall och dödlighet • Åtgärder för att minska dödsfallen	79
Kapitel 8: Nya droger och framväxande trender EU:s åtgärder mot nya psykoaktiva ämnen • Internet • GHB och GBL	91
Hänvisningar	96



Förord

Det är med stor tillfredsställelse som vi lägger fram den trettonde årsrapporten från Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk. Det vore inte möjligt att sammanställa den här rapporten utan det hängivna arbete och engagemang som våra partner i de nationella Reitox-kontaktpunkterna lägger ner liksom experterna i hela Europa som bidrar till analyserna. Vi är också skyldiga de EU-organ och internationella organisationer som arbetar på narkotikaområdet ett stort tack. Vår rapport är ett resultat av gemensamma ansträngningar och vi tackar alla som har bidragit till den. Arbetet bärs av tanken att en sansad analys av situationen på narkotikaområdet är en förutsättning för en välgrundad, givande och rationell debatt. Den säkerställer att åsikter baseras på fakta och att de som ska fatta svåra politiska beslut kan skapa sig en tydlig uppfattning om vilka kostnader och fördelar som är förenade med de olika alternativ som står till buds.

Det här året har präglats av ovanligt stor aktivitet inom narkotikapolitiken och ECNN har varit hedrade att få bidra såväl till den slutliga utvärderingen av EU:s nuvarande handlingsplan mot narkotika som till översynen av 1998 års generalförsamlings särskilda session om narkotikaproblemen i världen. Det är glädjande att konstatera att Europa vid en internationell jämförelse utmärker sig som en av de världsdelar där övervakningsförmågan är bäst utvecklad. Vi är dock medvetna om de begränsningar som våra nuvarande informationsresurser är behäftade med och arbetar ständigt tillsammans med våra partner för att förbättra de tillgängliga uppgifternas kvalitet och ändamålsenlighet.

Ett underliggande tema i den politiska debatten om narkotika är kostnaderna, både de dolda och de mer uppenbara, som Europas narkotikaproblem förorsakar. Den frågan behandlas i olika delar av den här rapporten. ECNN strävar efter att förbättra kunskaperna om de offentliga utgifter som är förenade med kampen mot användning av narkotika i EU:s medlemsstater. Det här arbetet ligger fortfarande i sin linda och de skattningar som har gjorts bör betraktas som vägledande snarare än exakta uppgifter. Våra beräkningar tyder ändå på att kostnaderna är avsevärda, och de preliminära siffrorna varierar mellan 28 miljarder euro och 40 miljarder euro. Det är däremot betydligt svårare att uttrycka narkotikamissbrukets skadeverkningar i ekonomiska termer. Hur ska vi beräkna kostnaderna för de tragiska förluster av människoliv som narkotikan orsakar i Europa, de negativa effekter som droger har i

samhällen där de produceras eller säljs, eller kostnaderna för narkotikahandelns underminering av samhällsutveckling och politisk stabilitet i producent- och transitländer? Det räcker med att se den oroande utveckling som transiteringen av kokain genom Västafrika har lett till för att påminnas om den skada som narkotika kan förorsaka.

På den mer positiva sidan kan nämnas att användningen av narkotika i Europa förefaller att stabiliseras och att framsteg görs beträffande tillvägagångssättet för att lösa narkotikaproblemet i EU:s medlemsstater. För de flesta former av narkotikamissbruk är det vår övergripande bedömning att de inte ökar och på vissa områden förefaller trenderna vara fallande. Nästan alla medlemsstater utformar sina åtgärder inom ramen för nationella strategier och samsynen på EU-nivå blir allt större. Behandlingstillgängligheten fortsätter att öka och i vissa länder har den nått en punkt där majoriteten av heroinmissbrukare, som förr betraktades som en gömd grupp, nu har kontakt med någon form av vård. För inte så många år sedan var hiv-smitta bland injektionsmissbrukare en central fråga i den narkotikapolitiska debatten. Sedan dess har en pragmatisk blandning av åtgärder inriktade på prevention och behandling samt insatser för att minska skadeverkningar blivit standard i Europa, och antalet nya smittfall som tillskrivs narkotikamissbruk har sjunkit och fortsätter att minska.

Goda nyheter presenteras sällan i braskande rubriker och de kan därför lätt förbises. Det är emellertid viktigt att lyfta fram de framsteg som görs. I Europa får vi allt större insikt om vilka åtgärder som kan bidra till att lösa narkotikaproblemet. Ett erkännande av att våra insatser kan göra skillnad, och faktiskt också gör det, är en förutsättning för att säkerställa finansiering och vinna politiskt stöd. Därmed inte sagt att vår rapport inte belyser områden där vi har anledning till oro i EU. Exempelvis fortsätter användningen av kokain att öka och det finns fortfarande betydande skillnader mellan länderna när det gäller tillgänglighet och kvalitet på vård för dem som har problem. Trots att framsteg har gjorts måste vi därför konstatera att vi har en lång väg kvar att gå till målet. I dagens Europa är dock enigheten om vilken riktning vi bör välja större än någonsin tidigare.

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 i ECNN:s styrelse och vetenskapliga kommitté,
- Europaparlamentet, Europeiska unionens råd – särskilt dess horisontella narkotikagrupp – och Europeiska kommissionen,
- Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC), Europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA) och Europol,
- Europarådets Pompidougrupp, FN:s organ mot brott och narkotika, Världshälsoorganisationens (WHO) regionala kontor för Europa, Interpol, Världstullorganisationen, ESPAD-projektet och det svenska Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) samt det europeiska centrumet för epidemiologisk övervakning av aids (EuroHIV),
- Översättningscentrum för Europeiska unionens organ och Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer.

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, kandidatländerna och Europeiska kommissionen. Kontaktpunkterna är de nationella myndigheter som under respektive regerings ansvar lämnar information om narkotika och narkotikamissbruk till ECNN.

Kontaktuppgifter för de nationella kontaktpunkterna finns på:

<http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>



Till läsaren

Denna årsrapport bygger på den information som ECNN har fått i form av nationella rapporter från EU-medlemsstaterna, kandidatländerna och Norge (som har deltagit i ECNN:s arbete sedan 2001). Den statistik som redovisas avser 2006 (eller det senaste år för vilket det finns uppgifter). Figurer och tabeller i rapporten kan avse enbart vissa av EU-länderna; urvalet har gjorts utifrån de länder för vilka det funnits uppgifter för den aktuella perioden.

Priser på droger som rapporteras till ECNN speglar priserna i missbrukarledet. Rapporter om renhetsgrad eller styrka har i de flesta länder baserats på ett urval av samtliga beslag, och det är i allmänhet inte möjligt att hänföra rapporterade uppgifter till en särskild nivå i narkotikamarknaden. När det gäller renhetsgrad eller styrka och priser i missbrukarledet har alla analyser baserats på typiska (modala) värden eller, om sådana saknas, medelvärden (eller medianvärden).

Rapporter om prevalensen för användning av narkotika avser i de flesta fall den nationella befolkningen i åldrarna 15–64 år. Länder som använder en annan övre eller undre åldersgräns är Bulgarien (18–60), Tjeckien (18), Danmark (16), Tyskland (18), Ungern (18–59), Malta (18), Sverige (16) och Storbritannien (16–59).

Begreppet "nya klienter" i samband med uppgifter om behandlingsefterfrågan avser de som söker behandling för första gången och "samtliga klienter" avser alla som påbörjar missbruksbehandling. Klienter i pågående behandling vid det aktuella årets början innefattas inte i uppgifterna. Om andelen personer som efterfrågar behandling för ett primärt missbruk uppges, är nämnaren antalet kända fall av missbrukare av den primära drogen.

Analyser av trender baseras enbart på de länder som lämnat tillräckliga uppgifter för att beskriva förändringar under tidsperioden i fråga. I trendanalyser av uppgifter om narkotikamarknaden kan siffror för 2005 ersätta saknade värden för 2006 medan saknade uppgifter kan interpoleras i analyser av andra trender. Pristendenser har anpassats för inflationen på nationell nivå.

Termen "rapporterade fall" i fråga om narkotikabrott kan beskriva olika förhållanden i olika länder.

Mer information om uppgifter och analytiska metoder finns i statistikbulletinen för 2008.

En elektronisk version av årsrapporten finns tillgänglig på 23 språk och kan hämtas på Internet (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>).

I statistikbulletinen för 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08>) presenteras alla de källtabeller som legat till grund för den statistiska analysen i rapporten. Där finns även utförlig information om de metoder som har använts och cirka 100 ytterligare diagram.

Landsprofilerna (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) ger översikter över viktiga aspekter av narkotikasituationen i varje land.

De nationella rapporterna från Reitox-kontaktpunkterna innehåller utförliga beskrivningar och analyser av narkotikaproblemet i de olika länderna. Dessa rapporter finns på ECNN:s webbplats (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).



Kommentar

Narkotikasituationen i Europa – nya perspektiv och en del gamla sanningar

En stark röst från Europa under ett viktigt år för eftertanke och utformning av en politik

Under 2008 har EU:s handlingsplan mot narkotika 2005–2008 utvärderats, samtidigt som arbetet med en ny plan för att föra EU:s narkotikastrategi vidare under nästa period (2009–2012) har pågått. Dessutom har 13 medlemsstater ägnat 2008 åt att omarbota eller se över sina nationella narkotikastrategier eller handlingsplaner. Internationellt utmärktes året även av tioårsöversynen av de deklarerationer och handlingsplaner som antogs vid den tjugonde extra sessionen i FN:s generalförsamling (UNGASS). Detta gör 2008 till ett unikt år för reflektion på europeisk och global nivå om hur narkotikapolitiken har fungerat hittills och om vilka inriktningar den bör ha i framtiden.

En växande europeisk samsyn kan skönjas i medlemsstaternas antagande av nationella narkotikastrategier och i bidragen till den globala narkotikadebatten. Alla EU-medlemsstater utom en har nu narkotikapolitiska dokument, och omkring hälften strukturerar nu sina dokument i linje med EU:s handlingsplan – en indikation på en ökande politisk konvergens i Europa när det gäller synen på hur narkotikaproblemet ska angripas. EU:s medlemsstater har med stöd av kommissionen stått för en alltmer samstämmig EU-ståndpunkt i de pågående diskussioner som har åtföljt UNGASS-översynen. I de europeiska debattinläggen har tonvikten legat på behovet av heltäckande, balanserade och evidensbaserade policyer och åtgärder och på värdet av förbättrad övervakning av narkotikaproblemet på global nivå under perioden efter UNGASS.

Narkotikaanvändning och straffrättsliga påföljder: en mångtydig bild

Under de senaste åren har ECNN rapporterat om en tendens i de europeiska länderna att göra större åtskillnad i sin narkotikalagstiftning mellan dem som handlar med eller säljer narkotika och användarna. Detta har tagit sig uttryck i sänkta straff för narkotikaanvändning i vissa länder, medan andra har förkastat ansatser till straffsänkning eller till och med höjt straffen. I praktiken är det svårt att skilja mellan leverantör och användare, och skillnaderna mellan

medlemsstaterna är stora när det gäller var gränsen mellan de båda kategorierna har dragits.

Tillgängliga data ger inget stöd för att de europeiska länderna nu skulle använda straffrättsliga påföljder för narkotikaanvändning i mindre grad. Under de senaste fem åren har antalet rapporterade narkotikabrott ökat i Europa. De flesta av de rapporterade narkotikabrotten gäller användning och innehav för eget bruk och inte försäljning av narkotika, och medan de rapporterade brott som gäller narkotikahandel har ökat med 12 procent har de som gäller innehav ökat med över 50 procent. Cannabis är fortfarande den drog som oftast förekommer i samband med rapporterade narkotikabrott.

Det är oklart varför antalet narkotikabrott som gäller användning ökar, och ökningen skulle till och med kunna ha att göra med att det i vissa länder kan ha blivit enklare rent administrativt att döma personer för narkotikainnehav. Vissa hävdar att risken för att narkotikamissbrukare, särskilt cannabisanvändare, ska åtalas för narkotikabrott skulle ha minskat under senare år, men data ger inget stöd för denna uppfattning. Dessutom är det oklart i vilken grad påföljderna för narkotikainnehav har förändrats, och ECNN kommer att utreda denna fråga i ett temakapitel nästa år.

Ny undersökning om ungas attityd till narkotikaanvändning

Nyligen genomfördes en Eurobarometerundersökning av ungas attityd till och uppfattning om narkotika som visade på en tydlig samsyn mellan länderna. Generellt bedömde mellan 81 och 96 procent av de tillfrågade att det var förenat med stora risker att använda droger som heroin, kokain och ecstasy. Den övervägande majoriteten av de tillfrågade (95 procent) ansåg att dessa droger bör vara narkotikaklassade i Europa även i fortsättningen. Synen på cannabis var dock inte lika enhetlig: 40 procent ansåg att drogen utgjorde en stor risk, medan ungefär samma andel (43 procent) ansåg att cannabisanvändning medförde en "medelhög hälsorisk", av ungefär samma dignitet som tobaksrökning. Uppfattningen om hälsorisker i samband med cannabisanvändning avspeglades i den lägre andel som stödde ett fortsatt förbud

mot cannabis (67 procent) och att en avsevärd minoritet (31 procent) ansåg att cannabis bör regleras på samma sätt som alkohol och tobaksvaror.

Prevention av narkotikamissbruk: evidensbasen växer men praxis ändras långsamt

Prevention av narkotikamissbruk har ett nästan enhälligt stöd, men formella utvärderingar inom området är metodologiskt krävande, och historiskt finns det begränsat med data som visar hur effektiva preventiva insatser är. Läget förändras i takt med att den vetenskapliga basen för narkotikaprevention ökar och stringentare studier genomförs. Fortfarande måste slutsatser ofta dras från resultaten av amerikanska studier, vars relevans för europeiska förhållanden kan ifrågasättas, men det finns nu en växande stomme av europeiska arbeten. Sammantaget möjliggör den information som nu finns att tillgå en ökad förståelse av vilka typer av insatser som sannolikt är effektiva och hur dessa kan målinriktas på dem som löper störst risk. Trots detta tyder nya data på att många länder fortfarande i huvudsak använder sig av strategier för vilka en stark evidensbas saknas och som i vissa fall innefattar insatser som till och med kan motverka sitt syfte. Problemet för politiker kan vara att de program som man vet ger fördelar ofta kräver såväl mer resurser som större satsningar på utbildning och kvalitetskontroll.

För att stödja kunskapsöverföring och bästa praxis inom narkotikaområdet inrättade ECNN 2008 en Internetportal om bästa praxis. Portalen inkluderar en preventionsmodul och ger en översikt över de senaste rönen om olika programs effektivitet och verkningfullhet samt verktyg och standarder som syftar till att förbättra kvaliteten på olika insatser. Den ger också exempel på utvärderad praxis från hela Europa.

Missbruksbehandling: ökad betoning av utfall och klientbehov

Antalet narkotikamissbrukare som behandlas för sitt beroende har ökat betydligt under de senaste åren, och många länder har nu en stor andel av sina problematiska opiatmissbrukare i långsiktig substitutionsbehandling. Denna trend har lett till fler läkemedelsalternativ och har resulterat i ett ökat fokus på behandlingskvalitet och behandlingsutfall som primära politiska mål, i stället för antalet behandlade. Särskilt gäller att debatten har övergått till diskussioner om vad som kan anses vara realistiska långsiktiga mål för substitutionsbehandling och i vilken grad klienter kan återintegreras socialt och återgå till en normal livsstil. En av nyckelfaktorerna för att kunna återintegreras i samhället är att få en anställning, vilket har visats ha ett högt prognosvärde. Det är dock ofta svårt att komma in på arbetsmarknaden igen med den dåliga yrkeserfarenhet och låga utbildningsnivå som

kännetecknar många av dem som finns bland den generellt åldrande populationen av kroniska missbrukare som omfattas av långtidsbehandling i Europa. Att nå en samsyn om hur ett lyckat utfall ska definieras för personer med långvarigt narkotikamissbruk och i vilken grad de kan återintegreras framgångsrikt i samhället blir allt viktigare frågor för missbrukarvården i Europa.

Utbudet av missbrukarvård i Europa fortsätter att öka, men det finns fortfarande stora skillnader mellan länderna när det gäller tillgången på vård och i hur hög grad vården är anpassad till olika typer av narkotikaproblem. Det finns också en utbredd insikt om värdet av behandlingsalternativ på fängelser som dock behöver matchas av motsvarande investeringar i utveckling av missbrukarvården inom detta område, som är eftersatt i de flesta länder. En stor utmaning för missbrukarvården i Europa är behovet av att utveckla vårdmodeller som är specialanpassade till en mer heterogen population av narkotikamissbrukare. Mot den generella bakgrunden att tillgängliga rön inte stöder någon enskild strategi som det bästa alternativet håller vissa europeiska länder på att utveckla nya intressanta metoder för att behandla cannabis- eller kokainmissbrukare. De komplexa problem som orsakas av olika mönster för kombinationsmissbruk, bland annat med alkohol, utgör en utmaning för utvecklingen av missbrukarvården. Det är därför sannolikt att den europeiska missbrukarvården kommer att behöva utveckla en alltmer differentierad uppsättning behandlingsalternativ i framtiden om den ska kunna hantera sina klienters alltmer differentierade vårdbehov.

Starkare signaler om att cannabis kan vara på väg att bli mindre populärt

Nya data från enkäter i skolor och bland den vuxna befolkningen som helhet tyder på att cannabisanvändningen har stabiliserats eller minskar i vissa länder. Det går fortfarande att urskilja olika nationella trender, och det finns tydliga skillnader mellan länderna. Detta avspeglas av trenderna på medellång sikt, som visar att ökningarna ofta rapporteras av länder med låga prevalensnivåer, en stabil situation uppges råda i många andra länder och minskningar rapporteras av en del av länderna med höga prevalensnivåer.

Sjunkande prevalensnivåer märks tydligast i de yngre åldersgrupperna. Nya skolenkätdata från den senaste HBSC-undersökningen av skolbarns hälsovanor (Health Behaviour in School-aged Children) visar en stabil eller minskande trend för narkotikaanvändningen bland 15-åriga skolelever i de flesta länder under perioden 2001–2006, och preliminära rapporter tyder på att denna bild bekräftas av den senaste ESPAD-undersökningen

I korthet – skattningar av narkotikaanvändningen i Europa

De skattningar som presenteras här gäller den vuxna befolkningen (15–64 år) och bygger på senaste tillgängliga data. En fullständig redovisning av data och metodologiska uppgifter finns i den bifogade statistikbulletinen.

Cannabis

Använt någon gång i livet: minst 71 miljoner (22 procent av vuxna européer).

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

Använt senaste månaden: över 12 miljoner européer.

Variation mellan länder i fråga om användning under senaste året:

Totalt intervall: 0,8 procent till 11,2 procent.

Kokain

Använt någon gång i livet: minst 12 miljoner (3,6 procent av vuxna européer).

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

Använt senaste månaden: omkring 2 miljoner.

Variation mellan länder i fråga om användning under det senaste året:

Totalt intervall: 0,1 procent till 3,0 procent.

Ecstasy

Använt någon gång i livet: omkring 9,5 miljoner (2,8 procent av vuxna européer).

Använt senaste året: över 2,6 miljoner, dvs. en tredjedel av dem som någon gång använt ecstasy.

Använt senaste månaden: över 1 miljon.

Variation mellan länder i fråga om användning under det senaste året:

Totalt intervall: 0,2 procent till 3,5 procent.

Amfetaminer

Använt någon gång i livet: nästan 11 miljoner (3,3 procent av vuxna européer).

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

Använt senaste månaden: mindre än 1 miljon.

Variation mellan länder i fråga om användning under det senaste året:

Totalt intervall: 0,0 procent till 1,3 procent.

Opiater

Problematiskt opiatmissbruk: mellan ett och sex fall per 1 000 vuxna invånare.

Åren 2005–2006 utgjorde de narkotikainducerade dödsfallen 3,5 procent av alla dödsfall bland européer i åldern 15–39, och opiaterna påträffades i omkring 70 procent av dessa fall.

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

Över 600 000 opiatmissbrukare fick substitutionsbehandling 2006.

(European School Project on Alcohol and Other Drugs), som kommer att publiceras i slutet av 2008. I Storbritannien, ett land som tidigare särskiljde sig genom sin höga prevalensnivå för cannabisanvändning, märks nu en tydlig nedåtgående trend som är mest markant i åldersgruppen 16–24. Skälen till att cannabisanvändning kan vara på väg att bli mindre populär bland ungdomar är inte väldokumenterade, men de kan tänkas ha samband med möjliga förändringar i uppfattningen om vilka risker som är kopplade till cannabis. Vissa kommentatorer har framkastat att cannabisens minskade popularitet kan ha samband med den förändrade attityden till cigarettrökning. I Europa röks cannabis ofta i kombination med tobak, och narkotikapreventionsprogrammen tar allt oftare upp hälsoriskerna med användning av såväl olagliga som lagliga substanser.

Trots den senaste tidens trender är cannabisanvändningen fortfarande utbredd i Europa mätt med historiska mått, och i många länder finns ett stort antal såväl regelbundna användare som intensivanvändare, främst unga män. Trenderna när det gäller antalet användare, både de som nyttjar cannabis regelbundet och de som ägnar sig åt intensiv användning, kan förändras oberoende av prevalensnivån i befolkningen som helhet, och det krävs en större fokusering på dessa användningsmönster och relaterade problem.

Inhemsk cannabisproduktion: det stora okända

Cannabisharts (hasch) har historiskt varit den dominerande produkten i många av EU:s medlemsstater, och Västeuropa är fortfarande globalt den största konsumenten av denna form av drogen. Den inhemska produktionen av marijuana, som till stor del undgår upptäckt, har dock ökat i Europa. De flesta länder rapporterar nu lokal produktion, som kan variera från några plantor som odlas för eget bruk till storskaliga odlingar för kommersiella ändamål.

Omfattningen av och den relativa marknadsandelen för inhemskt producerad marijuana är okänd, och ECNN genomför därför en studie med kartläggning av cannabismarknaden i Europa. Dessutom pågår en intensiv debatt om implikationerna av cannabismarknadens utveckling. Oro har uttryckts bland annat för den negativa inverkan cannabisodlingarna har på lokalsamhällena i form av ökad kriminalitet och eftersom inhemskt producerad cannabis ofta är mycket potent. Lokal produktion innebär också ett problem för brottsbekämpande organ, eftersom produktionen sker nära konsumenterna, är relativt lätt att dölja och inte kräver någon transport av drogen över nationsgränser.

Kokainanvändningen ökar fortfarande på en segmenterad europeisk marknad för stimulantia

Stimulantia spelar en viktig roll inte bara när det gäller mönstret för narkotikaanvändning hos kroniska och marginaliserade problemmissbrukare i Europa utan även hos socialt mer välintegrerade grupper av unga som i högre grad använder narkotika i nöjesmiljöer. Mönstren för stimulantiaanvändning varierar dock inom Europa: kokain är nu vanligast av dessa droger i många länder i Syd- och Västeuropa och användningen ökar. Indikatorerna för användning av amfetamin och ecstasy tyder däremot på en stabil eller minskande nivå. Amfetaminer är dock fortfarande den mest använda centralstimulerande drogen i de flesta av länderna i Central-, Nord- och Östeuropa och utgör i vissa fall en betydande del av narkotikaproblemet. Metamfetamin är fortfarande ovanligt utanför Tjeckien och Slovakien, även om sporadiska rapporter om tillgång på eller användning av metamfetamin kommer från andra länder.

Eftersom likheter finns både när det gäller de miljöer där olika stimulantia används och de skäl som anges för att använda dem kan dessa droger i viss mån betraktas som konkurrerande produkter på den europeiska narkotikamarknaden. Detta skulle innebära att insatser krävs inte bara för att tackla drogerna var för sig utan också mot stimulantia som grupp. Denna punkt är viktig, eftersom åtgärder för att påverka tillgången på en av drogerna kan bli mindre effektiva om de bara leder till att konsumenterna byter till andra produkter.

Utvecklingen av produktionen av syntetiska droger i Europa ökar oron för miljökostnader

De europeiska länderna är fortfarande storproducenter av amfetaminer och MDMA, även om Europas relativa betydelse kan ha minskat på grund av att produktionen har ökat på andra platser. Normalt upptäcks mellan 70 och 90 produktionsenheter varje år, huvudsakligen i några få länder i Väst- och Östeuropa. Brottsbekämpningsdata tyder på att produktionen av syntetiska droger, inklusive metamfetamin, kan vara på väg att bli mer sofistikerad, med produktion i större skala tack vare större reaktionskärl, industriell och specialtillverkad utrustning och mobila enheter.

Om den gängse produktionen blir mer storskalig kan problemen med avfallsdumpning förvärras. Normalt ger produktion av ett kilo amfetamin eller MDMA omkring 15–20 kilo avfall, inklusive giftiga och brandfarliga kemikalier som utgör en miljöfara. Kostnaderna i form av miljöskador och sanering av platser som har använts för olaglig dumpning av kemiskt avfall från produktion av syntetiska droger kan bli betydande.

Kokainhandel via Västafrika: ett område som kräver uppmärksamhet och åtgärder

Eftersom kokainanvändningen fortsätter att öka i Europa intensifieras ansträngningarna att förbjuda kokain. Kokainbeslagen ökar i både volym och antal. Nu beslagtas årligen över 120 ton, varav mer än tre fjärdedelar i Spanien och Portugal. Ansträngningarna för att motarbeta handeln med kokain till Europa har fått stöd genom inrättandet av MAOC-N (Maritime Analysis and Operations Centre–Narcotics) i Lissabon, som spelar en viktig roll vid samordningen av förbudsåtgärder och informationsdelning mellan deltagande medlemsstater.

Kokain kommer in i Europa via ett antal olika rutter, men handeln via Västafrikanska länder har ökat dramatiskt och utgör nu en viktig rutt för kokain avsett för den europeiska marknaden. Läget kan destabilisera och undergräva utvecklingsinsatser i en region som redan står inför en mångfald sociala, hälsorelaterade och politiska problem. Särskilt gäller att de inkomster som kokainhandeln genererar har stor potential att undergräva det straffrättsliga systemet och bidra till ökad korruption. Europeiska unionen och dess medlemsstater samarbetar med Västafrikanska länder för att utveckla en uppsättning åtgärder för att hantera detta växande hot.

Heroinproblemen minskar inte – samtidigt som ökad användning av syntetiska opiatier rapporteras

De senaste skattningarna visar att den potentiella globala heroinproduktionen, som uppskattas till 733 ton, har fortsatt att öka. Ökningens inverkan på tillgången på och användningen av heroin i Europa är dock svår att bedöma. Tillgängliga data gör det svårt att dra slutsatser inom detta område. Exempelvis har den mängd heroin som beslagtas i Europeiska unionen minskat något, men detta har motverkats av en kraftig ökning av beslagen i Turkiet.

Inga starka bevis finns som tyder på en epidemisk ökning av heroinproblemen av det slag som många delar av Europa upplevde på 1990-talet. Generellt ger tillgängliga data vid handen att problemet ligger på en stabil nivå men inte längre minskar. Som sådant förblir heroinmissbruket i Europa ett allvarligt folkhälsoproblem och ligger fortfarande bakom en stor andel av de sammanlagda sjukvårds- och samhällskostnaderna i samband med narkotikamissbruk. Data tyder på att omkring 60 procent av dem som behandlas för narkotikamissbruk i Europa är opiatmissbrukare, huvudsakligen heroinmissbrukare. Bland dem som behandlas för första gången var den relativa andelen opiatanvändare – men inte det faktiska antalet – på väg att minska, men denna trend verkar nu ha planat ut. Och trots att det finns bevis för att opiatanvändarna i Europa långsamt åldras tyder

data på att nyrekrytering fortfarande sker med en hastighet som innebär att problemet inte kommer att minska i någon väsentlig grad inom överskådlig framtid.

Problemen med både avledda och olagligt tillverkade syntetiska opiater förefaller bli allt vanligare i vissa länder, vilket kan förefalla kontraintuitivt med tanke på situationen i Afghanistan. I Lettland, Litauen och Estland finns exempelvis tecken på ökande problem på grund av tillgången på 3-metylfentanyl som tillverkas olagligt utanför EU. På grund av fentanyls styrka (det anses vara betydligt mer potent än heroin) kan det vara mycket farligt att använda, vilket avspglas av de över 70 fentanylrelaterade dödliga förgiftningar som rapporterades i Estland 2006. Andra länder noterar att ett ökande antal individer söker hjälp med problem som har samband med användning av opiater som förefaller ha avletts från läkemedelsändamål, och detta bidrar till det växande problem med kombinationsmissbruk som nu är kännetecknande för kroniskt narkotikamissbruk i delar av Europa.

Injektionsmissbruk och hiv: positiv helhetsbild med stora nationella skillnader

Över 40 procent av alla heroinmissbrukare som påbörjar öppenvårdsbehandling rapporterar att de har injicerat, vilket understryker att denna särskilt skadliga administreringsväg fortfarande är ett betydande hälsoproblem i Europa. Injektion är kopplat till ett antal problem, bland annat men inte enbart spridning av blodburna infektioner som hiv och hepatit C. Förändringar av andelen injektionsmissbrukare bland dem som påbörjar behandling tyder på att den övergripande trenden i många länder är minskat injektionsmissbruk, men vissa tydliga regionala och nationella skillnader kan urskiljas i tillgängliga data. I vissa länder, särskilt i Östeuropa, är injektion fortfarande det vanligaste sättet att ta heroin och rapporteras för över 80 procent av de heroinmissbrukare som påbörjar behandling. Dessutom verkar relativt många fortfarande börja injicera heroin i vissa medlemsstater, vilket framgår av studier bland injektionsmissbrukare som visar en relativt hög andel unga och nytillkomna missbrukare.

Generellt har frekvensen nydiagnostiserade hiv-infektioner i Europa minskat sedan en lokal epidemi i vissa länder orsakade en topp i början av årtiondet. Minskat injektionsmissbruk tillsammans med ökad tillgång på vård och skademinskande åtgärder verkar ha förbättrat situationen generellt, och där en viss ökning av frekvensen av nydiagnostiserade infektioner har observerats har ökningen varit liten. Det finns dock fortfarande stora skillnader mellan länderna. Data tyder på ett förbättrat läge i Estland, Lettland och Portugal, men dessa länder

rapporterar oproportionerligt höga frekvenser av nyinfekterade och står för en betydande andel av alla nya hiv-fall i Europa på grund av narkotikamissbruk. Data från regionala och lokala studier tyder också på att spridning av hiv-infektion fortfarande är ett problem i Spanien och Italien, även om avsaknaden av nationell fallrapportering gör det svårt att skönja trender i dessa länder. Riskbeteenden förekommer fortfarande i andra områden, och potentialen för nya epidemier kvarstår, vilket understryker vikten av fortsatt vaksamhet: exempelvis rapporterade Bulgarien 34 nya fall 2006 men i princip inga infektioner under perioden 2000–2003.

Narkotikarelaterade dödsfall: ett betydande folkhälsoproblem

ECNN övervakar förgiftningar med dödlig utgång som orsakas av narkotikamissbruk (narkotikainducerade dödsfall). I genomsnitt rapporteras omkring 7 000–8 000 narkotikainducerade dödsfall per år i Europa, och på grund av känd underrapportering är detta antal en minimiskattning. Opiater, främst heroin, är de droger som oftast sätts i samband med överdoser, men det är vanligt att även andra droger och alkohol finns med i bilden. De narkotikainducerade dödsfallen minskade under några år i början av årtiondet, men trenden har nu planat ut. Skälen till detta är oklara, vilket vittnar om att mer forskning behövs både om de faktorer som är kopplade till överdosering och om preventionsåtgärdernas effektivitet. Narkotikamissbrukare som släpps ut ur fängelset kan löpa särskilt stor risk. En nyligen genomförd studie rapporterar en dödlighet hos denna grupp som ligger åtta till tio gånger högre än förväntat. Generellt behövs ökade investeringar i överdoseringsprevention.

Studier har också visat att den totala dödligheten bland narkotikamissbrukare när dödsfall på grund av sjukdom, olycksfall och våld räknas med är upp till femtio gånger högre än i befolkningen som helhet. Därför behövs investeringar i väldefinierade kohortstudier för att öka förståelsen av orsakerna till och omfattningen av den narkotikarelaterade dödligheten och för att undersöka särskilda risker, t.ex. för personer som släpps ut ur fängelset eller avbryter en behandling mot missbruk.

Internet och marknadsinnovation – utmaningar för narkotikapolitiken

Enligt en nyligen genomförd ECNN-studie säljs över 200 naturliga, halvsyntetiska och syntetiska psykoaktiva produkter via Internet i Europa. Många av ämnena beskrivs som "lagliga droger" eller "örtdroger" och marknadsförs som alternativ till narkotikaklassade ämnen, trots att deras

faktiska rättsliga status kan variera kraftigt inom Europa. Rapporter tyder på att antalet återförsäljare via Internet av dessa produkter ökar och att de reagerar snabbt, exempelvis genom lansering av nya produkter, på försök att kontrollera marknaden. Utöver detta ger dessutom nätapotek och nätåterförsäljare av psykoaktiva ämnen för föregivet lagliga ändamål potentiellt nya avsättningsmöjligheter för illegala droger. Sammantaget utgör försäljningen via Internet nu ett betydande problem för narkotikapolitiken och kontrollmekanismerna, både på internationell och nationell nivå. Med tanke på hur snabbt nya produkter kan dyka upp och distribueras blir övervakning av verksamhet via nätet ett allt viktigare utvecklingsområde.

Växande insikt om vikten av en dialog med civilsamhället

Narkotikaproblem är förknippade med många andra samhälls- och hälsoproblem. Därför kräver lyckade insatser inom narkotikaområdet samverkan på bred front mellan olika aktörer och stöd från berörda grupper. Denna insikt avspeglas i en ökad medvetenhet om att den politiska debatten behöver berikas genom en dialog med civilsamhället. Med detta i åtanke har flera åtgärder vidtagits som rör den europeiska narkotikadebatten. Bland de mest märkbara är att Europeiska kommissionen har skapat ett forum för narkotika och det civila samhället som gör det möjligt att säkerställa att den process som leder till EU:s nya narkotikapolitik tar hänsyn till nya erfarenheter och att dessa används vid utvärderingen av

EU:s handlingsplan för narkotika. Vikten av att rådgöra med företrädare för icke-statliga organ och lokalsamhällen har också erkänts både i EU:s narkotikastrategi och i en rapport som antogs av Europaparlamentet i mars 2008, där det civila samhällets grundläggande roll för utveckling, genomförande, utvärdering och övervakning av narkotikapolitik tas upp.

Europeisk narkotikaforskning och behovet av samarbete över nationsgränserna

Under de senaste tio åren har narkotikarelaterad forskning och den infrastruktur som stöder denna (forskningscentra, vetenskapliga tidskrifter, finansieringsmekanismer) utvecklats kraftigt i Europa, vilket framgår av ett temakapitel om forskning som publicerades av ECNN 2008. Mindre positivt är att dessa framsteg inte har åtföljts av en motsvarande intensifiering av samarbete och samordning mellan EU:s medlemsstater när det gäller narkotikarelaterad forskning. Denna aspekt ägnas nu ökad uppmärksamhet, och Europeiska kommissionen har beställt en ny studie för att kunna erbjuda en inventering av forskningsverksamheten tillsammans med en jämförande analys av de infrastrukturer som finns i Europa och i andra delar av världen. Rapporten kommer att innehålla rekommendationer om hur samarbetet på EU-nivå kan förbättras och kommer att bidra till en diskussion om hur kopplingen kan förstärkas mellan möjligheterna att söka europeiska forskningsanslag och behovet av forskning och politiska initiativ.



Kapitel 1

Politik och lagstiftning

Inledning

Narkotikapolitik kommer att bli en viktig fråga under 2008. Under året genomför både FN och EU utvärderingar av vilka resultat narkotikapolitiken har gett när det gäller användning av illegala droger och de skador som de orsakar. FN granskar genomförandet av åtgärderna och framstegen som gjorts för att nå målen som beslutades under 1998 års generalförsamlings särskilda session (UNGASS) om narkotikaproblemen i världen. I EU genomförs 2008 den slutliga utvärderingen av EU:s handlingsplan mot narkotika (2005–2008) och handlingsplanen för perioden 2009–2012 utarbetas. Fler medlemsstater än någonsin tidigare kommer också att se över sina nationella narkotikastrategier och handlingsplaner och utarbeta nya dokument för narkotikapolitik ⁽¹⁾ under året.

ECNN kommer att behandla slutsatserna och den utveckling som skett under 2008 i nästa årsrapport. I den här rapporten inriktas kapitel 1 på nyligen genomförda förändringar av narkotikapolitiken och därtill presenteras nya uppgifter om narkotikarelaterade offentliga utgifter, utforskas tre olika aspekter av narkotikalagstiftningen – innehav för eget bruk, alternativ till påföljd samt fokus på att skydda allmänheten – och belyses de senaste trenderna när det gäller narkotikarelaterade brott. Kapitlet avslutas med en översikt över narkotikarelaterad forskning i EU:s medlemsstater.

Politiken på internationell nivå och EU-nivå

Tioårsöversyn av UNGASS

I juni 1998 sammankallade FN:s tjugonde generalförsamling en särskild session (UNGASS) i New York för att behandla narkotikaproblemet i världen. Vid detta "toppmöte om narkotika" fastställdes en ny dagordning för det internationella samfundet genom antagandet av tre nyckeldokument ⁽²⁾: en politisk deklaration, en deklaration om vägledande principer för att minska efterfrågan på narkotika, och en resolution i fem delar med åtgärder för att utöka det internationella samarbetet. Genom att anta den politiska

deklarationen åtog sig FN:s medlemsstater att fram till 2008 nå mätbara resultat när det gäller att minska tillgången och efterfrågan på illegala droger.

Under årets möte i FN:s narkotikakommission (CND) inleddes tioårsöversynen av de framsteg som nåtts för att nå målen som fastställdes under UNGASS 1998. I en rapport som FN:s organ mot brott och narkotika (UNODC) har lagt fram hävdas att betydande framsteg har gjorts under de senaste tio åren, även om FN:s medlemsstater i vissa områden och regioner inte till fullo har nått de mål som fastställs i den politiska deklarationen ⁽³⁾. Översynen ska följas av en ettårig reflektionsperiod då diskussioner först kommer att föras i mellanstatliga expertarbetsgrupper och därefter i möten mellan sessionerna. Baserat på detta arbete kan förberedelse göras för ett särskilt tvådagars högnivåmöte under samlingen 2009 i FN:s narkotikakommission, då beslut kommer att fattas om en eventuell framtida politisk deklaration och åtgärder.

Europeiska unionen spelar en aktiv roll i översynen av UNGASS. Resolutioner utarbetade av EU antogs vid narkotikakommissionens möten 2006 (49/1), 2007 (50/12) och 2008 (51/4). Alla dessa resolutioner kräver en vetenskaplig och öppen översyn. ECNN har också deltagit i expertsamråd som har finansierats av Europeiska kommissionen och hållits av UNODOC. I detta sammanhang har ECNN sammanställt en översikt över de strategier och åtgärder för att bekämpa narkotikaproblemet som har tillämpats i EU sedan 1998.

Utvärdering av EU:s handlingsplan mot narkotika

I december 2007 presenterade Europeiska kommissionen sin andra lägesrapport om genomförandet av EU:s handlingsplan mot narkotika (2005–2008). I rapporten, som innehåller uppgifter från EU:s medlemsstater, ECNN, Europol och Europeiska kommissionen, bedöms i vilken utsträckning de planerade åtgärderna för 2007 har genomförts. En av de viktigaste slutsatser som granskningen har gett är att det finns tecken på att medlemsstaternas narkotikapolitik blir alltmer lika. I rapporten belyses också svårigheter med att samla in

⁽¹⁾ Termen "nationellt dokument för narkotikapolitik" avser varje officiellt dokument som fastställer allmänna principer och särskilda insatser eller mål på narkotikaområdet och som läggs fram som en strategi för narkotikabekämpning, handlingsplan, program eller annat policydokument.

⁽²⁾ Se Internet (<http://www.un.org/ga/20special/>).

⁽³⁾ Se Internet (<http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/51.html>).

uppgifter om åtgärder för att minska tillgången på narkotika och att knyta vissa av de planerade insatserna till den indikator som valts för att bedöma genomförandet.

Den slutliga utvärderingen av EU:s nuvarande handlingsplan mot narkotika äger rum under 2008 med bidrag från EU:s medlemsstater, Europol och ECNN. Kommissionen kommer att offentliggöra utvärderingen under hösten 2008 och resultaten kommer att bidra till utformningen av den andra handlingsplanen (2009–2012) inom ramen för den nuvarande EU-strategin mot narkotika (2005–2012).

Övrig utveckling i EU

I september 2007 antog rådet och Europaparlamentet programmet "Förebyggande av och information om narkotikamissbruk" ⁽⁴⁾ inom den finansiella ramen 2007–2013 och som en del av det allmänna programmet "Grundläggande rättigheter och rättvisa". Programmets allmänna mål är att förebygga och minska användningen och beroendet av narkotika samt narkotikarelaterade skador, bidra till bättre information om narkotikamissbruk och att stödja genomförandet av EU:s narkotikastrategi (2005–2012). Inom ramen för programmet kommer 21,35 miljoner euro att ställas till förfogande för kommissionens undersökningar, driftskostnader för europeiska icke-statliga organisationer på narkotikaområdet och för transnationella projekt. Gemensamma åtgärder kan också genomföras med andra gemenskapsprogram, exempelvis det andra programmet för åtgärder på hälsoområdet (2008–2013) ⁽⁵⁾, som i den del som ägnas åt hälsofrämjande och olika bestämningsfaktorer för hälsan innefattar åtgärder för att motverka missbruk av illegala droger i särskilda miljöer som skolor och arbetsplatser.

I enlighet med kraven i den nuvarande handlingsplanen mot narkotika gav Europeiska kommissionen i juni 2006 ut en grönbok om det civila samhällets roll i narkotikapolitiken. Den följdes under 2007 av urvalsprocessen för ett nytt civilsamhällesforum om narkotika. Syftet med forumet är att fungera som plattform för informellt utbyte av åsikter och information mellan kommissionen och civilsamhällets organisationer i EU, i kandidatländerna och i tillämpliga fall i länder som omfattas av den europeiska grannskapspolitiken. Forumet innefattar 26 organisationer som företräder ett brett spektrum av åsikter. Det sammanträdde för första gången i december 2007 och därefter i maj 2008 för att diskutera utvärderingen av EU:s nuvarande handlingsplan mot narkotika och den nya handlingsplanen.

Nationella narkotikastrategier

Den senaste utvecklingen

Under andra halvåret 2007 antog fyra av EU:s medlemsstater (Tjeckien, Estland, Ungern, Finland), Turkiet och Norge nya handlingsplaner mot narkotika eller program. Alla dessa dokument täcker en tidsperiod på tre till fyra år och med undantag av den turkiska handlingsplanen har de föregåtts av tidigare planer eller program. Under 2007 antog Spanien ett kompletterande nationellt handlingsprogram mot kokain (2007–2010).

I början av 2008 antog ytterligare tre medlemsstater nya narkotikapolitiska dokument. Italiens första handlingsplan mot narkotika är ettårig och ska följas av en fyraårig handlingsplan (2009–2012) som kommer att synkroniseras med EU:s nya handlingsplan mot narkotika. Maltas första nationella narkotikapolitiska dokument någonsin är visserligen inte tidsangivet men innefattar nästan femtio åtgärder som ska genomföras under de kommande åren. Storbritanniens nya tioåriga narkotikastrategi (2008–2018) slutligen, kompletteras för första gången av en treårig handlingsplan (2008–2011) där nyckelåtgärder som ska genomföras i en nära framtid anges.

De flesta nationella narkotikapolitiska dokument som antogs i slutet av 2007 och i början av 2008 är främst inriktade på illegala droger och vissa av dem tar också upp andra ämnen som alkohol, tobak, läkemedel och prestationsförbättrande droger. Detta speglar en tendens i europeiska länder att sällan på ett heltäckande sätt behandla andra ämnen än illegala droger ⁽⁶⁾ i de narkotikapolitiska dokumenten även om man erkänner att det finns länkar till och likheter mellan användning av illegala och legala ämnen. Norge fortsätter att bryta av från detta mönster eftersom illegala droger och alkohol är helt integrerade i den handlingsplan som nyligen antagits. Det stora antalet nationella strategier och handlingsplaner mot narkotika som ska utarbetas 2009 kommer, tillsammans med dem som nyligen antagits, att göra det möjligt för ECNN att granska om tendensen att koppla samman de nationella politiska åtgärderna beträffande legala respektive illegala droger som konstaterades i temakapitlet 2006 har fortsatt.

Allmänt

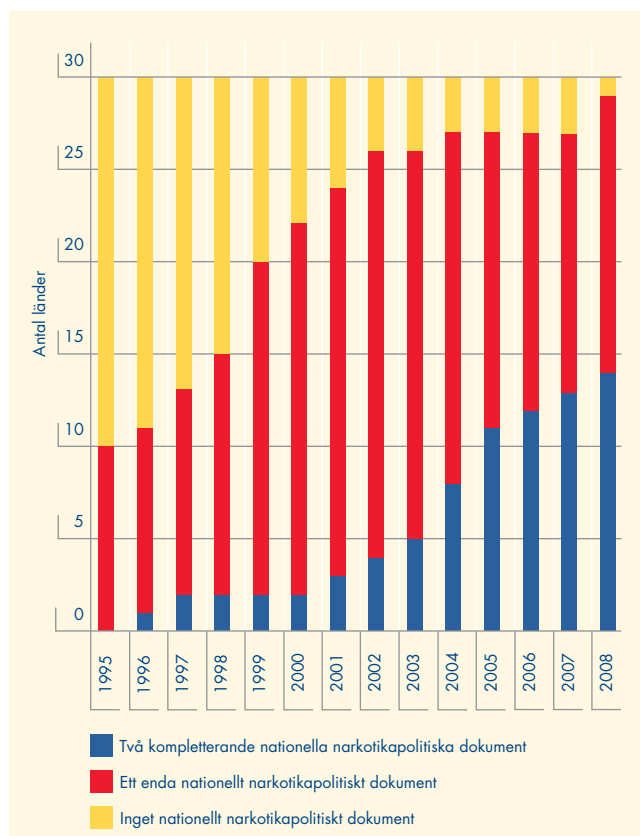
Österrike är nu den enda medlemsstaten i EU som inte har antagit en nationell narkotikastrategi eller handlingsplan även om varje provins har en strategi eller handlingsplan mot narkotika eller narkotikamissbruk. I de övriga 26

⁽⁴⁾ Europaparlamentets och rådets beslut nr 1150/2007/EG av den 25 september 2007 om inrättande för perioden 2007–2013 av det särskilda programmet "Förebyggande av och information om narkotikamissbruk" som en del av det allmänna programmet "Grundläggande rättigheter och rättvisa" (EUT L 257, 3.10.2007, s. 23).

⁽⁵⁾ Europaparlamentets och rådets beslut nr 1350/2007/EG av den 23 oktober 2007 om inrättande av ett andra gemenskapsprogram för åtgärder på hälsoområdet (2008–2013) (EUT L 301, 20.11.2007, s. 3).

⁽⁶⁾ Se temakapitlet "European drug policies: extended beyond illicit drugs?" i årsrapporten 2006.

Figur 1: Trend när det gäller antal länder med nationella narkotikapolitiska dokument bland EU:s 27 medlemsstater, Kroatien, Turkiet och Norge



Källor: Reitox nationella kontaktpunkter.

medlemsstaterna liksom i Kroatien, Turkiet och Norge fastställs narkotikapolitiken i nationella narkotikapolitiska dokument. Som jämförelse kan nämnas att endast 10 av dessa 30 länder hade utarbetat något sådant instrument 1995 (figur 1).

En tillnärmning kan också konstateras när det gäller narkotikastrategiernas och handlingsplanernas format. Fjorton länder utformar nu sina nationella narkotikapolitiska dokument på ett sätt som liknar strukturen hos EU:s nuvarande narkotikastrategi och handlingsplan. Samma antal länder organiserar numera sin nationella narkotikapolitik med hjälp av två kompletterande instrument: en strategisk ram och en handlingsplan (figur 1). EU använde detta tillvägagångssätt första gången 2000 och vid den tidpunkten hade endast två medlemsstater två kompletterande narkotikapolitiska dokument.

Innehållet i de nationella narkotikapolitiska dokumenten är ett annat område där det finns tecken som tyder på tillnärmning mellan EU:s medlemsstater, Kroatien, Turkiet och Norge. Det finns allt fler bevis på gemensamma mål och gemensamma åtgärder i de nationella narkotikastrategier

och handlingsplaner som antas av de olika länderna. Men eftersom narkotika problemen ser olika ut i Europa, liksom ländernas politiska, sociala och ekonomiska bakgrund, kommer olikheterna i nationell narkotikapolitik sannolikt att bestå i viss utsträckning även i framtiden även om de gradvis minskar. Några exempel på dessa olikheter belyses i *Olika sätt att hantera narkotikaproblem i Europa – en översikt i kapitel 2.*

Utvärdering

Mer än någonsin tidigare kommer 2008 att bli ett år präglad av nationellt narkotikapolitiskt beslutsfattande eftersom 13 av EU:s medlemsstater redan har omarbetat eller ska se över och omarbeta sina nationella narkotikapolitiska dokument. Efter Italien, Malta och Storbritannien kommer Irland att förnya sin narkotikastrategi 2008, Frankrike, Portugal och Rumänien kommer att förnya sina handlingsplaner mot narkotika, Bulgarien, Spanien, Cypern, Litauen och Slovakien kommer att förnya sina narkotikastrategier såväl som sina handlingsplaner. Slutligen avser Nederländerna, som har det äldsta nationella narkotikapolitiska dokumentet i Europa, att sammanställa ett nytt dokument under 2008.

I Europa råder allt större medvetenhet om behovet att inkludera övervakning och utvärdering som viktiga komponenter i nationella narkotikastrategier och handlingsplaner. I nästan alla de länder som nämns ovan har man sammanställt eller planerar att sammanställa en lägesrapport om genomförandet av narkotikastrategier eller handlingsplaner och i vissa av dem, exempelvis Irland, Cypern och Portugal kan man under 2008 komma att göra en mer djupgående utvärdering.

EU:s medlemsstater skiljer sig dock åt när det gäller vilka metoder och tillvägagångssätt som väljs för att utvärdera nationella narkotikastrategier och handlingsplaner och det finns ett behov av att fastställa bästa metoder på detta område. Detta betonades vid en konferens om utvärdering som det portugisiska ordförandeskapet i EU anordnade i september 2007. För att lösa detta problem utvärderar ECNN i samarbete med medlemsstaterna möjligheten att utarbeta europeiska riktlinjer på detta område.

Narkotikarelaterade offentliga utgifter

Fyra av EU:s medlemsstater (Tjeckien, Irland, Polen, Portugal) har lämnat detaljerade uppgifter om offentliga utgifter som sammanhänger med kampen mot droger (sammanfattas i tabell 1). Uppgifter om de narkotikarelaterade utgifternas fördelning mellan centrala och regionala eller lokala myndigheter har lämnats av två av de fyra länderna, vilket har gjort det möjligt att jämföra de olika förvaltningskiktens

roller. I de uppgiftslämnande länderna anslås den största delen av de redovisade narkotikarelaterade offentliga utgifterna till verksamheter som finansieras av de centrala myndigheterna.

Elva medlemsstater har lämnat uppgifter om statliga utgifter för vissa verksamheter som genomförs för att lösa narkotikaproblemet. Ytterligare två länder (Spanien, Malta) har gjort grova skattningar av totala offentliga utgifter relaterade till narkotikaproblemet men inte lämnat några uppgifter om vilka verksamheter som utgifterna har finansierat.

De sammanlagda narkotikarelaterade offentliga utgifterna i EU uppskattades 2005 till mellan 13 miljarder och 36 miljarder euro (ECNN, 2007a). Denna siffra beräknades genom att extrapolera de sammanlagda narkotikarelaterade utgifterna i sex länder (Belgien, Ungern, Nederländerna, Finland, Sverige, Storbritannien) till övriga medlemsstater. En reviderad skattning som innefattar uppgifter från ytterligare länder (Tjeckien, Frankrike, Luxemburg, Polen, Slovakien) har nyligen lagts fram (ECNN, 2008d). Den nya uppskattningen av narkotikarelaterade offentliga utgifter i EU är 34 miljarder euro (95 procent konfidensintervall, 28–40 miljarder euro), som motsvarar 0,3 procent av den sammanlagda bruttonationalprodukten i EU:s alla medlemsstater. Detta skulle innebära att offentliga utgifter för drogproblemet kostar den genomsnittlige EU-medborgaren 60 euro per år. På grund av det begränsade underlaget måste dessa siffror fortfarande betraktas som enbart vägledande.

Rapporter om narkotikamissbrukets samhällskostnader

Uppgifter om narkotikamissbrukets samhällskostnader (direkta och indirekta kostnader som orsakas av narkotikamissbruk) redovisas av fyra medlemsstater. Även om dessa rapporter kan ge nyttiga insikter i narkotikamissbrukets effekter i ett givet

land, leder skillnader i metoder och det sätt på vilket resultaten redovisas till att det inte går att jämföra länderna. Bristen på jämförbarhet mellan uppgifter från olika länder tydliggör behovet av att anta ett gemensamt tillvägagångssätt för att beräkna narkotikamissbrukets samhällskostnader i Europa.

I Italien uppskattades samhällskostnaderna för missbruk av illegala droger till 6 473 miljoner euro. De brottsbekämpande organens verksamheter stod för den största andelen (43 procent) av kostnaderna och återstoden delades mellan hälsovård och socialtjänst (27 procent) samt förlust av den produktivitetsskapacitet som missbrukare och människor indirekt påverkade av missbruket representerar (30 procent). Därtill uppskattades att missbrukare spenderar 3 980 miljoner euro på inköp av illegala droger. Baserat på dessa uppgifter beräknas kostnaden för narkotikamissbruket i Italien motsvara 0,7 procent av bruttonationalprodukten. I uppgifter redovisade för Österrike 2004 var skillnaden mellan direkta och indirekta kostnader motsatsen till den som rapporterats för Italien. I Österrike stod de indirekta kostnaderna för 72 procent av de beräknade samhällskostnaderna för narkotikamissbruket som totalt uppskattades till 1 444 miljoner euro.

Storbritannien har rapporterat att de ekonomiska kostnaderna och samhällskostnaderna för missbruk av klass A-droger ⁽⁷⁾ under 2003/2004 i England och Wales var 22,26 miljarder euro, vilket motsvarar en årlig kostnad på 63 940 euro för varje missbrukare. Det hävdas att det problematiska narkotikamissbruket stod för 99 procent av de totala kostnaderna. Kostnader för narkotikarelaterad brottslighet inklusive rättsväsendets kostnader och kostnader som offren för narkotikarelaterad brottslighet drabbas av, stod för den största andelen av de sammanlagda kostnaderna (90 procent eller 20,1 miljarder euro).

Tabell 1: Offentliga narkotikarelaterade utgifter ⁽¹⁾ i utvalda medlemsstater i EU

Land	Utgifter betecknade som narkotikarelaterade redovisade per myndighetssektor (euro)				Sammanlagt som andel av de totala offentliga utgifterna ⁽²⁾ (procent)
	Centralt	Regionalt	Lokalt	Totalt	
Tjeckien	12 821 000	3 349 000	1 699 000	17 869 000	0,04
Irland ⁽³⁾	214 687 000	–	–	214 687 000	0,39
Polen	68 476 000	644 000	13 253 000	82 373 000	0,08
Portugal	75 195 175	–	–	75 195 175	0,11

⁽¹⁾ Offentliga utgifter som uttryckligen "betecknats" som narkotikarelaterade i den officiella redovisningen.

⁽²⁾ Sammanlagda allmänna statliga utgifter under året.

⁽³⁾ I Irland uppmannas departement och statliga organ att redovisa sina årliga narkotikarelaterade utgifter till det samordnande Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs. Dessa utgifter är inte nödvändigtvis betecknade som narkotikarelaterade i den officiella redovisningen.

Källor: Reitox nationella kontaktpunkter och Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

⁽⁷⁾ Klass A är den kategori där de mest skadliga drogerna ingår.

Mot en bättre förståelse av narkotikarelaterade offentliga utgifter i Europa – temakapitel i EMCDDA 2008 selected issue

Som svar på EU:s handlingsplan mot narkotika 2005–2008 har ECNN utarbetat ett projekt som syftar till att fastställa, utveckla och testa metoder för att beräkna narkotikarelaterade offentliga utgifter. I ett temakapitel som behandlar denna fråga ges en översikt över de sammanlagda narkotikarelaterade offentliga utgifterna under 2005 i EU:s medlemsstater och Norge. De flesta utgifterna som upptäcktes var ursprungligen "betecknade" som narkotikarelaterade och kunde oftast spåras tillbaka genom en noggrann granskning av officiella redovisningshandlingar. Dessa utgifter speglar sannolikt staternas medvetna engagemang på narkotikaområdet. När det har varit möjligt har gömda utgifter eller "icke-betecknade" utgifter som har ingått i program med bredare syften beräknats med hjälp av matematiska modeller. Genom den här nya tvådelade metoden erhålls standardiserade skattningar av ländernas offentliga utgifter för att lösa problem med narkotika och narkotikaberoende som är så välgrundade och så jämförbara mellan länderna som möjligt.

Detta temakapitel finns endast på engelska i tryckt version och på Internet (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

Nationell lagstiftning

Just detta år när så många granskningar och utvärderingar av narkotikapolitiska dokument sker på internationell nivå, EU-nivå och nationell nivå är det särskilt intressant att studera hur nationell narkotikalagstiftning har förändrats sedan 1998 års UNGASS om narkotika. I det här avsnittet redovisas utvecklingen på tre nyckelområden och ställs frågan om förändringar av juridiska definitioner och hanteringen av narkotikamissbrukare tyder på en ny, bredare trend i hur länderna ser på dem som använder droger.

Innehav för personligt bruk

I de flesta länder i EU har det under de senaste tio åren skett en förskjutning mot ett synsätt som skiljer mellan personer som handlar med narkotika, vilka betraktas som kriminella, och de som använder narkotika, som betraktas mer som sjuka personer i behov av vård. Det råder dock stora skillnader i hur medlemsstaterna har valt att definiera dessa kategorier i de nya lagar som de har antagit under senare år.

En av de frågor där medlemsstaterna skiljer sig åt mest är huruvida man har valt att fastställa ett tröskelvärde för kvantiteter för personligt bruk eller inte. Under perioden 2004–2006 strök Bulgarien begreppet innehav för personligt bruk, Italien återinförde det efter att det under 12 år inte

hade varit gällande, och Storbritannien antog begreppet men valde därefter att inte tillämpa det. Cypern och Belgien införde 2003 fastställda gränsvärden för godtagbar kvantitet för samtliga droger respektive för cannabis medan de olika delstaterna i Tyskland arbetar för ett mer enhetligt genomförande av ett författningenligt domstolsutslag där en hänvisning till "obetydande kvantiteter" inte fastställdes vilket resulterat i tolkningar mellan 3 och 30 gram. I Slovakien breddades 2005 den juridiska definitionen av personligt bruk från högst en dos till högst tre doser samt för ett större belopp, 10 doser. Samtidigt höjdes dock påföljden för innehav av större kvantiteter än de fastställda doserna till ett tydligt ministraraff på fyra år i fängelse, vilket är samma påföljd som för handel med narkotika.

Försök att skilja mellan användare och leverantörer är också problematiskt i situationer när en liten grupp personer använder narkotika. I Belgien upphävdes 2003 det särskilda straffbelagda brottet drogmissbruk i grupp, och samma år ändrades den ungerska brottsbalken så att den som levererar illegala droger för konsumtion "gemensamt" kan hänvisas till behandling (eftersom begreppet "konsumtion gemensamt" överklagats som juridiskt oklart). Under 2006 konstaterades i Malta att ministraraffet på sex månaders fängelse för leverantörer inte alltid var lämpligt i situationer när droger delas, och ändrade lagen för att möjliggöra undantag.

När det gäller påföljd, har maximistraraff eller möjliga påföljder vid bruk eller innehav för personligt bruk sedan 2001 sänkts i flera medlemsstater under förutsättning att inga försvarande omständigheter föreligger. Påföljden har sänkts antingen för samtliga droger (Estland, Grekland, Ungern, Portugal, Finland) eller enbart för cannabis (Belgien, Luxemburg, Storbritannien) eller mindre skadliga droger (Rumänien). Under samma period, dvs. sedan 2001, har emellertid inte alla länder sänkt straffskalan. Frankrike och Polen beslutade efter samråd att inte förändra sina lagar och Danmark höjde de "normala" straffen från varningar till böter (som samtidigt höjdes). En ny lag i Italien medförde att användning av droger återinfördes som ett administrativt brott, och cannabis omklassades så att det ger samma påföljder som andra illegala ämnen som heroin och kokain. I Storbritannien har meddelats att cannabis ska flyttas till en högre klass.

Alternativen till straff

Missbrukares tillgång till behandling via det straffrättsliga systemet har förändrats på främst två sätt. För det första har alla länder breddat möjligheterna att styra missbrukare till behandling. Vissa skillnader finns dock mellan länderna när det gäller i vilket skede erbjudandet om behandling sker. I de flesta länderna erbjuds behandling mot missbruket först i domstolen, och inte vid de tidigare kontakterna med

polis eller åklagare. För det andra är erbjudandena om behandling villkorade. Om behandlingsordern inte följs kommer förfarandet för brottsföreläggande, åtal eller straff att återupptas.

I linje med målen i UNGASS och EU:s handlingsplan har länder infört eller breddat befintliga möjligheter eller system för att hänvisa narkotikabrottslingar till behandling eller rådgivning som ett alternativ till påföljd eller fängelse. I Irland och Malta kan missbrukare efter arrestering numera hänvisas till behandling. Detsamma är fallet i Storbritannien där drogtestning vid arrestering är tillåten på vissa villkor. Särskilda domstolar för narkotikabrott har inrättats i Irland, Storbritannien (England och Skottland) och Norge och diskuteras i Malta. I Portugal har man infört ett system med "kommissioner för att avskräcka från användning av droger" vilka består av en jurist, en läkare och en socialarbetare. Genom nya lagar i andra länder har någon form av behandling som alternativ till straff införts. I Frankrike kan narkotikabrottslingar som inte är beroende av droger följa avgiftsbelagda informationskurser. I Spanien, Ungern och Lettland kan frihetsberövande domar tillfälligt upphävas för missbrukare som påbörjar behandling och i Bulgarien, Ungern, Rumänien och Turkiet kan villkorliga domar kombineras med behandling. Nederländerna avser att i högre grad ställa krav på behandling som ett villkor för tidigt frisläppande ur fängelse. När så bedöms lämpligt kan dömda brottslingar i Finland nu föras till ett öppet fängelse om de håller sig drogfria och i Grekland kan de sändas till en särskild behandlingsenhet. Rättigheten att ingå i behandlingsprogram har utsträckts till att även omfatta dem som dömts till mer allvarliga brott i Italien (om brottet är straffbart med upp till sex år i fängelse, vilket är en höjning från fyra år) liksom i Spanien (en höjning från tre till fem år). I Belgien finns på samtliga nivåer i det straffrättsliga förfarandet alternativ för att remittera missbrukande brottslingar till behandling.

En mer detaljerad beskrivning av de olika behandlingsalternativen till straff och i hur stor omfattning de utnyttjas finns i avsnitten "Topic overview" och "Legal reports" ⁽⁸⁾ i den europeiska databasen över narkotikalagstiftning (ELDD).

Fokus på att skydda allmänheten

Under de senaste tio åren har straffrätten i allt högre grad använts för att skydda allmänheten från missbrukaren och parallellt med den åtskillnad som görs mellan den "sjuka" missbrukaren och den "kriminella" handlaren har kategorin "användare" också blivit rättsligt indelad i dem som stör eller skadar andra människor i samhället och de som

inte gör det. De åtgärder för att sänka straffpåföljden vid innehav för personligt bruk eller erbjuda alternativ till påföljd som beskrivs ovan är en del av denna utveckling. Dessa behandlingsmöjligheter eller sänkta straff beviljas exempelvis på villkor att missbrukaren inte uppträder störande för allmänheten.

Kriterierna har också breddats och straffen höjts för de brottslingar som riskerar att skada andra människor i samhället. Den största lagstiftningsverksamheten har inriktats på de som kör bil efter att ha tagit droger (Belgien, Tjeckien, Danmark, Spanien, Frankrike, Lettland, Litauen, Portugal, Finland). Nya lagar som reglerar drogtestning på arbetsplatsen i Irland, Finland och Norge understryker att testning är tillåten huvudsakligen i situationer när drogpåverkan skulle innebära avsevärd fara eller risk. Konsumtion av droger i olika former av transportmedel regleras genom nya lagar: beträffande tåg och fartyg i Irland, båtar i Lettland och flyg i Finland. Under de senaste åren har följande utveckling skett: lagar och strategier för att förebygga eller straffa narkotikarelaterad olägenhet för allmänheten (se temakapitel i årsrapporten 2005), nya befogenheter att stänga barer eller andra lokaler eller utesluta personer från dem (Belgien, Irland, Nederländerna) och befogenheter att stänga privata bostäder där droger distribueras kommersiellt eller där systematiskt bruk av droger äger rum (Nederländerna respektive Storbritannien). Under samma tid har också nya lagar för att skydda icke-rökare från tobak införts i hela Europa. Sedan 2004 har 24 medlemsstater (alla medlemsstater utom Grekland, Ungern och Polen) förbjudit eller strikt begränsat rökning i avgränsade offentliga platser, ofta med kännbara böter för dem som bryter mot förbudet.

För att sammanfatta de rättsliga förändringar som har redovisats ovan förefaller det som om påföljderna ofta har sänkts om det gäller en enskild person som använder droger och inga försvarande omständigheter föreligger, men nästan som en motvikt har straffen höjts för de missbrukare vars handlingar kan påverka andra människor i samhället. Det senare fallet speglar större fokus på att använda straffrätten till att skydda allmänheten.

Narkotikarelaterad brottslighet

Narkotikarelaterad brottslighet är ett brett begrepp som kan innefatta samtliga brott som begås och som på något sätt har anknytning till droger ⁽⁹⁾. I praktiken finns i Europa endast rutindata tillgängliga från inledande rapporter om narkotikabrott, huvudsakligen från polisen. Även om dessa uppgifter vanligen betraktas som indirekta indikatorer på missbruk av eller handel med narkotika är det viktigt att

⁽⁸⁾ Se Internet (<http://eldd.emcdda.europa.eu>).

⁽⁹⁾ För en diskussion om förhållandet mellan droger och brott se ECNN (2007b).

notera att de speglar skillnader mellan ländernas lagstiftning och de olika sätt som lagarna tillämpas och verkställs på. Uppgifterna reflekterar också skillnader i hur de rättsvårdande myndigheterna prioriterar olika brottstyper och fördelar resurser mellan dem. Dessutom varierar systemen för information om narkotikabrott mellan länderna, särskilt i fråga om rapporterings- och registreringsrutiner. Eftersom dessa skillnader gör det svårt att göra jämförelser mellan länder är det mer ändamålsenligt att jämföra trender än absoluta tal.

Totalt sett ökade antalet rapporterade narkotikabrott i EU:s medlemsstater med i genomsnitt 36 procent mellan 2001 och 2006 (figur 2). Uppgifterna visar stigande trender i samtliga uppgiftslämnande länder utom Bulgarien, Grekland, Lettland och Slovenien, som redovisade en sammanlagd minskning av antalet rapporterade narkotikabrott under femårsperioden ⁽¹⁰⁾.

Användnings- och leveransrelaterade brott

Förhållandet mellan användningsrelaterade och leveransrelaterade (langning, handel, produktion) brott kan jämföras med det som har rapporterats under tidigare år. De flesta europeiska länder rapporterade att majoriteten av brotten avsåg användning av narkotika eller innehav för användning, och den högsta andelen för 2006 redovisades av Spanien med 93 procent ⁽¹¹⁾. I Tjeckien, Nederländerna, Turkiet och Norge var däremot de leveransrelaterade brotten i majoritet, och varierade mellan 52 procent (Turkiet) och 88 procent (Tjeckien) av samtliga narkotikabrott som rapporterats under 2006.

Antalet narkotikabrott som avsåg användning ökade i genomsnitt med 51 procent mellan 2001 och 2006 i EU och två tredjedelar av de rapporterade länderna redovisade en stigande trend och enbart Slovenien och Norge en sjunkande trend under femårsperioden ⁽¹²⁾. Det är därtill värt att notera att användningsrelaterade brott räknade som andel av samtliga narkotikabrott under samma period ökade i hälften av de rapporterade länderna.

Brott som avsåg leverans av droger har också ökat under perioden 2001–2006 men i en mycket långsammare takt eftersom den genomsnittliga ökningen var 12 procent i hela EU. Under perioden ökade antalet leveransrelaterade brott i drygt hälften av de rapporterade länderna och minskade i fyra länder (Tyskland, Cypern, Nederländerna, Slovenien) ⁽¹³⁾.

Trender för olika droger

I de flesta europeiska länder var cannabis även under 2006 den illegala drog som oftast förekom i samband med rapporterade narkotikabrott ⁽¹⁴⁾. I länder där så var fallet stod de cannabisrelaterade brotten för 36–86 procent av samtliga narkotikabrott. I några få länder var andra droger än cannabis oftast förekommande i narkotikabrott: i Tjeckien stod metamfetamin för 60 procent av samtliga narkotikabrott, i Malta var heroin den drog som rapporterades i flest fall, 41 procent. I Luxemburg var narkotikabrotten nästan jämnt fördelade mellan cannabis, heroin och kokain.

Under femårsperioden 2001–2006 var antalet narkotikabrott där cannabis förekom stabilt eller ökade i majoriteten av de länder som redovisade uppgifter, vilket ledde till en sammanlagd genomsnittlig ökning på 34 procent i hela EU (figur 2). Fallande trender rapporterades dock av Bulgarien, Tjeckien (2002–2006), Italien och Slovenien ⁽¹⁵⁾.

De kokainrelaterade brotten ökade under perioden 2001–2006 i alla europeiska länder utom i Bulgarien, Tyskland och Slovakien. Genomsnittet för hela EU ökade med 61 procent under samma period.

Bilden för antalet narkotikabrott med koppling till heroin mellan 2001 och 2006 ser annorlunda ut än för cannabis och kokain, och sjönk med i genomsnitt 14 procent i EU, främst mellan 2001 och 2003. De nationella trenderna när det gäller heroinrelaterade brott har dock gått isär under perioden, eftersom en tredjedel av länderna har rapporterat stigande kurvor ⁽¹⁶⁾.

De genomsnittliga trenderna för brott som innefattat amfetamin och ecstasy nådde sin topp under 2004. Samtidigt som trenden för amfetaminrelaterade brott var fortsatt stigande (genomsnittlig ökning på 41 procent under perioden 2001–2006) fluktuerade siffrorna för genomsnittet i EU för ecstasy under samma period utan att någon total förändring skedde under perioden mellan 2001 och 2006.

Nationell forskning på narkotikaområdet

Narkotikarelaterad forskning genomförs i samtliga europeiska länder och ger viktig information för att beskriva och förstå de illegala drogernas effekt på nationell nivå. Baserat på rapporter från 25 medlemsstater, Kroatien och Norge kan en översikt sammanställas av organisationen av narkotikarelaterad forskning i de europeiska länderna. Vid en tidpunkt när man i allt högre grad inser vikten av

⁽¹⁰⁾ Se tabell DLO-1 i statistikbulletinen 2008.

⁽¹¹⁾ Se tabell DLO-2 i statistikbulletinen 2008.

⁽¹²⁾ Se figur DLO-2 och tabell DLO-4 i statistikbulletinen 2008.

⁽¹³⁾ Se tabell DLO-5 i statistikbulletinen 2008.

⁽¹⁴⁾ Se tabell DLO-3 i statistikbulletinen 2008.

⁽¹⁵⁾ Se tabell DLO-6 i statistikbulletinen 2008. För en kompletterande analys av cannabisrelaterade brott, se kapitel 3.

⁽¹⁶⁾ Se tabell DLO-7 i statistikbulletinen 2008.

evidensbaserade åtgärder är det värt att notera att 21 länder har meddelat att forskningsresultat åtminstone i viss utsträckning utgör underlag för narkotikapolitiken.

Samordning och finansiering

Narkotikarelaterad forskning nämns i de nationella narkotikastrategierna eller handlingsplanerna i 20 av de 27 uppgiftslämnande länderna, antingen som ett särskilt ämne eller som ett viktigt inslag i evidensbaserad politik. I 15 av de 27 länder som har redovisat uppgifter finns strukturer för att samordna narkotikarelaterad forskning på nationell nivå. Endast fem länder meddelar att narkotikarelaterad forskning inte nämns i deras nationella strategier eller att de inte har någon struktur för nationell samordning på det här området.

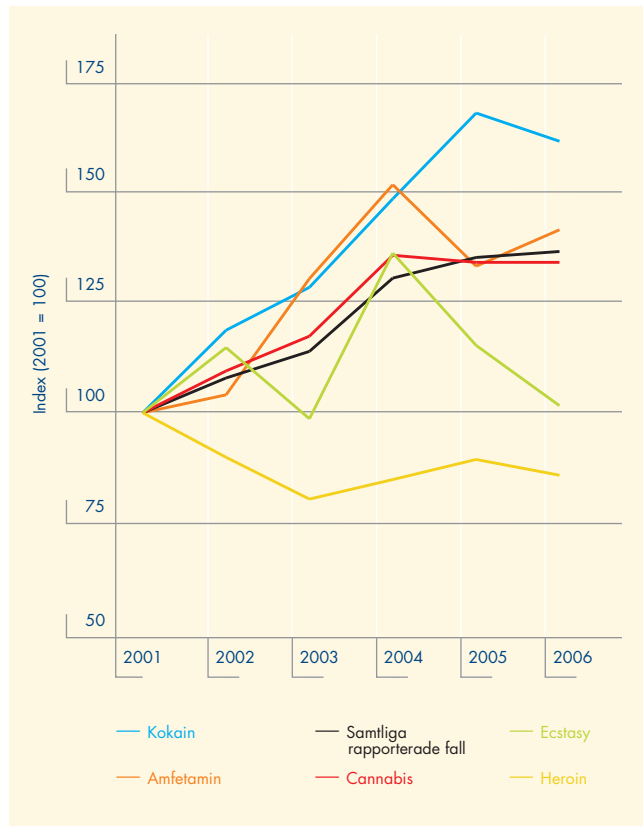
Medlemsstaterna uppger staten som den huvudsakliga finansieringskällan för narkotikarelaterad forskning, antingen genom program för allmän forskning eller genom forskningsprogram på narkotikaområdet. Hälsa och samhällsvetenskap är två av de viktigaste områdena för den allmänna forskningen där man finner finansiering av narkotikarelaterad forskning. Finansiering som särskilt öronmärks för narkotikarelaterad forskning kan ställas till förfogande genom nationella samordningsorgan (Tjeckien, Spanien, Frankrike, Luxemburg, Ungern, Polen, Portugal, Norge). I båda typerna av finansieringsprogram länkas ofta forskning om illegala droger till andra områden där missbruk förekommer, som t.ex. alkohol, tobak och spel. Finansieringen sker oftast genom avtal om uppdragsforskning eller genom ramprogram där forskarna ansöker om bidrag. Andra typer av finansiering som redovisats är stiftelser, vetenskapliga akademier, privata institutioner, särskilda medel för kampen mot droger, Europeiska kommissionen och FN.

Strukturer och projekt

De flesta länder har uppgett att forskningen oftast äger rum vid universitet och i specialiserade forskningscentrum som i vissa fall står värd för de nationella kontaktpunkterna, följt av offentliga och privata forskningscentrum. I några länder finns särskilda nationella forskningsnätverk (Tyskland, Spanien, Portugal). Dessa nätverk kan spela en viktig roll för att organisera och finansiera forskningen och kan också stimulera mer direkta kontakter mellan forskning och praxis.

Över hälften av de större studier som medlemsstaterna uppgett ha genomförts sedan 2000 ägnades åt epidemiologi och omkring en tredjedel avsåg tillämpad forskning (främst utvärderingar av förebyggande åtgärder och behandling). Därtill nämndes studier av bestämmande faktorer, riskfaktorer och skyddsfaktorer

Figur 2: Indexerade trender för rapporterade fall av narkotikabrott i EU:s medlemsstater, 2001–2006



Anm.: Tenderna representerar tillgängliga uppgifter om nationellt antal rapporterade fall av narkotikabrott (straffrättsliga och andra) som har redovisats av samtliga kontrollpolitiska organ i EU-medlemsstaterna. Alla serierna är indexerade med år 2000 = 100 och har viktats efter ländernas befolkningsstorlek så att en övergripande EU-trend har erhållits. Det totala antalet brott som rapporterades under 2006 i länder inkluderade i tenderna (före viktning) var amfetamin, 41 069; cannabis, 550 878; kokain, 100 117; ecstasy, 17 598; heroin, 77 242; samtliga rapporterade fall, 936 866.

Länder som saknar uppgifter för två eller flera på varandra följande år är inte inkluderade i beräkningarna av trender: den generella trenden är baserad på samtliga medlemsstater i EU utom Storbritannien; trenden för cannabis är baserad på 18 länder, heroin på 18, kokain på 17, amfetamin på 12 och ecstasy på 13. För ytterligare uppgifter om metod, se figur DLO-3 i statistikbulletinen 2008.

Källor: Reitox nationella kontaktpunkter och för befolkningsuppgifter Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

för narkotikamissbruk, missbrukets konsekvenser samt drogmekanismer och påverkan.

Flera länder redovisade hinder för narkotikarelaterad forskning. Några problem som nämndes var organisatoriska aspekter som brist på samordning och splittrade resurser (Tyskland, Frankrike, Österrike), bristen på kompetenta forskare (Lettland, Ungern), samt metodologiska aspekter (frågor som rör dataskydd, problem med att nå gömda populationer, brist på kontinuitet i forskningsprojekten). Flera länder nämnde begränsad finansiering för narkotikarelaterad forskning som ett större problem (Belgien, Grekland, Polen, Rumänien, Finland).

Spridning

Sammanlagt har man identifierat 25 europeiska vetenskapliga tidskrifter som är specialiserade på narkotikaområdet och publicerar vetenskapliga texter som har genomgått kollegial granskning och ges ut på 11 språk utöver engelska. Majoriteten av dessa tidskrifter publicerar sammanfattningar på engelska och välkomnar internationella bidrag. Utöver skrifter som är specialiserade på illegala droger och beroende, publiceras artiklar om drogmissbruk som har genomgått kollegial granskning

också i många tidskrifter med annan fackspecialitet och i de yrkesverksammas tidningar. Under 2006 publicerades forskningsresultat på narkotikaområdet i mer än 100 sådana europeiska tidskrifter. Andra typer av skrifter inklusive de som kontaktpunkterna ger ut är därtill värdefulla spridare av forskningsresultat.

Reitox nationella kontaktpunkter spelar också en viktig roll för att sprida forskningsresultat i alla de uppgiftslämnande länderna. Detta sker huvudsakligen genom de nationella rapporterna.

Mer information att vänta om narkotikarelaterad forskning

Detaljerade uppgifter om den forskning på narkotikaområdet som utförs i EU har samlats in av ECNN genom nätverket av nationella Reitox-kontaktpunkter. Bland de uppgifter som medlemsstaterna har lämnat är beskrivningar av nationella forskningsorganisationer och finansieringsarrangemang. Medlemsstaterna har också lämnat en förteckning över de större undersökningar som har genomförts sedan 2000 och har nämnt vetenskapliga arbeten, vetenskapliga skrifter och webbplatser där resultat av narkotikarelaterad forskning som utförts i landet har publicerats. ECNN ställer dessa, och andra, forskningsrelaterade uppgifter till förfogande genom olika informationsprodukter och kanaler (se <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>).

För en mer ingående översyn av detta ämne se temakapitlet om narkotikarelaterad forskning 2008 (se <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

Europeiska kommissionen har beställt en jämförande djupanalys av forskning om illegala droger i EU. Undersökningen ska ge en översikt över den finansiering som EU och medlemsstaterna har ställt till förfogande för narkotikarelaterad forskning, bygga på resultaten i temakapitlet om forskning och bredda räckvidden till att innefatta forskning om åtgärder för att minska narkotikatillgången och om säkerhet. Undersökningen ska granska befintlig forskningsinfrastruktur i medlemsstaterna och på EU-nivå och göra en jämförelse med andra regioner som Nordamerika och Australien. Den ska mynna ut i rekommendationer till politiska åtgärder för att fylla kunskapsluckor och förbättra samarbetet på EU-nivå. Undersökningen kommer också att innefatta en bedömning av befintliga europeiska nätverk inklusive de som finns inom ECNN och de nationella Reitox-kontaktpunkterna. Resultaten av denna undersökning kommer att finnas tillgängliga i början av 2009.



Kapitel 2

Olika sätt att hantera narkotikaproblem i Europa – en översikt

Inledning

I detta kapitel presenteras en översikt över olika sätt att hantera narkotikaproblem i Europa och belyses i möjligaste mån trender, utveckling och kvalitetsfrågor. De olika åtgärder som granskas är prevention, behandling, åtgärder för att minska skadeverkningar samt återintegrering i samhället, vilka sammantagna utgör ett heltäckande system för att minska efterfrågan. Kapitlet innefattar också en översikt över tillgängliga uppgifter om de behov som internerade missbrukare har och olika insatser som görs i den miljön. Därtill diskuteras i korthet framtida utmaningar på ett annat fält inom narkotikapolitiken, nämligen hur man kan minska tillgången på narkotika.

Prevention

Narkotikaprevention kan indelas i olika nivåer eller strategier, från miljöprevention till individualprevention, som under idealiska förhållanden inte konkurrerar utan kompletterar varandra. Följande beskrivning av nuvarande situation och trender i Europa är baserad på kvalitativa uppgifter om tillhandahållandet av allmän och riktad prevention som har redovisats till ECNN under 2007⁽¹⁷⁾ samt på en genomgång av litteraturen om individualprevention (ECNN, 2008f).

Allmänprevention

På senare år förefaller målen för allmän skolbaserad narkotikaprevention i Europa ha förändrats. Under 2007 var utveckling av livskunskap ("life skills") det mål för preventionsverksamheterna som oftast nämndes (12 av 28 rapporterade länder), jämfört med hälften av länderna (13/26) som 2004 angav att det främsta syftet var att förbättra elevernas kunskaper och lämna information. Åtgärder för att skapa en skyddad skolmiljö, som är en form av strukturell påverkan, nämndes också oftare som ett huvudmål 2007 (sex länder) än 2004 (fyra länder). Dessa förändringar kan tyda på att ett mer rationellt och evidensbaserat tillvägagångssätt har antagits, men i hur stor utsträckning denna förändring av målen speglar en faktisk förändring av det verkliga utbudet är oklart.

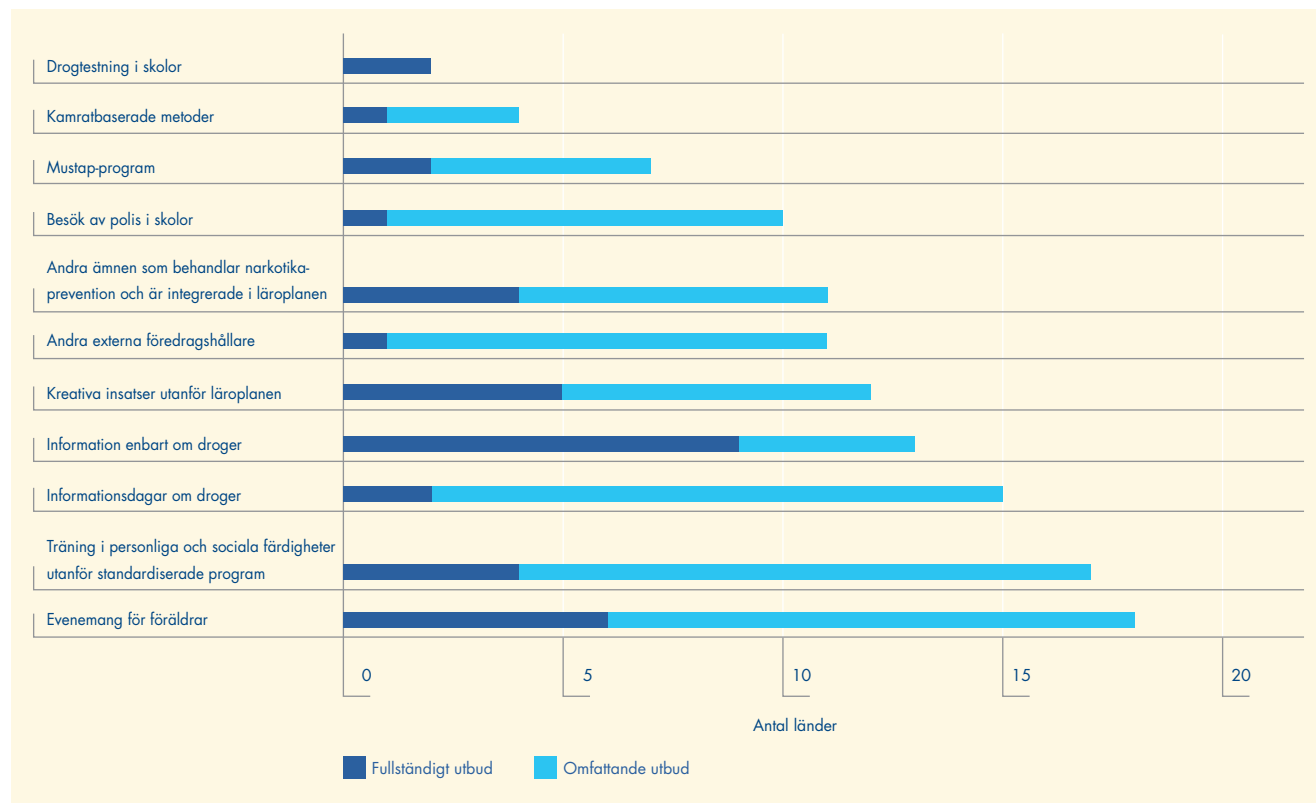
Förbättrad uppföljning av åtgärder för att minska tillgången på narkotika

Åtgärder för att minska tillgången på narkotika kan beskrivas som samtliga verksamheter som syftar till att förhindra illegala droger från att nå användare. Dessa åtgärder kan innefatta instrument som internationella konventioner, lagstiftning och politik på nationell nivå och EU-nivå, åtgärder som inriktas på olika processer och aktörer som är inblandade i produktion av och handel med illegala droger, men också de som sysslar med avledning eller illegal framställning av legala ämnen (läkemedel, prekursor kemikalier) för illegala syften och med tvättning av pengar som härrör från narkotika. Uppföljning och analys är viktiga inslag för att stödja och utvärdera dessa verksamheter, precis på samma sätt som när det gäller verksamheter för att minska efterfrågan på narkotika.

De uppgiftsinsamlingar som har skett på senare tid inom ramen för de årliga granskningarna av framstegen i genomförandet av EU:s handlingsplan för narkotika och UNGASS (se kapitel 1) har gett en blandad bild av tillgången på uppgifter om insatser för att minska tillgången på narkotika. Verksamheter med anknytning till internationella projekt är vanligen väldokumenterade medan det ofta är svårt att få tillgång till uppgifter på nationell nivå och att jämföra dem. Europeiska kommissionen, Eurostat, Europol och ECNN vidtar åtgärder för att förbättra denna situation inom ramen för EU:s kommande handlingsplan om narkotika (2009–2012). Befintliga konceptuella ramar och informationssystem samt potentiella informationskällor för att följa upp och analysera medlemsstaternas åtgärder för att minska narkotikatillgången ska ses över. Det finns också ett behov av bättre kunskaper om narkotikamarknaderna, och i synnerhet om hur leverans och spridning är organiserade såväl när det gäller de ekonomiska som de sociala aspekterna. Två studier finansierade av Europeiska kommissionen kommer att utforska både informationssystem och informationskällor om åtgärder för att minska narkotikatillgången och om de internationella narkotikamarknaderna.

Arrangemang för föräldrar och strategier som enbart baseras på information (informationsdagar, experter eller polismän som besöker skolor) är bland de typer av skolbaserad prevention som nämns av flest länder (figur 3). Det är oklart hur effektiva dessa åtgärder är. Däremot redovisar endast några få länder att de genomför några av de mer högggradigt evidensbaserade åtgärderna.

⁽¹⁷⁾ Uppgifterna lämnades av nationella experter i medlemsstaterna.

Figur 3: De oftast förekommande åtgärdstyperna i allmän skolbaserad prevention

Anm.: Mustap är standardiserade program för flera sammankomster och med tryckt material.

Källor: Reitox nationella kontaktpunkter.

Sådana åtgärder är exempelvis standardiserade preventionsprogram, jämnåriga som informerar eller insatser särskilt riktade till pojkar. Alla dessa åtgärder syftar till att förbättra ungdomarnas kommunikationsförmåga, stärka deras förmåga att hantera konflikter, stress och frustration eller till att korrigera normgivande men felaktiga uppfattningar om narkotikamissbruk. Övervikten för åtgärder som saknar eller endast har svag evidensbas kan bero på att de kräver mindre resurser och personalutbildning.

Utöver verksamheter som särskilt inriktas på narkotikamissbruk förekommer också strukturerade verksamheter i skolor. Genom att skapa skyddade och normgivande sociala miljöer strävar de strukturerade insatserna efter att påverka ungdomars val när det gäller narkotika (Toumbourou m.fl., 2007). Detta tillvägagångssätt ligger i linje med övergripande preventionspolitik som i allt högre grad anammar strängare bestämmelser om rökning och alkohol i skolor. Tjugo länder har totala rökförbud i alla skolor och i 18 länder finns heltäckande eller omfattande⁽¹⁸⁾ drogpolicy i skolor. Medlemsstaterna i Central- och Västeuropa redovisar att de har genomfört strukturella verksamheter som syftar till att minska tobaksrökning och alkoholkonsumtion i skolor.

Dessa preventionsåtgärder kan också kompletteras med andra strukturåtgärder som förbättring av skolbyggnadernas utformning och av skolmiljön.

Familjebaserad prevention är en annan ofta använd preventionsmetod. Elva länder har rapporterat fullständigt eller omfattande utbud av möten eller kvällar som ägnas familjer. På samma sätt som skolbaserad prevention förefaller familjebaserad prevention främst vara inriktad på att tillhandahålla information. Intensiv coaching och utbildning för familjer vilket är en metod som har visat konsekvent goda resultat i flera olika studier (Petrie m.fl., 2007), erbjuds endast i begränsad omfattning med enbart sju länder som redovisar utbud på den högsta nivån.

Riktad prevention

Den riktade preventionen styrs av sociala och befolkningsbaserade indikatorer som arbetslöshet, brottslighet eller skolk. Riktad prevention fokuserar på särskilda grupper, familjer eller hela samhällen där människor på grund av sina svaga sociala band och knappa resurser löper större sannolikhet att börja använda narkotika eller att gå vidare i beroende.

⁽¹⁸⁾ Omfattande utbud: verksamheten tillhandahålls i de flesta orter där målgruppen är tillräckligt stor för att den ska kunna genomföras. Fullständigt utbud: verksamheten är tillgänglig på nästan samtliga orter där målgruppen är tillräckligt stor för att den ska kunna genomföras.

Tretton länder uppger att större delen av deras familjebaserade prevention är riktad. Däremot tas viktiga riskbetingelser hos familjer sällan upp i Europa. Av 30 länder som redovisat uppgifter uppger endast sju av dem fullständigt eller omfattande utbud av verksamheter för familjer där det förekommer användning av olika droger och fem uppger att de har verksamheter för familjer där det råder konflikter och barnen försummas. Därtill har följande typer av verksamheter rapporterats från fyra länder: inriktning på att lösa sociala problem (t.ex. arbetslöshet), bidra till att reda ut problem med de rättsvärdande myndigheterna, eller att bistå marginaliserade familjer från etniska minoriteter. Endast tre länder har åtgärder för att hjälpa familjer där det finns problem med psykisk hälsa.

Riskbetingelser för utsatta grupper unga, exempelvis unga brottslingar, hemlösa, skolkande, missgynnade ungdomar och unga från minoritetsgrupper tas sällan upp trots att de får allt större politisk betydelse. Sedan 2004 har dessa grupper utpekats som primära målgrupper för preventionsåtgärder i allt fler narkotikastrategier, men under samma period har de redovisade verksamheterna inte ökat. Mer detaljerade uppgifter redovisas i temakapitlet 2008 om utsatta ungdomar.

Individualprevention

Individualprevention syftar till att identifiera enskilda personer som har beteendeproblem eller psykiska problem som kan leda till att de senare i livet börjar använda droger och att rikta särskilda insatser direkt till dem. Personer i den här gruppen kan vara ungdomar som slutat skolan i förtid och personer med psykiska störningar, antisocialt beteende eller tidiga tecken på drogmissbruk. I en rapport som nyligen publicerats av ECNN (2008f) presenteras longitudinella studier av problemutveckling, neurologiska undersökningar av beteenden och den allt större kunskapen om hjärnans plasticitet och neurotransmitterers roll. Rapporten belyser också resultat av verksamheter som medlemsstaterna har redovisat.

Barn med beteendestörningar som ADHD och uppförandestörning (CD) löper hög risk att utveckla problem med användning av droger. För att kunna ta tidiga kontakter med barn med beteendestörningar krävs ett nära samarbete mellan läkare, socialtjänst och ungdomsvårdande organ. Den tyska "multimodulbehandlingen" erbjuder exempelvis en kombination av rådgivning för föräldrar och vårdgivare, samtidigt medicinskt psykoterapeutiskt och psykosocialt stöd samt inlärningsstöd i daghem eller skola. Den irländska metoden med målinriktad utbildning och psykosocial rådgivning för ungdomar, särskilt utformad för att förhindra problem i skolan, läroanstalter och i familjen har gett positiva

Droger och utsatta grupper unga – temakapitel i EMCDDA 2008 selected issue

Unga människor i vissa grupper löper risk att bli socialt utestängda, något som kan förknippas med en ökad sannolikhet för användning av narkotika och för att utveckla narkotikaproblem. När insatserna som är utformade för att minska narkotikaanvändningen och de narkotikarelaterade skadorna fokuseras på vissa specifika grupper, ökar möjligheterna att tillgodose dessa gruppers behov och även sannolikheten för att insatserna ska bli framgångsrika.

I detta temakapitel ges omfattande information om riskfaktorerna och sårbarhetsprofilerna för specifika grupper och där undersöks narkotikaanvändningen och de narkotikarelaterade problemen i dessa grupper. I kapitlet undersöks också konsekvenserna av sårbarhet till följd av skolk, misslyckade studier, socialt underläge, familjeproblem och brottslighet. Vidare diskuteras särskilda åtgärder mot narkotikaanvändning och narkotikaproblem i utsatta grupper, däribland lagstiftning, prevention och behandling.

Detta temakapitel finns endast på engelska i tryckt version och på Internet (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

resultat i utvärderingar. I Nederländerna fann en studie av de långsiktiga preventiva effekterna av behandling av ungdomar i åldrarna 8–13 år med störande beteende att manualiserad beteendeterapi gav betydligt bättre uppföljningsresultat i fråga om rökning och cannabissmissbruk än traditionell behandling (Zonneville-Bender m.fl., 2007).

Åtgärdernas effektivitet och risker

Den riktade preventionen i Europa behåller som främsta fokus narkotikamissbruk bland barn och i familjer. Ett stort antal studier om sociala och neuropsykiatriska prediktorer för inträde i missbruk visar att preventionsinsatser som inte är inriktade på narkotika ändå kan få en effekt på narkotikamissbruk. Såväl riktad prevention som individualprevention kan dämpa effekten av en tidig utvecklingsstörning, och förhindra att den överförs till social marginalisering och därefter utvecklas till missbruk. Flera forskningsstudier har visat att insatser som görs under de tidiga skolåren och som syftar till att förbättra inlärningsmiljön och minska den sociala utestängningen också har en efterföljande dämpande effekt på senare missbruk (Toumbourou m.fl., 2007).

Man har ifrågasatt hur effektiv skolbaserad prevention är totalt sett (Coggans, 2006; Gorman m.fl., 2007). En granskning av nyare litteratur⁽¹⁹⁾, visar emellertid att vissa inslag i skolbaserad prevention som fokus på förhållande

⁽¹⁹⁾ Se portalen för bästa metod (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>).

ECNN:s portal för bästa metoder

ECNN har i år lanserat den första modulen i sin Internetportal för bästa metoder för narkotikarelaterade åtgärder (prevention, behandling, skademinskning och återintegrering i samhället). Portalen ger en överblick över de senaste rönerna om hur effektiva och verkningfulla olika åtgärder är, presenterar instrument och standarder som syftar till att förbättra kvaliteten på åtgärderna, och lyfter fram exempel på utvärderad praxis från hela Europa. Portalen vänder sig till läkare, politiska beslutsfattare och forskare på narkotikaområdet och har kraftigt fokus på Europa.

Den första modulen i portalen är inriktad på allmänprevention, och i synnerhet på belägg för effektivitet, hämtade från flera granskningar som publicerades efter 2000. Mer information om resultaten finns på Internet (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>).

Portalen innehåller information om hur effektiva olika åtgärder är, men det bör framhållas att bevisbasen ibland är något begränsad och att val mellan olika åtgärder bör ske med försiktighet. Eftersom effektiviteten hos program mäts genom kontrollerade försök är det en öppen fråga hur vissa av insatserna kommer att fungera i andra miljöer. Den nya utgåvan av databasen EDDRA, som finns tillgänglig genom portalen, innehåller exempel på utvärderade insatser i olika länder och miljöer som kan ge ytterligare vägledning.

uppfattningar och livskunskap förefaller att vara effektiva. EU-Dap study, ett kontrollerat randomiserat försök i EU som medfinansierades av Europeiska kommissionen och syftade till att utveckla och utvärdera ett skolbaserat preventionsprogram gav exempelvis positiva resultat ⁽²⁰⁾. En uppföljande undersökning visade att effekten av programmet fortfarande var stabil femton månader efter att insatsen hade avslutats, med färre berusningstillfällen av alkohol och cannabis bland de deltagare som observerades. Det "fria" program som användes i försöken utmanar förhärskande föreställningar om hur accepterad och vanlig användning av droger är bland ungdomar.

Prevention bör inte bara vara effektiv utan också säker. Önskade effekter måste hållas till ett minimum. Därför måste man noga överväga riskerna för negativa effekter när insatser utformas och utvärderas. Detta är särskilt viktigt för allmänprevention i skolor som vänder sig till en stor och mångskiftande målgrupp. Att exempelvis uteslutande ge information om narkotikans effekter, vilket är en metod som används över hela Europa, är inte bara ineffektivt utan kan också innebära en risk för oönskade effekter (Werch och Owen, 2002). Detsamma gäller för kampanjer i massmedia som kan medföra en risk att benägenheten att använda droger ökar ⁽²¹⁾.

Ett sätt att säkerställa att preventionsprogram är evidensbaserade och att riskerna för oönskade effekter blir små är att utveckla standarder för genomförande och innehåll i preventionsprojekt. Antalet medlemsstater som har rapporterat att de har standarder för utformning och utvärdering av preventionsprojekt har ökat från tre under 2004 till nio under 2007. Flera medlemsstater rapporterar att de håller på att utarbeta certifieringsförfaranden för att kvalitetssäkra programmen och sörja för att offentliga medel används på ett effektivt sätt (Tjeckien, Ungern, Polen, Portugal). I exempelvis Tjeckien är certifiering av preventiva verksamheter ett villkor för att få stöd från den statliga budgeten.

Behandling

Syftet med det här avsnittet är att ge en översikt över olika typer av behandling mot narkotikamissbruk i Europa och beskriva hur tjänsterna är organiserade och erbjuds.

Organisation

I EU:s medlemsstater är det oftast den offentliga sektorn som erbjuder behandling mot narkotikamissbruk, även om icke-statliga organisationer kan spela samma roll (sju medlemsstater) eller till och med vara den största vårdgivaren (fem medlemsstater). Allmänläkare spelar också en viktig roll och är i vissa länder huvudansvariga för substitutionsbehandling. I några länder kan den privata sektorn också vara engagerad, främst när det gäller behandlingshem. Finansiering av missbruksbehandling kommer ändå främst från den offentliga sektorn eller har anknytning till social- eller sjukvårdsförsäkring.

Insatser

Missbruksbehandling sker i en rad olika miljöer, i öppenvård och behandlingshem, allmänmottagningar, lågtröskelvård och i fängelser. Öppenvårdsmottagningar inklusive allmänna läkarmottagningar står för den största delen av missbruksbehandlingen i Europa, vilket främst beror på att substitutionsbehandling vanligen ges där. Enligt de senaste siffrorna från indikatorn för behandlingsefterfrågan är missbrukare som påbörjar behandling i öppenvården i genomsnitt cirka 30 år gamla och oftast män ⁽²²⁾. Cirka en tredjedel söker själva vård, 22 procent remitteras till vård via de rättsvårdande organen, en andel som under de senaste åren har blivit allt större, och återstoden remitteras till vård genom socialtjänst och hälsovård eller genom informella nätverk ⁽²³⁾.

⁽²⁰⁾ Se Internet (<http://www.eudap.net>).

⁽²¹⁾ Se kapitel 3 i den här rapporten och årsrapporten 2007.

⁽²²⁾ Se tabellerna TDI-10 del (iii) och TDI-21 del (ii) i statistikbulletinen 2008.

⁽²³⁾ Se tabell TDI-16 i statistikbulletinen 2008.

Hälften av klienterna som påbörjar behandling i öppenvården uppgav att de sökte för primärt opiatmissbruk, medan 21 procent nämnde cannabis och 16 procent kokain som primärdrog. Ökningar av andelen klienter och särskilt nya klienter som remitteras till behandling för problem med andra droger än opiater kan spegla förbättringar av behandlingstillgången för missbrukare av cannabis och kokain i flera medlemsstater liksom en ökning av antalet klienter som söker behandling för dessa droger (se kapitlen 3 och 5). Fortfarande är dock den totala tillgången på tjänster som särskilt tillgodoser de behov som missbrukare av andra droger än opiater har begränsad.

Behandling i slutenvården äger oftast rum i terapeutiska miljöer, psykiatriska sjukhus och specialiserade avdelningar i allmänna sjukhus. Utbudet av tjänster varierar från kortsiktig avgiftning till längre psykiatriska och abstinensbaserade behandlingsprogram. Vård i behandlingshem kan vara särskilt lämplig för missbrukare med komplexa behandlingsbehov som har samtidiga fysiska och psykiska hälsoproblem. Den genomsnittliga klienten i slutenvården liknar i stort sett klienterna i öppenvården: de är cirka 30 år gamla, i huvudsak män och påbörjar behandling för primärt opiatmissbruk⁽²⁴⁾. I de flesta länder där jämförelser kan göras är andelen missbrukare som är arbetslösa och utan fast boende högre bland klienter i slutenvård än de som behandlas i öppenvården⁽²⁵⁾.

Under lång tid har missbruksbehandling organiserats kring opiatmissbrukarnas behov eftersom de fortfarande utgör den största gruppen missbrukare i behandling. I de flesta medlemsstaterna har substitutionsbehandling kombinerad med psykosocial vård blivit den dominerande vårdformen för opiatmissbrukare. Efter att behandling med buprenorfin i höga doser införts i Cypern under 2007 finns substitutionsbehandling nu tillgänglig i samtliga medlemsstater samt i Kroatien och i Norge⁽²⁶⁾. I Turkiet har substitutionsbehandling ännu inte införts även om sådan vård är tillåten enligt en förordning om behandlingscentrum från 2004. Efter metadon är buprenorfin det andra mest vanliga opiatsubstitutet och på senare år har det blivit allt vanligare vid behandling av opiatmissbruk (se kapitel 6). Buprenorfin finns nu tillgängligt som behandlingsalternativ i alla medlemsstater utom i Bulgarien, Ungern och Polen. Under 2006 beräknas 600 000 opiatmissbrukare ha fått substitutionsbehandling i Europa. I 16 av de 22 uppgiftslämnande länderna rapporteras denna kategori ha ökat.

Åtgärder för att minska narkotikans skadeverkningar

Prevention och minskning av narkotikarelaterade skadeverkningar är ett folkhälsomål i alla medlemsstater och i EU:s narkotikastrategi och handlingsplan (Europeiska kommissionen, 2007a). De viktigaste åtgärderna på detta område är substitutionsbehandling och program för nål- och sprututbyte, som syftar till att minska antalet dödsfall på grund av överdoser och förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Dessa åtgärder uppges finnas tillgängliga i alla länder utom i Turkiet (se också kapitlen 6 och 8) och även om det finns stora skillnader mellan tjänsteutbudens bredd och nivå är den allmänna tendensen i EU att åtgärder för att minska skadeverkningarna stärks och blir allt fler.

I de flesta länder erbjuder också lågtröskelorgan olika typer av hälsovård och sociala tjänster. Några länder uppges emellertid att genomförandet av åtgärder för att minska skadeverkningarna har försenats på grund av brist på politiskt stöd. I Grekland har utbyggnaden av lågtröskeltjänster och substitutionsbehandling stannat av, program för nål- och sprututbyte i Rumänien och Polen bantades ner 2006 efter det att extern finansiering upphörde, medan Cyperns enda program för utbyte av nålar och sprutor inte är officiellt erkänt. I Ungern där program för nål- och sprututbyte håller på att byggas ut tyder en studie bland klienter i öppenvården på att utbudet fortfarande är otillräckligt och att det är svårt att få tillträde till programmen.

På grund av de baltiska staternas och Rumäniens speciella problem med hiv/aids fortsätter internationella givare att spela en viktig roll i dessa länder. Finansiellt stöd till verksamheter för att minska narkotikans skadeverkningar lämnas av Global Funds program för att bekämpa aids, malaria och tuberkulos, medan UNODOC nyligen har inlett ett projekt för hiv/aids-prevention och vård bland injektionsmissbrukare samt i fängelser i Estland, Litauen och Lettland.

Vissa medlemsstater har nyligen granskat vilka effekter införandet av åtgärder för att minska skadeverkningar har gett. I Frankrike har den konstaterade minskningen av antalet dödsfall bland narkotikamissbrukare sammanfallit med införandet av trippelbehandlingar med antivirala läkemedel, utarbetandet av en strategi för minskning av skadeverkningar och tillgång till substitutionsbehandling. I Spanien har det minskande antalet injektionsmissbrukare kombinerat med enkel tillgång till metadonbehandling kopplats till lägre förekomst av smittsamma sjukdomar och färre narkotikarelaterade dödsfall bland missbrukare (De la Fuente m.fl., 2006). I Portugal visar tillgängliga uppgifter

⁽²⁴⁾ Se tabellerna TDI-10 del (vii) och TDI-21 del (iv) i statistikbulletinen 2008.

⁽²⁵⁾ Se tabellerna TDI-13 och TDI-15 i statistikbulletinen 2008.

⁽²⁶⁾ Se tabellerna HSR-1 och HSR-2 i statistikbulletinen 2008.

att antalet missbrukare som drabbas av smittsamma sjukdomar planar ut, vilket sannolikt delvis kan bero på förbättrad tillgång till åtgärder för att minska narkotikans skadeverkningar och till vård.

Återintegrering i samhället

Arbetslösheten bland narkotikamissbrukare som får behandling är ofta hög och många är också hemlösa. Sådana svårigheter tenderar också att vara mer allmänt förekommande i vissa grupper av missbrukare, särskilt bland kvinnor, heroin- och crackmissbrukare, de som tillhör etniska minoriteter och de som har psykiska problem.

Återintegrering i samhället har erkänts som ett viktigt inslag i heltäckande narkotikastrategier och kan genomföras i vilket skede som helst i missbruket och i olika miljöer. Målen för återintegreringen kan uppnås genom åtgärder för att stärka missbrukarens egen förmåga, förbättra den sociala förmågan, underlätta och stimulera anställning och för att få tillgång till en bostad eller att förbättra befintligt boende. I praktiken kan detta innebära att tjänster för återintegrering erbjuder yrkesrådgivning, praktikplats och bostadsbidrag, medan åtgärder i fängelser kan innefatta att förmedla kontakter till samhällsbaserat boende och sociala stödtjänster som förberedelse inför frigivningen.

Hemlöshet och otryggt boende hör till de allvarligaste formerna för social utestängning som drabbar missbrukare och nämndes av cirka 10 procent av de missbrukare som påbörjade behandling 2006⁽²⁷⁾. I många länder får visserligen klienter i missbruksbehandling bostadsbidrag men brist på bostäder har samtidigt konstaterats. Två länder uppger att det är svårt för missbrukare att få tillträde till de allmänna tjänster för hemlösa som sedan länge använts av alkoholister (Irland, Italien). Nya åtgärder som kan bidra till att tillgodose missbrukares bostadsbehov införs i tre länder (Belgien, Danmark, Nederländerna) som rapporterar att boenden för hemlösa långtidsmissbrukare centraliseras och att specialiserade vårdhem öppnas för missbrukare med problembeteenden eller komorbiditet.

Ett ytterst viktigt inslag i insatserna för återintegrering i samhället är att hjälpa missbrukare som får vård att finna arbete eftersom en av två klienter som påbörjar behandling för sitt missbruk är arbetslös⁽²⁸⁾. Nya metoder för att hjälpa klienter att finna och behålla en anställning har rapporterats vara framgångsrika och bland dessa märks bland annat "mentorsystem", subventionerade arbetsplatser (sedan

2008 finns detta också i Litauen) samt särskild coaching av arbetsgivare och anställda, som genomförs inom ramen för projektet "Ready for work" i Irland eller olika organ för arbete och samhälle i Tjeckien.

Hälsovård och socialvård i fängelser

Fängelser erbjuder goda möjligheter att nå ut med hälsovård och sociala insatser till missbrukare. Detta avsnitt innehåller en sammanfattning av uppgifter om missbruk och missbrukare i Europas fängelser tillsammans med aktuella uppgifter om utbudet av tjänster till internerade missbrukare och nya lagar om behandling av missbrukare i fängelser.

Missbruk

Uppgifter hämtade från flera olika undersökningar visar att missbrukare fortfarande är överrepresenterade i Europas fängelser jämfört med den allmänna befolkningen. Undersökningar som har genomförts mellan 2001 och 2006 visar att andelen interner⁽²⁹⁾ som uppger att de någon gång har använt en illegal drog varierar stort mellan fängelser, interneringsanstalter och länder, från en tredjedel eller mindre (Bulgarien, Ungern, Rumänien) till över 50 procent i de flesta studier och upp till 84 procent i ett kvinnofängelse i England och Wales. Cannabis är fortfarande den illegala drog som oftast nämns av interner i fängelser, med en livstidsprevalens på upp till 78 procent. Även om skattningar av livstidsprevalensen för andra ämnen kan vara mycket låg i vissa fängelser (ner till 1 procent) visar vissa undersökningar en livstidsprevalens på 50–60 procent för heroin, amfetaminer eller kokain bland interner⁽³⁰⁾. Den mest skadliga formen av narkotikamissbruk förefaller också vara koncentrerad bland interner, där vissa undersökningar visar att mer än en tredjedel av de tillfrågade någon gång hade injicerat droger⁽³¹⁾.

Att narkotika förs in i de flesta fängelser trots alla åtgärder som vidtas för att förhindra detta erkänns både av fängelseexperter och av politiker. Undersökningar som har genomförts mellan 2001 och 2006 i Europa visar att mellan 1 procent och 56 procent av internerna uppger att de har använt droger i fängelset och upp till en tredjedel av internerna har injicerat droger medan de har varit frihetsberövade⁽³²⁾. Detta ger anledning till oro för spridning av smittsamma sjukdomar, särskilt mot bakgrund av att injektionsutrustningen ofta delas.

Det finns över 607 000 internerade i fängelser i Europeiska unionen⁽³³⁾, och den uppskattade årliga omsättningen är

⁽²⁷⁾ Se tabell TDI-15 i statistikbulletinen 2008.

⁽²⁸⁾ Se tabell TDI-20 i statistikbulletinen 2008.

⁽²⁹⁾ Termen "intern" används här i bred mening och innefattar både personer i häkte och dömda frihetsberövade personer.

⁽³⁰⁾ Se tabell DUP-1 i statistikbulletinen 2008.

⁽³¹⁾ Se tabell DUP-2 i statistikbulletinen 2008.

⁽³²⁾ Se tabellerna DUP-3 och DUP-4 i statistikbulletinen 2008.

⁽³³⁾ Europarådets Annual Penal Statistics (SPACE), baserad på en undersökning av en fängelsepopulation med referens till 1 september 2006.

mer än 860 000 interner. I de flesta länder ligger andelen interner som är dömda för narkotikabrott i intervallet 10–30 procent. Baserat på tillgängliga uppgifter kan uppskattas att mer än 400 000 interner med tidigare eller nuvarande erfarenhet av missbruk av illegala droger passerar genom EU:s fängelser varje år. Och bland dessa kommer det att finnas ett betydande antal personer med problematiskt narkotikamissbruk. Vårdbehoven i denna stora population av tidigare eller nuvarande missbrukare i europeiska fängelser kommer i viss utsträckning att bestämmas av hälsoproblem som är relaterade till missbruket, särskilt smittsamma sjukdomar som virushepatit av typerna B och C samt hiv/aids (se kapitel 7).

Hälsovård

I de flesta länder ansvarar justitieministeriet för hälsovården i fängelserna. Detta förhållande håller dock på att förändras och i allt fler av Europas länder har ansvaret överförs till hälsovårdssystemet (Frankrike, Italien, England och Wales i Storbritannien, Norge). I enlighet med handlingsplanen i den nationella narkotikastrategin (2000–2008) i Spanien inrättas där heltäckande tjänster för missbrukare i samtliga fängelser som baseras på ett samarbetsprotokoll mellan hälsovårdsministeriet och inrikesministeriet som undertecknades 2005. För att fylla ett allt större antal internerade missbrukares behov har fängelser i andra

länder inlett samarbete med den statliga hälsovården och specialiserade icke-statliga narkotikaorgan i samhället.

I EU har insatser som riktar sig till missbrukande interner utökats. Jämfört med situationen för fem år sedan redovisar nu fler länder insatser på följande områden: narkotikarelaterad information och prevention, testning för smittsamma sjukdomar och vaccinering samt behandling mot drogberoende inklusive substitutionsbehandling. Dessa åtgärder har dessutom blivit mer allmänt tillgängliga i länderna. Fängelsebaserad substitutionsbehandling finns nu officiellt tillgänglig i alla länder utom i Bulgarien, Estland, Lettland, Litauen, Cypern, Slovakien och Turkiet men i många länder är tillgängligheten för detta behandlingsalternativ totalt sett begränsat. Spanien är för närvarande det enda europeiska land som har ett brett utbud av fängelsebaserade åtgärder för att minska narkotikans skadeverkningar.

Endast fyra medlemsstater lämnade under 2006 via sina nationella system för behandlingssuppföljning sociodemografiska uppgifter och information om mönster för interners narkotikamissbruk. I Frankrike, Cypern och Slovakien rapporterar de som påbörjar behandling för narkotikamissbruk oftast ett opiat, vanligtvis heroin, som primärdrog medan primärt amfetaminmissbruk är det främsta skälet till att påbörja behandling i fängelser i Sverige. Uppgifterna speglar i stort sett mönstren för problematiskt missbruk i länderna.

Ny lagstiftning om narkotikabehandling i fängelser

Under 2006 och i början av 2007 såg sex länder över sina rättsliga ramar och riktlinjer för internerades rättigheter till missbruksbehandling.

I Belgien fastställs i ett direktiv från justitieministeriet 2006 att internerade har rätt till samma utbud av behandlingsalternativ som de som finns tillgängliga utanför fängelset. I Irland understryks i de nya "Prison Service guidelines" att hälsovårdsnormer för behandlingstjänster ska vara jämförbara med dem som finns tillgängliga i samhället samtidigt som de anpassas till fängelsemiljön.

Genom en förändring av en lag från januari 2007 har fängelsedömda narkotikamissbrukare i Danmark rätt till kostnadsfri behandling av sitt drogmisbruk. I lagen föreskrivs att behandlingen bör starta inom 14 dagar efter att fången har sänt in begäran till den danska "Prison and Probation Service". Det finns däremot ingen sådan rättighet om brottslingen förväntas

friges inom tre månader eller betraktas vara i för dålig kondition eller inte motiverad för behandling.

I Rumänien skapades i maj 2006 en ny rättslig bas för inrättandet av substitutionsbehandling i fängelser genom en gemensam ministeriell förordning om fortsatt integrerade medicinska, psykologiska och sociala vårdprogram för interner undertecknad av ministrarna för justitiedepartementet, folkhälsodepartementet och departementet för administration och inrikesfrågor.

Genom ett cirkulär 2006 från justitieministeriet och ministeriet för hälsovård och sociala frågor i Norge stärktes samarbetet mellan de två sektorerna i syfte att ge bättre uppföljning under fängelsetiden och efter avtjänat straff. I Slovakien antogs 2006 en lag som ger häktade missbrukare som lider av abstinensbesvär tillgång till psykologisk vård. Syftet med lagen är att ge missbrukare tillgång till sådana tjänster vid en tidpunkt när de behöver dem bäst, dvs. när de tvingas till abstinens omedelbart efter att de har frihetsberövats. Lagen skapar också en rättslig ram till stöd för befintliga särskilda behandlingsenheter för dömda missbrukare.



Kapitel 3 Cannabis

Inledning

Under de senaste åren har situationen när det gäller cannabis förändrats märkbart i Europa precis som debatten om hur man lämpligast bemöter det utbredda bruket av denna drog. I början och i mitten av nittiotalet utmärkte sig ett fåtal länder genom hög prevalens, medan den europeiska normen var användningsnivåer som med dagens mått mätt var låga. På nittiotalet med fortsättning i början av detta århundrade ökade cannabisanvändningen i nästan samtliga länder, och detta har lett till att vi i dag har en mycket mer homogen europeisk bild även om det fortfarande finns skillnader mellan länderna. Under de allra senaste åren har man därtill fått större kunskaper om de folkhälsoeffekter som långsiktig och allmän användning av denna drog har, och antalet behandlingsbegäranden för cannabisrelaterade problem har ökat. Europa kan nu vara på väg in i en ny fas eftersom det finns uppgifter som tyder på att situationen stabiliseras eller till och med mildras. Historiskt sett är dock användningsnivåerna fortfarande höga och vilka åtgärder som kan ge en effektiv lösning på cannabisanvändningen är fortfarande en central fråga i den europeiska debatten om narkotika.

Tillgång och tillgänglighet

Produktion och handel

Cannabis kan odlas i en rad olika miljöer och växer vild i många delar av världen, och man räknar i dag med att plantan odlas i 172 länder och områden (UNODC, 2008)⁽³⁴⁾. Det är därför mycket svårt att med någon exakthet göra skattningar av världsproduktionen. Den senaste uppgiften från UNODC om den totala produktionen av marijuana är 41 600 ton (2006), där Nord- och Sydamerika stod för över hälften och Afrika för nära en fjärdedel (UNODC, 2008).

Den utbredda odlingen av cannabis innebär också att en betydande andel av handeln sannolikt sker inom regionerna. Detta är fallet för viss marijuana i Europa där, utöver inhemsk produktion⁽³⁵⁾, Albanien och Nederländerna har konstaterats vara ursprungsländer (Reitox nationella kontaktpunkter). Marijuana i Europa rapporteras också

Tillgång på och tillgänglighet för narkotika – uppgifter och källor

Systematiska och rutinmässiga uppgifter för att beskriva illegala marknader för och handel med narkotika är fortfarande begränsade. Produktionsskattningar av heroin, kokain och cannabis räknas fram från odlingsberäkningar som baseras på fältarbete (provtagning på plats) samt flygfoton och satellitbilder. Dessa skattningar har vissa betydande begränsningar som bland annat hör samman med variationer i avkastning eller med svårigheten att övervaka grödor som cannabis som inte odlas i begränsade geografiska områden.

De narkotikabeslag som görs anses oftast utgöra en indirekt indikator på tillgången på och tillgängligheten samt handelsvägarna för narkotika, även om beslagen också återspeglar de brottsbekämpande organens prioriteringar, resurser och strategier, hur sårbara de som handlar med narkotika är och slutligen även rapporteringspraxis. Uppgifter om renhetsgrad eller styrka och priser i missbrukarledet kan också analyseras för att förstå marknaderna på missbrukarnivå. Tillgången till denna typ av uppgifter kan dock vara begränsad och kan väcka frågor om tillförlitlighet och jämförbarhet. Uppgifter från den underrättelseverksamhet som brottsbekämpande organ bedriver kan bidra till att komplettera bilden.

ECNN samlar in nationella uppgifter om narkotikabeslag, renhetsgrad och priser i missbrukarledet i Europa. Andra uppgifter om tillgång på narkotika kommer främst från UNODC:s informationssystem och analyser som kompletteras med ytterligare uppgifter från Europol. Information om narkotikaprekursorer erhålls från INCB, som medverkar i internationella åtgärder för att förhindra avledning av prekursor kemikalier som används vid framställning av illegala droger.

I många delar av världen saknas mer avancerade informationssystem om narkotikatillgången och vissa av skattningarna och andra redovisade uppgifter måste därför tolkas med försiktighet, även om de utgör de bästa approximationer som finns tillgängliga

komma från andra delar av världen, bland annat västra och södra Afrika (Nigeria, Angola), Sydostasien (Thailand), Sydvästasien (Pakistan) och Latinamerika (Colombia, Jamaica) (CND, 2008; Europol, 2008).

⁽³⁴⁾ För information om källorna för uppgifter om tillgång och tillgänglighet till narkotika se textrutan på denna sida.

⁽³⁵⁾ Se "Cannabisproduktionen i Europa", sid. 37.

Den totala produktionen av hasch uppskattades 2006 till 6 000 ton vilket är en nedgång från 7 500 ton 2004 (UNODC, 2007). Marocko är fortfarande den största internationella producenten. Arealen där produktion av hasch sker minskade från 134 000 hektar under 2003 till 76 400 hektar som producerade 1 066 ton under 2005 (UNODC och marockanska regeringen, 2007). Produktion av hasch rapporteras också ske i Afghanistan där den ökar snabbt samt i Pakistan, Indien, Nepal och Centralasiatiska stater och andra OSS-stater (UNODC, 2008). Hasch producerad i Marocko smugglas vanligen in i Europa via Iberiska halvön (Europol, 2008), och en del av detta distribueras från Nederländerna vidare ut i Europa.

Beslag

I hela världen beslagtogs under 2006 totalt 5 230 ton marijuana och 1 025 ton hasch, vilket är en nedgång från toppnivåerna 2004. Nordamerika fortsätter att stå för de största beslagen av marijuana (58 procent), medan de största kvantiteterna beslagtagna hasch var koncentrerade till Väst- och Centraleuropa (62 procent) (UNODC, 2008).

I Europa gjordes 2006 uppskattningsvis 177 000 beslag av marijuana på sammanlagt 86 ton ⁽³⁶⁾. Storbritannien är den medlemsstat i EU som har rapporterat flest antal beslag av marijuana även om uppgifter för 2006 inte ännu finns tillgängliga. Turkiet har redovisat rekordstora beslag av marijuana under 2006. Antalet beslag av marijuana i Europa har ökat stadigt sedan 2001 samtidigt som man fram till 2005 totalt sett noterade en minskning av den beslagtagna kvantiteten. De senaste uppgifterna pekar på att en ökning nu sker.

Beslagen av hasch i Europa är större än beslagen av marijuana såväl när det gäller antal som kvantitet. Beslagen är dubbelt så många (325 000) och den konfiskerade mängden (713 ton) är åtta gånger större. De flesta beslagen av hasch rapporteras liksom tidigare från Spanien (som stod för cirka hälften av alla beslag och för cirka två tredjedelar av den kvantitet som konfiskerades under 2006) följt på avstånd av Frankrike och Storbritannien. Efter en period med stabilisering 2001–2003 har antalet beslag av hasch ökat i Europa, medan de beslagtagna kvantiteterna ökade fram till 2003–2004 och därefter har sjunkit.

Under 2006 ledde 10 500 beslag i Europa till konfiskation av cirka 2,3 miljoner ⁽³⁷⁾ och 22 ton cannabisplanter (64 procent i Spanien). Efter en stadig ökning sedan 2001 stabiliserades antalet beslag av planter 2006 ⁽³⁸⁾. Efter

Cannabisproduktionen i Europa

I takt med att en majoritet av de europeiska länderna nu redovisar lokal odling av cannabis och vissa betydande beslag av cannabisplanter har frågan om inhemska produktion av cannabis på senare år blivit allt viktigare i Europa. Den cannabis som odlas i Europa uppges komma från både odlingsanläggningar inomhus där man oftast bedriver intensivodling, och från planteringar utomhus. Planteringarnas storlek beror på odlarens motivation och resurser och varierar mellan några få planter för eget bruk till flera tusen planter i stora odlingar avsedda för kommersiella ändamål.

De tillgängliga uppgifterna är ojämnt geografiskt fördelade och medger inte en korrekt bedömning av cannabisodlingens omfattning i Europa. Rapporter från flera länder pekar dock på att odlingen inte längre kan betraktas som marginell. I franska befolkningsundersökningar som gjordes under 2005 uppskattades exempelvis att cirka 200 000 personer hade odlat cannabis åtminstone någon gång. I Storbritannien stängde polisen i London under 2005–2006 över 1 500 "cannabisodlingar" med i genomsnitt 400 planter per plats (Daly, 2007) och större delen av den marijuana som nu finns tillgänglig tros vara producerad antingen lokalt eller i andra europeiska länder. I vissa delar av Nederländerna är cannabisodlingen vanligt förekommande och man uppskattar att sammanlagt cirka 6 000 odlingsplatser oskadliggjordes under 2005 och 2006.

I vissa västeuropeiska länder tycks cannabisproduktionen ha ökat kraftigt under perioden 1990–1995, vilket delvis berodde på att konsumenterna ansåg att det importerade haschet som vid den tiden var den mest använda cannabisprodukten höll låg kvalitet och var dyrt. I vissa länder förefaller det som om en majoritet av användarna nu konsumerar lokalt producerad marijuana. Det blev möjligt att delvis ersätta importerad hasch med inhemska producerad marijuana när kunskaperna om växtodling och teknologi (för att maximera avkastningen och undvika upptäckt) förbättrades och därefter spreds via Internet (Hough m.fl., 2003; Jansen, 2002; Szendrei, 1997/1998). Cannabis som produceras lokalt har också fördelen för producenten att det inte behöver transporteras över nationsgränser.

en dramatisk nedgång 2002 från ett rekordstort antal beslagtagna planter under 2001 har därefter antalet planter som konfiskerats i Europa ökat även om kurvan planade ut 2006 vid cirka halva antalet jämfört med 2001. Under samma femårsperiod har mängden cannabisplanter som beslagtagits i Europa och rapporterats i kilogram stadigt ökat, för att accelerera under 2006 på grund av rekordstora beslag i Litauen.

⁽³⁶⁾ Uppgifterna om europeiska narkotikabeslag som nämns i det här kapitlet finns i tabell SZR-1, SZR-2, SZR 3, SZR-4, SZR-5 och SZR-6 i statistikbulletinen 2008.

⁽³⁷⁾ Eftersom Turkiet rapporterade att inga cannabisplanter hade konfiskerats under 2005 och 2006, efter att ha rapporterat stora beslag av samma material under perioden 2001–2004, uteslöts landet från den europeiska analysen.

⁽³⁸⁾ Bilden är preliminär eftersom uppgifter för Storbritannien, som är det land som har rapporterat flest antal beslagtagna cannabisplanter under 2005, inte ännu finns tillgängliga för 2006.

Styrka och pris

Styrkan hos cannabisprodukter bestäms av halten av delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), som är den viktigaste verksamma beståndsdel. Styrkan hos cannabis varierar stort mellan och inom länderna och mellan olika stickprov och produkter. Av flera olika metodologiska orsaker är det svårt att tolka uppgifter på det här området och det är tveksamt i vilken omfattning de analyserade beslagen speglar hela marknaden. Forskning tyder på att inhemskt producerad, intensivodlad cannabis i allmänhet tenderar att ha högre styrka. Rapporterad THC-halt i stickprov av hasch varierade 2006 mellan 2,3 procent och 18,4 procent, medan siffran för marijuana varierade mellan under 1 procent och 13 procent. Under perioden 2001–2006 har styrkan hos hasch och marijuana varit stabil eller minskat i många av de 16 europeiska länder som har lämnat tillräckliga uppgifter. En uppåtgående trend konstaterades dock för importerad hasch i Nederländerna och för marijuana i sju andra länder. Endast Nederländerna har flera år i rad beräknat styrkan hos lokalt producerad marijuana, och har redovisat att styrkan minskat till 16 procent 2006 från en topp på 20,3 procent under 2004 ⁽³⁹⁾.

Normala priser i missbrukarledet för både marijuana och hasch varierade från 2 euro till 14 euro per gram, och de flesta europeiska länder har uppgett priser i intervallet 4–10 euro för båda produkterna. Under perioden 2001–2006 rapporterades priserna i missbrukarledet (korrigerade för inflationen) för hasch ha minskat utom i Belgien och Tyskland. Tillgängliga uppgifter från de flesta länder tyder på att priserna på marijuana under den här perioden har varit mer stabila, med undantag av Tyskland och Österrike där det funnits tecken på ökande priser.

Prevalens och mönster för användningen

I befolkningen som helhet

Enligt en försiktig skattning har över 70 miljoner vuxna européer använt cannabis minst en gång (livstidsprevalens). Detta motsvarar mer än var femte vuxen europé i åldrarna 15–64 år (se tabell 2 för en sammanställning av uppgifterna). Även om det råder stora skillnader mellan länderna och de nationella siffrorna varierar från 2 procent till 37 procent rapporterar hälften av länderna skattningar som ligger i intervallet 11–22 procent.

Många länder redovisar jämförelsevis höga värden för tolv månadersprevalens och en månadersprevalens för cannabis. Det beräknas att cirka 23 miljoner européer har använt cannabis under det senaste året eller i genomsnitt cirka 7 procent av samtliga vuxna i åldrarna 15–64 år.

Befolkningenkäter: ett viktigt verktyg för att förstå mönster och trender för användningen av narkotika i Europa

Förekomsten av narkotikamissbruk i befolkningen som helhet eller bland skolelever bedöms med hjälp av enkäter, som resulterar i skattningar av andelen personer som säger sig ha använt olika droger under vissa fastställda tidsperioder. Enkäterna ger också nyttig information om sammanhangen, som konsumtionsmönster, användarnas sociodemografiska egenskaper och uppfattningar om risk och tillgänglighet ⁽¹⁾.

ECNN har i nära samarbete med nationella experter utvecklat en uppsättning gemensamma kärnfrågor (den europeiska modellenkäten, EMQ), avsedda för enkäter bland vuxna. EMQ har nu införts i de flesta medlemsstater i EU ⁽²⁾. Det finns dock fortfarande skillnader mellan länderna när det gäller den metodik som används och de år då uppgiftsinsamling sker. Små skillnader i enkätresultat, i synnerhet mellan länder, bör därför tolkas med försiktighet ⁽³⁾.

Eftersom det är kostnadskrävande att genomföra enkäter är det få länder som samlar in information varje år även om de flesta länder samlar in uppgifter vartannat eller vart fjärde år. I den här rapporten redovisas uppgifter som bygger på de senaste tillgängliga enkätresultaten i varje land. I de flesta fallen handlar det om enkäter under perioden 2004–2007.

Det bredaste måttet av de tidsperioder som brukar användas i redovisningen av enkätuppgifter avser andelen som någon gång har använt en drog (livstidsprevalensen). Detta mått speglar inte den nuvarande situationen bland vuxna, men det används ofta i rapporteringen om skolelever och för att ge insikter i mönstren för narkotikamissbruk och information om hur många som börjar använda narkotika (incidens). När det gäller vuxna ligger fokus på andelen i befolkningen som har använt narkotika under det senaste året (tolvmånadersprevalensen) respektive under den senaste månaden (en månadersprevalensen) ⁽⁴⁾. Att slå fast vilka det är som använder narkotika regelbundet eller har problem med sin narkotikaanvändning är utan tvivel viktigt, och det har gjorts vissa framsteg i detta avseende genom utveckling av korta skalor för bedömning av mer intensiva former av narkotikaanvändning i befolkningen som helhet, bland vuxna respektive bland skolelever (se textruta om utveckling av psykometriska skalor i årsrapporten 2007).

⁽¹⁾ Mer utförlig information om enkätmetoder finns i statistikbulletinen 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gps/methods>).

⁽²⁾ Finns att hämta på Internet (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/monitoring/general-population>).

⁽³⁾ För mer information om nationella enkäter, se tabell GPS-121 i statistikbulletinen 2008.

⁽⁴⁾ ECNN:s standardåldersgrupper är "alla vuxna" (15–64 år) och "unga vuxna" (15–34 år). Uppgifterna från en del länder avser något annorlunda åldersintervall (t.ex. 16–64, 18–64 eller 16–59 år). I den här rapporten används beteckningarna "livstidsprevalens", "tolvmånadersprevalens" och "en månadersprevalens", samt ibland även uttrycken "någon gång", "det senaste året" respektive "den senaste månaden".

⁽³⁹⁾ Se tabellerna PPP-1 och PPP-5 i statistikbulletinen 2008 för uppgifter om styrka och pris.

Skattningarna av andelen som har använt cannabis under den senaste månaden innefattar de som använder drogen mer regelbundet, men inte nödvändigtvis på ett intensivt sätt (se nedan). Det beräknas att cirka 12,5 miljoner européer använde drogen under föregående månad, eller i genomsnitt cirka 4 procent av samtliga vuxna i åldrarna 15–64 år.

Cannabisanvändning bland unga vuxna

Användning av cannabis är i stort sett koncentrerad till unga vuxna (15–34 år) och de högsta nivåerna rapporteras vanligen bland unga i åldrarna 15–24 år. Detta är fallet i nästan samtliga europeiska länder med undantag av Belgien, Cypern och Portugal ⁽⁴⁰⁾.

Befolkningsundersökningar tyder på att i genomsnitt 31 procent av Europas unga vuxna (15–34 år) någon gång har använt cannabis, medan 13 procent har använt drogen under det senaste året och 7 procent har använt det under den senaste månaden. Ännu högre procenttal européer i åldersgruppen 15–24 beräknas ha använt cannabis under det senaste året (17 procent) eller den senaste månaden (9 procent), även om i genomsnitt något färre i denna åldersgrupp har provat drogen (30 procent). Nationella prevalensskattningar för cannabis varierar stort mellan länderna för alla prevalensmått. Exempelvis redovisar länder i den övre delen av skalan värden som är upp till tio gånger högre än de länder som har lägst prevalens.

Cannabisanvändningen är högre bland män än bland kvinnor (se temakapitlet om könsfördelning i årsrapporten 2006), även om skillnaderna mellan länderna är stora. Kvoten mellan antalet män och kvinnor som har rapporterat att de använt cannabis under det senaste året varierar mellan 6,4 i Portugal till 1,3 i Italien.

Cannabisanvändning bland skolelever

Cannabis fortsätter också att vara det psykoaktiva ämne som skolelever oftast använder efter tobak och alkohol.

Siffror för skolelever i åldrarna 15–16 år som någon gång har använt cannabis kan spegla användning nyligen eller för närvarande eftersom det är ungefär i denna ålder som det första experimenterandet med denna drog äger rum. Uppgifter från HBSC-enkäten 2005/2006 bland 15-åringar visade stora variationer mellan de 27 ländernas livstidsprevalens för cannabis. Prevalensskattningar för användning av cannabis någon gång i livet rapporterades av fem länder ligga under 10 procent medan 11 länder rapporterade värden mellan 10 procent och 20 procent och 11 länder uppgav värden mellan 21 procent och 31 procent (Currie m.fl., 2008) ⁽⁴¹⁾. I den här åldersgruppen uppgår pojkar vanligen högre prevalens för användning av cannabis

Aktuella skolenkäter

Enkäten "Health behaviour in school-aged children" (HBSC) är en samarbetsundersökning inom WHO för att studera barns hälsa och hälsobeteende. Sedan 2001 har enkäten innefattat frågor om cannabisanvändning bland 15-åriga skolelever. Den andra omgången av enkäten med frågor om cannabis genomfördes mellan oktober 2005 och maj 2006 med medverkan av 26 medlemsstater i EU och Kroatien.

Den fjärde omgången av skolundersökningen "European school survey project on alcohol and other drugs" (ESPAD) genomfördes under 2007 med medverkan av 25 medlemsstater i EU, Kroatien och Norge. I enkäten ställs frågor om droganvändning till skolelever som fyller 16 under kalenderåret. Resultaten av de senaste enkäterna kommer att publiceras i december 2008.

Antalet länder som deltar i dessa båda internationella skolenkäter som genomförs vart fjärde år har blivit större för varje gång och innefattar nu de flesta länderna i Europa.

Spanien, Italien, Portugal, Slovakien, Sverige och Storbritannien har därtill redovisat uppgifter om användning av cannabis som har framkommit i deras egna nationella skolenkäter 2006.

än flickor, men skillnaderna i redovisad prevalens mellan könen är liten eller saknas till och med i vissa av länderna med de högsta prevalensskattningarna.

Liksom skattningarna av livstidsprevalensen är skillnaderna stora mellan ländernas skattningar av användning under den senaste månaden bland skolelever. I somliga länder är siffran nästan noll, medan cirka 15 procent av dem som tillfrågats i andra länder uppger att de har använt cannabis under den senaste månaden, och i vissa fall är siffrorna ännu högre bland pojkarna. Baserat på uppgifter som samlats in i tidigare ESPAD-undersökningar uppskattades 2003 att cirka 3,5 miljoner (22,1 procent) 15–16-åriga skolelever hade använt cannabis åtminstone en gång i livet i EU:s medlemsstater samt Kroatien och Turkiet och cirka 1,7 miljoner (11 procent) hade använt drogen någon gång under månaden innan undersökningen genomfördes.

Internationella jämförelser

Siffrorna för Europa kan jämföras med dem som redovisas i andra delar av världen. I USA uppskattade exempelvis National survey on drug use and health (Samhsa, 2005) livstidsprevalensen för användning av cannabis bland unga vuxna (15–34 år omräknat av ECNN) till 49 procent och tolv månadersprevalensen till 21 procent. För samma åldersgrupp var livstidsprevalensen i Kanada 58 procent

⁽⁴⁰⁾ Se figur GPS-1 i statistikbulletinen 2008.

⁽⁴¹⁾ Se figur EYE-5 i statistikbulletinen 2008.

Tabell 2: Prevalens för användning av cannabis i den allmänna befolkningen – sammanfattning av uppgifterna

Åldersgrupp	Tidsperiod		
	Livstidsprevalens	Tolvmånadersprevalens	Enmånadersprevalens
15–64 år			
Uppskattat antal användare i Europa	71,5 miljoner	23 miljoner	12,5 miljoner
Europeiskt genomsnitt	21,8%	6,8%	3,8%
Intervall	1,7–36,5%	0,8–11,2%	0,5–8,7%
Länder med lägst prevalens	Rumänien (1,7 procent), Malta (3,5 procent), Bulgarien (4,4 procent), Cypern (6,6 procent)	Malta (0,8 procent), Bulgarien (1,5 procent), Grekland (1,7 procent), Sverige (2,0)	Malta (0,5 procent), Sverige (0,6 procent), Litauen (0,7 procent), Bulgarien (0,8 procent)
Länder med högst prevalens	Danmark (36,5 procent), Frankrike (30,6 procent), Storbritannien (30,1 procent), Italien (29,3 procent)	Italien, Spanien (11,2 procent), Tjeckien (9,3 procent), Frankrike (8,6 procent)	Spanien (8,7 procent), Italien (5,8 procent), Storbritannien, Frankrike, Tjeckien (4,8 procent)
15–34 år			
Uppskattat antal användare i Europa	42 miljoner	17,5 miljoner	10 miljoner
Europeiskt genomsnitt	31,2%	13%	7,3%
Intervall	2,9–49,5%	1,9–20,3%	1,5–15,5%
Länder med lägst prevalens	Rumänien (2,9 procent), Malta (4,8 procent), Bulgarien (8,7 procent), Cypern (9,9 procent)	Malta (1,9 procent), Grekland (3,2 procent), Cypern (3,4 procent), Bulgarien (3,5 procent)	Grekland, Litauen, Sverige (1,5 procent), Bulgarien (1,7 procent)
Länder med högst prevalens	Danmark (49,5 procent), Frankrike (43,6 procent), Storbritannien (41,4 procent), Spanien (38,6 procent)	Spanien (20,3 procent), Tjeckien (19,3 procent), Frankrike (16,7 procent), Italien (16,5 procent)	Spanien (15,5 procent), Frankrike, Tjeckien (9,8 procent), Storbritannien (9,2 procent)
15–24 år			
Uppskattat antal användare i Europa	20 miljoner	11 miljoner	6 miljoner
Europeiskt genomsnitt	30,7%	16,7%	9,1%
Intervall	2,7–44,2%	3,6–28,2%	1,2–18,6%
Länder med lägst prevalens	Rumänien (2,7 procent), Malta (4,9 procent), Cypern (6,9 procent), Grekland (9,0 procent)	Grekland, Cypern (3,6 procent), Sverige (6,0 procent), Bulgarien, Portugal (6,6 procent)	Grekland (1,2 procent), Sverige (1,6 procent), Cypern, Litauen (2,0 procent)
Länder med högst prevalens	Danmark (44,2 procent), Tjeckien (43,9 procent), Frankrike (42,0 procent), Storbritannien (39,5 procent)	Tjeckien (28,2 procent), Spanien (24,3 procent), Frankrike (21,7 procent), Storbritannien (20,9 procent)	Spanien (18,6 procent), Tjeckien (15,4 procent), Frankrike (12,7 procent), Storbritannien (12,0 procent)
Uppgifterna är baserade på de senaste enkäterna som finns tillgängliga för varje land. Undersökta år ligger i intervallet 2001–2007. Genomsnittlig prevalens för Europa har beräknats genom ett viktat genomsnitt enligt befolkningen i relevant åldersgrupp i varje land. I länder där inga uppgifter har funnits tillgängliga har genomsnittlig EU-prevalens kalkylerats. Befolkningsstorlek som använts: 15–64 (328 miljoner), 15–34 (134 miljoner) och 15–24 (64 miljoner). De uppgifter som sammanfattas här finns att hämta under "General population surveys" i statistikbulletinen 2008.			

och tolv månaders prevalensen 28 procent (2004) medan motsvarande siffror för Australien (2004) var 48 procent respektive 20 procent. Samtliga dessa siffror är högre än motsvarande europeiska genomsnitt som är 31 procent respektive 13 procent.

Mönster för cannabisanvändning

Tillgängliga uppgifter tyder på att det finns stora variationer när det gäller mönster för användning av cannabis. Endast 30 procent av de vuxna i åldersgruppen 15–64 år som någon gång har använt cannabis hade gjort det under det senaste året ⁽⁴²⁾. Men bland dem som uppgav att de hade använt drogen under det senaste året hade i genomsnitt 56 procent gjort det under den senaste månaden.

Att bedöma mönster för intensiv och långvarig användning är en viktig folkhälsofråga. Daglig eller nästan daglig användning (användning i 20 dagar eller mer under de senaste 30 dagarna) kan vara en indikator på intensiv användning. Uppgifter om denna form av cannabisanvändning i Europa samlades in 2007/2008 som en del av ett fältförsök som ECNN samordnade och genomförde i samarbete med nationella experter och de nationella Reitox-kontaktpunkterna i 13 länder. På grundval av dessa uppgifter kan man, även om de är begränsade, uppskatta att över 1 procent av samtliga vuxna européer, eller cirka 4 miljoner, använder cannabis dagligen eller nästan dagligen. De flesta av dessa cannabisanvändare, cirka 3 miljoner, är mellan 15 och 34 år och utgör cirka 2–2,5 procent av alla européer i denna åldersgrupp ⁽⁴³⁾.

Det är svårt att bedöma trender för intensiv cannabisanvändning i Europa, men bland de länder som deltog i fältförsöken både 2004 och 2007 (Frankrike, Spanien, Irland, Grekland, Italien, Nederländerna och Portugal) var den genomsnittliga ökningen cirka 20 procent även om denna skattning i hög grad påverkats av siffrorna från Frankrike, Spanien och Italien.

Regelbunden användning av cannabis kan vara ganska stabil under långa perioder, också bland yngre användare. I en tysk studie som nyligen publicerats följdes en kohort av unga vuxna i åldrarna 14–24 år under 10 år och man fann att en stor andel av dem som hade använt cannabis regelbundet (fem gånger eller fler i livet) när studien inleddes, fortsatte att använda drogen. Efter fyra år uppgav således 56 procent att de använde cannabis och 46 procent använde fortfarande drogen efter 10 år. Sporadisk användning av drogen i början

av perioden (1–4 gånger) föreföll däremot inte vara knuten till fortsatt utveckling av långvarig användning och mer problematiska former av användning (Perkonigg, 2008).

Regelbunden användning av cannabis erkänns i allt högre grad kunna leda till beroende av drogen, även om risker och följder kan förefalla mindre allvarliga än de som vanligtvis är förknippade med andra psykoaktiva ämnen. Men på grund av den relativt större andelen av befolkningen som regelbundet använder cannabis kan intensiva former av cannabisanvändning totalt sett ge betydande effekter på folkhälsan. Analyser av nationella befolkningsundersökningar i USA visar att cirka 20–30 procent av dem som dagligen använder drogen betraktades som beroende mellan 2000 och 2006 ⁽⁴⁴⁾. I en australiensisk studie bedömdes 92 procent av dem som under lång tid hade använt cannabis ha varit beroende någon gång under livet, och mer än hälften av dem bedömdes vara beroende när studien genomfördes. En uppföljande undersökning som genomfördes ett år senare tydde på att mått på cannabisanvändning och beroende bland långtidsanvändare kan vara stabila för denna tidsperiod (Swift m.fl., 2000).

I samarbete med flera länder håller ECNN på att utarbeta metoder för att följa upp de mer intensiva och betydande långvariga formerna av cannabisanvändning inklusive beroende. Psykometriska skalor provas i flera av EU:s medlemsstater och tillgängliga resultat kommer att analyseras under 2008. Dessa uppgifter kan hjälpa medlemsstaterna att bedöma vilka folkhälsoeffekter som de mer problematiska formerna av cannabisanvändning ger och att planera ändamålsenliga insatser ⁽⁴⁵⁾.

Mönster för cannabisanvändning bland skolelever

HBSC:s uppgifter visar att frekvent cannabisanvändning fortfarande är sällsynt bland 15-åriga skolelever. Endast sex länder rapporterar prevalens för frekvent cannabisanvändning (definierat som 40 gånger eller oftare under de föregående 12 månaderna) som överstiger 2 procent. Men frekvent användning är vanligare bland pojkar där sju länder redovisar skattningar upp till 5 procent. Rapporten pekar på att det finns ett samband mellan de mer problematiska mönstren för cannabisanvändning och tillhörighet till en utsatt grupp (t.ex. unga brottslingar, skolkare, lågpresterande i skolan), vilket kan tyda på att det behövs särskilda strategier för att ge dessa särskilt utsatta ungdomar ett

⁽⁴²⁾ Se figur GPS-2 i statistikbulletinen 2008.

⁽⁴³⁾ De europeiska genomsnitten som anges är grova skattningar baserade på ett viktat genomsnitt (för befolkningen) för länder som har lämnat uppgifter. Det genomsnittliga resultatet har använts för de länder som saknar uppgifter. De erhållna siffrorna är 1,2 procent för samtliga vuxna (15–64 år) och 2,3 procent för unga vuxna (15–34 år). Se tabell GPS-7 i statistikbulletinen 2008.

⁽⁴⁴⁾ NSDUH nätbaserade analysfacilitet (<http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>), uppkopplad den 25 februari 2008 och analyserad med hjälp av variablerna MJDAY30A och DEPNDMRJ.

⁽⁴⁵⁾ Åtgärder, t.ex. i form av behandling, presenteras i "Behandlingsutbud", s. 44.

säkerhetsnät. Den här frågan belyses i temakapitlet 2008 om utsatta ungdomar.

I en undersökning av blandmissbruk som utfördes 2003 i samarbete med ESPAD jämfördes skolelever i åldrarna 15–16 år som hade använt cannabis under de föregående 30 dagarna med andra elever. Jämförelsen visar att det i genomsnitt är mer sannolikt att elever som har använt cannabis också har använt andra ämnen. Även om enmånadsprevalensen för användning av andra droger var låg (under 10 procent) bland cannabisanvändare var graden av tobaksrökning och kraftig alkoholkonsumtion i denna grupp ungefär dubbelt så hög (80 procent) som den som konstaterades i den allmänna elevpopulationen. Dessa jämförelser tyder på att användning av cannabis är förenad med betydligt högre grad av användning av såväl legala som illegala droger än genomsnittet ⁽⁴⁶⁾.

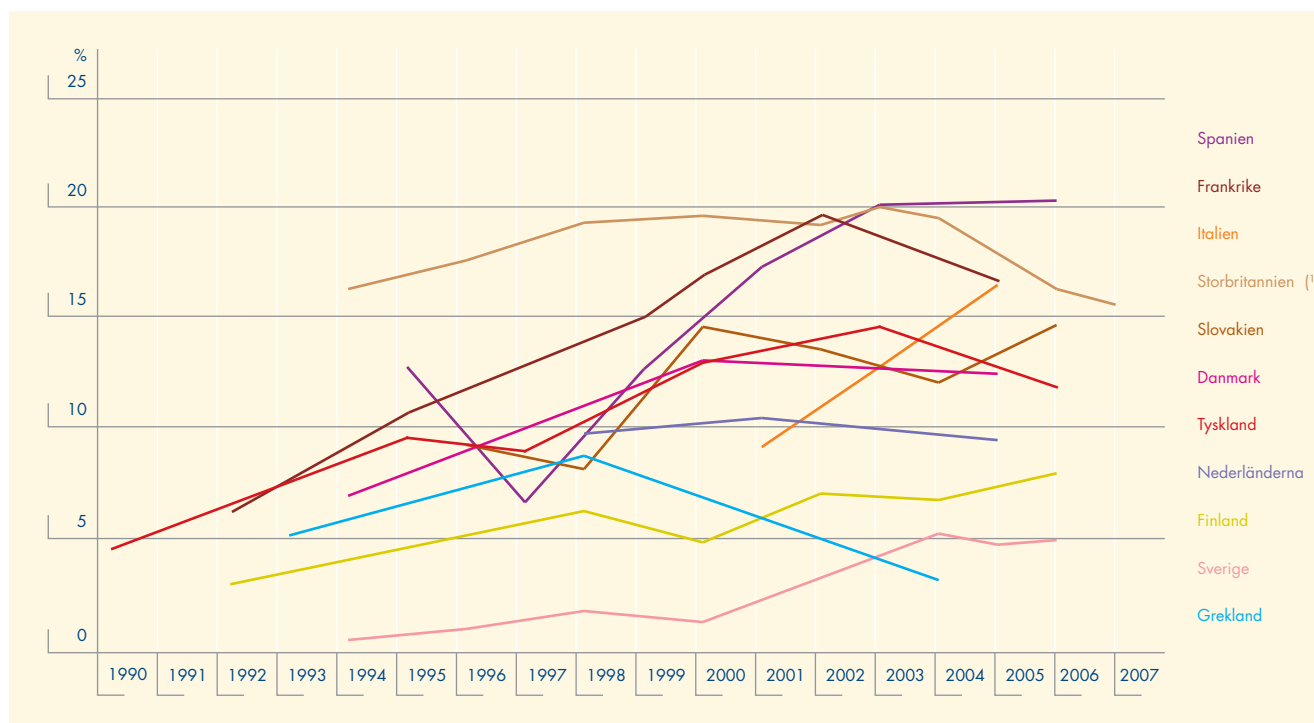
Trender beträffande cannabisanvändning

Det är bara Sverige och Norge som har undersökningsserier av ungdomar eller värnpliktiga

som går tillbaka till 1970-talet. En första våg av cannabisanvändning konstaterades under 1970-talet och följdes av en nedgång under 80-talet varefter en ny märkbar ökning tog vid under 90-talet. Analyser som har gjorts i nyare studier av det år då användningen påbörjades har också visat en betydande expansion av cannabisanvändningen i Spanien (mitten på 70-talet) och Tyskland (i början på 90-talet) (se årsrapporterna 2004 och 2007).

Uppgifter från nationella enkäter som har redovisats till ECNN visar att användningen av cannabis i nästan samtliga medlemsstater i EU ökade markant under 90-talet, i synnerhet bland ungdomar (figur 4) och skolelever. Cirka år 2000 ökade livstidsprevalensen för cannabisanvändning i åldersgruppen 15–34 år till nivåer som översteg 30 procent i nio länder och cirka 40 procent i två länder, medan tolv månadersprevalensen uppgick till 15–20 procent i sju länder och enmånadsprevalensen till 8–15 procent i sex länder. Av särskilt intresse är trenden för cannabisanvändning i Storbritannien (England och Wales), som är det land som har redovisat de högsta prevalensskattningarna i Europa för början och mitten av

Figur 4: Trender för tolv månadersprevalens för användning av cannabis bland unga vuxna (15–34 år)



(!) England och Wales.

Anm.: Se figur GPS-4 i statistikbulletinen 2008 för ytterligare uppgifter.

Källor: Reitox nationella rapporter (2007), hämtade från befolkningsenkäter, rapporter eller vetenskapliga artiklar.

⁽⁴⁶⁾ Analysen är baserad på den databas som sammanställts i *European school survey project on alcohol and other drugs* (ESPAD), och har skett i enlighet med reglerna för användning av ESPAD:s databas. De främsta nationella utredare som har lämnat uppgifter för de länder som ingår finns på projektets webbplats (www.espad.org).

90-talet, men där man nyligen har konstaterat en tydlig nedåtgående trend, särskilt i åldersgruppen 16–24 år ⁽⁴⁷⁾.

Information från nyare nationella enkäter tyder på att användningen av cannabis håller på att plana ut i många länder. Av de 16 länder för vilka det går att analysera trenden från 2001 till 2006, ökade tolv månadersprevalensen bland unga vuxna med 15 procent i fler än sex länder, medan den minskade i tre länder med lika mycket och låg stabil i sju länder ⁽⁴⁸⁾.

Stabila eller sjunkande trender kan också konstateras i de senast publicerade uppgifterna om användning av cannabis bland skolelever. En jämförelse mellan HBSC:s uppgifter från 2001/2002 och 2005/2006 visar en plan eller sjunkande kurva både för livstidsprevalens och mer frekvent användning bland 15-åriga skolelever i de flesta medlemsstater i EU ⁽⁴⁹⁾. Resultat av andra nationella skolenkäter som nyligen genomförts i Spanien, Portugal, Slovakien, Sverige och Storbritannien utmynnar också i trender som är stabila eller sjunkande.

Eftersom tillgängligheten för cannabis i Europa som helhet inte förefaller ha förändrats och priserna tycks sjunka i de flesta länder som lämnat uppgifter, måste en förklaring till att trenderna stabiliseras eller faller sökas på annat håll. Den franska befolkningsenkäten 2005 (Baromètre santé) noterade att av dem som hade slutat använda cannabis uppgav 80 procent att de helt enkelt saknade intresse för drogen som orsak till att de hade slutat. En del av förklaringen kan också ligga i den minskade tobaksrökning som konstaterats, eftersom tobak konsumeras på samma sätt som cannabis och det därför kan finnas visst samband i beteendet (Reitox nationella rapporter och Currie m.fl., 2008).

Lägre förekomst av experimenterande med cannabis eller sporadisk användning av cannabis är förhållanden som inte nödvändigtvis är direkt relaterade till trender för regelbunden användning av drogen. Detta framgår av uppgifter från två på varandra följande enkäter bland ungdomar i Tyskland där man fann sjunkande tal för livstids- och tolv månadersprevalens, medan "regelbunden användning" (mer än 10 gånger under föregående tolv månadersperiod) var oförändrad (2,3 procent) (BZgA, 2004 och BZgA, 2007, citerad i den tyska nationella rapporten).

Behandling

Mönster för efterfrågan på behandling

Bland de sammanlagt 390 000 personer som rapporterats efterfråga behandling år 2006 (uppgifter finns för 24 länder) var cannabis huvudskalet till att söka behandling i ungefär 21 procent av fallen. Det innebär att cannabis var den andra mest rapporterade drogen efter heroin ⁽⁵⁰⁾. De förekom dock betydande skillnader mellan länderna eftersom mindre än 5 procent av samtliga klienter i Bulgarien, Litauen, Luxemburg och Rumänien uppgav cannabis som den primära orsaken till begäran om behandling, medan cannabis rapporterades som den primära drogen av mer än 30 procent av klienterna i Frankrike, Ungern och Nederländerna ⁽⁵¹⁾.

Variationerna när det gäller antalet nya personer som begär behandling är också stora. Cannabis nämns som den primära drogen av mindre än 10 procent av de nya klienterna i Bulgarien, Litauen och Rumänien och av över 50 procent i Danmark, Tyskland, Frankrike och Ungern ⁽⁵²⁾. Dessa variationer kan förklaras av skillnader i prevalens för intensiv cannabisanvändning, hur missbruksbehandlingen är organiserad eller hur remittering sker. I några länder med höga andelar cannabispatienter (Tyskland, Ungern, Österrike, Sverige) erbjuds exempelvis drogavvänjning som ett alternativ till straffpåföljd och avvänjning är i vissa fall obligatoriskt om missbrukaren arresteras. I Frankrike, som rapporterar den högsta andelen cannabispatienter i Europa, har specialiserade centrum för cannabisbehandling nyligen inrättats vilket ger en direkt effekt på rapporteringen.

Cannabissmissbrukare behandlas vanligen i öppenvården men i vissa länder (Irland, Slovakien, Finland, Sverige) rapporteras omkring en tredjedel söka behandling i slutna inrättningar ⁽⁵³⁾. De flesta cannabispatienter uppges söka vård självmant, men det är ändå mindre vanligt bland cannabispatienter än bland dem som söker hjälp för problem med andra droger.

De som söker behandling i öppenvården för primärt cannabissmissbruk uppges att de också använder andra droger: 21 procent nämner alkohol som en sekundär drog, 12 procent amfetaminer och ecstasy och 10 procent kokain. Bland klienter som får behandling för andra primära droger är cannabis den sekundära drog (21 procent) som nämns näst efter alkohol (32 procent) ⁽⁵⁴⁾.

⁽⁴⁷⁾ Se figur GPS-10 i statistikbulletinen 2008.

⁽⁴⁸⁾ Om uppgifter för just de åren inte fanns tillgängliga har uppgifter från föregående eller påföljande år använts. Om dessa uppgifter saknades, utfördes inte analysen.

⁽⁴⁹⁾ Om Se figur EYE-4 och EYE-5 i statistikbulletinen 2008.

⁽⁵⁰⁾ Se figur TDI-2 del (ii) i statistikbulletinen 2008.

⁽⁵¹⁾ Se tabell TDI-5 del (ii) i statistikbulletinen 2008.

⁽⁵²⁾ Se tabell TDI-4 del (ii) i statistikbulletinen 2008.

⁽⁵³⁾ Se tabell TDI-24 i statistikbulletinen 2008.

⁽⁵⁴⁾ Se tabellerna TDI-22 och TDI-23 del (i) och del (iv) i statistikbulletinen 2008.

Trender för nya klienter som begär missbruksbehandling

Bland de 160 000 nya begäranden om missbruksbehandling (uppgifter finns från 24 länder) som har redovisats 2006 utgör cannabisklienterna den andra största gruppen (28 procent) näst efter heroinklienterna (34 procent). Jämfört med andelen av alla klienter som uppger cannabis som deras primära drog är andelen bland nya klienter högre. Hälften av länderna uppger att andelen nya klienter som begär behandling för cannabis som deras primära drog ökar. Det totala antalet nya önskemål om cannabisbehandling ökade under perioden 2002–2006 samtidigt som andelen nya klienter som påbörjade behandling för primärt cannabisbruk ökade mellan 2002 och 2005 och låg stabil på samma nivå 2006 ⁽⁵⁵⁾.

Den stigande trend som konstaterats beträffande önskemål om cannabisbehandling kan hänga samman med flera faktorer. Det kan bland annat bero på öknings av cannabisanvändningen eller intensivt och långvarigt bruk, förbättringar av uppgiftstäckningen, nyligen genomförd utbyggnad och diversifiering av behandlingssystemet som tidigare var inriktat på heroinmissbrukare men nu fokuserar på missbrukare av andra droger, eller förändringar av lagstiftning och politik som i vissa fall leder till att straffrättsliga myndigheter remitterar fler personer till behandling (ECNN, 2008a). Den stabilisering av nya begäranden om behandling för cannabissmissbruk som inträtt på senare tid kan också förklaras av nya trender när det gäller cannabisanvändning, förändringar av behandlingssystemet eller att klienter kommer till behandling på nya vägar.

Klienternas profiler

Cannabisanvändare som påbörjar behandling i öppenvården är till övervägande del unga män, där kvoten mellan män och kvinnor är 5,2 och genomsnittsåldern 24 år. Cannabis är den primärdrog som oftast nämns i de yngre åldersgrupperna. Bland dem som påbörjar behandling för första gången, uppger 67 procent av klienterna i åldrarna 15–19 år cannabis som primärdrog och 80 procent av dem som är yngre än 15 år ⁽⁵⁶⁾.

De flesta cannabisklienter förefaller att vara relativt väl integrerade i samhället jämfört med dem som söker hjälp för problem med andra typer av droger. Många håller fortfarande på att utbilda sig och har stabilt boende, ofta bor de fortfarande kvar hos sina föräldrar. Men nyare forskning för också fram en social profil för cannabispatienter som skiljer sig från den allmänna befolkningen i samma åldersgrupp eftersom man fann att cannabisklienterna hade en mer missgynnad bakgrund (ECNN, 2008a).

Totalt sett kan klienter som påbörjar behandling för primärt cannabissmissbruk delas in i tre grupper beroende på hur ofta de använder drogen. Klienter som använder cannabis sporadiskt (30 procent), de som använder drogen en till flera gånger i veckan (30 procent) och de som använder den dagligen (40 procent) ⁽⁵⁷⁾. Variationerna mellan länderna är dock stora och särskilt gäller det andelen klienter som använder cannabis regelbundet och påbörjar behandling. I de länder där det finns ett stort antal cannabisklienter varierar andelen som använder drogen dagligen mellan 70 procent i Nederländerna och Danmark till 40–60 procent i Spanien, Frankrike och Italien och ner till 20–30 procent i Tyskland och Ungern.

Behandlingsutbud

En enkät om utbudet av cannabisbehandling i ett urval av behandlingscentrum i 19 medlemsstater som ECNN beställt fann att hälften av de centrum som tillfrågades inte hade program som var särskilt utformade för cannabisproblem (ECNN, 2008a). Resultatet tyder på att många cannabissmissbrukare behandlas i samma miljö som missbrukare av andra droger vilket kan medföra svårigheter både för vårdpersonalen och för patienterna.

De flesta av de specialiserade tjänster som undersöktes erbjöd korta behandlingsskurer för cannabissmissbruk som vanligen inte sträckte sig över mer än 20 sessioner. Behandlingen innefattade enskild rådgivning och terapi eller rådgivning om cannabisanvändningens möjliga konsekvenser. Vissa organ uppgav att de erbjöd avgiftning, familjeterapi, gruppterapi och ömsesidiga stödgrupper som möjliga inslag i behandlingen. När cannabisbehandling gavs i behandlingshem var det vanligtvis för att ge ett andrum från sociala och beteenderelaterade problem.

I den vetenskapliga litteraturen på detta område hävdas att flera psykoterapier har visat sig vara effektiva för cannabisbehandling, inklusive motivationsterapi och kognitiv beteendeterapi, men ingen form av psykoterapi har befunnits vara mer effektiv än någon annan (Nordstrom och Levin, 2007). De flesta studier om cannabisbehandlingens effektivitet har genomförts i USA och Australien, men europeiska studier börjar nu inledas eller redovisas. I Tyskland inleddes 2004 det randomiserade kontrollerade försöket "CANDIS" som granskar ett behandlingsprogram för ungdomar med cannabissörning. Programmet baseras på åtgärder för att stärka motivationen samt på kognitiv beteendeterapi och psykosocial problemlösning. Inledande försök visar att hälften av patienterna hade upphört med att använda cannabis vid behandlingens slut. Ytterligare 30 procent minskade sin cannabisanvändning. Därutöver

⁽⁵⁵⁾ Se figur TDI-1 och TDI-2 och tabell TDI-3 del (iv) och TDI-5 del (ii) i statistikbulletinen 2008.

⁽⁵⁶⁾ Se tabellerna TDI-10 och TDI-21 del (ii) i statistikbulletinen 2008.

⁽⁵⁷⁾ Se tabell TDI-18 i statistikbulletinen 2008.

rapporterades en märkbar förbättring av tillhörande psykiska och sociala problem. En uppföljningsstudie planeras.

Flera länder har rapporterat initiativ för att erbjuda behandling för unga cannabisanvändare. I Frankrike har cirka 250 rådgivningscentrum för cannabisanvändare inrättats sedan 2005. I dessa centrum erbjuds rådgivning och stöd till användare och deras familjer. I Danmark har särskilda medel nyligen anslagits för att utveckla målinriktade program för unga cannabisanvändare. Därutöver samarbetar Belgien, Tyskland, Frankrike, Nederländerna och Schweiz i en internationell studie av effektiviteten hos en heltäckande familjebaserad behandling av problematisk cannabisanvändning (INCANT) ⁽⁵⁸⁾.

I Tyskland genomförs försök att överföra det Internetbaserade programmet för cannabisavvänjning "Quit the shit" ⁽⁵⁹⁾, som ger interaktiv rådgivning i samarbete med öppenvården, till kommunala strukturer för ungdomsvård och missbruksvård eller organ för förebyggande av narkotikaberoende.

I Europa tar man i allt högre grad hjälp av informations- och kommunikationsteknologi i åtgärder för att minska efterfrågan på narkotika. Under 2006/2007 nämndes tillgång till rådgivning och råd på narkotikaområdet av nio medlemsstater, och elva av dessa utnyttjar Internet (Tjeckien, Tyskland, Estland, Nederländerna, Portugal, Österrike, Slovakien, Storbritannien) medan Danmark använder sig av sms. Dessa Internetbaserade tjänster inriktas på ungdomar och avser särskilt problem med alkohol och cannabis.

Cannabisanvändare i kontakt med det straffrättsliga systemet

Cannabis är den illegala drog som oftast nämns i polisrapporter om narkotikabrott ⁽⁶⁰⁾ i Europa och antalet

brott som har samband med denna drog har ökat med i genomsnitt 34 procent mellan 2001 och 2006 i EU (figur 2). Tillgängliga uppgifter visar att de flesta rapporterade cannabisbrott hänger samman med användning och innehav för användning snarare än med handel eller tillhandahållande, och att brott som rör användning i de flesta rapporterade länder står för 62–95 procent av samtliga rapporterade brott som är knutna till cannabis.

Eftersom många narkotikabrottslingar är unga cannabisanvändare som annars inte skulle komma i kontakt med missbrukarvården, finns uppgifter om ökat samarbete mellan rättsvårdande myndigheter och förebyggande organ och rådgivningsorgan i skolor och ungdomsvårdsskolor. Tyskland, Spanien (Katalonien), Luxemburg och Österrike har genomfört protokoll och program för unga narkotikabrottslingar eller ungdomar som har dömts för användning eller innehav av narkotika, oftast cannabis. Den unga lagöverträdaren kan välja att slutföra en kurs istället för att betala böter. Programmen som erbjuds i de olika länderna syftar till att förhindra att den gripne fortsätter sitt narkotikamissbruk eller begår nya brott och de kan innefatta familjen, skolan eller psykosocial rådgivning.

En uppföljande utvärdering av det tyska "FReD-programmet" för unga brottslingar (100 svarande) visade att 44 procent av de deltagande hade minskat sin användning av alkohol och tobak, 79 procent hade minskat eller helt slutat använda illegala droger och 69 procent uppgav att de inte hade begått några brott sedan de avslutade kursen. En utvärdering av "Youth Offending Teams" (YOT) i Storbritannien som liknar det tyska programmet, fann att detta tillvägagångssätt hade betydande potentiella fördelar. (Matrix Research, 2007).

Rökförbud och cannabis

En fråga som förtjänar att uppmärksammas är de eventuella kopplingar som kan finnas mellan politiken för tobaksrökning och rökning av cannabis. Förbud mot tobaksrökning blir allt vanligare i Europa och nio medlemsstater har nu infört totala rökförbud (i offentliga lokaler och på arbetsplatser inklusive i restauranger och barer), medan Belgien, Danmark, Tyskland, Nederländerna och Portugal nyligen har infört åtminstone delvisa rökförbud.

Kopplingen mellan cigarettrökning och senare användning av illegala droger tenderar att försvagas när en justering för underliggande riskfaktorer görs, vilket har visats i en nyligen genomförd granskning av framåtblickande studier (Mathers m.fl., 2006). I Europa är dock cannabisrökning vanligare bland

tobaksrökare än bland icke-rökare och ett kraftfullt regelverk för tobakspolitiken skulle kunna ge positiv effekt på förhållanden, vilka är prediktorer för både rökning av tobak och cannabis.

Det finns också vissa bevis för att cannabis är ett ekonomiskt komplement (dvs. reagerar i samma riktning till pris och tillgänglighet) till cigaretter (Cameron och Williams, 2001). Enskilda studier har visat att högre cigarettskatter förefaller leda till mindre intensiv konsumtion av marijuana och kan ha en blygsamt negativ effekt på sannolikheten för att män använder drogen (Farrelly m.fl., 2001).

Det är slutligen värt att notera att förbudet mot tobaksrökning i restauranger och barer i Nederländerna också tillämpas för "coffee shops" och att staden Amsterdam har beslutat att förbjuda rökning av cannabis på allmänna platser.

⁽⁵⁸⁾ Se Internet (<http://www.incant.eu>).

⁽⁵⁹⁾ Se Internet (<http://www.drugcom.de>).

⁽⁶⁰⁾ Se tabell DLO-6 i statistikbulletinen 2008.



Kapitel 4

Amfetaminer, ecstasy och LSD

Inledning

Globalt sett hör amfetaminer (en allmän beteckning som innefattar både amfetamin och metamfetamin) och ecstasy näst efter cannabis till de vanligaste illegala drogerna. Uttryckt i absoluta tal kan användningen av kokain vara större i Europa i dag men eftersom användning av kokain geografiskt är koncentrerad till ett fåtal länder innebär det att någon form av syntetiskt framställd drog är det andra mest allmänt använda illegala ämnet i större delen av EU. Dessutom är användning av amfetaminer en viktig del av narkotikaproblemet i vissa delar av Europa och amfetaminmissbrukarna utgör en betydande andel av dem som behöver behandling.

Amfetamin och metamfetamin: skillnader och likheter

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

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

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

Källa: ECNN:s drogprofiler (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>).

Amfetamin och metamfetamin är båda centralstimulantia, dvs. ämnen som stimulerar det centrala nervsystemet. Amfetamin är den av de två drogerna som är vanligast förekommande i Europa, medan omfattande användning av metamfetamin förefaller vara begränsat till Tjeckien och Slovakien.

Med "ecstasy" åsyftar man syntetiska ämnen som är kemiskt besläktade med amfetaminer men i viss mån har andra effekter. Den mest välkända drogen i ecstasygruppen är 3,4-metylendioximetamfetamin (MDMA), men ecstasytabletter innehåller ibland även andra besläktade analoga föreningar (MDA och MDEA). Användning av ecstasy var nästan okänd i Europa före slutet av 1980-talet, men ökade dramatiskt under 1990-talet. Drogens popularitet har historiskt varit knuten till dans- och musikmiljöer och generellt sett förknippas högre prevalens användning av syntetiska droger med vissa subkulturer eller sociala miljöer.

Skattningar av konsumtionen av lysergsyradietylamid (LSD) som är den absolut mest välkända hallucinogena drogen, har varit låga och ganska stabila under längre tid i Europa. Det förefaller dock som om det finns ett allt större intresse för naturligt förekommande hallucinogena ämnen bland unga människor i dag.

Tillgång och tillgänglighet

Amfetamin

Den globala amfetaminproduktionen uppskattades 2006 till 126 ton. Produktionen sker fortfarande framför allt i Europa som stod för 79 procent av samtliga amfetaminlaboratorier som rapporterades 2006 (UNODC, 2008), även om illegal framställning håller på att spridas till andra delar av världen, särskilt till Nordamerika och Sydostasien⁽⁶¹⁾. I världen som helhet beslagtogs 2006 över 19 ton amfetamin, och den största mängden konfiskerades i Främre Orienten och Mellanöstern (67 procent), och hade kopplingar till "Captagon"-tabletter⁽⁶²⁾ producerade i Sydosteuropa, följt av amfetaminbeslag som gjordes i Väst- och Centraleuropa (27 procent), vilket speglar Europas roll som en större producent och konsument av denna drog (CND, 2008; UNODC, 2008).

⁽⁶¹⁾ För information om källor för uppgifter om narkotikatillgång och tillgänglighet se s. 36.

⁽⁶²⁾ Captagon är ett av de registrerade varumärkena fenetylline som är en syntetisk centralstimulantia även om tabletter som säljs med denna logotyp på den illegala marknaden ofta innehåller amfetamin blandat med koffein.

Större delen av den amfetamin som beslagtogs i Europa framställs i Nederländerna, Polen och Belgien, uppräknade i storleksordning, och i mindre utsträckning i Estland och Litauen. Under 2006 upptäcktes 40 platser i EU där produktion, förpackning eller lagring av amfetamin ägde rum (Europol, 2007a), och UNODC (2008) rapporterar att 123 laboratorier oskadliggjordes i europeiska länder.

Turkiet har rapporterat beslag på cirka 20 miljoner amfetamin-tabletter märkta "Captagon". Produktion av amfetamin i denna form rapporteras både från Bulgarien och Turkiet och förmodas främst vara avsedd för export till konsumentländer i Främre Orienten och Mellanöstern.

I Europa gjordes 38 000 beslag 2006 som motsvarade 6,2 ton amfetaminpulver. Även om de preliminära siffrorna för 2006 tyder på en nedgång från de högre nivåer som redovisades 2004 och 2005 har såväl antalet beslag som mängden beslagtagna amfetamin ökat under femårsperioden 2001–2006⁽⁶³⁾. Denna slutsats är dock preliminär eftersom de mest aktuella uppgifterna från Storbritannien, som är det land i Europa som historiskt har rapporterat flest antal beslag, ännu inte finns tillgängliga. I motsats till pulver rapporterar endast ett fåtal länder beslag av amfetamin-tabletter med totalt 390 000 tabletter konfiskerade i EU (de flesta i Spanien) under 2006.

Renhetsgraden hos den amfetamin som konfiskerades i Europa under 2006 varierade betydligt och så mycket att alla kommentarer om typiska värden måste göras med försiktighet. Länder som redovisade uppgifter för 2006 kan delas in i två grupper där 10 länder uppgav värden mellan 2 procent och 10 procent och de övriga rapporterade högre renhetsgrader (mellan 25 och 47 procent). Till den senaste gruppen har oftast hört de länder som är kända för att ha större beröring med produktion, handel eller konsumtion av amfetamin (Nederländerna, Polen, de baltiska staterna och de nordiska länderna). Under de senaste fem åren har renhetsgraden hos amfetamin legat stabil eller sjunkit i de flesta av de 19 länder där det har funnits tillräckliga uppgifter för att medge en analys.

Under 2006 varierade priset på amfetamin i missbrukarledet mellan 10 och 15 euro per gram i hälften av de rapporterade länderna. Med undantag av Tjeckien, Spanien och Rumänien, rapporterades priset i missbrukarledet under perioden 2001–2006 ha fallit i samtliga länder som redovisade tillräckliga uppgifter för en analys.

Internationella åtgärder mot framställning och avledning av prekursorer till syntetiska droger

Som ytterligare en i raden av åtgärder i kampen mot narkotika inriktas de brottsbekämpande insatserna i allt högre grad på de prekursorkemikalier som krävs för framställning av illegala droger. Internationellt samarbete är särskilt värdefullt på detta område. Project Prism är ett internationellt samarbete som syftar till att förhindra avledning av sådana prekursorkemikalier som används i illegal framställning av syntetiska droger. Kontrollen bygger på ett system med anmälningar före export av laglig handel och rapportering av leveranser som stoppas och beslag som görs när misstänkta transaktioner genomförs. Information om verksamheter på det här området lämnas till Internationella narkotikakontrollstyrelsen (INCB, 2008b).

Totalt sett beslagtogs under 2006 över 11 ton efedrin och pseudoefedrin som är viktiga prekursorer vid framställning av metamfetamin. Kina stod för omkring hälften av den totala mängden följt av Kanada och Myanmar. EU:s medlemsstater (främst Belgien och Ungern) tillsammans med Ryska federationen och Ukraina stod för endast 0,3 ton även om Europol (2008) har rapporterat att export, omlastning och avledning av dessa kemikalier på senare tid har ökat i EU.

De globala beslagen av 1-fenyl-2-propanon (P-2-P), som kan användas för illegal framställning av både amfetamin och metamfetamin minskade under 2006. Ett undantag till denna fallande trend var EU:s medlemsstater (främst Danmark, Nederländerna och Polen) som tillsammans med Turkiet och Ryska federationen sammanlagt stod för största delen av de totala beslagen i hela världen på 2 600 liter P-2-P. Denna prekursor används främst för att framställa amfetamin i Europa och producenterna hämtar oftast P-2-P från asiatiska länder (Kina). Efter 2004 har det uppgetts att P-2-P också har hämtats och köpts från Ryska federationen (Europol, 2007a).

De globala beslagen av 3,4-metylenedioxyfenyl-2-propanon (3,4-MDP-2-P), som används vid framställning av MDMA, minskade under 2006 till 7 500 liter. Kanada stod för hela mängden utom 105 liter som beslagtogs i Nederländerna. Under 2006 var beslagen av safrol, som kan ersätta 3,4 MDP-2-P i framställning av MDMA, fortfarande marginella. Endast 62 liter beslagtogs i hela världen, främst i Australien, och i Europa var det endast Frankrike som redovisade ett beslag av safrol (7 liter).

Metamfetamin

Metamfetamin framställs främst i Nordamerika och östra och sydöstra Asien. Under 2006 uppskattades världproduktionen av metamfetamin till 266 ton och var därmed större än någon annan illegal syntetisk drog. Cirka 15,8 ton metamfetamin konfiskerades i hela världen under 2006 och huvudsakligen i östra och sydöstra Asien följt av Nordamerika. Mindre än 1 procent av beslagen gjordes i Europa (UNODC, 2007, 2008).

⁽⁶³⁾ Uppgifterna om narkotikabeslag i Europa som nämns i detta kapitel finns i tabell SZR-11 till SZR-18 i statistikbulletinen 2008. Observera att om uppgifter för 2006 saknas har motsvarande uppgifter för 2005 använts för att skatta den sammanlagda siffran för Europa.

Illegal produktion av metamfetamin sker visserligen i Europa men är i stort sett begränsad till Tjeckien, där över 400 småskaliga "kökslaboratorier" avslöjades under 2006. Drogen rapporteras också framställas i Slovakien och i mindre omfattning i Litauen (INCB, 2008a).

Omkring 3 000 beslag av metamfetamin, som motsvarade 154 kg av drogen, rapporterades i sammanlagt 17 europeiska länder under 2006. Norge står för flest antal beslag och för de största beslagtagna mängderna, följt av Sverige, Tjeckien och Slovakien. I de två senare länderna tenderade beslagen att vara små, vanligtvis bara några gram eller mindre. Mellan 2001 och 2006 ökade såväl antalet beslag som de beslagtagna mängderna i Europa även om de fortfarande är låga jämfört med andra droger. Under 2006 tyder de begränsade tillgängliga uppgifterna på att den typiska renheten för metamfetamin låg någonstans mellan 20 procent och 55 procent.

Ecstasy

Den totala produktionen av ecstasy i världen rapporteras av UNODC (2007a) ha minskat till cirka 102 ton under 2006. Produktionen förefaller ha utvecklats mot större geografisk spridning så att tillverkning för lokal konsumtion nu är vanligare i Nordamerika och östra och sydöstra Asien. Trots detta ligger Europa fortfarande främst när det gäller produktion av ecstasy. Tillverkningen är koncentrerad till Nederländerna (där produktionen efter några års nedgång återigen ökade 2006), Belgien och i mindre omfattning Polen och Storbritannien.

Europas relativa betydelse som både konsument och producent av ecstasy kan utläsas i uppgifter om beslag. I Europa rapporterades 2006 över 20 000 beslag som ledde till konfiskation av nästan 14 miljoner ecstasytabletter. Nederländerna stod för den största beslagtagna mängden ecstasy (4,1 miljoner tabletter), följt av Storbritannien, Turkiet, Frankrike och Tyskland. Totalt sett har antalet beslag av ecstasy minskat under perioden 2001–2006, och den beslagtagna mängden har också minskat efter den topp som noterades 2002⁽⁶⁴⁾. Av de 4,5 ton ecstasy som konfiskerades totalt sett i världen under 2006 stod Väst- och Centraleuropa för 43 procent. Som jämförelse kan nämnas att Nordamerika stod för 34 procent av den beslagtagna mängden (UNODC, 2008).

De flesta ecstasytabletter som analyserades i Europa under 2006 innehöll MDMA eller något annat ecstasyliknande ämne (MDEA, MDA) som oftast var det enda psykoaktiva ämnet i tableterna, och 17 länder rapporterade att detta var fallet i över 70 procent av det totala antalet tabletter som hade analyserats. Spanien och Polen utgör undantag

i detta avseende eftersom de har uppgett att analysen av de marknadsförda tableterna ofta visade att amfetamin eller metamfetamin förekom, ofta i kombination med MDMA eller något av dess besläktade ämnen. I Lettland och Malta innehöll de flesta av de analyserade tableterna inte något narkotikaklassat ämne.

De flesta länder har uppgett att den vanligaste MDMA-halten i ecstasytableterna låg någonstans mellan 25 och 65 mg, även om det fanns betydande variationer (9–90 mg) i de stickprov som analyserades. Några länder (Belgien, Danmark, Tyskland, Frankrike, Nederländerna, Norge) rapporterade att de hade funnit ecstasytabletter med mycket höga doser, över 130 mg av MDMA, och MDMA-pulver av hög kvalitet har nu blivit tillgängligt på vissa marknader. Ingen tydlig tendens på medellång sikt har konstaterats när det gäller MDMA-halten i ecstasytabletter. Det är dock uppenbart att ecstasy nu är betydligt billigare än under det tidiga nittio-talet när drogen först blev allmänt tillgänglig i Europa. Även om det finns vissa rapporter om tabletter som säljs för så lite som 1 euro redovisar de flesta länder nu priser i missbrukarledet som vanligen ligger i intervallet 3–9 euro per tablett. Uppgifter som finns tillgängliga för 2001–2006 tyder på att priset i missbrukarledet (korrigerat för inflationen) har fortsatt att falla.

LSD

Användningen av och handeln med LSD bedöms fortfarande vara marginell även om beslag i Europa eventuellt kan tyda på att intresset för drogen har återuppväckts under de senaste åren. Efter en långsiktig nedåtgående trend som började cirka 1990 har både antalet beslag och de beslagtagna mängderna ökat sedan 2003. Den nuvarande situationen är oklar, för även om de preliminära uppgifter som finns tillgängliga tyder på en liten nedgång i fråga om både beslag och mängder har Storbritannien, som vanligen redovisar de största beslagtagna kvantiteterna av LSD, ännu inte redovisat sina siffror. Priset på LSD i missbrukarledet (korrigerat för inflationen) har sjunkit något sedan 2001 och varierade under 2006 mellan 5 och 11 euro per enhet i de flesta europeiska länder.

Prevalens och mönster för användningen

Bland EU:s medlemsstater är användning av amfetaminer eller ecstasy relativt hög i Tjeckien, Estland och Storbritannien och relativt hög jämfört med den totala nationella narkotikasituationen i vissa central- och nordeuropeiska länder. Däremot är de totala konsumtionsnivåerna för syntetiska hallucinogena droger som LSD lägre och har i stort sett varit stabila under en längre period.

⁽⁶⁴⁾ Den här bilden är preliminär eftersom uppgifter för Storbritannien som är det land som rapporterade de flesta beslagen under 2005 inte ännu finns tillgängliga för 2006.

Den europeiska marknaden för stimulantia: "kokainländer" och "amfetaminländer"?

En sammanställning av uppgifter från olika källor tyder på att olika stimulantia kan spela en liknande roll i olika länder och det kan därför vara klokt att inte bara se på det enskilda ämnet utan också ta hänsyn till marknaden för stimulantia som helhet när man utarbetar politik på området. I vissa länder förefaller kokain vara den dominerande stimulerande drogen medan amfetamin eller metamfetamin tycks vara vanligare i andra länder. Den bild som framträder när uppgifter ur

enkäter från den allmänna befolkningen och rapporter om beslag sammanställs är att nord- och centraleuropeiska länder oftast tenderar att tillhöra en "amfetamingrupp" medan kokain dominerar i länderna i västra och södra Europa.

Hur framträdande plats stimulantia har i det totala narkotikaproblemet varierar också mycket mellan länderna. Detta framgår av uppgifter om behandling. I en begränsad grupp länder står stimulantia för en relativt stor andel av alla

Marknader för stimulantia i Europa: relativ prevalens för kokain eller amfetaminer i beslag och befolkningsenkäter och andelen narkotikamissbrukare i behandling som uppger dessa droger som primärdroger



begäranden om missbruksbehandling (metamfetamin i Tjeckien och Slovakien, amfetamin i Lettland, Sverige och Finland samt kokain i Spanien, Italien och Nederländerna). I övriga delar av Europa är andelen klienter i behandling som uppger något av dessa ämnen som den främsta anledningen för att söka hjälp mycket liten, och i vissa fall är den till och med försumbar.

Uppgifter från klienter i behandling tyder också på att de som behandlas för problem som orsakats av stimulantia tenderar att ha problem endast med en klass stimulantia. Bland dem som fick behandling i öppenvården (alla begäranden) för sitt kokainmissbruk uppgav endast cirka 8 procent amfetamin som sekundär drog och bland amfetaminklienterna uppgav mindre än 9 procent kokain som en problematisk sekundär drog. Rapporter från vissa länder tyder dessutom på att en stimulantia ibland kan ersätta en annan på narkotikamarknaden. Det finns uppgifter som pekar på att kokain kan ersätta amfetaminer och ecstasy i vissa populationer som använder narkotika, och beträffande Nederländerna att amfetaminer kan användas som ett billigare substitut för kokain utanför städerna.

Stimulantia kan visserligen skilja sig åt när det gäller effekter och konsekvenser, men i fråga om missbruksbehandling är ändå valmöjligheterna, andelen klienter som kvarstannar i behandling och resultaten i stort sett lika (Rawson m.fl., 2000; Copeland och Sorensen, 2001). I viss utsträckning kan likheter också konstateras i konsumtionsmönstren för dessa droger och i den övergripande typen av användare. Användning i nöjesmiljöer och mindre intensiva och skadliga konsumtionsmönster bland socialt välintegrerade användare kan exempelvis förekomma parallellt med intensiv användning i mer marginaliserade grupper, där problemen med missbruk är större och där man använder sig av mer riskabla sätt att inta drogen, som injicering och rökning.

Anm.: Bakgrundsfärgen anger den relativa dominansen för kokain eller amfetaminer enligt enkäter i den allmänna befolkningen (tolvmånadersprevalens i befolkningen i åldrarna 15–34 år) och uppgifter om beslag. Sektordiagrammen anger andelen av samtliga begäranden om missbruksbehandling som dessa två droger står för; endast segmenten som representerar kokain och amfetaminer visas. För Italien, Nederländerna och Polen där uppgifter om beslag inte fanns tillgängliga, användes enbart uppgifter från befolkningsenkäter. För Kroatien användes endast uppgifter om beslag. För Norge och Belgien fanns inga uppgifter om behandling tillgängliga. Tillgängliga uppgifter för Rumänien gjorde det inte möjligt att dra slutsatser för landet som helhet. I Tjeckien och Slovakien är metamfetamin den amfetaminvariant som är vanligast förekommande.

Högre prevalensnivåer i vissa länder måste, åtminstone i enkla termer, ses mot bakgrund av två tydliga konsumtionsmönster. I ett begränsat antal länder står användning, ofta genom injicering, av amfetamin eller metamfetamin bakom en betydande andel av det totala antalet personer med problematiskt narkotikamissbruk och de som söker hjälp för narkotikaproblem. Till skillnad från dessa populationer med kroniska problem finns ett mer allmänt samband mellan syntetiska droger, i synnerhet ecstasy, och nattklubbar, dansmusik och vissa subkulturer. Detta leder till att betydligt högre användningsnivåer rapporteras bland ungdomar jämfört med den allmänna befolkningen och att man finner extremt höga användningsnivåer i vissa miljöer eller särskilda subpopulationer.

Amfetaminer

Nyare enkäter bland den vuxna befolkningen (15–64 år) visar att livstidsprevalensen för användning av amfetaminer⁽⁶⁵⁾ i Europa varierar mellan de olika länderna från 0,1 procent till 11,9 procent av alla vuxna. I genomsnitt har 3,3 procent av alla vuxna européer använt amfetaminer minst en gång. Andelen som har använt drogen under det senaste året är mycket mindre, i genomsnitt 0,6 procent (intervall 0,0–1,3 procent). Beräkningar tyder på att ungefär 11 miljoner européer har testat amfetaminer och att omkring 2 miljoner människor i Europa har använt drogen under det senaste året (se tabell 3 för en sammanfattning av uppgifterna).

Bland unga vuxna (15–34 år) varierar livstidsprevalensen för användning av amfetaminer mycket mellan Europas länder, från 0,2 procent till 16,5 procent. I genomsnitt har cirka 5 procent av unga vuxna européer någon gång använt amfetaminer. Användningen av amfetamin under det senaste året varierar i denna åldersgrupp från 0,1 procent till 2,9 procent där de flesta länder redovisar prevalensskattningar mellan 0,7 procent och 1,9 procent. I genomsnitt har 1,3 procent av unga européer använt amfetaminer under det senaste året.

Problematiskt amfetaminmissbruk

ECNN:s indikator för problematiskt missbruk kan i begränsad omfattning användas för amfetaminer där det definieras som injicering eller långvarig/regelbunden användning av ämnet. Endast en medlemsstat (Finland) har lämnat en nyare nationell skattning av problematiskt amfetaminmissbruk. År 2005 uppskattade man att det fanns mellan 12 000 och 22 000 problematiska amfetaminmissbrukare (4,3 till 7,9 fall per 1 000 invånare, 15–54 år) i Finland, eller

⁽⁶⁵⁾ Undersökningens uppgifter om "användning av amfetamin" skiljer oftast inte mellan amfetamin och metamfetamin men de kommer vanligen att vara knutna till användning av amfetamin (sulfat eller desamfetamin) eftersom användning av metamfetamin inte är vanligt förekommande i Europa, då mindre än 1 procent av världens beslag av metamfetamin görs i Europa.

cirka fyra gånger det uppskattade antalet problematiska opiatmissbrukare i landet.

I de flesta europeiska länder uppges endast ett relativt litet antal personer begära behandling för amfetaminmissbruk. Behandling för användning av amfetaminer står dock för en betydande andel av den totala rapporterade efterfrågan på behandling i Lettland, Sverige och Finland där mellan 25 procent och 35 procent av narkotikaklienter som påbörjade behandling uppgav amfetamin som sitt primära drogproblem. Utöver dessa länder är det endast Danmark, Tyskland, Nederländerna och Polen som uppger att behandling för amfetaminmissbruk står för mer än 5 procent av den rapporterade narkotikabehandlingen, där mellan 6 procent och 9 procent av klienter i behandling uppger amfetamin som sin primära drog ⁽⁶⁶⁾.

I de flesta länder utom Sverige och Finland är andelen nya klienter som påbörjar behandling för primärt amfetaminmissbruk större än andelen av alla klienter som får behandling för missbruk av denna drog. Från 2002 till 2006 har andelen nya klienter som påbörjar behandling för primärt amfetaminmissbruk varit relativt stabil i Europa som helhet. Under perioden har emellertid en ökning rapporterats i Lettland och Danmark, medan antalet nya amfetaminpatienter i Sverige och Finland sjönk, vilket möjligen kan bero på en åldrande befolkning ⁽⁶⁷⁾.

Den genomsnittlige amfetaminmissbrukaren som påbörjar behandling är man och 29 år. Även om kvoten män till kvinnor är ungefär 2:1, är den totala andelen kvinnor bland amfetaminklienterna högre än andelen kvinnor som behandlas för missbruk av andra droger ⁽⁶⁸⁾.

Tabell 3: Prevalens för användning av amfetamin i den allmänna befolkningen – sammanfattning av uppgifterna

Åldersgrupp	Tidsperiod för användning	
	Livstidsprevalens	Tolvmånadersprevalens
15–64 år		
Uppskattat antal användare i Europa	11 miljoner	2 miljoner
Europeiskt genomsnitt	3,3 procent	0,6 procent
Intervall	0,1–11,9 procent	0,0–1,3 procent
Länder med lägst prevalens	Grekland (0,1 procent), Rumänien (0,2 procent), Malta (0,4 procent), Cypern (0,8 procent)	Grekland, Malta (0,0 procent), Frankrike (0,1 procent), Portugal (0,2 procent)
Länder med högst prevalens	Storbritannien (11,9 procent), Danmark (6,9 procent), Norge (3,6 procent), Irland (3,5 procent)	Storbritannien, Estland (1,3 procent), Norge, Lettland (1,1 procent)
15–34 år		
Uppskattat antal användare i Europa	7 miljoner	2 miljoner
Europeiskt genomsnitt	5,1 procent	1,3 procent
Intervall	0,2–16,5 procent	0,1–2,9 procent
Länder med lägst prevalens	Grekland (0,2 procent), Rumänien (0,5 procent), Malta (0,7 procent), Cypern (0,8 procent)	Grekland (0,1 procent), Frankrike (0,2 procent), Cypern (0,3 procent), Portugal (0,4 procent)
Länder med högst prevalens	Storbritannien (16,5 procent), Danmark (12,7 procent), Norge (5,9 procent), Spanien, Lettland (5,3 procent)	Estland (2,9 procent), Storbritannien (2,7 procent), Lettland (2,4 procent), Danmark (2,2 procent)
Uppgifterna är baserade på de senaste enkäterna som finns tillgängliga för varje land. Undersökta år ligger i intervallet 2001–2007. Genomsnittlig prevalens för Europa har beräknats genom ett viktat genomsnitt enligt befolkningen i relevant åldersgrupp i varje land. I länder där inga uppgifter har funnits tillgängliga har genomsnittlig EU-prevalens kalkylerats. Befolkningsstorlek som använts: 15–64 (328 miljoner), 15–34 (134 miljoner) och 15–24 (64 miljoner). De uppgifter som sammanfattas här finns att hämta under "General population surveys" i statistikbulletinen 2008.		

⁽⁶⁶⁾ Se tabell TDI-5 del (ii) i statistikbulletinen 2008.

⁽⁶⁷⁾ Se figur TDI-1 och tabellerna TDI-4 del (ii), TDI-5 del (ii) och TDI-36 i statistikbulletinen 2008.

⁽⁶⁸⁾ Se tabell TDI-37 i statistikbulletinen 2008.

Problematiskt metamfetaminmissbruk

Till skillnad från den bild som råder internationellt, där användningen av metamfetamin har ökat på senare år förefaller omfattningen av metamfetaminanvändningen i Europa vara begränsad (Griffiths m.fl., 2008). Historiskt sett är det främst i Tjeckien och i någon mån i Slovakien som metamfetamin har använts i Europa, och det är endast dessa två länder som redovisar nyare skattningar av problematiskt missbruk. Under 2006 uppskattades det i Tjeckien finnas mellan 17 500 och 22 500 användare av metamfetamin (2,4 till 3,1 fall per 1 000 personer i åldrarna 15–64 år), eller nästan dubbelt så många som det uppskattade antalet av problematiska opiatmissbrukare. I Slovakien fanns mellan 6 200 och 15 500 metamfetaminanvändare (1,6 till 4,0 fall per 1 000 personer i åldrarna 15–64 år), vilket är 20 procent färre än det beräknade antalet problematiska opiatmissbrukare.

Under de senaste fem åren har den redovisade efterfrågan på behandling för metamfetaminmissbruk ökat i båda länderna. Metamfetamin har blivit den primära drog som oftast uppges av dem som begär behandling för första gången i Slovakien där drogen står för 25 procent av alla önskemål om behandling. I Tjeckien uppger 59 procent av samtliga patienter i behandling att metamfetamin är deras primära drog⁽⁶⁹⁾. Klienter i behandling för metamfetamin uppger hög förekomst av injektionsmissbruk, där andelen är cirka 50 procent i Slovakien och 80 procent i Tjeckien.

Ecstasy

Man bedömer att cirka 9,5 miljoner vuxna européer någon gång har provat ecstasy (3 procent i genomsnitt) och att cirka 3 miljoner (0,8 procent) har använt ecstasy under det senaste året (se tabell 4 för en sammanfattning av uppgifterna). Situationen varierar betydligt mellan länderna och nyare enkäter tyder på att mellan 0,3 procent och 7,3 procent av samtliga vuxna (15–64 år) någon gång har provat drogen och de flesta länderna rapporterar skattningar av livstidsprevalens i intervallet 1,3–3,1 procent. Andelen som uppger att de har använt drogen under det senaste året varierar i Europa från 0,2 procent till 3,5 procent. I likhet med de flesta andra illegala droger, och oavsett vilket mått som används, är den rapporterade användningen av ecstasy mycket vanligare bland män än bland kvinnor.

Konsumtionen av ecstasy är vanligare bland unga vuxna (15–34 år), där livstidsprevalensen varierade mellan länderna från 0,5 procent till 14,6 procent och tolv månadersprevalensen varierade mellan 0,4 procent och 7,7 procent. Man beräknar att 7,5 miljoner unga européer

(5,6 procent) någon gång har provat ecstasy och cirka 2,5 miljoner (1,8 procent) har uppgett att de har använt drogen någon gång under det senaste året. Skattningar av prevalensen blir ändå högre om endast det yngre åldersskiktet granskas. I åldersgruppen 15–24 år varierar livstidsprevalensen från 0,4 procent till 18,7 procent, även om de flesta länder rapporterar skattningar i intervallet 2,5–8 procent⁽⁷⁰⁾. Trots att de flesta länder har redovisat estimat mellan 1,3 och 4,6 procent för tolv månadersprevalensen i denna åldersgrupp fanns en betydande skillnad mellan den lägsta nationella skattningen på 0,3 procent och den högsta på 12 procent, vilket speglar hur mycket situationen varierar mellan de olika medlemsstaterna.

Bland skolelever kan prevalensen öka betydligt när åldern stiger bara obetydligt. Uppgifter från 16 länder visar exempelvis att livstidsprevalens för användning av ecstasy bland 17–18 åriga skolelever vanligen är betydligt högre än för något yngre elever, vilket kan tyda på att drogen vanligen testas första gången efter 16-årsåldern⁽⁷¹⁾.

Trots att det finns ungefär lika många användare av ecstasy som av amfetamin i Europa, kommer bara mycket få ecstasyanvändare till behandling. Bilden i de flesta länder under 2006 var att mindre än 1 procent av de klienter som påbörjade behandling för missbruk uppgav ecstasy som sin primär drog och i de flesta länder behandlas endast ett försumbart antal patienter för ecstasyrelaterade problem. Endast fem länder (Frankrike, Italien, Ungern, Storbritannien, Turkiet) rapporterar att fler än 100 ecstasysklienter har påbörjat behandling, vilket motsvarar mellan 0,5 procent och 4 procent av samtliga missbruksklienter i dessa länder. Med en genomsnittlig ålder på 24–25 år tillhör användarna av ecstasy den yngsta gruppen som inleder behandling mot narkotikamissbruk och rapporterar oftast samtidig användning av andra ämnen inklusive cannabis, kokain, alkohol och amfetaminer⁽⁷²⁾.

LSD

Livstidsprevalens för användning av LSD i den vuxna befolkningen (15–64 år) varierar från nästan noll till 5,4 procent. Bland unga vuxna (15–34 år), är skattningarna för livstidsprevalensen något högre (0,3 procent till 7,1 procent), även om lägre prevalensnivåer rapporteras i gruppen 15–24 år. I de fåtal länder som redovisar jämförbara uppgifter är däremot användningen av hallucinogena svampar större än användningen av LSD. Skattningar av livstidsprevalensen för användning av hallucinogena svampar för unga vuxna varierar från 1 procent till 9 procent och skattningarna av tolv månadersprevalensen varierar mellan 0,3 procent och 3 procent (ECNN, 2006).

⁽⁶⁹⁾ Se tabell TDI-5 del (ii) i statistikbulletinen 2008.

⁽⁷⁰⁾ Se tabell GPS-17 i statistikbulletinen 2008.

⁽⁷¹⁾ Se tabellerna EYE-1 och EYE-2 i statistikbulletinen 2008.

⁽⁷²⁾ Se tabellerna TDI-5 och TDI-37 del (i), del (ii) och del (iii) i statistikbulletinen 2008.

Tabell 4: Prevalens för användning av ecstasy i den allmänna befolkningen – sammanfattning av uppgifterna

Åldersgrupp	Tidsperiod för användning	
	Livstidsprevalens	Tolvmånadersprevalens
15–64 år		
Uppskattat antal användare i Europa	9,5 miljoner	2,6 miljoner
Europeiskt genomsnitt	2,8 procent	0,8 procent
Intervall	0,3–7,3 procent	0,2–3,5 procent
Länder med lägst prevalens	Rumänien (0,3 procent), Grekland (0,4 procent), Malta (0,7 procent), Litauen (1,0 procent)	Grekland, Malta (0,2 procent), Danmark, Polen (0,3 procent)
Länder med högst prevalens	Storbritannien (7,3 procent), Tjeckien (7,1 procent), Irland (5,4 procent), Spanien (4,4 procent)	Tjeckien (3,5 procent), Storbritannien (1,8 procent), Estland (1,7 procent), Slovakien (1,6 procent)
15–34 år		
Uppskattat antal användare i Europa	7,5 miljoner	2,5 miljoner
Europeiskt genomsnitt	5,6 procent	1,8 procent
Intervall	0,5–14,6 procent	0,4–7,7 procent
Länder med lägst prevalens	Rumänien (0,5 procent), Grekland (0,6 procent), Malta (1,4 procent), Litauen, Polen (2,1 procent)	Grekland (0,4 procent), Italien, Polen (0,7 procent), Danmark, Litauen, Portugal (0,9 procent)
Länder med högst prevalens	Tjeckien (14,6 procent), Storbritannien (13,0 procent), Irland (9,0 procent), Slovakien (8,4 procent)	Tjeckien (7,7 procent), Storbritannien (3,9 procent), Estland (3,7 procent), Nederländerna, Slovakien (2,7 procent)
<p>Uppgifterna är baserade på de senaste enkäterna som finns tillgängliga för varje land. Undersökta år ligger i intervallet 2001–2007. Genomsnittlig prevalens för Europa har beräknats genom ett viktat genomsnitt enligt befolkningen i relevant åldersgrupp i varje land. I länder där inga uppgifter har funnits tillgängliga har genomsnittlig EU-prevalens kalkylerats. Befolkningsstorlek som använts: 15–64 (328 miljoner), 15–34 (134 miljoner) och 15–24 (64 miljoner). De uppgifter som sammanfattas här finns att hämta under "General population surveys" i statistikbulletinen 2008.</p>		

Trender för användningen av amfetaminer och ecstasy

Rapporter om en stabilisering eller till och med fallande trend för konsumtionen av amfetaminer och ecstasy får stöd av de senaste uppgifterna. Efter allmänna ökning under 1990-talet tyder nu befolkningsenkäter på att det totalt sett har skett en stabilisering eller till och med en blygsam minskning av de båda drogernas popularitet, även om detta mönster inte kan konstateras i samtliga länder.

Användningen av amfetamin (under de senaste tolv månaderna) bland unga vuxna (15–34 år) i Storbritannien sjönk markant mellan 1996 (6,5 procent) och 2002 (3,1 procent), varefter siffrorna varit stabila. En betydande ökning av användningen av amfetamin rapporteras

ha skett i Danmark under perioden 1994–2000, men resultaten av en enkät 2005 tyder på att användningen av drogen har minskat sedan början av 2000-talet⁽⁷³⁾. Bland övriga länder som har redovisat upprepade enkäter under en liknande tidsperiod (Tyskland, Grekland, Spanien, Frankrike, Nederländerna, Slovakien, Finland) är trenderna i stort sett stabila⁽⁷⁴⁾. När det gäller femårsperioden 2001–2006, rapporterar tre av de 14 länder som har tillräckliga uppgifter om tolv månadersprevalensen för användningen av amfetamin i åldersgruppen 15–34 år en minskning på 15 procent eller mer, fyra länder rapporterar en stabilisering och sju redovisar en ökning på 15 procent eller mer.

Bilden för användningen av ecstasy bland unga vuxna (15–34 år) är mer blandad. Användningsnivåerna är

⁽⁷³⁾ Det danska värdet för 1994 avser "tung narkotika", vilket främst innebär amfetaminer.

⁽⁷⁴⁾ Se figur GPS-8 i statistikbulletinen 2008.

fortfarande höga bland unga män ⁽⁷⁵⁾ och i undersökningar av vissa särskilda nöjesmiljöer. Efter allmänna ökningar av användningen i vissa europeiska länder i slutet av 80-talet och tidiga 90-talet som ledde till att användningen av ecstasy i mitten av 90-talet låg på ungefär samma nivå i Tyskland, Spanien och Storbritannien, har tolv månadersprevalensen konsekvent legat högre i Storbritannien jämfört med de andra länderna ⁽⁷⁶⁾. Under femårsperioden 2001–2006 sjönk tolv månadersprevalensen för ecstasyanvändning bland unga vuxna i tre av de 14 länder som har lämnat tillräckliga uppgifter, medan den förblev stabil i fem och ökade i sex länder.

Uppgifter från några länder tyder på att kokain eventuellt kan ersätta amfetaminer och ecstasy i vissa sektorer av befolkningen som använder narkotika. Detta kan vara fallet i Storbritannien och Danmark och i viss utsträckning också i Spanien. Både Storbritannien (11,9 procent) och Danmark (6,9 procent) redovisar relativt höga skattningar av livstidsprevalensen för användning av amfetaminer men den rapporterade användningen under de senaste tolv månaderna och den senaste månaden ligger mer i linje med vad som redovisats i andra länder. Ökning av kokainkonsumtionen i dessa länder motsvaras i viss utsträckning av en minskning av användningen av amfetaminer vilket höjer sannolikheten för att en stimulantia ersätts av en annan på dessa marknader ⁽⁷⁷⁾. Eventuella förändringar av mönstren för narkotikaanvändningen i andra länder (Tyskland, Frankrike, Italien, Nederländerna) är mindre tydliga. Totalt sett är kunskapen fortfarande dålig om växelverkan mellan olika droger som kan utöva liknande lockelse för användarna.

En analys av uppgifterna från de nationella skolenkäter som blivit tillgängliga 2007 (Tjeckien, Spanien, Portugal, Slovakien, Sverige, Storbritannien) stöder tesen om att en stabilisering har skett totalt sett av situationen utan några förändringar eller till och med någon minskning av den redovisade livstidsprevalensen för både amfetamin och ecstasy.

Nöjesmiljöer

Användning av amfetaminer och ecstasy i nöjesmiljöer

Undersökningar av narkotikaanvändningen i nöjesmiljöer där ungdomar samlas och som är kända för att ibland vara förknippade med narkotikaanvändning, som danstillställningar eller musikfestivaler kan ge en nyttig inblick i beteendet hos dem som använder stimulantia regelbundet eller intensivt. Skattningar av användningen av narkotika i dessa miljöer

brukar vara höga, men det går inte att dra några slutsatser om befolkningen i stort utifrån information från dessa miljöer.

En enkät bland ungdomar i åldrarna 15–30 år som regelbundet besöker nattlivsmiljöer genomfördes 2006 i nio europeiska städer (Aten, Berlin, Brno, Lissabon, Liverpool, Ljubljana, Palma, Venedig, Wien) och resulterade i skattningar av livstidsprevalens på 27 procent för användning av ecstasy och 17 procent för amfetamin. Den regelbundna användningen av dessa droger var mycket lägre med endast 1,4 procent av de svarande som uppgav att de använde ecstasy en gång i veckan eller oftare och mindre än 1 procent som svarade jakande på samma fråga beträffande amfetamin. Genomsnittsålder när ungdomarna i enkäten uppgav sig för första gången ha provat någon av drogerna var 18 år ⁽⁷⁸⁾. Samtidig konsumtion av alkohol var vanlig och 34 procent av dem som intervjuades rapporterade att de hade varit "fulla" vid mer än två tillfällen under de fyra veckorna före intervjun. Denna berusningsgrad rapporterades oftare av män (42 procent) än kvinnor (27 procent) (Europeiska kommissionen, 2007b).

En fransk undersökning som genomfördes under 2004 och 2005 i fem lokaler där elektronisk musik spelas rapporterade en tolv månadersprevalens för ecstasy på 32 procent och 13 procent för amfetamin i ett stickprov på 1 496 svarande. Det bör dock noteras att prevalensen var högre bland särskilda undergrupper som karakteriserades av ett motkulturellt inslag och betecknades som "alternativa". I dessa undergrupper var prevalensskattningarna för ecstasy och amfetamin 54 procent respektive 29 procent.

Åtgärder i nöjesmiljöer

I Europa blir det allt vanligare att myndigheterna vidtar åtgärder som inriktas både på legala och illegala droger när de hanterar frågor om allmän ordning eller folkhälsa. Detta tillvägagångssätt är särskilt relevant vid insatser som främst inriktas på miljöer där såväl syntetiska droger och stimulantia som alkohol konsumeras som exempelvis i nattklubbar och barer. Ett problem i detta sammanhang är att det kan vara svårt att urskilja den roll som illegala respektive legala ämnen spelar. Ungdomars alkoholkonsumtion ger anledning till allt större oro i Europa och under 2006 antog Europeiska kommissionen en alkoholstrategi för EU för att stödja medlemsstaterna när de försöker minska alkoholens skadeverkningar bland ungdomar. Ett av fyra dödsfall bland unga män (15–29 år) är förknippat med skadlig konsumtion av alkohol och ett av tio dödsfall bland unga kvinnor ⁽⁷⁹⁾.

⁽⁷⁵⁾ Se figur GPS-9 del (ii) i statistikbulletinen 2008.

⁽⁷⁶⁾ Se figur GPS-21 i statistikbulletinen 2008.

⁽⁷⁷⁾ Se "Den europeiska marknaden för stimulantia: "kokainländer" och "amfetaminländer"?", s. 50.

⁽⁷⁸⁾ Se tabell EYE-2 i statistikbulletinen 2008.

⁽⁷⁹⁾ Se Internet (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf).

Oro över att ungdomar samtidigt konsumerar både alkohol och narkotika i offentliga miljöer har lett till utformning av strategier som syftar till att förändra den sociala, ekonomiska och fysiska miljö som är förknippad med konsumtion av alkohol och narkotika. Målet är att ändra konsumtionsbeteendet och normerna, att skapa förutsättningar som är mindre gynnsamma för förgiftning och minska möjligheterna för att alkohol- och narkotikarelaterade problem uppstår ⁽⁸⁰⁾. Medlemsstaterna planerar att genomföra flera åtgärder i och omkring nattlivsmiljöer med det specifika målet att minska skadeverkningar eller att förändra den sociala miljön på ett positivt sätt. Sådana åtgärder är exempelvis utbildning av barpersonal och säkerhetsvakter, striktare kontroll av att gällande lagstiftning följs, information om narkotikans och alkoholens skadeverkningar, förbättrade transportmöjligheter sent på nätterna och andra åtgärder för att skapa ett säkrare nattligt nöjesliv. Det finns många olika åtgärder som kan vidtas på detta område som exempelvis att förbättra gatubelysningen, tillgången på dricksvatten, sörja för ordentlig ventilation eller till och med åtgärder för att förbättra tillgång till akutvård. Kännetecknande för detta tillvägagångssätt är att det baseras på en dialog mellan olika parter, som polis, myndigheter som beviljar utskänkningstillstånd, klubbägare och sjukvård, som alla måste arbeta tillsammans i partnerskap för att identifiera såväl de lokala behoven som möjliga lösningar.

Exempel på insatser på detta område kan studeras i Danmark där kommunala myndigheter och polisen samarbetar för att hålla kurser för restaurangägare och andra som arbetar i nattlivsmiljön. Syftet är att främja en samsyn när det gäller att begränsa konsumtion och försäljning av narkotika och alkohol. Enskilda medlemsstater har utarbetat vissa åtgärder på detta område som börjar dra till sig bredare uppmärksamhet vilket bland annat illustreras av att de riktlinjer för "säkra danser" som har sammanställts i Storbritannien nu har införts på klubbar i både Paris och Bryssel. Med stöd av uppsökande personal och lokala myndigheter manar klubbägare till moderat drickande, och informerar om narkotikans och alkoholens skadeverkningar samtidigt som de förbättrar säkerheten i lokalerna (t.ex. genom att tillhandahålla dricksvatten gratis, utbilda personalen i första hjälpen, avdela särskilda chill out-områden etc.).

Sambandet mellan bilkörning och konsumtion av narkotika och alkohol är en fråga som har inkluderats i vissa miljöstrategier. Exempel på åtgärder på detta område är den alternativa transport för berusade förare som vissa nattklubbar i Paris erbjuder, och främjandet av allmänna transporter av klubbar i Bryssel. I Spanien har man särskilt under helgerna bedrivit kampanjer som inriktats på att förorda att ungdomar

mellan sig utser en förare som håller sig nykter hela kvällen och på att höja medvetenheten om riskerna med att köra bil under påverkan av psykoaktiva ämnen. Dessa kampanjer kan ha bidragit till att antalet trafikolyckor där ungdomar i åldrarna 18–20 år var inblandade sjönk med 16 procent i Spanien under 2006 ⁽⁸¹⁾.

Strategier som inriktas på den miljö där unga människor konsumerar både narkotika och alkohol förefaller ha betydande potential att trygga folkhälsan och förbättra den allmänna säkerheten och ge den breda allmänheten och inte bara de som använder droger fördelar. I dag tenderar sådana tillvägagångssätt i Europa att vara begränsade till särskilda kända problemområden ofta i stora tätorter och genomförs sällan allsidigt vilket ger en klar antydning om att det finns betydande potential för ytterligare investeringar och utveckling på det här området. Det har funnits en allmän tendens att lägga störst betoning vid åtgärder inriktade på särskilt problematiskt beteende, eller på specifika miljömässiga aspekter, istället för på den bredare uppgiften att utmana unga människors normer och attityder när det gäller konsumtion av droger och alkohol i särskilda miljöer.

Behandlingsutbud

Den begränsade efterfrågan på behandling avspeglas i de flesta medlemsstaterna i ett begränsat utbud av behandlingstjänster som särskilt vänder sig till användare av amfetamin, metamfetamin eller ecstasy. Situationen ser lite annorlunda ut i de få medlemsstater där man sedan länge har konstaterat att det finns grupper med kronisk användning av amfetamin eller metamfetamin. I dessa länder (främst Tjeckien, Slovakien, Finland och Sverige) behandlas missbrukare av amfetamin eller metamfetamin i specialiserade inrättningar. Behandlingsalternativen förefaller bestå av avgiftning följt av individuell terapi i öppenvården eller grupperapi i antingen öppenvård eller behandlingshem.

I stort sett saknas tydliga belägg för effektiviteten hos terapeutiska alternativ vilka skulle kunna vägleda behandlingen av beroende av psykostimulantia, som amfetaminer och kokain. Som noteras i kapitel 5, finns det ännu så länge inget läkemedel som kan hjälpa missbrukare att sluta använda kokain eller att hantera det sug efter drogen som hör till beroendet av psykostimulantia. I tillgänglig litteratur hävdas dessutom att ingen särskild psykosocial insats har kunnat visa sig effektiv för att hjälpa missbrukare av psykostimulantia att hålla sig drogfria.

⁽⁸⁰⁾ Se Internet (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/environmental-strategies>).

⁽⁸¹⁾ Mer information om preventionskampanjer i Europa finns i temakapitlet 2007 "Drugs and driving".



Kapitel 5

Kokain och crack-kokain

Inledning

De allra senaste uppgifterna tyder fortfarande på att användningen av kokain totalt sett ökar i Europa. Befolkningsenkäter som har genomförts i flera länder har visat en markant ökad användning av kokain bland ungdomar sedan mitten av 90-talet. Dessa rön stöds av de resultat som målinriktade studier har gett, där man konstaterade mycket höga nivåer av kokainanvändning i vissa nöjesmiljöer (nattklubbar och lokaler där det spelas dansmusik). Parallellt med detta har indikatorer på kokaintillgängligheten i Europa, inklusive antalet beslag och beslagtagna mängder av drogen ökat dramatiskt.

I vissa medlemsstater har efterfrågan på behandling för kokainmissbruk ökat betydligt på senare år och i vissa länder, städer och regioner överstiger den nu till och med efterfrågan på behandling för opiatmissbruk. Därtill uppger en betydande andel av opiatmissbrukare som får behandling kokain som sekundärdrog, som kan vara bidragande till deras problem och som kan göra vården komplicerad. I många länder nämns kokain i den toxikologiska analysen av ett stort antal narkotikarelaterade dödsfall, i allmänhet i kombination med opiater och andra ämnen.

Ett viktigt förbehåll till observationen att kokainanvändningen totalt sett ökar i Europa är att det råder stora skillnader mellan länderna och att många länder fortfarande redovisar mycket låga användningsnivåer. Bilden av de nationella erfarenheterna av kokainproblemen är också mycket splittrad eftersom ett relativt litet antal länder står för majoriteten av all efterfrågan på kokainbehandling i Europa.

Tillgång och tillgänglighet

Produktion och handel

Odling av kokabusken, som kokain framställs ur, sker främst i ett fåtal länder i den andinska regionen⁽⁸²⁾. FN:s organ mot brott och narkotika (2008) uppskattade den potentiella kokainproduktionen under 2007 till 994 ton ren kokainhydroklorid, varav Colombia stod för 61 procent, Peru 29 procent och Bolivia 10 procent. En analys av antalet

laboratorier som oskadliggjorts tyder på att den största delen av produktionen fortfarande finns i dessa tre länder även om viss produktion också sker i andra sydamerikanska länder innan kokainet exporteras till de stora konsumentmarknaderna i Nordamerika och Europa. Uppgifter om den illegala handeln med kaliumpermanganat (som används som kemisk reagens vid syntes av kokainhydroklorid) stöder denna tes eftersom Colombia redovisade beslag av 99 av 101 ton av den kaliumpermanganat som beslagtogs i hela världen under 2006 (INCB, 2008b).

Kokain framställs i den andinska regionen och smugglas därefter till Europa från länder i Sydamerika (via Brasilien, Ecuador, Venezuela). Medan Västindien fortsätter att vara ett viktigt transitområde för kokain avsett för Europa har omlastning via länder i Västafrika, i synnerhet i Guineabukten och utanför Kap Verdes, Guineas och Guinea-Bissaus kuster ökat markant under de allra senaste åren (CND, 2008; INCB, 2008a)⁽⁸³⁾. Spanien och Portugal är fortfarande de största införselpunkterna för kokain till Europa och Portugals roll har ökat betydligt sedan 2005. Kokain fortsätter samtidigt att föras in i Europa mer direkt antingen via båt över Atlanten eller med flyg i synnerhet till Nederländerna, Belgien, Italien, Frankrike, Storbritannien och Tyskland. Både Nederländerna och Frankrike rapporteras vara viktiga transitländer för fortsatt kokaindistribution ut i Europa (Europol, 2007b). De senaste rapporterna om kokainimport via östeuropeiska länder (Bulgarien, Estland, Lettland, Litauen, Rumänien, Ryssland) tyder på att nya handelsleder eventuellt håller på att utvecklas i denna del av Europa.

Beslag

Kokain är den illegala drog som näst efter marijuana och hasch är föremål för den mest omfattande handeln i världen. Under 2006 minskade beslagen något till 706 ton. Sydamerika fortsätter att redovisa de största beslagtagna mängderna och står för 45 procent av den globala mängden, följt av Nordamerika med 24 procent och Väst- och Centraleuropa med 17 procent (UNODC, 2008).

⁽⁸²⁾ För information om källorna till uppgifter om tillgång och tillgänglighet för narkotika, se s. 36.

⁽⁸³⁾ Se också Västafrika: en ny regional knutpunkt för handeln till Europa, s. 59.

Västafrika: en ny regional knutpunkt för handeln till Europa

Under de senaste fem åren har Västafrika trätt fram som en viktig region för handel med kokain till Europa (¹⁾, och fungerar som en plats där transit, lagring och ompackning sker (Europol, 2007b; UNODC 2007b; USDS, 2008). Det uppskattas att nästan en fjärdedel av den kokain som smugglades till Europa under 2007 passerade denna region (UNODC, 2008). Mot bakgrund av det ökande kokainmissbruket i Europa anses den allt större handeln via den västafrikanska ruttan ha bidragit till att priserna för drogen har gått ner samtidigt som Iberiska halvöns roll som inträdespunkt för kokaindistributionen i Europa har förstärkts (Europol, 2007b).

Kokainet förs främst sjövägen från Västafrika till Europa och stora leveranser transporteras med fiskefartyg till lossningsplatser främst längs kusten i norra Portugal och Galicien i Spanien. Mindre leveranser av kokain fraktas med flyg eller landvägen, allt oftare tillsammans med hasch från Nordafrika.

Många faktorer anses ligga bakom den västafrikanska ruttens ökande betydelse för kokainhandeln. Den här utvecklingen kan bland annat bero på mer effektiva kontroller längs de alternativa handelsvägarna (Europol, 2007b), Västafrikas geografiska belägenhet och den ekonomiska utsatthet som präglar länderna i det här området, vilket ofta leder till svaga rättsvårdande och brottsbekämpande system.

Det internationella samfundet har inlett flera åtgärder för att försöka lösa problemet. Bland de initiativ som EU har tagit kan nämnas att rådet, genom dess arbetsgrupp för övergripande narkotikafrågor, har placerat Västafrika högst på dagordningen och lade 2008 fram en resolution till FN:s kommission för narkotiska droger om förstärkt internationellt stöd till Västafrika. Därtill har sju medlemsstater med EU:s stöd gått samman för att inrätta Maritime Analysis and Operations Centre – Narcotics (MAOC-N), som är ett brottsbekämpande centrum förlagt till Lissabon och som med militärt stöd kommer att bekämpa kokainhandeln med särskilt fokus på östra delarna av Atlanten.

(¹) UNODC (2007b) rapporterar att Senegal, Ghana, Mauretanien, Guinea-Bissau, Kap Verde, Nigeria, Benin och Sierra Leone har redovisat de största beslagen under 2006/2007.

Under de senaste 20 åren har antalet kokainbeslag ökat i Europa och den trenden har fortsatt under perioden 2001–2006, med undantag för en nedgång 2003. Den beslagtagna mängden har också ökat under de senaste tio åren men med regelbundna fluktuationer. Under 2006 ökade antalet beslag av kokain i Europa till 72 700 och den konfiskerade mängden till 121 ton (⁸⁴). Spanien är som tidigare det land som rapporterar de största beslagen och stod för 58 procent av samtliga

beslag och 41 procent av den mängd som konfiskerades i Europa 2006. Den stora ökningen av mängden kokain som beslagtagits i Portugal sedan 2005, som utgjorde 28 procent av den totala mängden i Europa under 2006, tyder på att kokainsmugglarna i allt högre grad använder sig av Iberiska halvön som införselport till den europeiska marknaden.

Renhetsgrad och pris

Den typiska renhetsgraden för kokain i Europa varierade under 2006 mellan 1 procent och 90 procent även om de flesta länder uppgav värden mellan 25 procent och 55 procent (⁸⁵). De flesta av de 23 länder som lämnade tillräckliga uppgifter noterade en fallande trend för kokainets renhetsgrad under perioden 2001–2006. Ökningar noterades dock i Grekland och Frankrike under perioden 2003–2006.

Under 2006 varierade det typiska priset för kokain i missbrukarledet mellan 50 och 75 euro per gram i de flesta europeiska länder, även om Cypern, Rumänien, Sverige och Turkiet redovisade mycket högre priser. Under perioden 2001–2006 har kokain som säljs på gatan blivit billigare i de 18 länder som har redovisat tillräckliga uppgifter, med undantag av Rumänien där man har noterat stigande priser (korrigerat för inflation).

Prevalens och mönster för användningen

Situationen i medlemsstaterna är varierad inte bara när det gäller kokainanvändningens totala omfattning utan också när det gäller utmärkande drag hos kokainanvändarna själva, som finns i ett brett socialt spektrum från några av de mest privilegierade i samhället till de mest marginaliserade. Mönster för kokainanvändning kan vara lika mångskiftande och variera från sporadiskt bruk eller konsumtion i nöjessyfte till mycket tvångsmässig användning och beroende. Ytterligare faktorer som gör bilden komplicerad är de olika former som kokainet konsumeras i (kokainhydroklorid eller crack-kokain) och hur det intas. Mångfalden är en viktig faktor både för att förstå de många olika problem som sannolikt är förenade med olika mönster för kokainanvändning och för att rätt utveckla och målinriktade tjänster för en disparat grupp av narkotikamissbrukare.

I befolkningen i allmänhet

Kokain är totalt sett den näst vanligast använda illegala drogen i Europa efter cannabis även om användningens omfattning varierar mellan länderna. Det uppskattas att cirka 12 miljoner européer har använt kokain åtminstone någon gång eller i genomsnitt 3,6 procent vuxna i åldrarna 15–64

(⁸⁴) Uppgifterna om beslag av kokain som nämns i det här kapitlet finns i tabell SZR-9 och SZR-10 i statistikbulletinen 2008. Om nationella siffror för 2006 saknas har i hela kapitlet motsvarande uppgifter för 2005 använts för att beräkna totalsummor för Europa.

(⁸⁵) Se tabellerna PPP-3 och PPP-7 om renhetsgrad och pris i statistikbulletinen för 2008.

år (se tabell 5 för en sammanfattning av uppgifterna). De nationella siffrorna varierar från 0,4 procent till 7,7 procent där tolv länder, mest medlemsstater som har anslutit sig till EU efter 2004, redovisar mycket låga siffror för livstidsprevalensen bland alla vuxna (0,4–1,2 procent).

Uppskattningsvis cirka 4 miljoner européer har använt kokain under de senaste tolv månaderna (1,2 procent i genomsnitt), även om de nationella variationerna även i detta fall är betydande. Det framgår av resultaten av nyligen genomförda nationella enkäter som redovisar skattningar av tolv månadersprevalens på mellan 0,1 procent och 3 procent, men endast i fyra länder överskrider nivåerna 1 procent. Skattningarna av en månadersprevalensen är 2 miljoner vilket motsvarar hälften av tolv månadersprevalensen och utgör cirka 0,5 procent av den vuxna befolkningen. Dessa skattningar är sannolikt i underkant.

Totalt sett förefaller användningen av kokain vara koncentrerad till ett fåtal länder, i synnerhet Spanien och Storbritannien, och i mindre utsträckning till Italien, Danmark och Irland medan användningen av drogen är förhållandevis låg i de flesta andra europeiska länder. I länder där amfetaminer dominerar marknaden för illegala stimulerande droger är skattningarna av användningen av kokain låg i nästan samtliga fall och motsatt redovisas låg konsumtion av amfetaminer i de flesta länder där kokain är den främsta illegala stimulantian ⁽⁸⁶⁾.

Användning av kokain bland unga vuxna

Kokain används främst av unga vuxna (15–34 år). Av de 4 miljoner européer som har använt drogen under de senaste tolv månaderna kommer sannolikt sju av åtta att vara unga vuxna.

I Europa har uppskattningsvis 7,5 miljoner unga vuxna (15–34 år), eller i genomsnitt 5,4 procent, använt kokain åtminstone någon gång. Nationella siffror varierar från 0,7 procent till 12,7 procent. Genomsnittet i Europa för denna åldersgrupps användning av kokain under de senaste tolv månaderna uppskattas till 2,3 procent (3,5 miljoner) och för den senaste månaden till 1 procent (1,5 miljoner).

Det är särskilt de unga männen (15–34 år) som använder kokain, och tolv månadersprevalensen i denna kategori är mellan 4 procent och 7 procent i Spanien, Danmark, Irland, Italien och Storbritannien ⁽⁸⁷⁾. Kvoten män till kvinnor för tolv månadersprevalens varierade mellan 1:1 och 1:13 för unga vuxna i olika länder. Det viktade genomsnittet för EU som helhet tyder på att kvoten män till kvinnor bland kokainanvändare i åldersgruppen 15–34 var nästan 4 till 1 (3,8 män för varje kvinna).

Uppskattning av kokainanvändningen genom analyser av kommunalt avloppsvatten

Ett nytt tillvägagångssätt för att övervaka användning av illegala droger i samhället har växt fram när framsteg inom den analytiska kemin har gjort det möjligt att upptäcka kokain i avloppsvatten. Metoden, som kallas "avloppsvattenepidemiologi" innebär att man mäter halten av nedbrytningsprodukter av illegala droger som utsöndrats i konsumenternas urin. Halten av nedbrytningsprodukter som erhållits vid mätningarna i avloppsvattnet ökas skalenligt för att beräkna lokalbefolkningens konsumtion av illegala droger. När det gäller kokain är den viktigaste metaboliten benzoylecgonin. Eftersom nedbrytning av kokain i människokroppen är den enda sannolika källan till benzoylecgonin som påträffas i avloppsvattensystemen, är det, med vissa antaganden, möjligt att räkna bakåt från mängden metabolit i avloppsvattnet till mängden kokain som har konsumerats i samhället (men inte antalet konsumenter).

Avloppsvattenepidemiologin håller fortfarande på att utvecklas och den information som utvinns, liksom viktiga tekniska och etiska frågor, måste integreras i aktuella forskningsöverväganden. Dessa frågor tas upp i ECNN:s nya skrift om analys av avloppsvatten (ECNN, 2008b). Efter att ha konsulterat experter på en rad olika områden, konstateras i rapporten att även om ytterligare utvecklingsarbete krävs har avloppsvattenepidemiologi potential att användas för narkotikaövervakning på lokal nivå. Folkhälsoorgan och brottsbekämpande myndigheter skulle också kunna använda metoden som ett verktyg för att fastställa mönster för narkotikakonsumtionen i kommuner av varierande storlek. Och eftersom provtagning av avloppsvatten och analyser kan genomföras varje dag, varje vecka eller varje månad skulle uppgifterna kunna användas för att ge ett aktuellt mått som ger kommunerna bättre förutsättningar att följa upp preventions- och interventionsverksamhetens verkan och effektivitet.

Om man studerar mått på användning som skett på senare tid (föregående år och föregående månad) är värdena högst bland ungdomar 15–24 år, även om detta förhållande inte är lika framträdande som i fallet med cannabis eller ecstasy ⁽⁸⁸⁾. Tolv månadersprevalensen för användning av kokain i denna åldersgrupp uppskattas till 2,6 procent vilket innebär att 2 miljoner ungdomar i åldersgruppen 15–24 år använde drogen under föregående år.

Användning av kokain förknippas också med en viss livsstil. I en analys av uppgifter från den brittiska Crime Survey 2003/2004 fann man att cirka 13 procent av ungdomar 16–29 år som ofta besöker pubar eller vinbarer uppger att de har använt kokain under de föregående tolv månaderna, jämfört med 3,7 procent bland de ungdomar som inte besöker samma ställen lika ofta. I åldersgruppen 30–59 år var siffrorna 3,1 procent respektive 1 procent. I samma enkät

⁽⁸⁶⁾ Se "Den europeiska marknaden för stimulantia: "kokainländer" och "amfetaminländer"?", s. 50.

⁽⁸⁷⁾ Se figur GPS-13 i statistikbuletinen 2008.

⁽⁸⁸⁾ Se figur GPS-15 och tabellerna GPS-14 till GPS-16 för samtliga år; tabellerna GPS-17 till GPS-19 för de senaste uppgifterna i statistikbuletinen 2008.

Tabell 5: Prevalens för användning av kokain i den allmänna befolkningen – sammanfattning av uppgifterna

Åldersgrupp	Tidsperiod för användning		
	Livstidsprevalens	Tolvmånadersprevalens	Enmånadersprevalens
15–64 år			
Uppskattat antal användare i Europa	12 miljoner	4 miljoner	2 miljoner
Europeiskt genomsnitt	3,6 procent	1,2 procent	0,5 procent
Intervall	0,4–7,7 procent	0,1–3,0 procent	0–1,6 procent
Länder med lägst prevalens	Rumänien, Malta, Litauen (0,4 procent) Grekland (0,7 procent)	Grekland (0,1 procent), Polen, Lettland, Tjeckien (0,2 procent)	Grekland, Estland, Tjeckien (0,0 procent), Malta, Litauen, Polen, Finland, Lettland (0,1 procent)
Länder med högst prevalens	Storbritannien (7,7 procent), Spanien (7,0 procent), Italien (6,6 procent), Irland (5,3 procent)	Spanien (3,0 procent), Storbritannien (2,6 procent), Italien (2,2 procent), Irland (1,7 procent)	Spanien (1,6 procent), Storbritannien (1,3 procent), Italien (0,8 procent), Irland (0,5 procent)
15–34 år			
Uppskattat antal användare i Europa	7,5 miljoner	3,5 miljoner	1,5 miljoner
Europeiskt genomsnitt	5,4 procent	2,3 procent	1 procent
Intervall	0,7–12,7 procent	0,2–5,4 procent	0,0–2,8 procent
Länder med lägst prevalens	Rumänien, Litauen (0,7 procent), Malta (0,9 procent), Grekland (1,0 procent)	Grekland (0,2 procent), Polen (0,3 procent), Lettland, Tjeckien (0,4 procent)	Estland (0,0 procent), Grekland, Polen, Lettland, Tjeckien (0,1 procent)
Länder med högst prevalens	Storbritannien (12,7 procent), Spanien (9,6 procent), Danmark (9,1 procent), Irland (8,2 procent)	Storbritannien (5,4 procent), Spanien (5,2 procent), Italien (3,2 procent), Irland (3,1 procent)	Spanien (2,8 procent), Storbritannien (2,7 procent), Italien (1,2 procent), Danmark, Irland (1,0 procent)
15–24 år			
Uppskattat antal användare i Europa	3 miljoner	2 miljoner	800 000
Europeiskt genomsnitt	4,5 procent	2,6 procent	1,2 procent
Intervall	0,4–11,2 procent	0,2–6,1 procent	0,0–3,2 procent
Länder med lägst prevalens	Rumänien (0,4 procent), Grekland (0,6 procent), Litauen (0,7 procent), Malta, Polen (1,1 procent)	Grekland (0,2 procent), Polen (0,3 procent), Tjeckien (0,4 procent), Lettland (0,6 procent)	Estland (0,0 procent), Grekland, Lettland (0,1 procent), Tjeckien, Polen, Portugal (0,2 procent)
Länder med högst prevalens	Storbritannien (11,2 procent), Spanien (8,7 procent), Danmark (8,0 procent), Irland (7,0 procent)	Storbritannien (6,1 procent), Spanien (5,8 procent), Irland (3,8 procent), Danmark, Italien (3,3 procent)	Storbritannien (3,2 procent), Spanien (3,1 procent), Italien (1,3 procent), Bulgarien, Irland (1,1 procent)

Uppgifterna är baserade på de senaste enkäterna som finns tillgängliga för varje land. Undersökta år ligger i intervallet 2001–2007. Genomsnittlig prevalens för Europa har beräknats genom ett viktat genomsnitt enligt befolkningen i relevant åldersgrupp i varje land. I länder där inga uppgifter har funnits tillgängliga har genomsnittlig EU-prevalens kalkylerats. Befolkningsstorlek som använts: 15–64 (328 miljoner), 15–34 (134 miljoner) och 15–24 (64 miljoner). De uppgifter som sammanfattas här finns att hämta under "General population surveys" i statistikbulletinen 2008.

redovisades mycket låg konsumtion av crack-kokain också i den grupp som hade uppgett de högsta prevalensnivåerna för kokain. Detta stöder resultaten i mer specialiserade studier, som tecknar en annan profil för användaren av pulverkokain än för de som konsumerar crack-kokain. Sannolikt är kokainanvändningen även i andra länder kopplad till liknande livsstilsfaktorer.

Undersökningar som utförs i nöjesmiljöer redovisar ofta en hög prevalens för kokainanvändning. En studie 2006 i nio europeiska städer (Aten, Berlin, Brno, Palma, Lissabon, Liverpool, Ljubljana, Venedig, Wien) som innefattade 1 383 ungdomar i åldern 15–30 som regelbundet "besöker nattklubbmiljöer" fann att 29 procent uppgav att de hade använt kokain minst en gång och nästan 4 procent att de använde kokain en gång i veckan eller mer under någon period (European Commission, 2007b). Högre prevalens rapporterades också i en fransk enkät som genomfördes 2004–2005 av 1 496 personer som intervjuades i fem olika lokaler inriktade på elektronisk musik. Nästan 35 procent av de tillfrågade hade använt kokain och 6 procent crack-kokain eller freebase-kokain under den senaste månaden. Enkäten visade också skillnader mellan subkulturer, där enmånadersprevalensen var 50 procent för kokain och 13 procent för crack-kokain bland dem som kallade sig "alternativa" grupper medan cirka en fjärdedel av de mer allmänna subkulturerna hade använt kokain och 2 procent crack-kokain under den senaste månaden.

Användning av kokain bland skolelever

Bland skolelever är de totala prevalensvärdena för kokainanvändning mycket lägre än motsvarande värden för cannabis. I de flesta länder är det bara en andel på 2 procent eller mindre av de 15–16-åriga eleverna som någon gång har använt kokain och bara Spanien (4 procent) och Storbritannien (5 procent) redovisar högre värden⁽⁸⁹⁾. I länder som har rapporterat aktuella uppgifter från nationella skolenkäter (Spanien, Portugal, Slovakien, Sverige, Storbritannien) är prevalensen för kokainanvändning stabil eller sjunker något, även om förändringarna av prevalensen ofta är alltför små för att vara statistiskt signifikanta. I Spanien har nyare enkätresultat visat en markant minskning bland 17–18-åriga skolelever.

Mönster för kokainanvändning

Uppgifter från enkäter i hela befolkningen tyder på att många bara provar kokain en enda gång eller under en begränsad tid. I länder där tolv månadersprevalensen var

högre än 2 procent hade mellan 80 och 90 procent av vuxna som hade använt kokain en gång inte använt drogen under den senaste månaden⁽⁹⁰⁾.

Det finns endast begränsade uppgifter om konsumtionsfrekvensen för kokain i Europa. En analys utförd av British Crime Survey fann att cirka 20 procent av de ungdomar (16–24 år) som hade använt kokain under föregående år konsumerade drogen oftare än en gång i månaden. En europeisk enkät som genomfördes med specifika urval av kokainanvändare i nio städer (Prinzleve m.fl., 2004) visade att den redovisade konsumtionsfrekvensen i genomsnitt var lägre bland användare som var väl integrerade i samhället (sju dagar i månaden) än bland socialt utestängda användare (11 dagar) eller bland opiatanvändare i behandling (14 dagar).

Problematiskt kokainmissbruk och efterfrågan på behandling

Nationella uppskattningar av problematiskt kokainmissbruk (injektionsmissbruk eller långvarig/regelbunden användning) finns tillgängliga enbart för Spanien och Italien medan det finns regionala skattningar för Storbritannien. Enligt de nyaste uppgifterna för Spanien fanns under 2002 mellan 4,5 och 6 personer med problematiskt kokainmissbruk per 1 000 vuxna medborgare (15–64 år). Italien rapporterar att det under 2006 uppskattningsvis fanns mellan 3,7 och 4,5 kokainanvändare med problematiskt narkotikamissbruk per 1 000 vuxna medborgare. Uppgifterna för Storbritannien är inte direkt jämförbara med dem som finns för Spanien och Italien eftersom de är baserade på användning av crack-kokain. I en studie har antalet personer med problematiskt crack-kokainmissbruk i England under 2004–2005 beräknats till 5,7 till 6,4 per 1 000 invånare i den vuxna befolkningen.

Kokain och främst pulverkokain, angavs av cirka 16 procent av samtliga klienter i behandling i Europa under 2006 som den främsta orsaken till att påbörja behandling, vilket motsvarar cirka 61 000 rapporterade fall i 24 länder⁽⁹¹⁾. Kokain uppgavs också som sekundär drog av cirka 18 procent av alla narkotikapatienter i öppenvården⁽⁹²⁾. Variationerna mellan länderna är stora och det är endast i Spanien (47 procent) och Nederländerna (35 procent) som kokainmissbrukare står för en större andel av behandlingsklienterna. Men i Italien utgör dock andelen kokainmissbrukare nu 25 procent av alla behandlingsbegäranden. I övriga länder i Europa står kokain för mellan 5 procent och 10 procent av alla behandlingsbegäranden (10 länder) eller mindre än 5 procent (12 länder)⁽⁹³⁾.

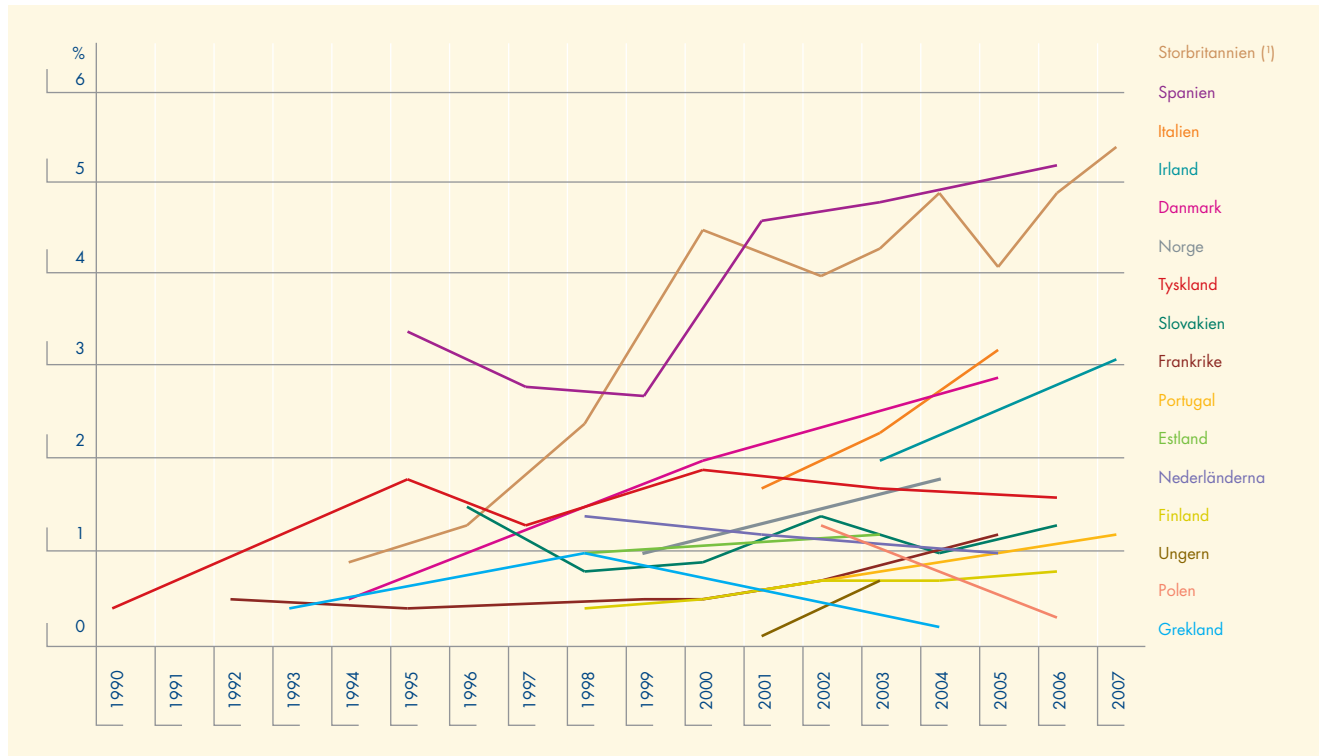
⁽⁸⁹⁾ Se tabell EYE-1 i statistikbulletinen 2008.

⁽⁹⁰⁾ Se figur GPS-16 i statistikbulletinen 2008.

⁽⁹¹⁾ Se tabell TDI-115 och figur TDI-2 i statistikbulletinen 2008.

⁽⁹²⁾ Se tabell TDI-22 del (i) i statistikbulletinen 2008.

⁽⁹³⁾ Se tabell TDI-5 del (ii) i statistikbulletinen 2008 (för Spanien avser uppgifterna år 2005).

Figur 5: Trender för tolv månaders prevalens för användning av kokain bland unga vuxna (15–34 år)

(!) England och Wales.

Anm.: I Danmark motsvarar värdet för 1994 "tung narkotika", se figur GPS-14 i statistikbulletinen 2008 för ytterligare information.

Källor: Reitox nationella rapporter (2007), hämtade från befolkningsenkäter, rapporter eller vetenskapliga artiklar.

Andelen kokainmissbrukare är högre bland dem som för första gången påbörjar behandling för sitt missbruk. I hela Europa uppgavs kokain under 2006 som den primära drogen av 23 procent av de nya klienterna (cirka 37 000 personer) ⁽²⁴⁾. Enligt de senaste uppgifterna från Spanien var kokain den primärdrog som oftast nämndes av klienter som påbörjade behandling under 2005 och de nya kokainklienterna utgjorde 63 procent av alla nya klienter i missbruksbehandling i Spanien.

Trender för kokainanvändning

Om man använder tolv månadersprevalens bland unga vuxna (15–34 år) som en indikator på trender för användning på senare tid (eftersom kokain främst används i denna åldersgrupp) finner man att kokainanvändningen ökade markant under andra hälften av 1990-talet i Spanien, Danmark och Storbritannien. Nya uppgifter (enkäter 2005–2007) bekräftar den stigande trend som redan förra året noterades i Frankrike, Irland, Spanien, Storbritannien, Italien, Danmark och Portugal. I Tyskland, Nederländerna, Slovakien och Finland var prevalensen stabil medan Polen noterade en nedgång (figur 5).

Tendensen till allt större efterfrågan på behandling för kokainmissbruk som noterades under föregående år förefaller att fortsätta även om bilden i oproportionerligt hög grad påverkas av ett fåtal länder. Mellan 2002 och 2006 ökade andelen nya klienter som önskade behandling för primärt kokainmissbruk från 13 till 25 procent och antalet rapporterade fall ökade från cirka 13 000 till nästan 30 000. En ökning konstaterades också av antalet och andelen kokainmissbrukare av samtliga klienter som påbörjade behandling för narkotikamissbruk, från 22 000 klienter (13 procent av alla behandlingsbegäranden) under 2002 till 50 000 (19 procent) under 2006. Italien och Spanien rapporterade de största ökningarna ⁽²⁵⁾.

Det allt större antalet kokainmissbrukare som inleder behandling kan hänga samman med ökningarna av prevalensen för kokainanvändning och tillhörande problem men också med andra faktorer (t.ex. ökningarna av behandlingsremitteringar eller åtgärder som är särskilt inriktade på kokainmissbrukare), och andelen klienter per typ av narkotika påverkas givetvis också av förändringar i behandlingsefterfrågan från användare av andra ämnen.

⁽²⁴⁾ Se figur TDI-2 i statistikbulletinen 2008.

⁽²⁵⁾ Se figur TDI-1, TDI-3 och Table TDI-3 del (ii) i statistikbulletinen 2008.

Internationella jämförelser

Totalt sett är den skattade livstidsprevalensen för användning av kokain lägre bland unga vuxna i EU än bland deras motparter i Australien, Kanada och USA. På nationell nivå i Danmark, Irland, Spanien, Italien och Storbritannien (England och Wales) redovisas dock högre siffror än från Australien. Endast Storbritannien (England och Wales) uppger skattningar av livstidsprevalens som liknar de som anges för USA ⁽⁹⁶⁾. I vissa avseenden kan detta mått anses spegla den historiska utvecklingen av kokainproblemen där USA tidigare än Europa, och Storbritannien först i Europa, upplevt mer allmänt utbredd kokainanvändning.

Behandling och åtgärder för att minska kokainets skadeverkningar

Profil för klienter i behandling

Öppenvården står för nästan all efterfrågan av behandling för kokainmissbruk i Europa (94 procent) ⁽⁹⁷⁾. Det bör dock noteras att kokainbehandlingen också äger rum på privata kliniker, ibland på behandlingshem, och att denna vårdform inte är så väl företrädd i det nuvarande uppföljningssystemet.

Kokainmissbrukare som inleder behandling i öppenvården står för den högsta kvoten män till kvinnor bland klienter i missbruksbehandling (5 män för varje kvinna). Genomsnittsåldern är 31 år ⁽⁹⁸⁾, vilket gör detta till den tredje äldsta gruppen klienter i missbruksvård, efter opiatmissbrukare och användare av sömnmedel och lugnande medel. De flesta kokainklienterna uppger att de började använda drogen mellan 15 och 24 års ålder ⁽⁹⁹⁾.

Det råder betydande variationer mellan länderna när det gäller hur kokainklienterna konsumerar drogen. Totalt sett rapporteras cirka hälften (55 procent) av kokainklienterna sniffa kokainet, medan nästan en tredjedel (32 procent) röker det och en mycket mindre andel (9 procent) injicerar drogen ⁽¹⁰⁰⁾. Rent generellt kan två grupper kokainanvändare identifieras bland klienter i behandling. Den första gruppen är vanligtvis bättre integrerad i samhället, och uppger att de har stabila bostadsförhållanden och fast anställning, och säger sig oftast sniffa kokain. Den andra gruppen är en mer marginaliserad grupp av klienter som vanligen röker eller injicerar kokain (se ECNN:s årsrapport 2006), och oftare uppger att de använder antingen crack-kokain eller en kombination av kokain och heroin. I synnerhet crack-klienter bor vanligtvis i stora städer, tillhör etniska minoritetsgrupper och många av dem är arbetslösa och har

Hälsoproblem relaterade till kokainanvändning

Kunskaper om sambanden mellan användning av kokain och sjukdom är ofta begränsade till och med bland sjukvårdspersonal. Vissa kokainrelaterade problem kan därför förbli oupptäckta och de som lider av dessa problem kanske inte får den vård de behöver. Underrapportering av kokainproblem kommer att hindra förståelsen av kokainets effekter på folkhälsan.

De risker som är förenade med vissa problematiska sätt att inta kokain är väl kända och påverkar kända missbrukargrupper (tidigare eller nuvarande opiatmissbrukare, marginaliserade grupper). Injicering av kokain är exempelvis förenad med infektionsrisk och en förhöjd risk för överdos, medan användning av kokain i kombination med opiater förefaller vara kopplad till en högre risk för opiatöverdos.

Sannolikheten är emellertid större för att hälsoproblem förenade med pulverkokain förblir oupptäckta och dessa problem kan drabba användare som normalt sett inte betraktar sig vara utsatta för någon risk. Kronisk användning av kokain kan orsaka betydande hälsoproblem, där de vanligaste är kardiovaskulära problem (t.ex. ateroskleros, kardiomyopati, arytmier, myokardial ischemi) och neurologiska problem (cerebrovaskulära problem och slaganfall). Dessa problem kan försvåras av befintliga tillstånd (t.ex. vaskulära missbildningar) och riskfaktorer som rökning eller alkoholmissbruk. Många dödsfall som tillskrivs kokain framkallas genom dessa sjukdomstillstånd.

Användning av kokain i kombination med alkohol ökar halterna av kokain i blodet med så mycket som 30 procent. Ur ett beteendemässigt perspektiv kan kokainanvändning underlätta omätlig alkoholkonsumtion genom att göra det möjligt för missbrukaren att dricka längre, vilket i sin tur kan öka mängden kokain som konsumeras (Gossop m.fl., 2006). Bildandet av cocaetylen i levern kan också kopplas till ännu fler hälsorisker förenade med kombinerad användning av kokain och alkohol.

Bara några få undersökningar har gjorts för att bedöma den samlade effekt som kokainanvändning har på folkhälsan. En befolkningsundersökning i stor skala som har genomförts i USA (1988–1994) fann att en fjärdedel av akuta hjärtinfarkter utan dödlig utgång i åldersgruppen 18–45 år kunde tillskrivas "frekvent användning av kokain". Frekventa användare löpte sju gånger större risk för hjärtinfarkt utan dödlig utgång än personer som inte använde kokain (Qureshi m.fl., 2001). Det är dock inte möjligt att direkt överföra resultaten av denna studie till Europa. För närvarande har vi dåligt utvecklade kunskaper om hälsoeffekterna av det allt större kokainmissbruket i Europa och detta är ett viktigt område för framtida folkhälsoundersökningar.

För mer information om hälsoproblem relaterade till kokainanvändning se temakapitel om kokain i årsrapporten 2007.

⁽⁹⁶⁾ Se figur GPS-20 i statistikbulletinen 2008.

⁽⁹⁷⁾ Se tabell TDI-24 i statistikbulletinen 2008.

⁽⁹⁸⁾ Se tabellerna TDI-10 och TDI-21 i statistikbulletinen 2008.

⁽⁹⁹⁾ Se tabell TDI-11 del (iii) i statistikbulletinen 2008.

⁽¹⁰⁰⁾ Se tabell TDI-17 del (ii) och del (vi) och tabell TDI-111 del (vii) och del (viii) i statistikbulletinen 2008.

dåliga levnadsförhållanden (¹⁰¹). Detta problem är litet med europeiska mått mätt och är geografiskt begränsat eftersom de allvarigare problemen med crack-kokain är begränsade till ett relativt litet antal städer. Under 2006 rapporterades 8 000 klienter ha inlett behandling för missbruk av crack-kokain (cirka 2 procent av alla klienter i missbruksvård) i 20 europeiska städer, men de flesta redovisades av Storbritannien (¹⁰²).

En fråga som blir allt viktigare i vissa länder är behandling av problem förenade med samtidig användning av både kokain och heroin. Kokainmissbrukare i behandling kan vara nuvarande eller tidigare heroinmissbrukare, ibland i substitutionsbehandling. I vissa länder utgör de den största gruppen klienter i behandling för kokainmissbruk. Vissa studier tyder på att samtidig användning av kokain och heroin kan vara förenad med en dubbeldiagnos, eller försvåra underliggande psykiska problem som bipolär störning. Kokain som används samtidigt med pågående underhållsbehandling med metadon har visat sig bidra till ihållande heroinanvändning eller att klienterna återfaller i missbruk, en risk för hiv och andra blodburna infektioner och allvarliga medicinska, sociala och kriminella problem.

Behandling för kokainmissbruk

Ett resultat av att kokainmissbruket har ökat i flera medlemsstater liksom de problem som är förenade med detta missbruk är att specialiserade vårdinrättningar för missbruksbehandling står inför den svåra uppgiften att anpassa sina traditionella opiatinriktade tjänster till de många olika typerna av missbrukare av kokain och crack-kokain. Med undantag av Spanien bedömde medlemsstaterna 2006 att tillgång och tillgänglighet för särskilda kokaininriktade behandlingsprogram var låg.

Flera av de medlemsstater som uppger att de har höga prevalensnivåer för kokain eller crack-kokain har varit särskilt aktiva för att lösa detta problem. Under 2007 infördes i Spanien en särskild nationell handlingsplan för kokain, medan Irland genomförde och utvärderade flera särskilda program som riktade sig till olika grupper av kokainanvändare. Dessa program riktar särskilt in sig på problematiska intranasala kokainmissbrukare, personer med blandmissbruk som har kokainproblem samt kvinnor och prostituerade som använder kokain. I Italien kommer ett storskaligt kliniskt försök att genomföras under 2008 för att studera hur effektiva två läkemedel (aripiprazol och ropinirol) är vid behandling av kokainberoende.

Det finns bara knapphändiga uppgifter om de olika typer av tjänster som erbjuds för personer med problematiskt

kokainmissbruk i Europa. Nationella kliniska skrifter eller enkäter bland yrkesverksamma ger ändå en god inblick i nuvarande praxis. Enligt en rapport som nyligen utgetts i Storbritannien (NICE, 2007), förefaller kokainrelaterade problem i brittiska specialiserade behandlingscentrum bara behandlas när det primära narkotikaproblemet hänger samman med opiater. En nyare italiensk enkät bland experter som arbetar med behandling av kokainanvändare pekade också på svårigheter att tillämpa några av de inslag som de ansåg vara avgörande faktorer för att nå positiva behandlingsresultat, som tillhandahållande av ändamålsenliga tjänster (t.ex. kortvarig vård på behandlingshem, strukturerade psykosociala åtgärder) eller att kliniskt skilja de olika typerna av kokainanvändare åt. Dessa svårigheter uppgavs bero på organisatoriska problem, brist på resurser och brist på effektiva kokainspecifika behandlingsinsatser. Det är högst sannolikt att yrkesverksamma i andra medlemsstater brottas med liknande problem. Tillräckligt stora investeringar, lämpliga behandlingsprotokoll och specialiserade utbildningsbehov torde därför vara nyckelfrågor för utveckling av tjänster på detta område.

Granskningar av nyare litteratur på området tyder på att det inte finns solida belägg för att nuvarande psykosociala insatser är effektiva vid behandling av kokainberoende och att det inte heller finns effektiva behandlingar med läkemedel. En nyligen genomförd Cochrane-granskning av psykosociala insatser och andra insatser med psykostimulantia fann att de enda konsekventa, positiva beteendemässiga resultaten (kvarstannande i behandling, minskad drogkonsumtion) konstaterades vid psykosociala insatser som innefattade underhållsbehandling som en komponent (¹⁰³).

Till skillnad mot opiatberoende finns för närvarande ingen effektiv läkemedelsbehandling som hjälper kokainmissbrukare att avhålla sig från att ta drogen eller att minska användningen av den (se temakapitlet om kokain i årsrapporten 2007). Experimentella terapeutiska läkemedel (t.ex. baclofen, tiagabin, topiramot) som förskrivits för att minska kokainkonsumtionen och suget efter kokain har gett visst hopp i kliniska försök. Modafinil, som är en stimulantia för centrala nervsystemet, har gett särskilt lovande resultat som en substitutionsdrog för psykostimulantia med fördelen att den jämfört med andra potentiella substitutionsdroger (t.ex. d-amfetamin) har låg benägenhet att missbrukas (Myrick m.fl., 2004). Buprenorfin, topiramot och tiagabin har dessutom gett lovande resultat för att minska kokainkonsumtionen hos opiatanvändare som får substitutionsbehandling och har samtidigt kokainmissbruk.

¹⁰¹ Se temakapitlet om kokain och crack-kokain i årsrapporten 2007.

¹⁰² Se tabell TDI-115 i statistikbulletinen 2008.

¹⁰³ Se "Contingency Management", s. 66.

Contingency management

Genom att belöna abstinens syftar contingency management (CM) till att minska den förstärkande effekt som droger har. Vanligtvis introduceras CM tillsammans med psykosocialt stöd i början av en behandling och incitamenten är betingade av drogfria urinprov. Incitamenten kan exempelvis vara rabattkuponger med lågt penningvärde som höjs för varje efterföljande period med abstinens. I den här typen av system skulle ett misslyckande att hålla sig drogfri leda till förlust av alla ackumulerade vinster.

Genom den här tekniken förstärks klientens drogfria beteende kontinuerligt samtidigt som ett mål regelbundet ställs upp. Det starkaste beviset för att CM är effektivt för att bibehålla abstinens från droger kommer från studier om behandling mot kokain- och heroinberoende även om det finns vissa rön som talar för metoden också när det gäller behandling mot missbruk av cannabis och metamfetamin.

Även om större delen av forskningen om CM har bedrivits utanför Europa har genomförbarhetsstudier av CM nyligen visat positiva resultat i Spanien för kokainmissbrukare (Secades-Villa m.fl., 2008) och för att behandla kokainmissbruk bland klienter som får substitutionsbehandling mot opiatmissbruk i Nederländerna (DeFuentes-Merillas och De Jong, 2008). I Nederländerna var det genomsnittliga incitamentet i slutet av försöket varor till ett värde på 150 euro. I en ekonomisk analys genomförd av National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2007) i Storbritannien hävdades att CM är ett kostnadseffektivt alternativ i samband med behandling mot kokainmissbruk, särskilt om man beaktar de bredare ekonomiska kostnaderna för detta missbruk.

Immunoterapi mot kokainberoende genom ett kokainvaccin (TA-CD) undersöks också. Vaccinationen leder till framställning av antikroppar som binder kokainmolekylerna i blodbanan och därigenom möjliggör för naturligt förekommande enzymer att ombilda dem till inaktiva molekyler. Resultatet av de inledande kliniska försöken är lovande men ytterligare studier krävs för att prova vaccinets duglighet som läkemedel för kokainberoende.

Kokainvaccinet är främst avsett att användas för att förebygga återfall men termen "vaccin" väcker också förhoppningar om dess potential för att förebygga kokainberoende när det används som profylaktisk behandling (t.ex. för barn och ungdomar som har en naiv inställning till narkotika). Det är osäkert hur effektivt ett sådant tillvägagångssätt är och väcker därtill etiska frågor, vilket diskuteras på djupet i en kommande skrift från ECNN "Addiction neurobiology: ethical and social implications".

Åtgärder för att minska kokainets skadeverkningar

Problematiskt kokainmissbruk är ofta förenat med allvarliga fysiska och psykiska hälsoproblem. En irländsk tvåårig uppföljningsstudie om kokain i lokala samhällen avslöjade exempelvis en försämring av det allmänna hälsotillståndet hos kokainberoende klienter och särskilt bland injektionsmissbrukare. Flera projekt redovisade också en ökning av antalet klienter som fick bölder och sår vilka berodde på slarviga injektionsmetoder. Andra problem som förekom bland kokainmissbrukare var viktförlust, sexuell överförbara sjukdomar, hjärtproblem, amputationer och riskbenägenhet.

Medlemsstaterna erbjuder oftast kokaininjicerande missbrukare samma tjänster och faciliteter som opiatmissbrukare som exempelvis rekommendationer om säker användning, utbildning i säker injicering och sprut- och nålutbytesprogram. Lågröskeltjänster spelar en viktig roll i detta avseende eftersom de ger grundläggande hälsovård samt rådgivning och läkarhjälp. Missbrukare med allvarliga kokain- och crack-kokainrelaterade problem som samtida fysiska och psykiska hälsoproblem eller sociala problem som exempelvis hemlöshet, kan hänvisas till rehabiliteringsprogram på behandlingshem och terapeutiska verksamheter. Dessa program syftar inte bara till att uppnå avhållsamhet utan ger respekt och intensiv vård och kraftfullt stöd för att hjälpa missbrukarna att ändra sin kaotiska livsstil präglad av högriskbeteende.

En kvalitativ studie i sex spanska städer visade att det ämne som prostituerade främst använde var alkohol och kokain. Användningen av kokain uppgavs vara sporadisk och viktig eftersom den hjälpte kvinnorna att överkomma psykologiska hinder eller hämningar och ökade toleransen för långa dagar med många olika kunder. De konsekvenser som användningen av narkotika förde med sig för de prostituerade var bland annat oskyddat sex och större risk för att kunderna brukade våld. Allvarlig crack-kokainkonsumtion konstateras också ofta förekomma i denna grupp.

Prostituerade som har problem med kokainmissbruk eller missbruk av crack-kokain är en målgrupp för uppsökande verksamheter och organ som arbetar för att minska narkotikans skadeverkningar. I Nederländerna har exempelvis den kommunala hälsovården infört särskilda hälsoprogram som riktar sig till prostituerade som använder crack-kokain. I Frankrike organiserar föreningen "Espoir Goutte d'Or" som arbetar med riskförebyggande verksamhet och åtgärder för att minska skadeverkningarna för missbrukare av crack-kokain och prostituerade, frivillig rådgivning en gång i veckan och snabb testning för hiv och hepatit.

Det är oftast i nattklubbsmiljöer som kokain används i nöjessyfte i kombination med stor alkoholkonsumtion och detta kan vara förenat med allvarliga akuta psykiska problem. Som redovisats i kapitel 4, inför medlemsstaterna i allt högre grad integrerade strategier för att minska de skador som hänger samman med användning av alkohol och illegala droger i nöjesmiljöer. Programmen ger råd

och information till ungdomar om riskerna med alkohol och narkotikaanvändning i allmänhet och vanligtvis ingår också material om riskerna förenade med akut och kronisk kokainkonsumtion. Medlemmarna i European Foundation of Drug Helplines arbetar också mycket aktivt för att höja medvetenheten och ge stöd till narkotikamissbrukare genom att ge råd och information om riskerna med narkotika.



Kapitel 6

Opiatmissbruk och injektionsmissbruk

Tillgång på och tillgänglighet för heroin

I Europa har importerat heroin historiskt sett uppträtt i två former: det vanligt förekommande bruna heroinet (den kemiska basformen) som främst kommer från Afghanistan, och det ovanligare och dyrare vita heroinet (en saltform), som brukar ha sitt ursprung i sydöstra Asien. Det vita heroinet förekommer dock numera alltmer sällan⁽¹⁰⁴⁾. Det framställs också en mindre mängd opiatdroger i Europa, i huvudsak är det småskalig produktion av hemmagjorda vallmoprodukter (dvs. poppy straw, ett vallmokoncentrat som framställs av krossade stjälkar eller frukter av vallmo) i ett antal östeuropeiska länder (Lettland och Litauen).

Produktion och handel

Största delen av det heroin som konsumeras i Europa framställs i Afghanistan, som fortfarande är världens ledande leverantör av illegalt opium, följt av Myanmar och Mexico. Den totala opiumproduktionen ökade återigen markant (34 procent) under 2007 till cirka 8 870 ton vilket främst beror på att produktionen i Afghanistan ökat till omkring 8 200 ton. Den potentiella globala heroinproduktionen nådde en rekordhög nivå 2007 med uppskattningsvis 733 ton (UNODC, 2008). Det allt större antalet laboratorier som har oskadliggjorts i Afghanistan under de senaste åren verkar tyda på att det opium som produceras i Afghanistan i allt större utsträckning omvandlas till morfin eller heroin inom landet innan det exporteras. Stora beslag av morfin i grannländerna (Pakistan, Iran) pekar dock på att omfattande omvandling också sker utanför Afghanistan (CND, 2008; UNODC, 2007).

Heroinet förs in i Europa längs två huvudsakliga handelsvägar. Dels längs den sedan länge betydelsefulla Balkanrutten med dess olika förgreningar, där transporterna passerar genom Pakistan, Iran och Turkiet och dels genom den alltmer använda "norra rutten" via de centralasiatiska republikerna och Ryska federationen (figur 6). Sekundära handelsvägar rapporteras för heroin från sydvästra Asien som exempelvis transporteras direkt från Pakistan till Europa (Storbritannien) men också via Pakistan och länderna i Mellanöstern och Afrika till illegala

marknader i Europa och Nordamerika (INCB, 2008a; Europol, 2008; UNODC, 2007; WCO, 2007). Heroin från sydvästra Asien smugglas också till Europa via södra Asien (Bangladesh) (INCB, 2008a). Inom EU spelar Nederländerna och i mindre utsträckning Belgien en viktig roll som centrum för sekundärdistribution (Europol, 2008).

Beslag

I världen som helhet ökade de rapporterade beslagen av opiater under 2006 till 384 ton för opium och 104 ton för heroin och morfin. Iran stod för de största beslagtagna heroinmängderna på global nivå (81 procent) medan heroin och morfin främst beslagtogs i Pakistan (34 procent), följt av Iran (20 procent), Turkiet (10 procent) och Kina (6 procent) (UNODC, 2008).

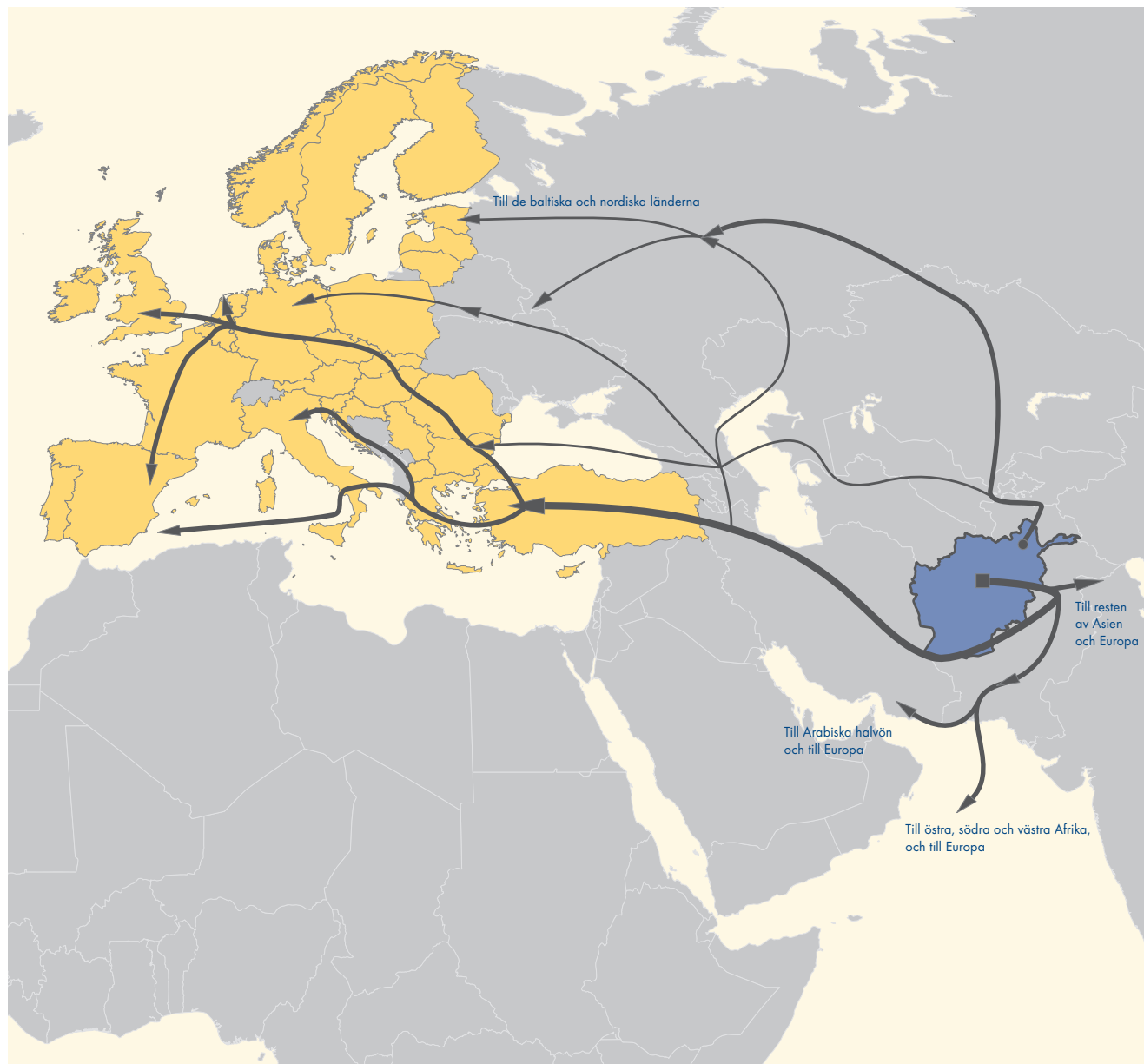
Uppskattningsvis 48 200 beslag i Europa under 2006 resulterade i att omkring 19,4 ton heroin beslagtogs. Storbritannien fortsatte att svara för det största antalet heroinbeslag i Europa medan Turkiet med 10,3 ton återigen beslagtogs den största mängden 2006⁽¹⁰⁵⁾. Den genomsnittliga mängden heroin som beslagtogs skiljde sig mycket mellan dessa två länder, där den genomsnittliga beslagtagna mängden i Turkiet var 100 gånger större än den som redovisades från Storbritannien, vilket speglar ländernas olika positioner i försörjningskedjan (figur 6). Under de senaste tio åren har heroinbeslagen i Europa fluktuerat inom ramen för en svagt nedåtgående trend, med en topp 2001 och en rekordlåg nivå 2003. Kvantiteten heroin som beslagtogs i EU har totalt sett minskat mellan 2001 och 2006. I Turkiet har däremot de beslagtagna mängderna nästan tredubblats under samma period.

Beslagen av ättiksyraanhydrid (som används vid heroinframställning) i världen som helhet ökade till 26 400 liter 2006, och den större delen beslagtogs i Ryska federationen (9 900 liter) och Colombia (8 800 liter), följt av Turkiet (3 800 liter) (INCB, 2008b). Handelsvägarna mellan Afghanistan och Europa används också för att smugla prekursor-kemikalier (främst ättiksyraanhydrid via

⁽¹⁰⁴⁾ För information om källorna för uppgifter om tillgång och tillgänglighet, se s. 36.

⁽¹⁰⁵⁾ Se tabellerna SZR-7 och SZR-8 i statistikbulletinen 2008. Observera: i skattningsarbetet ersattes saknade uppgifter för beslag i Europa 2006 med uppgifter för 2005. Denna analys är preliminär eftersom inga uppgifter ännu finns tillgängliga för Förenade kungariket för 2006.

Figur 6: De viktigaste handelsvägarna för heroin från Afghanistan till Europa



Anm.: De handelsvägar som finns på kartan är en sammansmältning av analyser utförda av en rad olika internationella och nationella organisationer (Reitox nationella kontaktpunkter, Europol, INCB, UNODC, WCO). Dessa analyser är baserade på uppgifter om narkotikabeslag längs handelsvägarna och på underrättelseuppgifter från brottsbekämpande organ i transitländer och destinationsländer och i vissa fall på rapporter från kompletterande källor. De viktigaste handelsvägarna som anges på kartan bör betraktas som vägledande för de viktigaste flödena eftersom det kan finnas avvikelser till andra länder längs rutterna och det finns ett stort antal sekundära subregionala rutter som inte är angivna här och som snabbt kan ändras.

”silkesvägen”) och syntetiska droger (främst ecstasy) österut (Europol, 2008).

Beslag av 3-metylfentanyl rapporterades under 2006 i Lettland och Litauen och rapporter om ökande injicering av illegalt framställd fentanyl i Estland pekar på behovet att mer noggrant övervaka tillgängligheten för syntetiska opiater som fentanyl (som är betydligt starkare än heroin).

Renhetsgrad och pris

Under 2006 varierade den typiska renhetsgraden hos brutt heroin mellan 15 procent och 25 procent i de flesta av de rapporterade länderna, även om värden under 10 procent rapporterades från Grekland, Frankrike och Österrike och högre värden redovisades i Malta (31 procent), Turkiet (36 procent) och Storbritannien (43 procent). Den typiska renhetsgraden hos vitt heroin var vanligtvis högre (45–70 procent) i de få europeiska länder som redovisade uppgifter ⁽¹⁰⁶⁾.

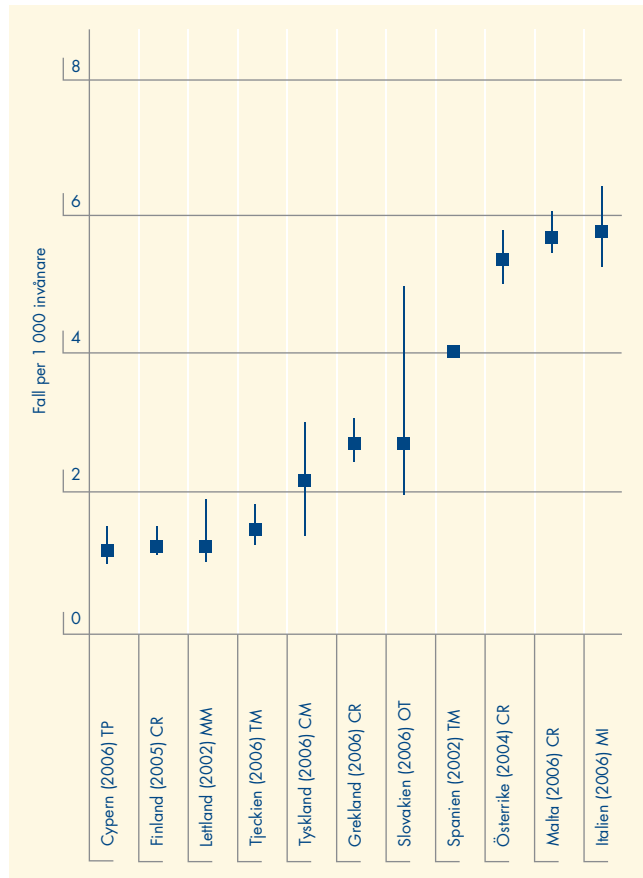
Priset på brutt heroin i missbrukarledet varierade 2006 från 14,5 euro per gram i Turkiet till 110 euro per gram i Sverige, men de flesta europeiska länder rapporterade typiska priser på 30–45 euro per gram. Endast några få europeiska länder redovisade priser på vitt heroin som varierade mellan 27 euro och 110 euro per gram. I de flesta av de 13 europeiska länder som rapporterar tidstrender har priset på brutt heroin i missbrukarledet sjunkit under perioden 2001–2006, även om tecken på ökning har noterats i Polen.

Skattningar av prevalensen för problematiskt opiatmissbruk

Uppgifterna i detta avsnitt har hämtats från ECNN:s indikator på problematiskt narkotikamissbruk, som främst omfattar skattningar av injektionsmissbruk och opiatmissbruk även om också amfetaminmissbruk och kokainmissbruk är viktiga komponenter i några länder. Det är svårt att uppskatta antalet personer med ett problematiskt opiatmissbruk, eftersom prevalensen är ganska låg och den här typen av missbruk sker i det fördolda. Det är därför nödvändigt att göra statistiska extrapoleringar för att ta fram prevalensskattningar på grundval av de befintliga uppgiftskällorna. Eftersom de flesta undersökningar som har gjorts avser ett begränsat geografiskt område, t.ex. en stad eller ett distrikt, är det svårt att extrapolera till landsomfattande skattningar.

Mönstren för det problematiska narkotikamissbruket i Europa förefaller vara på väg att bli mer mångskiftande. I vissa länder där problematiskt opiatmissbruk historiskt sett har

Figur 7: Skattningar av den årliga prevalensen för problematiskt opiatmissbruk (fall per 1 000 invånare i åldern 15–64 år)



Anm.: Symbolen anger en punktskattning och linjer anger osäkerhetsintervall för skattningar – antingen 95 % konfidensintervall eller ett intervall baserat på sensitivitetsanalys. Målgrupperna kan variera något beroende på olikheter i skattningsmetoder och uppgiftskällor; jämförelser bör därför göras med försiktighet. Andra åldersintervall än standard användes i undersökningarna från Finland (15–54) och Malta (12–64). För Tyskland anger intervallet den lägsta gränsen för alla befintliga skattningar och den högsta gränsen, och punktestimatet är ett enkelt medelvärde av mittpunkterna. Skattningsmetoderna är förkortade CR = fångst-återfångst (capture-recapture), TM = multiplikator metod med uppgifter från behandlingsorgan (treatment multiplier), TP = trunkerad Poisson (truncated Poisson) och MM = multiplikator metod med uppgifter från dödlighetsstatistik (mortality multiplier). Mer information finns i figur PDU-1 del (ii) i statistikbulletinen 2008.

Källor: Reitox nationella kontaktpunkter.

dominerat tyder nyare rapporter på att andra droger som exempelvis kokain blir allt viktigare. Behovet av effektiv uppföljning av en rad olika problematiska narkotikamissbruk har lett ECNN att rapportera om undergrupper i befolkningen med problematiskt narkotikamissbruk och uppdelat för olika droger, som dock kan överlappa varandra ⁽¹⁰⁷⁾.

Skattningar av prevalensen för problematiskt opiatmissbruk på nationell nivå under perioden 2002–2006 ligger grovt räknat i intervallet 1–6 fall per tusen invånare i åldern 15–64 år. Som jämförelse kan nämnas att den totala

⁽¹⁰⁶⁾ Se tabellerna PPP-2 och PPP-6 i statistikbulletinen 2008 uppgifter om renhet och pris.

⁽¹⁰⁷⁾ För en översikt över tillgängliga skattningar av de olika komponenterna i problematiskt narkotikamissbruk se statistikbulletinen 2008.

prevalensen för problematiskt narkotikamissbruk uppskattas ligga i intervallet 1–10 fall per tusen invånare. De lägsta väldokumenterade skattningarna kommer från Cypern, Lettland, Tjeckien och Finland (även om både Tjeckien och Finland har många problematiska amfetaminmissbrukare), medan de högsta skattningarna kommer från Malta, Österrike och Italien (figur 7).

Utifrån de begränsade uppgifter som finns tillgängliga kan man räkna fram en genomsnittlig prevalens för problematiskt opiatmissbruk på 4–5 fall per tusen invånare i åldern 15–64 år. Om man antar att detta förhållande speglar situationen i EU som helhet skulle det motsvara omkring 1,5 miljoner (1,3–1,7 miljoner) personer med ett problematiskt opiatmissbruk i EU och Norge under 2006.

Tidstrender och incidens för det problematiska opiatmissbruket

Det är svårt att bedöma trenderna för det problematiska opiatmissbruket eftersom det saknas uppgifter för längre tidsperioder och de enskilda skattningarna är osäkra. Uppgifter från nio länder med upprepade skattningar av det problematiska opiatmissbruket under perioden 2001–2006 tyder på att utvecklingen har gått i olika riktningar i de olika länderna. Prevalensen förefaller vara relativt stabil i Tjeckien, Tyskland, Grekland, Italien, Malta, Slovakien och Finland medan en ökning observerades i Österrike (de senaste uppgifterna är från 2004) och tecken finns på en eventuell minskning i Cypern ⁽¹⁰⁸⁾.

Incidensen för problematiskt opiatmissbruk (antalet nya fall som uppträder under ett givet år) är ett mer känsligt mått på förändringar över tiden och kan ge en tidig bild av framtida utveckling av prevalens och behandlingsbegäran. De skattningsmodeller som används baseras dock på flera antaganden. Modellerna kan dessutom endast ge en ofullständig uppskattning av incidensen eftersom de enbart baseras på de fall som kommer i kontakt med behandlingsvården. Endast två länder har redovisat nyare uppgifter vilka går i olika riktningar. I Italien uppskattas incidensen ha sjunkit från cirka 32 500 nya fall 1990 till cirka 22 000 nya fall 1997 varefter den steg igen till cirka 30 000 nya fall 2006. I Spanien däremot uppskattas incidensen ha sjunkit kontinuerligt sedan den nådde sin topp cirka 1980, även om den på senare år förefaller ha stabiliserats på en relativt låg nivå (cirka 3 000 nya fall per år). I samarbete med en grupp nationella experter har ECNN nyligen utarbetat nya riktlinjer för skattning av incidensen i syfte att stimulera till ytterligare arbete på detta område (Scalia Tomba m.fl., 2008).

Opiatindikatorerna sjunker inte längre

I motsats till trender som har beskrivits i tidigare årsrapporter visar nyare uppgifter att trenderna för narkotikainducerade dödsfall, beslag av heroin och nya önskemål om behandling för heroinmissbruk i EU stiger.

Under 2003 var den nedåtgående trenden för antalet rapporterade narkotikainducerade dödsfall i Europa främst kopplad till att användning av opiater upphörde/minskade men mellan 2003 och 2005 har de flesta medlemsstaterna redovisat en uppåtgående trend. Mellan 2003 och 2006 ökade antalet beslag av heroin med över 10 procent i 16 av 24 uppgiftslämnande länder. Under flera år har antalet nya missbrukare med heroin som primär drog som efterfrågar behandling minskat men nu stiger denna siffra i omkring hälften av de länder som har redovisat uppgifter mellan 2005 och 2006. Detta kan betyda att incidensen för heroinmissbruk har förändrats till att påbörjas några år tidigare än förut, eftersom det råder ett naturligt tidsglapp mellan inledandet av missbruket och den första behandlingen.

Dessa aktuella trender uppträder parallellt med ökad opiumproduktion i Afghanistan, vilket ger anledning till oro för att dessa händelser kan vara kopplade till varandra genom större tillgänglighet för heroin på den europeiska marknaden. Detta är en viktig fråga som bör undersökas vidare eftersom tillgängliga uppgifter inte gör det möjligt att dra tydliga slutsatser. Viktiga motstridiga faktorer finns också. Exempelvis uppges att användning av läkemedel för icke medicinska ändamål ligger kvar på höga nivåer eller har ökat i flera länder (Tjeckien, Estland, Frankrike, Österrike, Finland) och det kan vara en betydelsefull faktor för att förklara trender för narkotikainducerade dödsfall.

Opiatmissbrukare i behandling

I de flesta av de uppgiftslämnande länderna är det fortfarande opiater, framför allt heroin, som är primär drog för de flesta missbrukare som efterfrågar behandling. Av de 387 000 önskemål om behandling som rapporterades under 2006 (uppgifter från 24 länder) uppgavs heroin vara primär drog i 47 procent av de fall där primär drogen är känd. I de flesta länder uppges mellan 50 procent och 80 procent av alla behandlingsbegäranden vara knutna till opiatmissbruk och i de återstående länderna varierar andelen mellan 15 procent och 40 procent ⁽¹⁰⁹⁾. Opiater är inte bara den primär drog som oftast nämns bland de missbrukare som inleder behandling utan i ännu högre grad bland dem som redan befinner sig i behandling. Ett projekt som nyligen genomförts i nio länder med fokus på samtliga klienter i behandling fann att primära opiatmissbrukare totalt sett stod för 59 procent av klienterna men bara för 40 procent av klienter som inledde behandling för första gången ⁽¹¹⁰⁾.

⁽¹⁰⁸⁾ Se tabell PDU-6 del (ii) i statistikbulletinen 2008 och tabell PDU-102 för fullständiga uppgifter om konfidensintervall.

⁽¹⁰⁹⁾ Se tabell TDI-5 i statistikbulletinen 2007.

⁽¹¹⁰⁾ Se tabell TDI-39 i statistikbulletinen 2008.

De flesta missbrukare som inleder behandling i öppenvården för primärt opiatmissbruk använder också andra droger, inklusive kokain (25 procent), andra opiater (23 procent) och cannabis (18 procent). Av dem som är i behandling för missbruk av andra primärdroger anger 13 procent av klienterna i öppenvården och 11 procent av klienterna i slutenvården opiater som en sekundärdrog ⁽¹¹¹⁾.

Vissa länder uppger att en betydande andel av behandlingsbegärandena avser andra opiater än heroin. Buprenorfinmissbruk rapporteras av 40 procent av samtliga klienter i Finland och 8 procent av klienterna i Frankrike som huvudsaklig orsak att inleda behandling. I Lettland och Sverige uppger mellan 5 procent och 8 procent av missbruksklienterna att de använder någon annan primärdrog än heroin eller metadon, främst buprenorfin, smärtstillande medel och andra opiater ⁽¹¹²⁾. Flera länder redovisar en ökning av andelen blandmissbrukare bland heroin klienterna och en ökning av antalet klienter som använder andra opiater än heroin.

Mellan 2002 och 2006 ökade det absoluta antalet behandlingsbegäranden för heroin som rapporterades genom indikatorn för behandlingsefterfrågan med över 30 000 fall från 108 100 till 138 500. Bland missbrukare som inledde behandling för första gången, ökade också antalet klienter med primärt heroinmissbruk från cirka 33 000 under 2002 till över 41 000 under 2006. Faktorer som kan förklara denna tendens är bland annat en ökning av antalet problematiska heroinmissbrukare, en utbyggnad av behandlingsutbudet eller förbättrad rapportering.

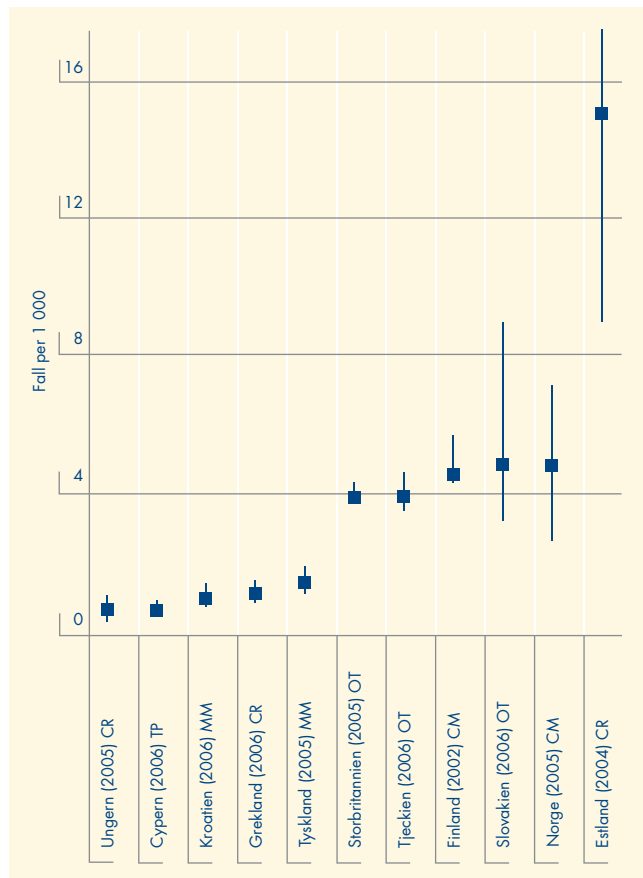
Injektionsmissbruk

Prevalens för injektionsmissbruk

Missbrukare som injicerar narkotika löper stor risk att drabbas av hälsoproblem till följd av sitt narkotikamissbruk, t.ex. blodburna infektioner (bl.a. hiv/aids och hepatit) och narkotikaöverdoser. Trots att injektionsmissbruket har stor betydelse för folkhälsan är det endast 11 länder som kan redovisa nyare skattningar av injektionsmissbrukets omfattning (figur 8). Att förbättra uppföljningen av denna grupp är därför en viktig uppgift när de europeiska systemen för kontroll av befolkningens hälsotillstånd utarbetas.

De tillgängliga skattningarna tyder på att det råder stora skillnader mellan länderna när det gäller prevalensen för injektionsmissbruk. Skattningarna varierar mellan 1 och 5 fall per tusen invånare i åldern 15–64 år för de flesta länder, med en särskilt hög prevalens i Estland med 15 fall per 1 000 invånare.

Figur 8: Skattningar av prevalensen för injektionsmissbruk (fall per 1 000 invånare i åldrarna 15–64 år)



Anm.: Symbolen anger en punktskattning och linjer anger osäkerhetsintervall för skattningar – antingen 95 % konfidensintervall eller ett intervall baserat på sensitivitetsanalys. För Estland ligger den övre gränsen för osäkerhetsintervallet utanför skalan (37,9 per 1 000). Målgrupperna kan variera något beroende på olikheter i skattningsmetoder och uppgiftskällor; jämförelser bör därför göras med försiktighet. Skattningsmetoderna är förkortade CR = fångst-återfångst (capture-recapture), TM = multiplikator metod med uppgifter från behandlingsorgan (treatment multiplier), TP = truncked Poisson (truncated Poisson) och MM = multiplikator metod med uppgifter från dödlighetsstatistik (mortality multiplier). Mer information finns i figur PDU-2 i statistikbulletinen 2008.

Källor: Reitox nationella kontaktpunkter.

Bristen på uppgifter gör det svårt att dra några slutsatser om tidstrender i fråga om prevalensen för injektionsmissbruk men tillgängliga data pekar på en nedgång i Norge (2001–2005), och en stabil situation i Tjeckien, Grekland, Cypern och Storbritannien ⁽¹¹³⁾.

Injektionsmissbrukets andel av alla opiatmissbrukare som inleder behandling

Totalt sett uppgav 43 procent av samtliga opiatmissbrukare som inledde behandling i öppenvården under 2006 att de injicerade drogen. Förändringar av andelen injektionsmissbrukare bland heroinanvändare som inleder

⁽¹¹¹⁾ Se tabellerna TDI-22 och TDI-23 i statistikbulletinen 2008.

⁽¹¹²⁾ Se tabell TDI-113 i statistikbulletinen 2008.

⁽¹¹³⁾ Se tabell PDU-6 del (iii) i statistikbulletinen 2008.

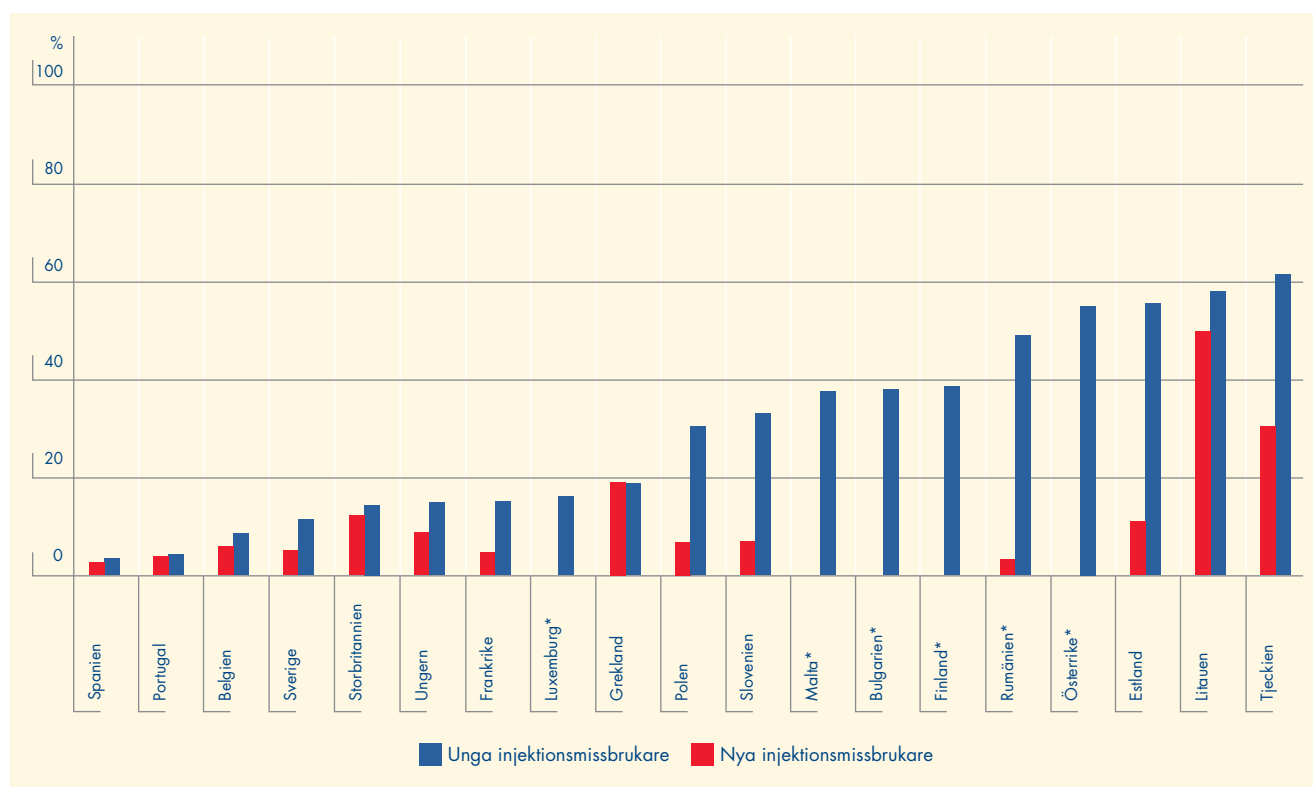
behandling kan ge en indikation på trender i den större gruppen av problematiska opiatmissbrukare. En minskande andel injektionsmissbrukare konstaterades mellan 2002 och 2006 i nio länder (Danmark, Tyskland, Irland, Grekland, Frankrike, Italien, Sverige, Storbritannien, Turkiet) medan två länder (Rumänien och Slovakien) redovisade ökning. Andelen injektionsmissbrukare bland heroinmissbrukare som påbörjar behandling skiljer sig avsevärt mellan länderna där den lägsta andelen injektionsmissbrukare finns i Spanien, Frankrike och Nederländerna (under 25 procent) och den högsta (över 80 procent) i Bulgarien, Tjeckien, Rumänien, Slovakien och Finland (¹¹⁴).

Bland de opiatmissbrukare som för första gången påbörjade behandling i öppenvården under 2006 uppgav en något mindre andel att de injicerar drogen (cirka 40 procent). En granskning av tidstrenderna ger vid handen att andelen injektionsmissbrukare bland nya opiatklienter har minskat från 43 procent 2003 till 35 procent 2006 i de 13 länder där det finns tillräckliga uppgifter (¹¹⁵).

En analys av uppgifter om behandlingsbegäranden från nio länder som deltar i en pilotstudie visar att cirka 63 procent av samtliga klienter som får vård för opiatmissbruk (de som redan är i behandling och de som inledde behandling under föregående år) uppgav att de injicerade drogen när de påbörjade behandlingen (¹¹⁶). Av de klienter som nu är i behandling förefaller alltså en relativt stor andel ha varit injektionsmissbrukare när de först inledde behandlingen.

Enkäter bland injektionsmissbrukare kan ge en annan bild av nationella skillnader och förändringar av injektionsmissbruket i Europa över tiden. I många länder genomförs regelbundet upprepade studier av grupper av injektionsmissbrukare, vanligen i samband med testning för smittsamma sjukdomar. För att undersökningarna ska bli så allmängiltiga som möjligt rekryteras missbrukarna ofta från flera olika miljöer. Den selektiva rekryteringen till dessa studier riskerar att vara partisk varför jämförelser mellan länderna bör göras med viss försiktighet (¹¹⁷).

Figur 9: Andelen unga och nya injektionsmissbrukare i urval av injicerande narkotikamissbrukare



Anm.: Urvalen avser injektionsmissbrukare testade för smittsamma sjukdomar (hiv och HCV). Det senaste tillgängliga urvalet för varje land under perioden 2002–2006 har använts under förutsättning att det fanns minst 100 injektionsmissbrukare. En asterisk anger att inga uppgifter finns tillgängliga för nya injektionsmissbrukare. För mer information, se figur PDU-3 i statistikbulletinen 2008.

Källor: Reitox nationella kontaktpunkter.

⁽¹¹⁴⁾ Se tabellerna PDU-104, TDI-4, TDI-5 och TDI-17 del (v) i statistikbulletinen 2008.

⁽¹¹⁵⁾ Se figur TDI-7 och tabell TDI-17 del (i) i statistikbulletinen 2008.

⁽¹¹⁶⁾ Se tabellerna TDI-17 del (v) och TDI-40 i statistikbulletinen 2008.

⁽¹¹⁷⁾ Det kan förväntas att andelen unga eller nya injektionsmissbrukare är lägre i urval som hämtats från missbruksbehandling än i mer "öppna" miljöer som lågtröskeltjänster eftersom klienter som påbörjar behandling i genomsnitt gör det först efter ett par års missbruk. Statistiska analyser av kopplingen mellan rekryteringsmiljö och andelen unga eller nya injektionsmissbrukare visar dock ingen statistisk signifikans, vilket tyder på att rekryteringsmiljön (kodad som "enbart missbruksbehandling", "ingen missbruksbehandling" och "blandad miljö") inte har någon stark effekt på dessa andelar.

Resultaten av dessa undersökningar visar att det i vissa länder finns stora andelar (mer än 20 procent) nya injektionsmissbrukare (som har injicerat under mindre än två år), medan flera länder redovisar andelar under 10 procent (figur 9). Unga injektionsmissbrukare (under 25 år) står för mer än 40 procent av injektionsmissbrukarna i urvalet i Tjeckien, Estland, Litauen, Österrike och Rumänien medan mindre än 20 procent av injektionsmissbrukarna i urvalet i nio andra länder är under 25 år.

Generellt sett ger en stor andel nya injektionsmissbrukare anledning till oro särskilt om bilden förstärks av en stor andel unga injektionsmissbrukare. Samtidigt som en högre andel av nya injektionsmissbrukare kan tyda på en ny våg av injektionsmissbruk kan den också bero på andra faktorer (exempelvis kortare injiceringskarriär, bättre behandlingsmöjligheter, högre dödstal i den äldre befolkningen).

Länder som sedan länge har populationer av problematiska opiatmissbrukare har vanligtvis låga andelar av både unga och nya injektionsmissbrukare. I de återstående, och ofta nyare medlemsstaterna, finns större andelar unga injektionsmissbrukare. De varierande siffrorna för andelen nya injektionsmissbrukare i dessa länder, där det finns tillgängliga uppgifter, kan spegla skillnader i den genomsnittliga ålder när opiater först börjar användas och ökande injiceringsincidens bland den yngre eller den äldre befolkningen.

Behandling av problematiskt opiatmissbruk

Profil för opiatklienter som påbörjar behandling

Klienter som påbörjar behandling för primärt opiatmissbruk tenderar att vara äldre (genomsnittsålder 32 år) än de som påbörjar behandling för kokain, andra stimulantia och cannabis (genomsnittsålder 31, 27 och 24 år) och kvinnliga klienter är i allmänhet en eller två år yngre än männen i motsvarande grupp. Opiatklienterna är oftast yngre i de länder som anslöt sig till EU efter 2004 samt i Irland, Grekland, Österrike och Finland ⁽¹¹⁸⁾.

I genomsnitt är männen tre gånger så många som de kvinnliga klienterna. Andelen män är särskilt stor i de sydliga europeiska länderna (Bulgarien, Grekland, Spanien, Frankrike, Italien, Cypern, Malta, Portugal) ⁽¹¹⁹⁾.

Arbetslösheten bland opiatklienter är högre och utbildningsnivån är lägre än bland andra klienter (se kapitel 2) och i vissa länder finns också en högre förekomst av samtidiga psykiska störningar bland opiatanvändare.

Nya läkemedel som behandlingsalternativ

Nya alternativa läkemedel för behandling av opiatberoende har utvecklats och blivit tillgängliga i Europa. Syftet med dessa nya alternativa förskrivna läkemedel är bland annat att göra behandlingen mer effektiv, att möta de behov som olika grupper av opiatmissbrukare har och att minska möjligheterna för missbruk av substitutionsdroger.

Som ett alternativ till enbart buprenorfin lanserades under 2006 en kombination av buprenorfin och naloxon på marknaden i EU i syfte att minska möjligheten och lockelsen att injicera. Flera medlemsstater håller för närvarande på att utvärdera värdet av detta ämne som ett behandlingsalternativ för opiatberoende ⁽¹⁾.

Förskrivning av heroin i läkemedelsform (diamorfin), som behandling för kroniskt behandlingsresistent opiatmissbrukare finns tillgänglig i begränsad omfattning i Nederländerna (815 klienter under 2006), Storbritannien (400 klienter) och Tyskland, där de deltagande i heroinförsöket fortsätter att få diamorfin enligt en särskild bestämmelse. Därtill pågår ett randomiserat försök med injicerbara opiater (RIOTT) i Storbritannien, där man kommer att bedöma effektiviteten hos injicerbar diamorfin, injicerbar metadon och metadonpiller. I februari 2008 beslutades också att införa ett system med förskrivning av diamorfin i Danmark.

(1) Tekniska uppgifter om ämnet finns på EMEA:s webbplats: (<http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/suboxone/suboxone.htm>).

Omkring hälften av de opiatanvändare som söker behandling säger sig ha börjat använda drogen innan de fyllde 20 år och omkring en tredjedel mellan 20 och 24 års ålder. Det är ovanligt att personer börjar använda opiater efter 25 års ålder ⁽¹²⁰⁾. I genomsnitt anges en period på 7–8 år mellan opiatdebuten och den första kontakten med missbruksbehandling och för män är denna tidsperiod längre än för kvinnor ⁽¹²¹⁾.

Behandlingstillgång och täckning

Opiatmissbrukarna behandlas för det mesta inom öppenvården, som kan innefatta specialiserade öppenvårdscentrum, allmänna läkarmottagningar och lågtröskelvård. I några få länder spelar också slutenvården en viktig roll, särskilt i Bulgarien, Grekland, Finland och Sverige ⁽¹²²⁾.

Läkemedelsfri behandling och substitutionsbehandling för opiatmissbruk finns tillgängliga i samtliga medlemsstater i EU, Kroatien och i Norge. I Turkiet studerar man för

⁽¹¹⁸⁾ Se tabellerna TDI-10, TDI-32 och TDI-103 i statistikbulletinen 2008.

⁽¹¹⁹⁾ Se tabellerna TDI-5 and TDI-21 i statistikbulletinen 2008.

⁽¹²⁰⁾ Se tabellerna TDI-11, TDI-107 and TDI-109 i statistikbulletinen 2008.

⁽¹²¹⁾ Se tabell TDI-33 i statistikbulletinen 2008.

⁽¹²²⁾ Se tabell TDI-24 i statistikbulletinen 2008.

närvarande framtida användning av substitutionsbehandling. Substitutionsbehandling är den behandlingsform som är mest utbredd i de flesta länder även om Ungern, Polen och Sverige rapporterade att läkemedelsfria tillvägagångssätt var vanligast under 2005.

Substitutionsbehandling, vanligtvis tillsammans med psykosocial vård erbjuds oftast på specialiserade öppenvårdsmottagningar och på allmänläkarmottagningar. Tillgängliga uppgifter om antalet klienter i substitutionsbehandling tyder på att en ökning totalt sett har skett under det senaste året förutom i Frankrike, Nederländerna, Malta och Luxemburg där situationen var stabil. Proportionellt sett har antalet klienter i substitutionsbehandling ökat mest i Tjeckien (42 procent), men ökningarna över 10 procent rapporterades också av Polen (26 procent), Finland (25 procent), Estland (20 procent), Sverige (19 procent), Norge (15 procent), Ungern och Österrike (11 procent).

En enkel jämförelse mellan skattningarna av antalet personer med problematiskt opiatmissbruk och det redovisade antalet behandlingar tyder på att mer än en av tre får substitutionsbehandling. Man bör dock hålla i minnet att båda uppsättningarna uppgifter ännu inte är exakta vilket gör att denna beräkning bör tolkas med försiktighet. Breda konfidensintervall i skattningarna av problematiskt opiatmissbruk innebär dessutom att det är svårt att göra jämförelser mellan länderna. Tillgängliga uppgifter tyder dock på att andelen personer med problematiskt opiatmissbruk som får substitutionsbehandling skiljer sig markant mellan länderna, med skattningar på cirka 5 procent i Slovakien, 20–30 procent i Finland, Grekland och Norge, 35–45 procent i Tjeckien, Malta och Italien, och över 50 procent i Storbritannien (England), Tyskland och Kroatien ⁽¹²³⁾.

Samtidigt som metadon i tablettform fortfarande är det läkemedel som oftast används vid substitutionsbehandling i Europa, blir buprenorfin allt vanligare. En orsak till detta är att buprenorfin torde förorsaka färre dödsfall om det felanvänds (Connock m.fl., 2007). Danska hälsovårdsstyrelsen har efter en översyn av riktlinjerna för substitutionsbehandling uppmanat allmänläkare att skriva ut buprenorfin istället för metadon.

Missbruksbehandlingens effektivitet och kvalitet samt behandlingsnormer

Granskningar av kontrollerade randomiserade prövningar och observationsstudier har funnit att både underhållsbehandling med metadon och underhållsbehandling med buprenorfin kan vara effektiva för att hantera beroende av opiater. En översyn som Cochrane nyligen genomfört fann dock att behandling med buprenorfin är mindre effektiv än metadon

som ges i lämpliga doser (Mattick m.fl., 2008). Flera studier har också funnit att underhållsbehandling med diamorfin kan vara ett lämpligt alternativ för missbrukare som inte svarar på underhållsbehandling med metadon (Schulte m.fl., under tryckning). Totalt sett har substitutionsbehandling kopplats till flera positiva resultat som bland annat kvarstående i behandling, mindre illegal användning av opiater och injicering, sänkt dödlighet och kriminalitet och stabilisering och förbättring av hälsa och sociala förhållanden för kroniska heroinmissbrukare.

I studier som har genomförts av behandlingsresultat, t.ex. NTORS i Storbritannien (Gossop m.fl., 2002) och DATOS i USA (Hubbard m.fl., 2003) har man funnit att psykosociala och psykoterapeutiska insatser kombinerade med läkemedelsbehandling har varit effektiva. Dessa metoder torde inte bara öka behandlingsmotivationen, förebygga återfall och minska skadeverkningarna utan också innebära att klienter som måste lösa problem med boende och sysselsättning och familjerelaterade frågor parallellt med att de behandlar sitt opiatberoende får råd och praktiskt stöd. Tillgängliga fakta stöder dock inte metoder som enbart förlitar sig på psykosociala åtgärder (Mayet m.fl., 2004).

Flera länder har nyligen redovisat förbättringar av de nationella behandlingsriktlinjerna. I Kroatien, Danmark och Skottland har översyner skett av substitutionsprogrammen och riktlinjerna har granskats för att förbättra behandlingskvaliteten och förhindra att läkemedel avleds till den svarta marknaden. Storbritanniens riktlinjer för klinisk vård av narkotikaberoende har också uppdaterats och National Institute for Clinical Excellence har utfärdat en särskild vägledning om förskrivning av metadon och buprenorfin, behandling av naltrexon, avgiftning samt psykosocial vård. Portugal har också utarbetat ny vägledning för att sörja för att behövande missbrukare får tillgång till behandling i tid.

Behandling i fängelser

Det föreligger bred enighet bland EU:s politiker om behovet att föra praxis och kvalitet på tjänster i fängelserna närmare de som gäller i samhället. I en rapport publicerad av Europeiska kommissionen (2007a) belyses bristen på tjänster för narkotikaberoende interner i fängelser och fästes uppmärksamheten på hur viktigt det är att ingripa med åtgärder i denna miljö. Exempel på det begränsade utbudet är exempelvis brist på kapacitet och expertkunskaper (Lettland, Polen, Malta), splittrade insatser (Lettland), brist på åtgärder för särskilda grupper som unga narkotikamissbrukande fångar (Österrike), och avsaknad av en förebyggande strategi som baseras på folkhälsa (Grekland).

⁽¹²³⁾ Se figur HSR-1 i statistikbulletinen 2008.

På den mer positiva sidan kan konstateras att program inriktade på narkotikamissbruk i fängelserna har blivit allt vanligare och många medlemsstater redovisar nya initiativ. I Polen har man exempelvis inrättat en rättslig ram för ett sprututbytesprogram i fängelserna, i Litauen har en förordning antagits som ålägger fängelserna att tillhandahålla rådgivning före frigivning, i Danmark omfattas alla fångar med längre strafftid än tre månader av en "behandlingsgaranti", i Tjeckien har substitutionsbehandlingen utvidgats till att omfatta 10 fängelser och i Irland håller man för närvarande på att utvärdera behandlingstjänster i fängelserna för att se till att de ligger på samma nivå som de som erbjuds i samhället.

Men jämfört med samhället i övrigt är utbudet av missbruksbehandling i fängelserna fortfarande lågt trots att prevalensen för narkotikamissbruk vanligtvis är högre. I många länder är avgiftning den behandling som föredras och ibland den enda behandling som står till buds. Substitutionsbehandling erbjuds i de flesta länder i teorin men uppgifter tyder på att få narkotikamissbrukare

i praktiken får sådan behandling. Undantagen är Spanien där 14 procent av samtliga dömda fångar (19 600) fick substitutionsbehandling under 2006, och Storbritannien (England och Wales), där det förväntas att antalet som får metadon kommer att öka från 6 000 till 12 000 efter införandet av ny vägledning i april 2007.

Praktisk vägledning för substitutionsbehandling inriktad på frihetsberövade personer har nyligen publicerats (Kastelic m.fl., 2008) och fått stöd av WHO och UNODOC och viss forskning pekar på att substitutionsbehandling för opiatmissbruk i fängelser har positiva effekter på riskbeteende och dödlighet (Dolan m.fl., 2003). En nyligen genomförd översyn av forskningsstudier av fängelsebaserade substitutionsprogram fann att positiva effekter förutsätter att tillräcklig dosering och behandling ges under hela fängelsetiden (Stallwitz och Stöver, 2007). Noggrann planering av frisläppandet och kontakter med samhällets vårdorgan är andra centrala inslag i vården som behövs för att säkerställa att de vinster i förbättrad hälsostatus som görs under tiden som frihetsberövad inte därefter går förlorade ⁽¹²⁴⁾.

⁽¹²⁴⁾ Se "Förhöjd risk för narkotikainducerad död efter frisläppande ur fängelse eller avslutad behandling", s. 89.



Kapitel 7

Narkotikarelaterade infektionssjukdomar och narkotikarelaterade dödsfall

Narkotikarelaterade infektionssjukdomar

Några av narkotikamissbrukets allvarligaste hälsoeffekter är infektionssjukdomar som hiv och virushepatit av typerna B och C. Också i länder där hiv-prevalensen hos injektionsmissbrukare är låg kan andra infektionssjukdomar som virushepatit av typerna A, B och C, sexuellt överförbara sjukdomar, tuberkulos, tetanus, botulism och HTLV-virus (human T-lymphotropic virus) i oproportionerligt hög grad drabba narkotikamissbrukare. ECNN följer systematiskt utvecklingen beträffande hiv och virushepatit av typerna B och C bland injektionsmissbrukare (prevalens för antikroppar eller andra specifika markörer i fallet med virushepatit av typ B). Med hänsyn till att metoderna som används i de olika uppgiftssystemen har flera begränsningar bör uppgifterna tolkas med försiktighet ⁽¹²⁵⁾.

Hiv och aids

I slutet av 2006 förefaller incidensen för diagnostiserad hiv-infektion bland injektionsmissbrukare ha varit låg i de flesta medlemsstater i EU och situationen totalt sett i EU förefaller att ha varit förhållandevis positiv sett ur ett globalt perspektiv. Detta kan åtminstone delvis bero på att åtgärder för prevention, behandling och skadelindring, inklusive substitutionsbehandling och nål- och sprututbytesprogram i allt högre grad blir tillgängliga. Andra faktorer som exempelvis den minskning av injektionsmissbruket som har rapporterats i vissa länder kan också ha spelat en viktig roll. I vissa delar av Europa tyder dock uppgifter på att hiv-smittspridning i samband med injektionsmissbruk fortfarande låg på en relativt hög nivå under 2006 vilket understryker behovet att sörja för att lokal preventionspraxis har god täckning och är effektiv.

Trender för hiv-infektion

Uppgifter om antalet nydiagnostiserade fall av hiv bland injicerande narkotikamissbrukare tyder på att andelen smittade

fortsätter att sjunka i hela EU, efter att epidemierna nådde sina toppar år 2001–2002 beroende på utbrott i Estland, Lettland och Litauen ⁽¹²⁶⁾. Under 2006 var den totala andelen nydiagnostiserade fall av hiv bland injektionsmissbrukare i de 25 medlemsstaterna i EU för vilka nationella uppgifter finns tillgängliga 5,0 fall per miljon invånare, vilket är en minskning från 5,6 under 2005 ⁽¹²⁷⁾. Av de tre länder som redovisar de högsta andelarna av nydiagnostiserade fall (Estland, Lettland, Portugal) fortsätter Portugal att rapportera en nedåtgående trend under 2005/2006, medan trenderna i Estland och Lettland planade ut på 142,0 respektive 47,1 nydiagnostiserade fall per miljon invånare. Mellan 2001 och 2006 har inga större ökning av andelen hiv-smittade i befolkningen konstaterats i något land. I de fall någon mindre ökning konstaterades (t.ex. Bulgarien, Irland), låg dessa under ett ytterligare fall per miljon invånare per år.

En granskning av absoluta tal avslöjar vilka länder som bidrar mer till den totala siffran för EU. Det största antalet nydiagnostiserade fall bland injektionsmissbrukare redovisades under 2006 av länderna med de högsta infektionsnivåerna (Portugal 703 nydiagnostiserade fall, Estland 191, Lettland 108) ⁽¹²⁸⁾ och länder med den största befolkningen (Storbritannien 187, Tyskland 168, Frankrike 167, Polen 112) (figur 10). Mot den allmänna bakgrunden av fallande kurvor konstateras den största ökningen i absoluta tal sedan 2001 ha skett i Storbritannien med cirka 13 nya fall per år och i Tyskland med ungefär 10 nya fall, även om dessa inte är jämnt fördelade över åren. I Bulgarien har den låga ökningstakten på senare tid accelererat med 0, 2, 0, 7, 13 och 34 nya fall per år mellan 2001 och 2006 vilket tyder på att ett epidemiskt utbrott kan vara förestående.

Uppgifter om trender som hämtas från uppföljning av hiv-prevalens i urval av injektionsmissbrukare är ett viktigt komplement till uppgifter från fallrapportering eftersom de ger information också om icke-diagnostiserad smitta. Prevalensuppgifter finns tillgängliga från 25 länder under perioden 2002–2006 ⁽¹²⁹⁾. I 15 länder var hiv-prevalensen

⁽¹²⁵⁾ För närmare uppgifter om metoder och definitioner, se statistikbulletinen 2008.

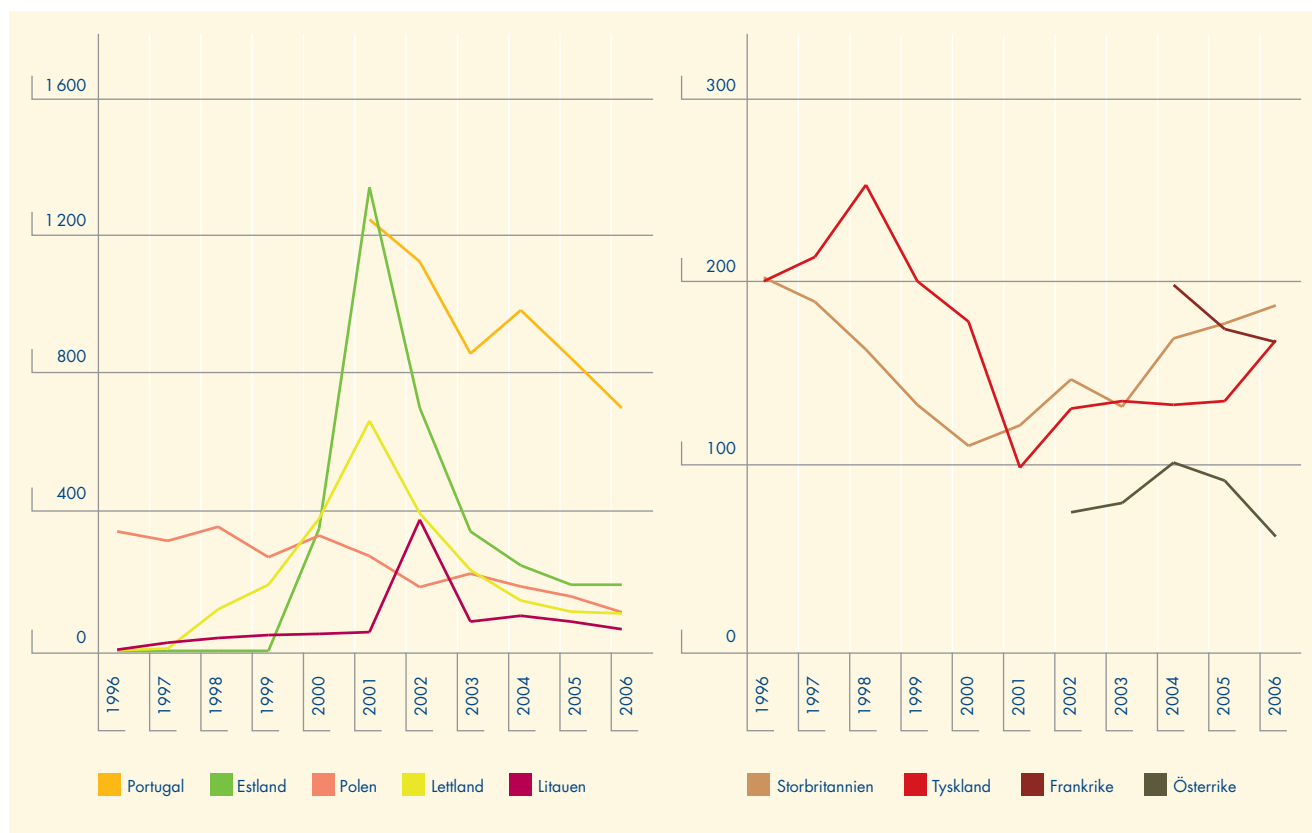
⁽¹²⁶⁾ Se tabell INF-104 i statistikbulletinen 2008.

⁽¹²⁷⁾ Nationella uppgifter finns inte tillgängliga för Spanien och Italien. Korrigerad för dessa två länder skulle andelen vara 5,9 fall per miljon invånare, vilken är en nedgång från 6,4 under 2005.

⁽¹²⁸⁾ I Portugal rapporterades 703 fall av EuroHIV för 2006, medan 432 fall rapporterades av den portugisiska *Epidemiological Surveillance Centre of Transmissible Disease* (CVEDT). Skillnaden beror på klassificering per rapporteringsår (EuroHIV) respektive år för diagnos (CVEDT).

⁽¹²⁹⁾ Se tabell INF-108 i statistikbulletinen 2008.

Figur 10: Nydiagnostiserade hiv-smittade bland injektionsmissbrukare i absoluta tal per rapportår: länder med toppar högre än 300 (vänster) och mellan 100 och 300 (höger)



Anm.: Inga nationella uppgifter finns tillgängliga för Spanien och Italien. Uppgifterna lämnas för regioner om sådana finns. För båda länderna uppgick delvisa siffror till sammanlagt över 100 nya fall under 2005 och visade en nedåtgående trend. Mer information finns i tabell INF-104 i statistikbulletinen 2008. Källa: EuroHIV.

oförändrad under perioden. I fem länder (Bulgarien, Tyskland, Spanien, Italien, Lettland) visade prevalensen statistiskt signifikanta minskningar, alla dessa baserades på nationella urval. I två av dessa länder rapporterades också regionala ökning, i Bulgarien i en stad, Sofia, och i Italien i åtta av 21 regioner och i en stad. I fem länder, slutligen, har nationella trender antingen inte rapporterats eller förefaller vara stabila, samtidigt som det var åtminstone en nationell undergrupp i urvalet som uppvisade en ökande tendens även om prevalensnivåerna i de flesta fall fortfarande ligger på låga nivåer (Belgien, Tjeckien, Litauen, Storbritannien, och möjligen Slovenien).

En jämförelse av trender för nydiagnostiserade infektioner med anknytning till injektionsmissbruk av narkotika med trender för hiv-prevalens bland injektionsmissbrukare tyder på att incidensen för hiv-smitta med anknytning till injektionsmissbruk sjunker på nationell nivå i de flesta länder. Tolkningarna är svårare att göra när dessa uppgiftskällor delvis står i konflikt med varandra som exempelvis är fallet i Bulgarien, Tyskland och Storbritannien. I dessa länder är dock såväl incidensen för nydiagnostiserade fall och ökningstakten (förutom för Bulgarien under perioden 2004–2006) låg.

Den höga årliga ökningstakten för nya hiv-diagnoser med anknytning till injektionsmissbruk i Estland, Lettland och Portugal tyder på att ganska omfattande smittspridning fortfarande sker i dessa länder. Beträffande Estland stöds detta av prevalensuppgifter för 2005 vilka tyder på att cirka en tredjedel av nya injektionsmissbrukare (de som har injicerat under kortare tid än två år) var hiv-positiva. Ytterligare indikationer på pågående hiv-smitta framgår av rapporter om höga prevalensnivåer (över 5 procent) bland unga injektionsmissbrukare (urval på 50 eller fler injektionsmissbrukare under 25 års ålder) i flera länder: Spanien (nationella uppgifter 2005), Portugal (nationella uppgifter, 2006), Estland (två regioner, 2005), Lettland (nationella uppgifter i två städer 2002/03), Litauen (en stad, 2006) och Polen (en stad, 2005) ⁽¹³⁰⁾.

Aids-incidens och tillgång till högaktiv antiretroviral behandling

Uppgifter om aids-incidensen är betydelsefulla för att ge en indikation på hur utbredda sjukdomssymtomen är, även om de inte är en bra indikator på hiv-smitta. Uppgifter om aids-incidensen kan också ge information om i vilken mån

⁽¹³⁰⁾ Se tabellerna INF-109 och INF-110 i statistikbulletinen 2008.

Smittohärdar för hiv/aids

De allra senaste uppgifterna tyder på att incidensen för hiv-smitta bland injektionsmissbrukare i allmänhet är låg i EU. Men i vissa medlemsstater är andelen nya hiv-smittade med anknytning till injektionsmissbruk fortsatt hög och situationen är ändå mer oroande i vissa grannländer, vilket understryker vikten av fortsatt vaksamhet.

Efter en hiv-epidemi nyligen i Estland och Lettland, sjönk andelen nydiagnostiserade smittade bland injektionsmissbrukare från toppen 2001, men har nu stabiliserats på fortsatt höga nivåer (142,0 respektive 471 nya fall per miljoner invånare 2006), vilket tyder på att smittofrekvenserna fortsätter att vara höga. Portugal har fortfarande det största antalet nydiagnostiserade smittade i EU (se s. 79) och även om trenden är nedåtgående är andelen nya fall som redovisas varje år fortfarande hög med 66,5 nya fall per miljon invånare under 2006.

I grannländerna öster om EU är situationen särskilt oroväckande. I de två största länderna, Ryssland och Ukraina är antalet nydiagnostiserade fall högt och ökar fortfarande. Under 2006 uppskattades antalet nydiagnostiserade smittade med anknytning till injektionsmissbruk till över 11 000 i Ryssland och 7 000 i Ukraina (78,6 respektive 152,9 nya fall per miljon invånare).

Stora andelar fortsatt smittade bland injektionsmissbrukare understryker att det är nödvändigt att se över både hur tillgängligt det befintliga tjänsteutbudet är, och vilken nivå och omfattning det har, inklusive särskilda åtgärder som syftar till att minska spridningen av infektionssjukdomar som nål- och sprututbyte och substitutionsbehandling. Därutöver krävs målinriktade enkäter bland injektionsmissbrukare för att studera varför vissa populationer förefaller vara särskilt sårbara, vilka faktorer som är förenade med riskbeteende och vilka hinder som finns för att skydda sig själv samt att söka efter lovande tillvägagångssätt för att förhindra nya utbrott av smitta.

högaktiv antiretroviral behandling (highly active antiretroviral treatment, HAART) har införts och finns att tillgå. Höga incidensnivåer för aids i vissa europeiska länder kan tyda på att många injektionsmissbrukare som är smittade med hiv inte får HAART i ett tillräckligt tidigt skede av infektionen för att behandlingen ska kunna göra största möjliga nytta.

Portugal är fortfarande det land som har den högsta incidensen av aids med anknytning till injektionsmissbruk av narkotika med uppskattningsvis 22,4 nya fall per miljon invånare under 2006 även om trenden nu pekar tydligt neråt från toppen 29,9 fall per miljon invånare under 2005. Relativt höga incidensnivåer för aids rapporteras från Estland, Spanien och Lettland med 17,1, 15,1 respektive 13,5 nya fall per miljon invånare under 2006. En ökning har också

noterats i Litauen, där siffrorna har stigit från 2,0 nya fall per miljon invånare 2005 till 5,0 fall under 2006 ⁽¹³¹⁾.

Hepatit B och C

Hiv-smittan i EU är väsentligen koncentrerad till ett fåtal högprevalensländer, men virushepatit, i synnerhet den infektion som orsakas av hepatit C-virus (HCV), har högre prevalens bland injektionsmissbrukare av narkotika i Europa. Andelen personer med antikroppar mot HCV i urval av injektionsmissbrukare som testats under 2005–2006 varierar från cirka 15 procent till 90 procent, där de flesta länder oftast rapporterar nivåer över 40 procent. Endast ett fåtal länder (Bulgarien, Tjeckien, Finland) redovisar en prevalens under 25 procent i nationella urval av injektionsmissbrukare även om andelen smittade på denna nivå fortfarande utgör ett allvarligt folkhälsoproblem ⁽¹³²⁾.

Inom länderna kan HCV-prevalensen variera betydligt, vilket beror både på regionala skillnader och på egenskaperna hos den samplade populationen. I exempelvis Storbritannien resulterar lokala undersökningar i nivåer mellan 29 procent och 59 procent, medan olika regionala skattningar i Italien varierar mellan 40 procent och 96 procent. Samtidigt som skattningar som härstammar från icke-sannolika urval alltid måste tolkas med försiktighet kommer de variationer av prevalensnivåerna som har rapporterats sannolikt att vara betydelsefulla för målinriktning och tillhandahållande av preventions- och behandlingsprogram. Förståelse av de faktorer som orsakar särskiljande infektionsutbredning torde också bidra till att bättre interventionsstrategier kan utformas.

Undersökningar bland ungdomar (under 25 år) och nya (som har injicerat kortare tid än två år) injektionsmissbrukare av narkotika tyder på att tidsperioden som står till buds för att förhindra HCV-smitta är ganska kort eftersom många smittas av viruset redan tidigt i sin injiceringskarriär. Nyare undersökningar (2005–2006) rapporterar ofta prevalensnivåer mellan 20 procent och 50 procent även om siffrorna varierar betydligt mellan olika urval.

Prevalensen för markörer på smitta med hepatit B-virus (HBV) varierar mer än vad prevalensen för HCV-markörer gör, möjligen beroende på skillnader i fråga om andelen som har blivit vaccinerade. De mest fullständiga tillgängliga uppgifterna avser antikroppen mot HBV-kärnantigen (anti-HBc), vars förekomst tyder på att personen i fråga har haft en infektion. År 2005–2006 rapporterades prevalenstal på över 40 procent från sex av de 11 länder som lämnade uppgifter om injektionsmissbrukare ⁽¹³³⁾.

Tidstrenderna för rapporterade fall av hepatit B och hepatit C ser olika ut. När det gäller hepatit B förefaller

⁽¹³¹⁾ Se figur INF-1 i statistikbulletinen 2008.

⁽¹³²⁾ Se tabellerna INF-111 till INF-113 i statistikbulletinen 2008.

⁽¹³³⁾ Se tabell INF-115 i statistikbulletinen 2008.

Tillgång till hiv-testning och behandling mot hiv

I Europa kan så många som en av tre hiv-smittade personer vara omedvetna om att de bär på smittan (ECDC, 2007), och rapporter från vissa medlemsstater tyder på att denna insikt kan vara ännu lägre bland infekterade injektionsmissbrukare.

En följd av detta är att många som smittas med viruset inte får tidig vård och behandling. Denna grupp kan också bidra till spridning av hiv genom att de utsätter andra för smittorisk, utan att de själva vet om det. Dessutom försämras kvaliteten på uppgifter som samlas in av kontrollsystemet för hiv.

Preliminära uppgifter tyder på att injektionsmissbrukares tillgång till antiretroviral behandling och vård är oproportionerligt låg (Donoghoe m.fl., 2007). För att tillvägagångssätt för antiretroviral behandling ska bli effektiva måste hänsyn tas till injektionsmissbrukarnas särskilda situation och behov. Det kan röra sig om samtidiga hälsoproblem och sociala problem (t.ex. hemlöshet och avsaknad av sjukförsäkring) liksom stigma och diskriminering i vårdinrättningar eller upprepade arresteringar och frihetsberövanden.

I syfte att förbättra tillgången till hiv-testning och behandling mot hiv, har ECNN utarbetat särskilda riktlinjer för att erbjuda injektionsmissbrukare årliga frivilliga läkarundersökningar inklusive testning för hiv och virushepatit (!).

(!) Se Internet (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/medical-examination>).

andelen injektionsmissbrukare av samtliga rapporterade fall ha minskat något i vissa länder, vilket möjligen återspeglar att vaccinationsprogrammen riktade till injektionsmissbrukare får allt större genomslag. Däremot har andelen injektionsmissbrukare av de rapporterade fallen av hepatit C-infektion minskat i fem länder, medan den har ökat i fem andra länder (Tjeckien, Luxemburg, Malta, Sverige, Storbritannien) ⁽¹³⁴⁾. För såväl hepatit B som hepatit C fortsätter skillnaderna att vara stora mellan länderna när det gäller andelen injektionsmissbrukare av de rapporterade fallen 2006, vilket kan tyda på geografiska skillnader i epidemiologin för dessa infektioner även om obalanser som beror på olika testningsmetoder och rapporteringspraxis inte kan uteslutas.

Prevention av infektionssjukdomar

För att minska spridningen och effekterna av infektionssjukdomar bland narkotikamissbrukare använder sig EU:s medlemsstater av en kombination av några av följande åtgärder: missbruksbehandling inklusive substitutionsbehandling (se kapitel 6), hälsoinformation och rådgivning, distribution av sterila nålar och sprutor,

och utbildning i säkert sex och hur man minskar riskerna. Tillgänglighet och täckning för dessa åtgärder varierar avsevärt mellan länderna.

Nål- och sprutprogram och substitutionsbehandling för opiatmissbrukare erbjuds i alla medlemsstater i EU, Kroatien och Norge även om miljöerna där programmen erbjuds och målgrupperna skiljer sig betydligt mellan länderna. Såväl substitutionsbehandling som tjänster för att lindra skadeverkningar har ökat markant i omfattning i Europa under de senaste tio åren. I vissa länder är dessa insatser dock totalt sett fortfarande begränsade och behoven överstiger utbudet i dessa områden.

En nyligen genomförd kohortundersökning i Amsterdam pekade på fördelarna med kombinerade åtgärder för underhållsbehandling med metadon och sprututbyte, eftersom kontakt med båda tjänsterna, jämfört med kontakt med endast en av dem, gav lägre incidens av HCV- och hiv-infektioner bland injicerande narkotikamissbrukare (Van den Berg m.fl., 2007).

Det är svårt att göra en bedömning av nål- och sprutprogrammets täckning och bara några länder lämnar relevanta siffror. Tjeckien rapporterar exempelvis att det finns ett nätverk av 90 lågtröskeltjänster som når cirka 25 000 narkotikamissbrukare per år, och av dessa är 70 procent injektionsmissbrukare som får i genomsnitt 210 sprutor var.

En ökning av antalet sprutor som nål- och sprutprogrammen lämnar ut redovisas från vissa länder: i Estland har det uppskattade antalet sprutor som lämnas ut per injektionsmissbrukare dubblerats mellan 2005 och 2006 och uppgår nu till 112 stycken. Under samma period ökade Ungerns nål- och sprutprogram sin omsättning av sprutor med 56 procent och antalet klienter med 84 procent och Finland fortsätter att rapportera en ökning av antalet besökande klienter och antalet sprutor som distribueras i centrum för hälsorådgivning. Men inte alla länder har rapporterat ökning: i Malta och Slovakien var antalet sprutor oförändrat 2006, Polen redovisade en minskning av antalet organ som var verksamma inom detta område och en minskning med 15 procent av antalet utdelade sprutor. Rumänien rapporterade att antalet utbytta sprutor i Bukarest minskat med 70 procent och uppgav ekonomiska problem som den huvudsakliga orsaken.

I flera länder kan stabilisering eller minskning av sprututbytet spegla förändringar av de övergripande mönstren för injicering och tillgång på behandling. I Luxemburg stabiliserades antalet sprutor som distribuerades av lågtröskeltjänster 2005 efter att det hade ökat under flera år, och minskade därefter under 2006. Minskad distribution av sprutor på senare tid har också redovisats av Portugal och Belgien (den flamländska delen) och på lokal nivå i Tyskland och Nederländerna.

⁽¹³⁴⁾ Se tabellerna INF-105 och INF-106 i statistikbulletinen 2008.

Hepatit-B vaccination bland narkotikamissbrukare

Bland injektionsmissbrukare i Europa fortsätter smittspridningen av hepatit-B-virus (HBV), och antalet personer med aktiv HBV-smitta (prevalens för HBsAg) fortsätter att vara högt i denna grupp jämfört med i den allmänna befolkningen (¹). Vaccination bedöms vara den mest effektiva åtgärden för att förhindra smitta med hepatit B virus (HBV) och dess följder. I enlighet med Världshälsoorganisationens rekommendation 1991 har de flesta, men inte alla, medlemsstater i EU föreskrivit allmän vaccination mot detta virus. Vaccination av spädbarn kommer främst att ha effekt för framtida generationer av narkotikaanvändare. För att snabbare minska smittspridningen har över hälften av EU:s medlemsstater antagit vaccinationsprogram som särskilt riktar sig till injektionsmissbrukare och/eller interner på fängelser. Programmets täckning varierar dock mellan länderna och en tredjedel av EU:s medlemsstater uppger att de ännu inte har några vaccinationsprogram som särskilt riktar sig till narkotikaanvändare.

Vaccinationsprogram som riktar sig till narkotikamissbrukare möter ofta ett problem med låg behandlingsföljsamhet eftersom många inte fullföljer hela vaccinationsprogrammet. Om det finns tillgång till ett säkert och effektivt vaccin kan strategier för att nå bättre immunisering bland personer i riskzonen innefatta ett flexibelt tillvägagångssätt, åtgärder för att fånga upp narkotikamissbrukare tidigt i karriären och att sträcka sig ut till de samfund där det råder högre prevalens för narkotikamissbruk. Upprepade erbjudanden om vaccinering och extra doser för dem som har ett försvagat immunförsvar kan också bidra till bättre immuniseringsresultat. Detta kan kräva att EU:s medlemsstater ser över och eventuellt finjusterar politiken för att minska uppkomsten av kronisk HBV-smitta och dess följder.

(¹) Se tabellerna INF-106 och INF-114 i statistikbulletinen 2008.

Sprututbyte och lågtröskeltjänster kan också erbjuda en väg till vård för de missbrukare som har dålig tillgång till allmänna tjänster. Detta innefattar primär hälsovård liksom åtgärder för att främja sexuell hälsa, som utdelning av kondomer och glidmedel och utbildning i säkrare sex. I de flesta länder erbjuds tjänster för att förebygga smittsamma sjukdomar genom uppsökande verksamheter eller i lågtröskelvården, men tjänster på detta område fortsätter att utvecklas. Ett transnationellt nätverk för förebyggande insatser inom ramen för lågtröskeltjänster som kommer att använda gemensamma tjänstenormer och epidemiologiska uppföljningsprotokoll håller för närvarande på att inrättas i Estland, Lettland och Litauen.

Läkarvård tillhandahålls på lågtröskelkliniker och av mobila enheter eller via remitteringssystem. Det tjeckiska lågtröskelnätet bedriver exempelvis ett nära samarbete med

regionala offentliga hälsovårdsorgan i syfte att underlätta tillträdet till rådgivning, testning och behandling av kroppsliga sjukdomar, i synnerhet virushepatit. I Bulgarien behandlade en mobil mottagning i Bourgas vid Svarta havet 750 patienter under 2006. Några danska kommuner mottog statlig finansiering av hälsovårdsprogram med inriktning på de mest utsatta missbrukarna. Projektet "health room" i Köpenhamn som kombinerar hälsovård och social rådgivning med lågtröskelmetoder är ett treårigt pilotprojekt som inrättades under 2008.

Prevention av virushepatit

Under 2006 redovisade flera länder åtgärder för att förebygga spridning av virushepatit. Som uppföljning till resultaten av ett kombinerat åtgärds- och forskningsprojekt i Luxemburg har rådgivning för säkrare användning riktad till ungdomar och nya narkotikaanvändare byggts ut samtidigt som injektionsmissbrukare har fått bättre tillgång till fri utrustning. I Danmark har kostnadsfria vaccinationer mot virushepatit A och B erbjudits sedan 2006 för samtliga narkotikamissbrukare och deras partner och kommunerna måste nu förse injektionsmissbrukare med ett heltäckande utbud av tjänster för smittsamma sjukdomar. I Irland, slutligen, fick en arbetsgrupp för HCV till uppgift att utveckla en nationell strategi för övervakning, utbildning och behandling 2007.

Insatser inriktade på att bekämpa smittsamma sjukdomar med anknytning till narkotikamissbruk är särskilt viktiga i fängelser liksom att ge hälsovård till en population som annars är svår att nå (se kapitel 2). Nyare forskning tyder på att det är viktigt att tillhandahålla virusrestning till alla som någon gång har använt illegala droger eftersom det har visat sig att upptäckt av kronisk hepatit C-infektion vid inträde i fängelse är en kostnadseffektiv åtgärd (Sutton m.fl., 2006). Utöver att smittade får nödvändig behandling och vård skulle narkotikamissbrukare i fängelser ha nytta av en rad andra åtgärder som hälsoundervisning och vaccinering mot hepatit B (¹³⁵).

Narkotikarelaterade dödsfall och narkotikarelaterad dödlighet

Användning av droger är en av de främsta orsakerna till hälsoproblem och dödsfall bland ungdomar i Europa. I synnerhet opiatmissbrukets höga dödlighet illustreras av en internationell undersökning som stöds av ECNN och som i sju europeiska städer funnit att 10 till 23 procent av dödligheten i åldersgruppen 15–49 år kunde hänföras till användning av opiater (Bargagli m.fl., 2005).

ECNN:s nyckelindikator "Drug-related deaths and mortality among drug users" övervakar främst de dödsfall som direkt orsakats av narkotikaanvändning (narkotikainducerade dödsfall)

(¹³⁵) Se DUP-tabeller i statistikbulletinen 2008.

och i mer begränsad omfattning den totala dödligheten bland narkotikamissbrukare som också innefattar dödsfall som hänger samman med en rad olika hälsoproblem och sociala problem.

Narkotikainducerade dödsfall

ECNN:s definition av narkotikainducerade dödsfall⁽¹³⁶⁾ avser de dödsfall som är direkt förorsakade av konsumtion av en eller flera droger (förgiftning eller överdos), där åtminstone ett av ämnena är en illegal drog. Antalet narkotikaanvändare, hur de intar drogen (injicering, blandmissbruk) samt behandlings- och akutvårdens tillgänglighet är andra faktorer som kan påverka det totala antalet sådana dödsfall i ett samhälle. I allmänhet inträffar narkotikainducerade dödsfall kort efter konsumtionen av det eller de berörda ämnena.

De förbättringar av kvaliteten och tillförlitligheten hos de europeiska uppgifterna som har skett på senare år gör det möjligt att på ett bättre sätt beskriva totala och nationella trender och de flesta länder har nu antagit en falldefinition som överensstämmer med den som ECNN använder⁽¹³⁷⁾. Skillnader i rapporteringskvalitet mellan länder innebär dock att direkta jämförelser bör göras med försiktighet.

Under perioden 1990–2005 rapporterades mellan 6 500 och 8 500 narkotikainducerade dödsfall varje år av medlemsstaterna i EU, eller totalt för EU cirka 130 000 dödsfall. Dessa siffror bör betraktas som en lägsta skattning⁽¹³⁸⁾.

Den narkotikarelaterade dödligheten i befolkningen varierar stort mellan länderna: från 3–5 till över 70 dödsfall per miljon invånare i åldern 15–64 år (i genomsnitt 21 dödsfall per miljon invånare). Sexton europeiska länder har uppgett en dödlighet på över 20 fall per miljon invånare och fem länder en dödlighet på över 40 fall per miljon invånare. Bland män i åldern 15–39 år ligger dödligheten i genomsnitt och i de flesta länder två gånger så högt (i genomsnitt 44 dödsfall per miljon invånare). Under 2005–2006 stod narkotikainducerade dödsfall för 3,5 procent av samtliga dödsfall bland européer i åldern 15–39 år och i åtta länder stod dessa dödsfall för mer än 7 procent av samtliga dödsfall⁽¹³⁹⁾ (figur 11).

Det finns fortfarande bara begränsad forskning om morbiditet och andra konsekvenser av överdos utan dödlig utgång, och investeringar i preventionsåtgärder förblir även de begränsade, trots belegg för att det förekommer ett stort antal sådana överdos. Studier har lett till skattningar på mellan 20 till 25 överdos utan dödlig utgång för varje överdos som leder till dödsfall. Även om det är svårt att veta om dessa skattningar kan tillämpas på EU som helhet skulle de ge ungefär 120 000 till 175 000 överdos utan dödlig utgång per år.

Narkotikarelaterad dödlighet: ett komplicerat begrepp

Såväl den vetenskapliga som den politiska debatten om narkotikarelaterad dödlighet hämmas av alla olika begrepp och definitioner som har använts på det här området. Om mycket breda och allomfattande begrepp används får uppgifterna föga värde när man försöker förstå de underliggande faktorerna bakom narkotikarelaterad dödlighet. Om exempelvis samtliga dödsfall där en toxikologisk undersökning ger positiva resultat grupperas tillsammans kommer detta att innefatta fall när narkotika har varit en direkt orsak, där narkotika har spelat en indirekt roll eller ingen roll alls.

En annan viktig fråga är vilka ämnen som avses. Gruppen kan vara begränsad till illegala droger eller utsträckas till att gälla även andra psykoaktiva ämnen och läkemedel. I det senare fallet kan det vara svårt att skilja mellan dödsfall som främst är relaterade till frågor som rör psykisk hälsa (t.ex. självmord i samband med depression) och dödsfall som kan tillskrivas användning av droger. Dessutom orsakas många narkotikainducerade dödsfall av blandmissbruk och det kan vara svårt att förstå vilken roll olika droger spelar.

Begreppsmässigt innefattar narkotikarelaterade dödsfall två breda komponenter. Den första och mest väldokumenterade avser de dödsfall som direkt har orsakats av en eller flera droger. Dessa dödsfall kallas vanligen "överdos", "förgiftning" eller "narkotikainducerade dödsfall". Den andra komponenten är bredare och täcker dödsfall som inte direkt kan tillskrivas drogernas farmakologiska effekt men som ändå är kopplad till användning av drogerna: långvariga följder av infektionssjukdomar, samspel med psykiska sjukdomar (t.ex. självmord) eller andra omständigheter (t.ex. trafikolyckor). Det finns också dödsfall som har anknytning till droger men som beror på omständigheterna (t.ex. våld med anknytning till narkotikahandeln).

ECNN:s nuvarande metod för att rapportera om den totala narkotikarelaterade dödligheten är baserad på uppskattningar av andelen dödsfall bland kohorter av personer med problematiskt narkotikamissbruk. Andra metoder utforskas emellertid där uppgifter från olika källor kan kombineras för att uppskatta den totala bördan när det gäller dödsfall som narkotikan utgör i ett samhälle (se "Total narkotikarelaterad dödlighet", s. 87).

Dödsfall relaterade till opiater

Heroin

Opiatöverdos är en av de vanligaste dödsorsakerna bland ungdomar i Europa, särskilt bland män i städer⁽¹⁴⁰⁾. Opiater, främst heroin eller nedbrytningsprodukter av

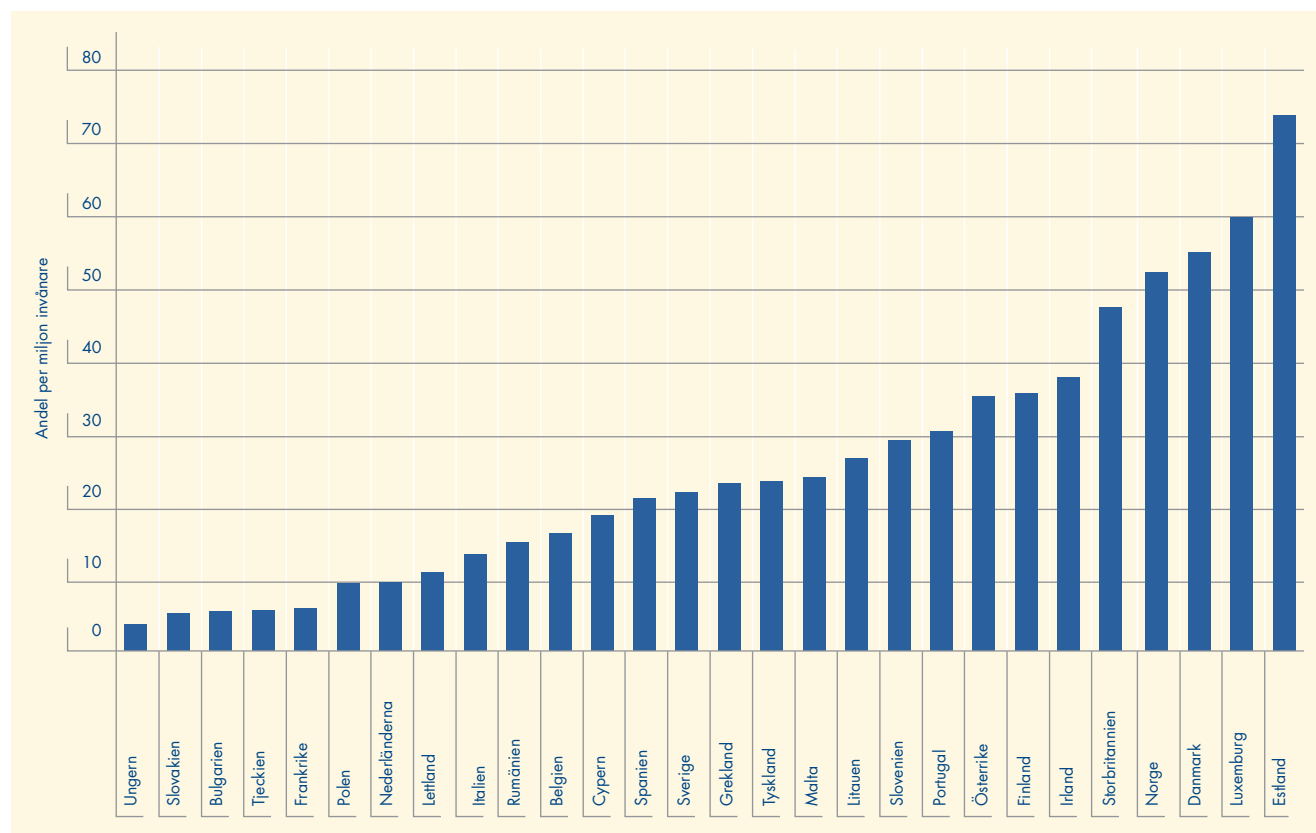
⁽¹³⁶⁾ Termen "narkotikainducerat dödsfall" har nu antagits eftersom det mer exakt speglar den falldefinition som används.

⁽¹³⁷⁾ Se detaljerad metodologisk information om narkotikarelaterade dödsfall i statistikbulletinen 2008.

⁽¹³⁸⁾ Se tabell DRD-2 del (i) i statistikbulletinen 2008.

⁽¹³⁹⁾ Se tabell DRD-5 och figur DRD-7 del (ii) i statistikbulletinen 2008.

⁽¹⁴⁰⁾ Eftersom de flesta fall som rapporteras till ECNN är opiatöverdos, har allmänna karakteristika för narkotikainducerade dödsfall använts för att beskriva opiatfall.

Figur 11: Andelen dödsfall bland samtliga vuxna (15–64 år) som beror på narkotikainducerade dödsfall

Anm.: För Tjeckien användes ECNN:s "urval D"-definition av "akut narkotikarelaterat dödsfall" i stället för den nationella definitionen, för Storbritannien användes definitionen enligt narkotikastrategin, för Rumänien avser uppgifterna endast Bukarest och flera län som omfattas av behörigheten för Toxicology Laboratory of Bucharest. Beräkningarna av dödlighetstalen i befolkningen baseras på nationell befolkning för 2005 som Eurostat har redovisat. Jämförelser mellan andelar i befolkningen bör göras med försiktighet eftersom det finns vissa skillnader i falldefinitioner och kvaliteten på rapporteringen. För konfidensintervall och mer information om uppgifterna, se figur DRD-7 del (i) i statistikbulletinen 2008.

Källor: Reitox nationella rapporter 2007, hämtade från nationella dödsfallsregister eller specialregister (rättsliga eller polisiära) samt Eurostat.

heroin förekommer i de flesta narkotikarelaterade dödsfall som rapporterats i EU och står för 55 procent till nästan 100 procent av samtliga fall, där över hälften av länderna rapporterar andelar över 80 procent⁽¹⁴¹⁾. I de toxikologiska rapporterna om dödsfall som tillskrivs heroin har ofta andra ämnen påträffats som kan ha spelat en roll. Oftast förekommande är alkohol, benzodiazepiner, andra opiater samt, i vissa länder, kokain. Ett arbete som ECNN nyligen genomfört där nio länder deltog gav vid handen att mer än en drog nämndes i de toxikologiska resultaten i 60 till 90 procent av de opiatinducerade dödsfallen. Detta tyder på att en betydande andel av samtliga narkotikainducerade dödsfall kan hänga samman med blandmissbruk.

Män står för majoriteten (60–95 procent) av opiat överdosedödsfallen och de är oftast mellan 20 och 40 år gamla, och i genomsnitt runt 35 år i de flesta länderna⁽¹⁴²⁾. I många länder är de som dör av överdoser allt äldre, vilket tyder på en möjlig stabilisering eller minskning av antalet

unga heroinmissbrukare. I vissa andra länder (Bulgarien, Estland, Rumänien, Österrike), är en relativt stor andel av dem som dör av överdoser ungdomar under 25 år, vilket kan peka på att en yngre population använder heroin eller injicerar droger i dessa länder⁽¹⁴³⁾.

Metadon och buprenorfin

Forskningen visar att substitutionsbehandling minskar risken för överdoser med dödlig utgång. Trots det rapporteras varje år ett antal dödsfall med koppling till substitutionsläkemedel. Dessa dödsfall beror oftast på missbruk eller i ett litet antal fall, på problem som uppstått under behandlingen⁽¹⁴⁴⁾.

Flera länder uppger att metadon förekommer i en betydande andel av de narkotikarelaterade dödsfallen, men i avsaknad av gemensamma rapporteringsnormer är det ofta oklart vilken roll metadonet har spelat. Länder som har rapporterat ett icke-försumbart antal dödsfall där metadon har förekommit är Danmark, Tyskland, Storbritannien och Norge. Andra

⁽¹⁴¹⁾ Se figur DRD-1 i statistikbulletinen 2008.

⁽¹⁴²⁾ Se tabell DRD-1 del (i) i statistikbulletinen 2008.

⁽¹⁴³⁾ Se figurerna DRD-2, DRD-3 och DRD-4 i statistikbulletinen 2008.

⁽¹⁴⁴⁾ Se "Dödsfall relaterade till substitutionsbehandling", s.86.

Dödsfall relaterade till substitutionsbehandling

Forskning har visat att risken för överdos minskar betydligt när heroinmissbrukare får substitutionsbehandling med metadon. En nyare kohortundersökning som innefattar fler än 5 000 heroinmissbrukare fann att risken för dödsfall genom överdos minskades med en faktor på nio medan missbrukarna var i substitutionsbehandling jämfört med tiden utanför denna vård, inklusive alla andra typer av behandling eller ingen behandling (Brugal m.fl., 2005).

Metadon har identifierats i de toxikologiska rapporterna av vissa dödsfall. Detta innebär däremot inte att det, i samtliga dessa fall, finns ett direkt orsakssamband eftersom andra droger eller faktorer kan förekomma. Dödsfall på grund av överdoser av preparatet kan ändå inträffa och bland de faktorer som kan vara inblandade är förändrad tolerans, alltför stora doser, att klienten använder läkemedlet felaktigt eller att drogen används för andra ändamål än terapeutiska.

En tänkbar orsak till att antalet rapporterade metadondödsfall i Storbritannien har minskat är att åtgärder har vidtagits för att förhindra avledning av metadon till den illegala marknaden (Zador m.fl., 2006), och totalt sett kan goda metoder i substitutionsbehandling vara en viktig komponent för att minska risken för metadonrelaterade dödsfall. Såväl patienthälsan som hälsan i samhället skyddas därför sannolikt vid förbättrade kvalitetsnormer för behandling, inklusive förskrivningspraxis, förbättrad uppföljning av klienterna under behandlingens första faser, kontroll av eventuell hjärttoxicitet, information om risker vid användning av andra läkemedel eller psykoaktiva ämnen samt av utlämningspraxis för att minska risken för avledning.

Den dramatiska utbyggnaden av metadonbehandlingen i Europa har inte avspeglats i en parallell ökning av metadonrelaterade dödsfall. En studie som utfördes i Storbritannien fann att mellan 1993 och 2004 ökade den totala kvantiteten av förskrivet oralt metadon med en faktor på 3,6 medan antalet dödsfall som innefattade metadon minskade från 226 till 194 (Morgan m.fl., 2006). Detta utgör en minskning av andelen metadonrelaterade dödsfall från 13 per 1 000 patientår 1993 till 3,1 per 1 000 patientår 2004. Även om det vore intressant att studera liknande undersökningar i andra länder, tyder tillgängliga rön på att det är mer sannolikt att metadonrelaterade dödsfall är knutna till brister i förskrivningsmetoderna än till de totala nivåerna i substitutionsbehandling.

länder har inte rapporterat några fall eller endast ett begränsat antal ⁽¹⁴⁵⁾. I USA har konstaterats att antalet metadonrelaterade dödsfall har ökat markant sedan 1999. De flesta av dessa dödsfall tillskrivs missbruk av metadon som har "avletts" från sjukhus, apotek, läkarmottagningar

och smärtlindringsmottagningar, medan endast ett begränsat antal dödsfall tillskrivs metadon som har erhållits inom ramen för ett substitutionsprogram ⁽¹⁴⁶⁾.

Dödsfall orsakade av buprenorfinförgiftning förefaller vara sällsynta, trots att läkemedlet allt oftare används i substitutionsbehandling i många europeiska länder. I Frankrike rapporteras mycket få dödsfall trots att antalet narkotikamissbrukare som får behandling med buprenorfin är stort (76 000–90 000). I Finland förekommer däremot buprenorfin i de flesta narkotikainducerade dödsfall vanligen i kombination med lugnande medel eller alkohol, eller också injicerat ⁽¹⁴⁷⁾.

Fentanyl

Från Estland har nyligen rapporterats om en oroväckande epidemi av förgiftningar med dödlig utgång orsakade av 3-metylfentanyl. Uppgifterna baseras på rättsmedicinska toxikologiska obduktionsresultat, varvid man fann 46 förgiftningar med dödlig utgång under 2005 och 71 fall under 2006 (Ojanperä m.fl., in press). Preliminära resultat från Estland tyder på att 85 dödsfall under 2004 hängde samman med samma ämne. Från andra europeiska länder har det också kommit sporadiska rapporter om fentanylinducerade dödsfall och från USA har nyligen rapporterats om epidemier av dödsfall som i allmänhet har varit kortvariga. Exempelvis tillskrevs 350 dödsfall i Chicago mellan 2005 och 2007 fentanyl (Denton m.fl., 2008). Det här ämnets relativt höga styrka kan höja risken för överdos samtidigt som ämnet kan förbises i toxikologisk testning. Ökad illegal produktion och användning av fentanyl kommer därför sannolikt att bli en viktig fråga både för befintliga kontrollsystem och för folkhälsan.

Dödsfall med koppling till andra droger ⁽¹⁴⁸⁾

Det är svårare att identifiera dödsfall som beror på överdoser av kokain än de som orsakas av opiater (se temakapitel 2007 om kokain). Dödsfall som är direkt orsakade av överdoser av kokain förefaller vara ovanliga, och de är oftast kopplade till mycket stora kokaindosor. De flesta kokaindödsfallen tycks vara ett resultat av kronisk användning av drogen som leder till hjärt-kärlproblem och neurologiska komplikationer. Kokainets roll i dessa dödsfall identifieras inte alltid och de kanske inte rapporteras som kokainrelaterade. Tolkning av uppgifter om dödsfall som tillskrivs kokain försvåras ytterligare av att andra ämnen i många fall finns närvarande, vilket gör det svårt att se orsakssammanhangen.

⁽¹⁴⁵⁾ Se tabell DRD-108 i statistikbulletinen 2008.

⁽¹⁴⁶⁾ National Drug Intelligence Center. *Methadone Diversion, Abuse and Misuse: Deaths Increasing at Alarming Rate. November 2007. Document 2007-Q0317-001* (<http://www.usdoj.gov/ndic/pubs25/25930/index.htm#Key>).

⁽¹⁴⁷⁾ Se tabell DRD-108 i statistikbulletinen 2008 och årsrapporten 2007 för ytterligare uppgifter.

⁽¹⁴⁸⁾ Se tabell DRD-108 i statistikbulletinen 2008.

Under 2006 redovisades över 450 kokainrelaterade dödsfall i 14 medlemsstater. Det är dock sannolikt att antalet kokaininducerade dödsfall i EU är underrapporterat.

Det är fortfarande sällsynt med dödsfall där ecstasy omnämns. De flesta med konstaterad "förekomst av ecstasy" rapporteras från Storbritannien, men i många fall har drogen inte identifierats som den direkta dödsorsaken.

Också amfetamindödsfall rapporteras sällan i Europa, även om ett betydande antal dödsfall i Tjeckien har tillskrivits pervitin (metamfetamin). I Finland rapporterades 64 dödsfall där amfetaminer var inblandade, men detta innebär inte nödvändigtvis att drogen var den direkta dödsorsaken.

Trender för narkotikainducerade dödsfall

De narkotikainducerade dödsfallen ökade kraftigt i Europa under 1980-talet och början av 1990-talet, vilket möjligen återspeglade heroinmissbrukets och injektionmissbrukets ökande utbredning, och låg därefter kvar på höga nivåer⁽¹⁴⁹⁾. Uppgifter från länder med långa tidsserier visar olika trender. I vissa länder (t.ex. Tyskland, Spanien, Frankrike, Italien) nådde antalet dödsfall en topp 1990 till 1995 och minskade därefter. I andra länder (t.ex. Irland, Grekland, Portugal, Finland, Sverige, Norge) nåddes toppen först omkring år 2000 innan kurvan pekade neråt och i ytterligare andra länder (t.ex. Danmark, Nederländerna, Österrike, Storbritannien) konstaterades en uppåtgående trend men utan någon tydlig topp⁽¹⁵⁰⁾.

Det är svårare att beskriva trenderna för narkotikainducerade dödsfall under perioden 2001 till 2005/2006. Under de första åren efter millennieskiftet (2000–2003) redovisade många EU-länder sjunkande tal och totalt sett minskade antalet narkotikainducerade dödsfall med 3 procent under 2001, 14 procent under 2002 och 7 procent under 2003⁽¹⁵¹⁾. Under 2004 och 2005 rapporterade däremot de flesta europeiska länder små ökning. Flera faktorer kan ha samverkat till detta, som exempelvis ökat blandmissbruk, en möjlig ökning av tillgängligheten för heroin eller en åldrande population kroniska narkotikamissbrukare⁽¹⁵²⁾.

Eftersom det saknas uppgifter från några av de större länderna är de totala skattningarna av antalet narkotikainducerade dödsfall för 2006 fortfarande preliminära. Tillgängliga uppgifter från 18 länder låter dock ana att en liten ökning har skett jämfört med 2005.

Antalet narkotikainducerade dödsfall bland ungdomar yngre än 25 år har totalt sett minskat något i Europa, samtidigt som

antalet dödsfall fram till nyligen har ökat i denna åldersgrupp i de medlemsstater som anslöt sig till EU efter 2004⁽¹⁵³⁾. En ökning av andelen yngre fall har konstaterats på senare år i Grekland, Luxemburg och Österrike och i mindre omfattning i Bulgarien, Lettland och Nederländerna⁽¹⁵⁴⁾. Denna observation kräver ytterligare undersökningar eftersom den skulle kunna peka på att antalet ungdomar som använder opiater har ökat i dessa länder.

Total narkotikarelaterad dödlighet

En relativt ny undersökning har visat att opiatmissbrukare som rekryterades till undersökningen när de befann sig i behandling på åtta europeiska platser (sju städer och ett land) i Europa hade mycket hög dödlighet jämfört med samma åldersgrupp i befolkningen (se ECNN, 2006). Andra kohortundersökningar har funnit dödlighetstal mellan 6 och 54 gånger högre bland narkotikamissbrukare än i den allmänna befolkningen. Dessa skillnader beror främst på narkotikaöverdoser, även om andra faktorer också är viktiga. I vissa länder spelar dödsfall på grund av aids en betydande roll. Darke m.fl. (2007) har formulerat fyra breda kategorier av dödsfall bland narkotikamissbrukare: överdoser (inklusive alkoholförgiftning) sjukdom, självmord och trauma. Bland sjukdomarna kan tillstånd med anknytning till blodburna infektioner (bl.a. hiv, HCV och HBV, se ovan), neoplasma, leversjukdomar och sjukdomar i blodomlopp och andningsvägar vara förenade med narkotikamissbruk. Trauma innefattar främst olyckor, dråp eller mord och andra former av våld.

En nyligen genomförd norsk undersökning av en kohort narkotikaanvändare som tagits in för behandling fann att bland 189 registrerade dödsfall stod överdoser för hälften av de dödsfall där orsakerna var kända. Sjukdomar, främst aids och leversjukdomar, stod för ytterligare en knapp fjärdedel, medan självmord och trauma stod för vardera en tiondel och alkoholförgiftningar för cirka två procent (figur 12). Det bör noteras att andelen aidsrelaterade dödsfall kan vara betydligt högre i länder med en hög hiv-prevalens bland narkotikamissbrukare.

Kohortundersökningar är värdefulla instrument för att skatta och förstå den övergripande dödlighet som är förknippad med narkotikamissbruk, men andra tillvägagångssätt kan bidra till att förbättra kunskaperna och ge en överblick på nationell nivå. ECNN håller för närvarande på att i nära samarbete med medlemsstaterna utforska flera nya metoder på det här området i syfte att genomföra dem på EU-nivå.

⁽¹⁴⁹⁾ Se figur DRD-8 i statistikbulletinen 2008. Denna trend avser EU-15 och Norge.

⁽¹⁵⁰⁾ Se figur DRD-11 i statistikbulletinen 2008.

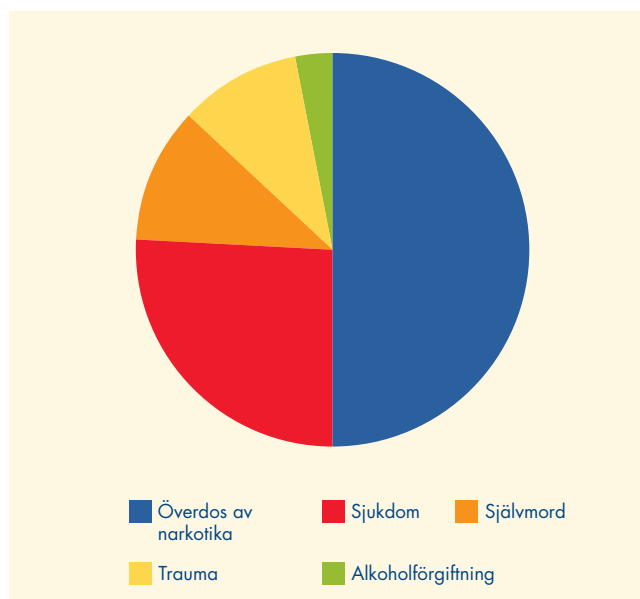
⁽¹⁵¹⁾ De siffror som redovisas här skiljer sig från dem som rapporterats under föregående år, vilket beror på förändringar av falldefinition eller täckning i Danmark, Spanien, Frankrike och Storbritannien, och uppdateringar i flera länder.

⁽¹⁵²⁾ Se "Opiatindikatorerna sjunker inte längre" s. 72, samt tabell DRD-2 del (i) och figur DRD-12 i statistikbulletinen 2008.

⁽¹⁵³⁾ Se figur DRD-13 del (i) i statistikbulletinen 2008.

⁽¹⁵⁴⁾ Se figur DRD-9 i statistikbulletinen 2008.

Figur 12: Kända orsaker till dödsfall i en kohort av narkotikamissbrukare i Norge



Anm.: Uppgifterna kommer från en studie baserad på ett urval av 501 narkotikamissbrukare som tagits in för behandling för narkotikamissbruk under perioden 1981–1991. Sammanlagt 189 dödsfall registrerades fram till 2003 och i 14 av dessa fall kunde dödsorsaken inte fastställas.

Källa: Ødegard, E., Amundsen, E.J. och Kielland, K.B., (2007), "Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach", *Drug and Alcohol Dependence* 89, s, 176–182

I en av dessa metoder extrapoleras dödlighetstal från kohortundersökningar till lokala (Bargagli m.fl., 2005) eller nationella skattningar av problematiska narkotikamissbrukare (Cruts m.fl., 2008). En annan metod bygger på att fraktioner som enligt olika undersökningar kan tillskrivas narkotika tillämpas på de dödsorsaker som oftast har anknytning till narkotikamissbruk (t.ex. aids, olyckor, självmord och förgiftningar) och som finns registrerade i dödsregistren för den allmänna befolkningen.

Dödsfall som är indirekt relaterade till narkotikamissbruk

Dödsfall i aids som tillskrivs injektionsmissbruk är en annan viktig dödsorsak. Baserat på uppgifter från Eurostat och EuroHIV (årsrapporter för 2005, 2006), kan man uppskatta att över 2 600 personer 2003 dog av aids som kan tillskrivas narkotikamissbruk⁽¹⁵⁵⁾. De flesta av dessa dödsfall rapporterades i ett fåtal länder och över 90 procent av dödsfallen inträffade i Spanien, Frankrike, Italien och Portugal. Dödligheten i aids nådde sin topp i mitten av 1990-talet och har minskat betydligt efter införandet av HAART och efter att denna behandlingsmetod fått allt större spridning.

Med undantag av Spanien, Italien och i synnerhet Portugal är den aidsrelaterade dödligheten i befolkningen som kan

tillskrivas injektionsmissbruk låg. Och i många länder är dödligheten på grund av överdoser betydligt högre än den aidsrelaterade dödligheten bland narkotikamissbrukare⁽¹⁵⁶⁾. För närvarande är det svårare att bedöma antalet dödsfall av andra orsaker (t.ex. följer av andra smittsamma sjukdomar, våld, olyckor) och det finns ett behov av att förbättra uppgiftsinsamlingen och skattningarna på detta område (se föregående avsnitt).

Själv mord förefaller att vara en vanlig dödsorsak bland narkotikamissbrukare. En granskning av litteraturen (Darke och Ross, 2002) har gett vid handen att andelen självmord bland heroinmissbrukare var 14 gånger högre än andelen självmord i den allmänna befolkningen.

Åtgärder för att minska de narkotikarelaterade dödsfallen

De flesta nationella narkotikastrategier innehåller målet att minska de narkotikarelaterade dödsfallen men få länder har antagit handlingsplaner eller lämnat systematisk vägledning om vilka åtgärder som ska vidtas. Under 2007 utfärdade dock Department of Health i Storbritannien nya riktlinjer för klinisk hantering av missbruk och beroende av narkotika och angav tydliga åtgärder för att förebygga narkotikarelaterade dödsfall.

Det bidrag som behandling, inklusive substitutionsbehandling tillsammans med psykosocial vård och psykoterapi, kan ge för att sänka dödligheten bland narkotikamissbrukare har visats i en framåtblickande långsiktig undersökning i Italien (Davoli m.fl., 2007). Undersökningen genomfördes i en kohort av 10 454 heroinmissbrukare som trädde in i de allmänna behandlingstjänsterna från 1998 till 2001 och utvärderade kvarstannande i behandling och dödlighet på grund av överdoser. Risken för dödsfall i kohorten ökade i genomsnitt med en faktor på 10 jämfört med den allmänna befolkningen. Bland narkotikamissbrukare i behandling är dock risken för dödsfall fyra gånger högre än i den allmänna befolkningen, medan de som slutade behandlingen hade 20 gånger större sannolikhet att dö.

Riktad spridning av information om riskerna för överdoser som sker med hjälp av flygblad, broschyrer och poster är allmän praxis i de flesta länder. Utbildningsseminarier för att öka kunskaperna om överdoser och förmågan att hantera överdoser rapporteras nu från hälften av medlemsstaterna. Utbildningen kan vända sig till missbrukare, familjemedlemmar och personal och innefattar oftast information om specifika risker, inklusive minskad tolerans efter perioder av abstinens, blandmissbrukets effekter, i

⁽¹⁵⁵⁾ År 2003 valdes som det senaste året för vilket uppgifter från nästan alla medlemsstater om dödsorsaker finns tillgängliga via Eurostat. För mer information om källor, antal och kalkyler, se tabell DRD-5 i statistikbulletinen 2008.

⁽¹⁵⁶⁾ Se figur DRD-7 del (ii) i statistikbulletinen 2008.

synnerhet samtidigt alkoholkonsumtion och konsekvenser av att använda droger när ingen annan är närvarande, samt kurser i första hjälpen. I Italien har en kombination av utbildning i åtgärder mot överdoser tillsammans med tilldelning av naloxon som kan tas med hem rapporterats användas i hälften av inrättningarna för beroendevård och samordnas av folkhälsosystemet.

Proaktiv övervakning av missbrukares psykosociala välbefinnande inklusive de missbrukare som får substitutionsbehandling kan vara värdefull eftersom

överdoser i de flesta fall utlöses av tidigare hälsorelaterade eller sociala händelser och andelarna avsiktliga överdoser kan vara hög (Oliver m.fl., 2007).

Ytterligare en utmaning i många länder är att hälsovård och socialtjänst har att göra med en åldrande befolkning av långvariga narkotikamissbrukare som kan vara mer utsatta för både överdoser och en rad negativa hälsoeffekter. I synnerhet injektionsmissbrukare kan lida av många kroppsliga sjukdomar och särskilt kroniska leverinfektioner som gör dem ännu mer sårbara.

Förhöjd risk för narkotikainducerad död efter frisläppande ur fängelse eller efter slutförd behandling

Enligt undersökningar som har utförts i Europa och på andra håll i världen är risken för narkotikainducerad död avsevärt förhöjd omedelbart efter att personer har lämnat fängelset eller avslutat behandling.

I en ny undersökning som har genomförts i Storbritannien (England och Wales) jämfördes register över nästan 49 000 fångar som släppts ur fängelser under perioden 1998–2000 med samtliga dödsfall som hade registrerats fram till november 2003 (Farrell och Marsden, 2008). Majoriteten (59 procent) av de 442 dödsfall som inträffade i urvalet under denna period var narkotikarelaterade. Under det första året efter frisläppandet överskreds förväntade siffror med mer än 10 gånger för kvinnor och mer än åtta gånger för män. Samtliga kvinnor och 95 procent av männen som dog under de första fjorton dagarna i frihet var narkotikarelaterade och kunde tillskrivas överdoser eller mer allmänt felaktig

användning av droger. Rättsläkarens rapporter citerade inblandning av opiater i 95 procent av de narkotikainducerade dödsfallen, benzodiazepiner i 20 procent, kokain i 14 procent och tricykliska antidepressiva medel i 10 procent av fallen.

VEdeTTE-undersökningen i Italien (Davoli m.fl., 2007) konstaterade att andelen dödsfall som berodde på överdos var en per 1 000 bland heroinmissbrukare i behandling och 23 per 1 000 under den första månaden efter avslutad behandling, vilket motsvarar en risk för dödsfall genom överdos som är 27 gånger högre under den första månaden efter behandling, efter anpassning för eventuella faktorer som skymmer samband.

Trots det samband som konstaterats mellan narkotikarelaterade dödsfall och frisläppande ur fängelse eller avslutad behandling, investerar få länder systematiskt i att utbilda fångar eller klienter i behandling om riskerna för överdos. Uppföljande vård och rehabilitering av narkotikamissbrukare som släpps ur fängelset är också outvecklade områden i många länder. Förbättringar på dessa två områden skulle kunna ge värdefulla möjligheter att förhindra narkotikarelaterade dödsfall.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Kapitel 8

Nya droger och framväxande trender

Inledning

Användning av nya psykoaktiva ämnen kan få betydelsefulla effekter på folkhälsan och politiken men att följa framväxande trender innebär en betydande utmaning. Nya mönster för narkotikaanvändning är svåra att upptäcka eftersom de oftast först träder fram på låg nivå och i särskilda lokaler eller i slutna undergrupper i befolkningen. Få länder har övervakningssystem som är känsliga nog för att uppfatta detta slags beteende och den här typen av kontroll av narkotikaanvändningen medför därtill betydande metodsvårigheter. Det råder dock en bred enighet om vikten av att identifiera potentiella nya hot, och som ett direkt svar på detta har EU genom rådets beslut om nya psykoaktiva ämnen utvecklat ett system för tidig varning som ger en snabb svarsmechanism vid framväxt av nya psykoaktiva ämnen på den europeiska narkotikascenen. Verksamheter för att stödja systemet för tidig varning utgör en viktig del av ECNN:s arbete och passar väl in i det bredare perspektivet att använda en rad olika uppgiftskällor för att förbättra aktualiteten och känsligheten hos det europeiska narkotikaövervakningssystemet.

EU:s åtgärder mot nya psykoaktiva ämnen

Genom rådets beslut om nya psykoaktiva ämnen ⁽¹⁵⁷⁾ upprättas ett system för snabbt utbyte av information om nya psykoaktiva ämnen som kan utgöra hälsorisker och sociala risker. Genom beslutet föreskrivs även en bedömning av riskerna med dessa nya psykoaktiva ämnen, så att de åtgärder som är tillämpliga i medlemsstaterna för att kontrollera narkotika och psykotropa ämnen även kan tillämpas på nya psykoaktiva ämnen. I maj 2007 genomförde ECNN:s förstärkta vetenskapliga kommitté en riskbedömning av ett nytt psykoaktivt ämne, BZP (1-benzylpiperazin), och en rapport överlämnades till rådet och Europeiska kommissionen ⁽¹⁵⁸⁾. Vid riskbedömningen fann man att det fanns ett behov av att narkotikaklassa BZP på grund av dess stimulerande egenskaper, risker för hälsan och avsaknad av medicinska

fördelar, men att kontrollåtgärderna skulle vara lämpligt avvägda till den relativt låga risk som ämnet utgör. I mars 2008 antog rådet ett beslut som fastställer BZP som ett nytt psykoaktivt ämne som ska underställas kontrollåtgärder och straffrättsliga bestämmelser. Medlemsstaterna har ett år på sig att vidta de åtgärder som enligt deras nationella lagstiftning krävs för att underställa BZP kontrollåtgärder som är proportionerliga till de risker som är förenade med ämnet, och sådana straffrättsliga påföljder som föreskrivs i deras lagstiftning i enlighet med förpliktelseerna enligt 1971 års FN-konvention om psykotropa ämnen.

I mars 2007 rapporterade ECNN och Europol till kommissionen om aktiv övervakning av 1-(3-klorfenyl) piperazin (mCPP) ⁽¹⁵⁹⁾. I rapporten, som utarbetades enbart i informations syfte, konstaterades att "det inte är sannolikt att mCPP kommer att etableras som en drog som på grund av egna meriter intas i nöjessyfte" på grund av ämnets vaga psykoaktiva egenskaper och vissa biverkningar. Eftersom det förefaller som om mCPP inte utövar någon särskild lockelse på användare, är det troligt att marknaden för mCPP i EU drivs av tillgång snarare än efterfrågan.

Under 2007 anmäldes sammanlagt 15 nya psykoaktiva ämnen för första gången genom systemet för tidig varning till ECNN och Europol. Det är många olika typer av ämnen som har anmälts och gruppen innehåller förutom nya syntetiska droger också läkemedel och naturligt förekommande ämnen. Nio av de nyligen rapporterade föreningarna är syntetiska droger som liknar de som anges i förteckning I och II i 1971 års FN-konvention om psykotropa ämnen. De innefattar såväl ämnen från kända kemiska grupper som fenetylaminer, tryptaminer och piperaziner, som ämnen med en mindre vanlig kemisk sammansättning. Gruppen är jämnt fördelad mellan ämnen som har uttalade hallucinogena effekter och de som främst har stimulerande egenskaper.

För första gången har under 2007 tre naturligt förekommande ämnen rapporterats genom systemet för informationsutbyte. Bland dem finns *Salvia divinorum*, som är en planta med kraftiga psykoaktiva egenskaper ⁽¹⁶⁰⁾.

⁽¹⁵⁷⁾ Rådets beslut 2005/387/RIF av den 10 maj 2005 om informationsutbyte, riskbedömning och kontroll avseende nya psykoaktiva ämnen (EUT L 127, 20.5.2005, s. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ Se Internet (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/risk-assessments/bzp>).

⁽¹⁵⁹⁾ Se Internet (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16775EN.html>).

⁽¹⁶⁰⁾ Se "Nya narkotikaklassade ämnen", s. 92.

Nya narkotikaklassade ämnen

Sedan januari 2006 har 12 länder rapporterat att de har lagt till ämnen eller gjort förändringar i sina förteckningar över narkotikaklassade ämnen. mCPP (1-(3-klorfenyl)piperazin) har lagts till i förteckningen över narkotikaklassade ämnen i sex länder (Belgien, Tyskland, Litauen, Ungern, Malta, Slovakien) och BZP (1-benzylpiperazin) har lagts till i fyra länder (Estland, Italien, Litauen, Malta). Av dessa ämnen har mCPP aktivt kontrollerats av ECNN och Europol, och BZP var föremål för en riskbedömning 2007. Andra ämnen som narkotikaklassas under perioden innefattar hallucinogenerna DOC (4-klor-2,5-dimetoxiamfetamin), DOI (4-jod-2,5-dimetoxiamfetamin) och bromo-dragonfly (brombensodifuranylisopropylamin) i Danmark och Sverige samt ketamin i Estland.

Olika växter med psykoaktiva egenskaper narkotikaklassas också. I detta syfte har Belgien omstrukturerat sin lagstiftning om psykotropa ämnen för att innefatta en ny kategori där växter eller växtdelar som narkotikaklassas förtecknas, i stället för som tidigare enbart deras psykoaktiva ingredienser. Bland de växter som placeras på förteckningen är khat (qat, *Catha edulis*) och *Salvia divinorum*. Khat är nu narkotikaklassat av 11 länder i Europa (en riskbedömning 2005 i Storbritannien rekommenderade inte narkotikaklassning). Sverige lade 2006 till salvinorine-A, den främsta aktiva ingrediensen i *Salvia divinorum* i sin förteckning, och denna planta har också narkotikaklassats i Tyskland under 2008. Under samma period har *Tabernanthe iboga* lagts till på förteckningen över narkotikaklassade ämnen i Frankrike efter rättslig kontroll av den aktiva ingrediensen, ibogaine, i Belgien, Danmark och Sverige. Som svar på dödsfall förenade med användning av hallucinogena svampar har både Irland och Nederländerna agerat för att täppa till de luckor i lagen som tidigare fanns och tillät försäljning och innehav av färsk svampar som innehåller psilocin. I Irland trädde lagen i kraft i januari 2006 medan den parlamentariska processen fortfarande pågår i Nederländerna när detta skrivs.

Ytterligare uppgifter finns i förteckningen över de ämnen som är narkotikaklassade i EU och Norge som anges i tabellen "Substances and classifications table" i den europeiska databasen över narkotikalagstiftning (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/legal-reports>).

Internet – en marknadsplats för psykoaktiva ämnen

Internet erbjuder en inblick i narkotikaanvändarens värld genom nätbaserade forum och chattrum samt webbplatser där psykoaktiva alternativ till narkotikaklassade droger säljs. Tillgängliga uppgifter kan ge kunskaper om olika aspekter av nätbaserade marknadsplatser för droger, exempelvis hur försäljning via Internet går till, hur man tillgodoser användarnas önskemål, och nya trender bland ungdomar.

För att identifiera aktuell utveckling på narkotikamarknaden på Internet genomförde ECNN i början av 2008 en undersökning för att ge en ögonblicksbild av 25 nätbaserade försäljningsställen. Resultaten av den undersökningen presenteras nedan.

Internetbutiker

Det finns rapporter om ett allt större antal hemsidor på Internet som säljer psykoaktiva alternativ till narkotikaklassade droger som LSD, ecstasy, cannabis och opiater. Även om de ämnen som bjuds ut till försäljning på Internet ofta betecknas som "legal highs" eller "herbal highs" omfattas dessa ämnen i vissa europeiska länder av samma lagar som narkotikaklassade droger och kan medföra samma straff.

Inom EU är de flesta av de Internetbutiker som identifierades i korttidsundersökningen baserade i Storbritannien och Nederländerna och i mindre utsträckning i Tyskland och Österrike. Nätbaserade butiker specialiserar sig ofta på vissa typer av narkotikarelaterade produkter. Exempelvis säljer några butiker huvudsakligen narkotikarelaterade attiraljer, några specialiserar sig på hallucinogena svampar eller "partypiller" medan andra marknadsför en rad olika växtbaserade, halvsyntetiska och syntetiska ämnen.

Internetbutiker baserade i Europa gör reklam för över 200 psykoaktiva produkter. De vanligast förekommande s.k. "legal highs" är *Salvia divinorum*, kratom (*Mitragyna speciosa*), Hawaiian baby woodrose (*Argyreia nervosa*), hallucinogena svampar (ECNN, 2006), och en rad olika "partypiller".

De ämnen som bjuds ut till försäljning påstås ge effekter som liknar de som narkotikaklassade droger ger. Beskrivningarna

Metod för Internetundersökning

För att få en ögonblicksbild genomfördes sökningar på Internet i januari 2008 genom användning av nyckelord på flera språk i sökmotorn Google (<http://www.google.com>). Sammanlagt hittades 68 EU-baserade Internet-butiker som sålde olika typer av "legal highs". Dessa stratifierades enligt ursprungsland. För att identifiera ursprungsland användes domäner med EU-landskoder (t.ex. ES, FR, DE) eller andra indikationer på EU-basering (t.ex. kontaktadress). Över hälften av butikerna (52 procent) var belägna i Storbritannien, 37 procent i Nederländerna, 6 procent i Tyskland, 4 procent i Österrike och 1 procent i andra länder (t.ex. Irland, Polen). Ett randomiserat urval på 25 nätbutiker valdes ut för mer detaljerad analys. Urvalsfraktioner i varje stratum (ursprungsland) var proportionerlig till de i det totala urvalet av Internetbutiker. Nätbaserade butiker som enbart sålde till handeln och inte till enskilda konsumenter uteslöts liksom de som enbart sålde hallucinogena svampar.

av *Salvia divinorum* och Hawaiian baby woodrose samt den mindre vanligen förekommande växten blomman för dagen (*Ipomoea violacea*) är att de ger hallucinogena effekter som liknar de som LSD orsakar. Kratom marknadsförs ofta som ersättning för opiater, olika preparat erbjuds som alternativ till cannabis och "partypiller" säljs som alternativ till MDMA. De "partypiller" som säljs kan innehålla växtmaterial eller halvsyntetiska eller syntetiska ämnen. Den främsta ingrediensen i syntetiska "partypiller" är ofta benzylpiperazin (BZP), även om Internetbutikerna förefaller ha ämnen redo för att ersätta BZP när det ämnet underställs kontrollåtgärder i EU:s medlemsstater. Priserna på ämnena som bjuds ut till försäljning varierar från 1 till 11 euro för motsvarigheten till en dos.

GHB och dess prekursor GBL: uppföljning

I Europa har gamma-hydroxybutyric acid (GHB) varit föremål för övervakning sedan 2000, när en riskbedömning av ämnet utfördes i enlighet med den gemensamma åtgärden från 1977 om nya syntetiska droger (ECNN, 2002). När GHB i mars 2001 lades till i förteckning IV i 1971 års FN-konvention om psykotropa ämnen var alla medlemsstater i EU skyldiga att införa de kontrollåtgärder som enligt deras nationella lagstiftning krävs för psykotropiska ämnen och nya kontroller inskränkte snabbt den tidigare öppna försäljningen av GHB.

GHB finns naturligt i människokroppen men den används också som ett läkemedel och som en drog i nöjessammanhang. Icke-medicinskt bruk av GHB blev synligt i nöjeslivet i vissa delar av Europa, USA och Australien under 1990-talet och särskilt på nattklubbar där många andra droger var vanligt förekommande. Oron spred sig snabbt om de hälsorisker som var förenade med att använda GHB. I synnerhet var man orolig för möjligheten att i smyg tillföra GHB till drinkar (ofta kallas detta för att "spetsa" drinkar) för att underlätta sexuella övergrepp. Det saknas dock rättsmedicinska bevis för detta slags brott och det är svårt att fastställa eftersom droger som GHB bara kan upptäckas i kroppsvätskorna under en kort tid. Det faktum att GHB associeras till sexuella övergrepp kan dock ha bidragit till en relativt "negativ bild" av ämnet (ECNN, 2008c).

GBL

Rapporter om konsumtion av en prekursor till GHB, gamma-butyrolactone (GBL), som inte är ett ämne som finns upptaget på någon förteckning i någon FN-konvention, ger anledning till allt större oro. GBL omvandlas snabbt till GHB i kroppen och det finns för närvarande inte något lätt tillgängligt toxikologiskt test för att avgöra vilket av de två ämnena som har konsumerats.

GHB kan enkelt framställas ur GBL och 1,4-butanediol (1,4-BD), som används allmänt och lagligt i många branscher (t.ex. kemikalier, plaster, läkemedel) och går därmed att få tag på från många leverantörer i handeln. Att GBL finns åtkomligt i handeln kan göra ämnet tillgängligt för dem som handlar med narkotika och konsumenter till prisnivåer och risknivåer som är mycket lägre än de som vanligen råder på illegala narkotikamarknader i EU. Exempelvis varierar det genomsnittliga priset på en 1-gramsdos av GBL som köps i parti på Internet mellan 0,09 och 2 euro.

Hälsorisker

Såväl GHB som GBL har en brant dos-responskurva där symtomen kommer mycket snabbt vilket avsevärt ökar riskerna med illegal användning. Illamående, kräkningar och olika grader av nedsatt medvetenhet är de främsta biverkningarna i de flesta rapporterade fall av GHB-förgiftning. Ofta förekommer dock andra droger tillsammans med GHB vilket kan göra den kliniska bilden mer komplicerad. En holländsk undersökning av 72 GHB-användare rapporterade att majoriteten av dem hade förlorat medvetandet minst en gång när de hade varit påverkade av GHB och vissa hade gjort det ofta (Korf m.fl., 2002). I en undersökning bland personer som använder GHB och GBL i Storbritannien fann man att biverkningar var vanligare i klubbmiljöer än i privata hem (Sumnall m.fl., 2008). I London och Barcelona har den vanligast förekommande patienten med GHB-förgiftning beskrivits som ung och man. De flesta förgiftningsfallen tas emot under helger, och vanligen har patienterna samtidigt med GHB konsumerat alkohol eller illegala droger (Miro m.fl., 2002; Wood m.fl., 2008).

Förgiftningar och akutfall associerade med GHB har rapporterats i den vetenskapliga litteraturen och till ECNN sedan slutet av 1990-talet, om än inte regelbundet, från Belgien, Danmark, Spanien, Luxemburg, Nederländerna, Finland, Sverige, Storbritannien och Norge. Även om GHB knyts endast till en liten del av alla akuta narkotikarelaterade förgiftningar som kräver sjukhusvård eller akut ambulanstransport, förefaller antalen ha ökat sedan 2000. I Amsterdam 2005 var andelen begäranden om akut hjälp som krävde transport till sjukhus högre för fall med anknytning till GHB/GBL än de som orsakats av andra droger.

En akutmottagning vid ett sjukhus i London som har ett upptagningsområde som innefattar lokala klubbar som vanligen, men inte uteslutande, vänder sig till homosexuella, registrerade 2006 sammanlagt 158 personer som sökte vård för GHB och GBL. De flesta av dessa patienter uppgav att de hade konsumerat GHB men kemiska analyser av prov tagna från nattklubbar i samma upptagningsområde under samma tidsperiod visade att över hälften av dessa prov innehöll GBL

snarare än GHB. Detta tyder på att användning av GBL kan vara vanligare än man tidigare trott (Wood m.fl., 2008).

Eftersom GHB/GBL snabbt försvinner från kroppen är det svårt att fastställa att dessa ämnen är orsak till förgiftning eller dödsfall. Det saknas dessutom ett exakt och jämförbart system för att registrera antalet dödsfall och akutfall utan dödlig utgång vilka har anknytning till användning av GHB och dess prekursorer.

Åtgärder

Vissa medlemsstater (Italien, Lettland, Sverige) har valt att låta GBL (eller GBL och den andra prekursor 1,4-BD) omfattas av narkotikakontrolllagstiftning eller likvärdig lagstiftning och diskussioner om eventuella ytterligare kontroller pågår i

Storbritannien. I enlighet med gemenskapens lagstiftning om kontroll av prekursorer ingår GBL och 1,4-BD i förteckningen över icke narkotikaklassade ämnen för vilka frivilliga kontrollåtgärder för att förhindra att de sprids från lagligt industriellt bruk har införts i alla medlemsstater.

Preventionsåtgärder och insatser för att minska skadeverkningarna av GHB sker för det mesta inom nationella eller lokala projekt som inriktar sig på nattlivsmiljöer. Åtgärderna består oftast av utbildning för nattklubbpersonal och spridning av information om riskerna med att använda GHB och andra droger. Sådana insatser genomförs vanligtvis samtidigt med andra åtgärder som avser "klubbdroger" och användning av alkohol och kombinationer av narkotika (ECNN, 2008e).



Hänvisningar

- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., m.fl. (2005), "Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries", *European Journal of Public Health* 16, s. 198–202.
- Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., m.fl. (2005), "Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain", *Addiction* 100, s. 981–989.
- Cameron, L. och Williams, J. (2001), "Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements?", *Economic Record* 77, s. 19–34.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, FN:s kommission för narkotiska droger, Förenta nationerna: Ekonomiska och sociala rådet, Wien.
- Coggans, N. (2006), "Drug education and prevention: has progress been made?", *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13, s. 417–422.
- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S., m.fl. (2007), "Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation", *Health Technology Assessment* 11(9).
- Copeland, A.L. och Sorensen, J.L. (2001), "Differences between metamfetamin users and cocaine users in treatment", *Drug and Alcohol Dependence* 62, s. 91–95.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. och Van Laar, M. (2008), "Estimating the total mortality among problem drug users", *Substance Use and Misuse* 43, s. 733–747.
- Currie, C., m.fl. (red.) (2008), "Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2005/06 survey", *WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5*, WHO:s regionala kontor för Europa, Köpenhamn.
- Daly, M. (2007), "Plant warfare", *Druglink* 22(2), mars–april.
- Darke, S. och Ross, J. (2002), "Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods", *Addiction* 97, s. 1383–1394.
- Darke, S., Degenhardt, L. och Mattick, R. (2007), *Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A., m.fl. (2007), "Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study", *Addiction* 102, s. 1954–1959.
- De la Fuente, L., Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., m.fl. (2006), "Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro", *Revista Española de Salud Pública* 80, s. 505–520.
- DeFuentes-Merillas, L. och De Jong, C.A.J. (2008), "Is belonen effectief? Community reinforcement approach + vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie", NISPA, Nijmegen.
- Denton, J.S., Donoghue, E.R., McReynolds, J. och Kalelkar, M.B. (2008), "An epidemic of illicit fentanyl deaths in Cook County, Illinois: September 2005 through April 2007", *Journal of Forensic Science* 53, s. 452–454.
- Dolan, K.A., Shearer, J., MacDonald, M., m.fl. (2003), "A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system", *Drug and Alcohol Dependence* 72, s. 59–65.
- Donoghoe, M.C., Bollerup, A.R., Lazarus, J.V., Nielsen, S. och Matic, S. (2007), "Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002–2004", *International Journal of Drug Policy* 18, s. 271–280.
- ECDC (2007), *The first European communicable disease epidemiological report*, Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar, Stockholm.
- ECNN (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2006), *Årsrapport 2006: situationen på narkotikaområdet i Europa*, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2007a), *Årsrapport 2007: situationen på narkotikaområdet i Europa*, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2007b), *Narkotika och brott – ett komplicerat förhållande*, Fokus på narkotika nr 16, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monograph No 8, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.

- ECNN (2008b), *Assessing illicit drugs in wastewater: potential and limitations of a new monitoring approach*, Insights No 9, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2008c), *Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol*, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfs>).
- ECNN (2008d), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, temakapitel 2008, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issue/public-expenditure>).
- ECNN (2008e), *GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study*, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/ghb>).
- ECNN (2008f), *Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention*, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- Europeiska kommissionen (2007a), "Rapport från kommissionen till Europaparlamentet och rådet om genomförandet av rådets rekommendation av den 18 juni 2003 om förebyggande och begränsning av hälsorelaterade skador i samband med narkotikamissbruk", KOM(2007) 199 slutlig.
- Europeiska kommissionen (2007b), *Friendship, fun and risk behaviours in nightlife recreational contexts in Europe*, Generaldirektoratet för hälsa och konsumentskydd.
- Europol (2007a), *The production and trafficking of synthetic drugs, related precursors and equipment: a European Union perspective*, Project SYN2007076, Haag.
- Europol (2007b), Project COLA: European Union cocaine situation report 2007, Europol, Haag.
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, Haag.
- Farrell, M. och Marsden, J. (2008), "Acute risk of drug-related death among drug users newly released from prison or treatment", *Addiction* 103, s. 251–255.
- Farrelly, M.C., Bray, J.W., Zarkin, G.A. och Wendling, B.W. (2001), "The joint demand for cigarettes and marijuana: evidence from the National household surveys on drug abuse", *Journal of Health Economics* 20, s. 51–68.
- Gorman, D.M., Conde, E. och Huber, J.C. (2007), "The creation of evidence in 'evidence-based' drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation", *Drug and Alcohol Review* 26, s. 585–593.
- Gossop, M., Manning, V. och Ridge, G. (2006), "Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder", *Addiction* 101, s. 1292–1298.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. och Treacy, S. (2002), "Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK)", *Addictive Behaviors* 27, s. 155–166.
- Griffiths, P., Mravcik, V., Lopez, D. och Klempova, D. (2008), "Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of metamfetamin in Europe", *Drug and Alcohol Review* 27, s. 236–242.
- Hough, M., Warburton, H., Few, B., m.fl. (2003), *A growing market: the domestic cultivation of cannabis*, Joseph Rowntree Foundation, York (<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859350852.pdf>).
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G. och Anderson, J. (2003), "Overview of 5-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS)", *Journal of Substance Abuse Treatment* 25, s. 125–134.
- INCB (2008a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, FN:s internationella narkotikakontrollstyrelse, New York.
- INCB (2008b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2007*, FN:s internationella narkotikakontrollstyrelse, New York.
- Jansen, A.C.M. (2002), *The economics of cannabis-cultivation in Europe*, framlagd vid den andra europeiska konferensen om narkotikahandel och brottsbekämpning, Paris, 26–27 september 2002 (<http://www.cedro-uva.org/lib/jansen.economics.html>).
- Kastelic, A., Pont, J. och Stöver, H. (2008), *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide*, BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg (finns på: <http://www.archido.de/>).
- Korf, D., Nabben, T. och Benschop, A. (2002), *GHB: Tussen en narcose*, Rozenberg, Amsterdam.
- Mathers, M., Toumbourou, J.W., Catalano, R.F., Williams, J. och Patton, G.C. (2006), "Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies", *Addiction* 101, s. 948–958.
- Matrix Research and Consultancy and Institute for Criminal Policy Research, Kings College (2007), *Evaluation of drug interventions programme pilots for children and young people: arrest referral, drug testing and drug treatment and testing requirements*, Home Office (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/young-people/OLR0707>).
- Mattick, R.P., Kimber, J., Breen, C. och Davoli, M. (2008), "Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M.F., Amato, L. och Davoli, M. (2004), "Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4.

- Miro, O., Nogue, S., Espinosa, G., To-Figueras, J. och Sanchez, M. (2002), "Trends in illicit drug emergencies: the emerging role of gamma-hydroxybutyrate", *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology* 40, 129–135.
- Morgan, O., Griffiths, C. och Hickman, M. (2006), "Association between availability of heroin and methadone and fatal poisoning in England and Wales 1993–2004", *International Journal of Epidemiology* 35, s. 1579–1585.
- Myrick, H., Malcolm, R., Taylor, B. och LaRowe, S. (2004), "Modafinil: preclinical, clinical, and post-marketing surveillance: a review of abuse liability issues", *Annals of Clinical Psychiatry* 16, s. 101–109.
- NICE (2007), *Drug misuse: psychosocial interventions*, Clinical Guideline 51, National Institute for Clinical Excellence, London.
- Nordstrom, B.R. och Levin, F.R. (2007), "Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature", *American Journal of Addiction* 16, s. 331–342.
- Ødegard, E., Amundsen, E.J. och Kielland, K.B. (2007), "Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach", *Drug and Alcohol Dependence* 89, s. 176–182.
- Ojanperä, I., Gergov, M., Liiv, M., Riikojä, A. och Vuori, E. (under tryckning), "An epidemic of fatal 3-methylfentanyl poisoning in Estland", *International Journal of Legal Medicine* (DOI 10.1007/s00414-008-0230-x).
- Oliver, P., Horspool, H., Rowse, G., m.fl. (2007), "A psychological autopsy study of non-deliberate fatal opiate-related overdose", *Research briefing* 24, National Treatment Agency for Substance Misuse, London.
- Perkonig, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A., m.fl. (2008), "The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life", *Addiction* 103, s. 439–449.
- Petrie, J., Bunn, F. och Byrne, G. (2007), "Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review", *Health Education Research* 22, s. 177–191.
- 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. 147–155.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F.K., Guterman, L.R. och Hopkins, L.N. (2001), "Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey", *Circulation* 103, s. 502–506.
- Rawson, R., Huber, A., Brethen, P., m.fl. (2000), "Metamfetamin and cocaine users: differences in characteristics and treatment retention", *Journal of Psychoactive Drugs* 32, s. 233–238.
- Reitox nationella rapporter (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).
- Samhsa (2005), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G.P., Rossi, C., Taylor, C., Klempova, D. och Wiessing, L. (2008), "Guidelines for estimating the incidence of problem drug use", Final report CT.06.EPI.150.1.0, ECNN, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/incidence-estimation>).
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., m.fl. (under tryckning), "Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe", slutlig rapport WP 1 till projektet SANCO/2006/C4/02 om "Drug policy and harm reduction" för Europeiska kommissionen.
- Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R. och Carballo, J.L. (2008), "Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes", *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, s. 202–207.
- Stallwitz, A. och Stöver, H. (2007), "The impact of substitution treatment in prisons: a literature review", *International Journal of Drug Policy* 18, s. 464–474.
- Sumnall, H. R., Woolfall, K., Edwards, S., m.fl. (2008), "Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)", *Drug and Alcohol Dependence* 92, s. 286–290.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J. och Gill, O.N. (2006), "Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison", *BMC Public Health* 6, s. 170.
- Swift, W., Hall, W. och Copeland, J. (2000), "One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia", *Drug and Alcohol Dependence* 59, s. 309–318.
- Szendrei, K. (1997/1998), "Cannabis as an illicit crop: recent developments in cultivation and product quality", *Bulletin on Narcotics* XLIX och L, nr 1 och 2.
- Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Neighbors, C., m.fl. (2007), "Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use", *Lancet* 369, s. 1391–1401.
- UNODC (2007a), *2007 World drug report*, FN:s organ mot brott och narkotika, Wien.
- UNODC (2007b), *Cocaine trafficking in West Africa: the threat to stability and development*, FN:s organ mot brott och narkotika, Wien (finns att hämta på <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Studies-on-Drugs-and-Crime.html>).
- UNODC (2008), *2008 World drug report*, FN:s organ mot brott och narkotika, Wien.
- UNODC och Marockos regering (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, FN:s organ mot brott och narkotika, Wien.
- USDS (2008), *International narcotics control strategy report*, Vol. I, US Department of State, Washington, DC.
- Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. och Prins, M. (2007), "Full participation in harm-reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users", *Addiction* 102, s. 1454–1462.

WCO (2007), *Customs and drugs report 2006*, Världstullorganisationen, Bryssel.

Werch, C.E. och Owen, D.M. (2002), "Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs", *Journal of Studies on Alcohol* 63, s. 581–590.

Wood, D., Warren-Gash, D., Ashraf, T., m.fl. (2008), "Medical and legal confusion surrounding gamma-hydroxybutyrate (GHB) and its precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4 butanediol (1,4BD)", *Quarterly Journal of Medicine* 101, s. 23–29.

Zador, D., Mayet, S. och Strang, J. (2006), "Commentary: Decline in methadone-related deaths probably relates to increased supervision of methadone in UK", *International Journal of Epidemiology* 35, s. 1586–1587.

Zonneville-Bender, M.J.S., Matthys, W., van de Wiel, N.M.H. och Lochman, J.E. (2007), "Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, s. 33–39.

Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk

Årsrapport 2008: Situationen på narkotikaområdet i Europa

Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer

2008—99 s.—21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-340-6

Så skaffar du EU-publikationer

Publikationer som ges ut av publikationsbyrån och som finns till försäljning kan beställas på EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>) via olika försäljningskontor.

Du kan också beställa en förteckning över våra internationella försäljningsställen genom att skicka ett fax till (352) 29 29 42758.

Om ECNN

Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN) är ett av Europeiska unionens decentraliserade organ. ECNN, 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 saklig, 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.

ECNN:s 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:s medlemsstater och i Norge, och den är ett oundgängligt referensmaterial för den som vill ta del av de senaste rönen om narkotika i Europa.

