Europeiska centrumet för kontroll
av narkotika och narkotikamissbruk

ISSN 1609-6207

ÅRSRAPPORT 2004

SITUATIONEN PÅ NARKOTIKAOMRÅDET I EUROPEISKA UNIONEN OCH NORGE

SV

Europeiska centrumet för kontroll
av narkotika och narkotikamissbruk

ÅRSRAPPORT 2004

SITUATIONEN PÅ NARKOTIKAOMRÅDET I EUROPEISKA UNIONEN OCH NORGE

Rättsligt meddelande

Denna publikation från Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN) är upphovsrättsligt skyddad. ECNN åtar sig inget ansvar för eventuella konsekvenser av hur uppgifterna i dokumentet används. Innehållet återspeglar inte nödvändigtvis den officiella ståndpunkten för ECNN:s partner, EU-medlemsstaterna eller de övriga institutionerna eller inrättningarna i Europeiska unionen eller gemenskapen.

En stor mängd övrig information om Europeiska unionen finns tillgänglig på Internet.
Den kan nås via Europa-servern (**http://europa.eu.int**).

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

Rapporten finns på spanska, tjeckiska, danska, tyska, estniska, grekiska, engelska, franska, italienska, lettiska, litauiska, ungerska, nederländska, polska, portugisiska, slovakiska, slovenska, finska, svenska 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, 2004

ISBN 92-9168-205-5

© Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, 2004
Kopiering tillåten med angivande av källan.

Printed in Belgium

TRYCKT PÅ ICKE KLORBLEKT PAPPER

Europeiska centrumet för kontroll
av narkotika och narkotikamissbruk

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

Innehåll

Förord 5

Tack till medverkande 7

Till läsaren 7

En översikt över narkotikasituationen i Europa 9

Kapitel 1
Ny utveckling i fråga om politik och lagar 15

Kapitel 2
Narkotikaprevention — samarbete med lokalsamhället och inriktning på riskgrupperna 24

Kapitel 3
Cannabis 28

Kapitel 4
Stimulantia av amfetamintyp, LSD och andra syntetiska droger 34

Kapitel 5
Kokain och crack-kokain 44

Kapitel 6
Heroin samt injektionsmissbruk av narkotika 50

Kapitel 7
Behandling — att tillgodose behoven hos dem som har problem 63

Kapitel 8
Brottslighets- och fängelsefrågor 70

Temakapitel 1
Utvärdering av "nationella narkotikastrategier" i Europa 75

Temakapitel 2
Cannabisproblemen i sitt sammanhang — varför har efterfrågan på behandling ökat i Europa? 82

Temakapitel 3
Samförekomst (komorbiditet) av narkotikamissbruk och psykisk sjukdom 94

Referenser 105

Nationella Reitox-kontaktpunkter 111

Förord

Årsrapporten från Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN) innehåller i år uppgifter från Europeiska unionens 25 medlemsstater och Norge. Den stora mängden information ger oss inte bara bättre förståelse för i vilken utsträckning narkotikaproblemen påverkar såväl medborgarna i Europa som de samhällen de lever i, utan gör det också möjligt för oss att fundera över de strategier och åtgärder som medlemsstaterna har utvecklat för att svara upp mot den komplexa och mångfasetterade utmaning som narkotikaanvändningen utgör.

De som har läst ECNN:s tidigare rapporter om narkotikasituationen i Europa kan slås av de stora skillnaderna som framträder med detta bredare perspektiv. Många av våra antaganden om narkotikatrenderna och i vilken riktning de går behöver ses över och anpassas, så att de avspeglar den mer komplexa, dynamiska och olikartade situation som Europa nu befinner sig i.

Alla länder kan inte ge information på samtliga områden och alla uppgifter som finns tillgängliga kan inte jämföras utan vidare. Därför lämnas kommentarer om metoderna och läsarna görs uppmärksamma på att det finns vissa förbehåll som behöver beaktas innan man drar slutsatser. Inte desto mindre är den information som nu finns om narkotikasituationen i Europa innehållsrik och mer tillförlitlig. Vi ser fram emot att för kommande år kunna lämna uppgifter som är ännu mer omfattande, efter hand som medlemsstaternas nuvarande investeringar på detta område ger resultat. För de läsare som är mer fackmässigt intresserade eller för dem som vill ha mer detaljerade uppgifter om en viss aspekt i rapporten hänvisas till tabellerna med de fullständiga uppgifterna, som ligger till grund för den sammanfattning som ges här och som finns i den medföljande statistikbulletinen och den utökade onlineutgåvan av publikationen. För dem som enbart behöver en kortfattad översikt över utvecklingen hänvisas till avsnittet med översiktsinformation. Där finns en sammanfattning av den huvudsakliga utvecklingen, vilken sedan behandlas mer ingående i själva rapporten.

Informationen i årsrapporten är resultatet av ett partnerskap och skulle inte ha varit möjlig att få fram utan insatserna från våra samarbetspartner inom ramen för Reitox-nätverket och de vetenskapliga experter som har medverkat i arbetsgrupperna på nationell nivå och EU-nivå. Rapporten är också ett resultat av vårt pågående samarbete med Europeiska kommissionen till stöd för utvärderingen av EU:s handlingsplan för narkotikabekämpning (2000–2004).

Några kommentatorer fokuserar på svårigheterna som kan uppstå till följd av den ökade europeiska integreringen, i synnerhet när det gäller möjligheten för den organiserade brottsligheten att dra nytta av de öppna gränserna och den fria rörligheten för varor och personer. Sådana utmaningar förbises inte i rapporten, men det finns också ett annat budskap. Vi står som européer i allt högre grad inför gemensamma problem till följd av narkotikamissbruket, men vi drar också in olika historiska erfarenheter och perspektiv i debatten. Uppgifterna i rapporten utgör ett gemensamt åtagande för medlemsstaterna att samla in jämförbar information och använda den för att underlätta utarbetandet av effektivare och mer målinriktade strategier och åtgärder. Utvidgningen av Europeiska unionen ger oss nya möjligheter att dela med oss av våra erfarenheter om vad som fungerar och att samarbeta närmare för att ta fram bättre samordnade aktiviteter. I denna strävan har ECNN uppgiften att arbeta tillsammans med medlemsstaterna för att sammanställa uppgifter av hög kvalitet som behövs till grund för en saklig debatt.

Marcel Reimen
Ordförande i ECNN:s styrelse

Georges Estievenart
ECNN:s verkställande direktör

Tack till medverkande

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

- cheferna och personalen vid de nationella Reitox-kontaktpunkterna,
- de myndigheter och organ i de enskilda medlemsstaterna som samlade in rådata för rapporten,
- ledamöterna av ECNN:s styrelse och vetenskapliga kommitté,
- Europaparlamentet, Europeiska unionens råd – särskilt dess horisontella narkotikagrupp – och Europeiska kommissionen,
- Europarådets Pompidougrupp, United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), Världshälsoorganisationen (WHO), Europol, Interpol, Världstullorganisationen (WCO), Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) i Sverige och European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV),
- Översättningscentrum för Europeiska unionens organ och Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer,
- Prepress Projects Ltd,
- eLg Language Integration.

Till läsaren

Årsrapporten bygger på den information som ECNN har fått i form av nationella rapporter från EU-medlemsstaterna och Norge (som har deltagit i ECNN:s arbete sedan 2001). Den statistik som redovisas avser 2002 (eller det senaste år för vilket uppgifter finns tillgängliga). När det gäller motåtgärderna mot narkotikamissbruket och de tre temakapitlen kan det förekomma att nyare uppgifter än så redovisas.

De nationella rapporterna från Reitox-kontaktpunkterna finns på ECNN:s webbplats (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

En elektronisk version av årsrapporten, i 20 språkversioner, finns på Internet (http://annualreport.emcdda.eu.int). Ytterligare material – i fotnoterna angivna med "OL" – finns endast i onlineversionen. Den finns på engelska och innehåller ett stort antal figurer, tabeller och bakgrundsuppgifter.

I ECNN:s statistikbulletin för 2004 finns alla de tabeller som har legat till grund för den statistiska analysen (http://statistics.emcdda.eu.int). Dessutom ges utförligare information om de metoder som har använts.

En översikt över narkotikasituationen i Europa

I denna avdelning ges en översikt över vissa av de viktigaste förändringar som tas upp i ECNN:s årsrapport 2004 om situationen på narkotikaområdet i Europa. De läsare som är intresserade av en mer utförlig diskussion hänvisas till själva rapporten.

Politik och rättsliga ramar

En av de viktigaste politiska händelser som tas upp i rapporten är utvärderingen efter halva tiden av den handlingsplan som härrör från 1998 års särskilda möte i FN:s generalförsamling om det globala narkotikaproblemet (UNGASS). Dessutom bidrar ECNN till utvärderingen av EU:s handlingsplan för narkotikabekämpning (2000–2004), som kommer att slutföras 2004.

I juni 2003 antog ministerrådet en rekommendation om förebyggande och begränsning av hälsorelaterade skador i samband med narkotikamissbruk. Denna rekommendation tar bl.a. upp hälsoskydd och riskbegränsning, minskning av incidensen av blodburna sjukdomar (hiv, hepatit C och tuberkulos) bland narkotikamissbrukare, minskning av antalet narkotikarelaterade dödsfall och upprättande av lämpliga utvärderingsmekanismer. Under 2003 nådde ministerrådet dessutom fram till en politisk överenskommelse om ett rambeslut om olaglig narkotikahandel. Överenskommelsen syftar framför allt till att påföljderna skall göras mer likartade i de olika länderna och till att åtgärderna skall breddas så att de omfattar även de brotts- och terroristorganisationer som tjänar pengar på narkotikahandel.

Arbetet med kontroll av nya syntetiska droger i Europeiska unionen fortsatte under 2003: ministerrådet antog ett beslut om narkotikaklassning av drogerna 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 och TMA-2.

Under 2003 ökade antalet länder som bedriver sin narkotikapolitik inom ramen för en övergripande nationell strategi: narkotikaplaner antogs i Danmark, Tyskland, Litauen och Slovenien. När Estland och Frankrike som planerat gör detsamma under 2004, kommer över tre fjärdedelar av EU-medlemsstaterna att ha infört detta arbetssätt. Bland de gemensamma dragen hos de nationella strategierna märks en vilja att uppnå jämvikt mellan efterfrågeminskande och tillgångsminskande åtgärder samt ett uttryckligt erkännande av betydelsen av samordning.

Utvärderingar av narkotikapolitik kan ge viktiga lärdomar för framtiden. Bland de områden där medlemsstaterna rapporterade om övervaknings- eller utvärderingsverksamhet under 2003 märks effekterna av ny narkotikalagstiftning, effekterna av lagändringar avseende narkotikainnehav för eget bruk (särskilt innehav av cannabis), åtgärder för att ge lokala myndigheter befogenhet att ingripa mot lokaler med koppling till narkotikahandel eller olägenhet för allmänheten, program för remittering av personer med narkotikaproblem till organ utanför det straffrättsliga systemet och åtgärder mot narkotikahandel och penningtvätt. De metoder som medlemsstaterna använder för att mäta sina nationella narkotikastrategier redovisas i ett temakapitel om utvärdering.

Två länder (Belgien och Förenade kungariket) rapporterade att den juridiska klassificeringen av cannabis hade ändrats. I båda länderna tas problematiskt cannabismissbruk uttryckligen upp i lagar eller riktlinjer, och de lagändringar som genomförts har ett antal betydelsefulla inslag som ibland har förbisetts i massmediernas rapportering om dessa åtgärder.

Ett allt viktigare område för framtida verksamhet och internationellt samarbete är strävan att skapa befogenheter som gör det möjligt att konfiskera narkotikahandlares och kriminella gruppers egendom. Spanien, Frankrike, Irland och Förenade kungariket rapporterar alla om ny utveckling på detta område.

Frågan om fordonskörning under påverkan av narkotika samt hanteringen av detta har fortfarande en framträdande plats i många medlemsstater. Under 2003 gjorde tre länder (Frankrike, Österrike och Finland) väsentliga ändringar i sina lagar på området med syftet att förtydliga eller skärpa dessa.

Narkotikaprevention

Narkotikapreventionsarbetet i Europa kan indelas efter om det vänder sig till hela samhället (allmänprevention) eller till dem som löper störst risk – på gruppnivå (riktad prevention) eller på individnivå (individualprevention). De mest välutvecklade modellerna för allmänprevention är program som riktar sig till skolelever. Här finns det en relativt solid faktabas som kan ge vägledning i fråga om programmens innehåll och genomförande. Ett antal länder rapporterar

om en uppmuntrande utveckling för skolpreventionsprogrammens täckning och genomförande. I många länder finns det dock fortfarande stort utrymme för förbättring såväl av allmänpreventionens täckning som av dess kvalitet. Även allmänpreventiva insatser utanför skolorna kan ge avsevärda resultat, men sådana insatser görs för närvarande bara i ett fåtal länder.

Trots att det blir allt mer vedertaget att det är viktigt att utveckla preventionsarbetet bland de personer som löper störst risk, finns det fortfarande ett betydande behov av satsningar på denna typ av målgruppsspecifik prevention.

Cannabis

Cannabis är fortfarande den olagliga drog som används mest inom EU. Variationen mellan länderna är stor. Nyare undersökningar bland 15-åriga skolelever tyder på att andelen som någon gång har använt cannabis varierar från under 10 % till över 30 %. Den största rapporterade andelen gäller brittiska pojkar (42,5 %). En liten men stabil andel (omkring 15 %) av de 15-åriga skolelever som har använt cannabis under det senaste året säger sig ha gjort detta vid minst 40 tillfällen. Sådant intensivt cannabismissbruk väcker oro – i synnerhet risken att denna grupp kan drabbas av negativa konsekvenser. Denna fråga, liksom det förhållandet att den rapporterade efterfrågan på behandling för cannabisproblem har ökat i Europa, diskuteras mer utförligt i ett temakapitel. Andelen som under det senaste året har använt cannabis är störst bland unga vuxna (15–34 år); i de flesta länderna ligger andelen i intervallet 5–20 %. Det förefaller som om cannabismissbruket nu har stabiliserats, åtminstone i några länder, efter en avsevärd ökning i de flesta länderna under 1990-talet.

Över 30 länder uppges som källor till den cannabis som beslagtas i Europa, något som illustrerar cannabisproduktionens globala karaktär. Europa är världens största marknad för hasch (cannabisharts); det mesta av haschet kommer ursprungligen från Marocko, som nu är den främsta källan i världen till denna form av drogen. Dessutom odlas nu cannabis i de flesta europeiska länder, även om importerade cannabisprodukter fortfarande dominerar i alla länder utom Nederländerna. Styrkan hos den cannabis som importeras till Europa förefaller ha legat på en relativt stabil nivå under ett antal år. Den cannabis som odlas inom EU med hjälp av intensivmetoder brukar ha högre styrka, men det finns en betydande överlappning mellan de båda produkterna.

Stimulantia av amfetamintyp, LSD och andra syntetiska droger

I Europa har amfetaminer länge varit den näst oftast förekommande drogen efter cannabis. Detta förefaller nu vara på väg att ändras i ett antal länder, bl.a. Tyskland, Spanien, Nederländerna, Finland och Förenade kungariket, där nyare undersökningsuppgifter tyder på att ecstasymissbruket nu är lika omfattande som – eller t.o.m. mer omfattande än – amfetaminmissbruket. Trots denna ökning av ecstasymissbruket stod Europa även år 2002 för den största delen av amfetaminbeslagen på global nivå (86 % av den beslagtagna mängden). Andelen av den vuxna befolkningen som någon gång har använt ecstasy ligger generellt i intervallet 0,5–7 %, även om andelen är större bland unga män. Exempelvis rapporteras det att mellan 11 % och 17 % av de 15–24-åriga männen i Tjeckien, Spanien, Nederländerna och Förenade kungariket någon gång har använt ecstasy. Över lag verkar den ökning av ecstasymissbruket som skedde under 1990-talet nu ha avstannat; det är bara ett fåtal länder som fortfarande redovisar en uppåtgående trend. Studier av enskilda grupper har vid ett flertal tillfällen visat att ecstasymissbruk är vanligare bland ungdomar som besöker s.k. dans- eller ravefester, även om det på senare tid har gjorts vissa rön som tyder på att denna koppling kan vara på väg att försvagas.

Dödsfall där ecstasy är inblandat förekommer sällan i jämförelse med opiatrelaterade dödsfall, men ecstasyfallen vållar betydande oro hos allmänheten. Definitions- och mätningsproblem gör denna fråga svåranalyserad. Färre än 100 ecstasydödsfall rapporterades till ECNN under det senaste år för vilket det fanns uppgifter, men denna siffra måste tolkas med försiktighet eftersom vissa länder inte redovisade några uppgifter och eftersom man i de fall där toxikologisk information fanns att tillgå ofta hade påträffat även andra ämnen än ecstasy. Omkring två tredjedelar av de rapporter om ecstasyrelaterade dödsfall som ECNN har fått kommer från Förenade kungariket, där trenden är uppåtgående. Det är oklart i vilken mån detta återspeglar ett utbrett ecstasymissbruk respektive skillnader i rapporteringspraxis.

Medlemsstaterna satsar fortfarande på åtgärder mot missbruket av stimulantia i nöjessammanhang. Detta sker genom en rad program för prevention och för minskning av missbrukets skadeverkningar, och verksamheterna på området är mest framträdande i vissa av de nya medlemsstaterna. Att missbruk av stimulantia av amfetamintyp är huvudskälet till att någon söker missbruksbehandling är sällsynt utom i Sverige och Finland,

där det länge har funnits problem med anknytning till kroniskt amfetaminmissbruk, och i Tjeckien, där man under en tid har haft problem med missbruket av ”pervitin”, en typ av metamfetamin som produceras i landet.

Missbruk av metamfetamin är ett växande problem på global nivå, men i Europa har det hittills bara varit i Tjeckien som det har förekommit ett mer betydande missbruk av denna drog. Nu kommer det emellertid in enstaka rapporter om metamfetaminmissbruk från ett antal andra europeiska länder, vilket väcker oro för att denna särskilt skadliga form av narkotikamissbruk kan komma att spridas ytterligare.

Kokain

Nyare undersökningar tyder på att mellan 0,5 % och 6 % av de vuxna någon gång har använt kokain. Bland unga vuxna (15–34 år) är det i allmänhet mellan 1 % och 10 % som någon gång har använt kokain. Ungefär hälften av dem som någon gång har använt kokain tenderar att uppge att de har gjort detta under det senaste året. Andelen ligger högre i Spanien och Förenade kungariket – i båda dessa länder är det över 2 % av de vuxna som har använt kokain det senaste året, att jämföra med under 1 % i de flesta andra länderna. Detta betyder att Spanien och Förenade kungariket nu ligger i nivå med Förenta staterna i fråga om andelen som har använt kokain under det senaste året, även om det fortfarande är en mindre andel i dessa länder än i Förenta staterna som har använt kokain någon gång i livet. Kokaintrenderna på nationell nivå är svåra att följa, men de uppgifter som finns tyder på att andelen bland ungdomarna som har använt drogen under det senaste året har ökat något i Danmark, Tyskland, Spanien, Nederländerna och Förenade kungariket; uppgifter om ett ökat missbruk, baserade på lokala eller kvalitativa källor, kommer även från Grekland, Irland, Italien och Österrike.

Antalet kokainbeslag ökade mellan 1997 och 2002 i alla länderna utom Tyskland och Italien. När en fullständig analys blir möjlig lär det, att döma av de trender som kan urskiljas i de tillgängliga uppgifterna, visa sig att antalet beslag på EU-nivå ökade på nytt år 2002. I de flesta länderna uppges dessutom kokainpriset ha sjunkit under samma period.

Rökning av crack-kokain (kokainbas) förekommer fortfarande bara i vissa av Europas större städer, och där förefaller missbruket vara vanligast i marginaliserade grupper. Uppgifter från studier av de personer som utnyttjar drogkonsumtionsrum visar exempelvis att kokainrökning är särskilt frekvent bland kvinnliga prostituerade.

Kokainrökning är visserligen sällsynt i befolkningen som helhet, men denna form av drogkonsumtion är särskilt starkt förknippad med en förhöjd risk för hälsoproblem och sociala problem.

Toxikologiska analyser visar att kokain i vissa länder ofta uppträder tillsammans med opiater i samband med narkotikarelaterade dödsfall. Det är fortfarande sällsynt med dödsfall som kan tillskrivas kokain utan att någon opiat påträffas, men detta är eventuellt på väg att bli vanligare. I Förenade kungariket skedde det mellan 1993 och 2001 en åttafaldig ökning av antalet fall där kokain nämndes på dödsattester, och i Nederländerna ökade antalet fall som tillskrevs enbart kokain från två 1994 till tjugosex 2001. Kokain kan också vara en bidragande orsak till dödsfall som beror på hjärt-kärlproblem, men dessa fall kan vara dåligt representerade i statistiken.

Behandlingsalternativen för personer med kokainproblem tenderar i allmänhet att vara allmänna metoder, oftast utan läkemedelsinslag. Det pågår arbete med att göra de läkemedelsbaserade åtgärderna effektivare, men utom för symptomlindring finns det ingen tydlig enighet om vad som är god praxis på området. I synnerhet kan vården av crackmissbrukare innebära svårigheter för behandlingsinrättningarna.

Problematiskt narkotikamissbruk, heroinmissbruk och injektionsmissbruk

Heroinmissbruk och injektionsmissbruk är den viktigaste beståndsdelen i ECNN:s indikator på problematiskt narkotikamissbruk. Denna indikator är ett mått bestående av flera komponenter som är avsett att göra det lättare att uppskatta hur omfattande det till stor del dolda kroniska narkotikaproblemet är. Skattningarna av det problematiska narkotikamissbruket ligger i intervallet två till tio personer per tusen vuxna invånare. Det finns betydande skillnader mellan och inom länder i fråga om det uppskattade antalet problemmissbrukare; relativt höga siffror rapporteras från Danmark, Italien, Luxemburg, Portugal och Förenade kungariket.

Problemmissbrukarna av narkotika i Europa verkar bli en allt mer heterogen grupp. I många länder har de flesta problemmissbrukarna tidigare tenderat att vara heroinmissbrukare, men blandmissbruk och missbruk av stimulantia blir nu allt vanligare. Även om det är svårt att göra skattningar, förefaller heroinmissbruket vara ganska stabilt i många länder, och nyrekryteringen av missbrukare har minskat jämfört med 1990-talet. Det är dock möjligt att denna analys inte stämmer för de nya EU-länderna.

Europa står för lite drygt en fjärdedel av det heroin som beslagtas i världen. Det går inte att se någon tydlig trend för de heroinmängder som beslagtas i EU, och totalt sett förefaller beslagen vara ganska stabila. I fråga om både mängder och antal beslag rapporterar Förenade kungariket, följt av Spanien, större beslag än övriga länder.

Det sker en begränsad opiatproduktion i europeiska länder. Denna är väsentligen begränsad till framställning av vallmostjälksprodukter avsedda för inhemsk konsumtion. Det går inte att se några tydliga trender i de nyare uppgifterna om vare sig heroinets renhetsgrad eller heroinpriset i missbrukarledet.

Opiater är fortfarande den främsta bland de dödsorsaker som har samband med narkotika i Europa. Varje år registreras mellan 8 000 och 9 000 överdosfall med dödlig utgång, men detta antal är nästan säkert en underskattning. De flesta offren är unga män i åldern 25–35 år, men genomsnittsåldern förefaller öka. Även om det finns betydande skillnader mellan länderna, skedde det över lag en stadig ökning av antalet narkotikarelaterade dödsfall i EU som helhet under 1980- och 1990-talen. Mellan åren 2000 och 2001 rapporterade många länder en minskning av antalet narkotikarelaterade dödsfall, och till följd av detta kunde det på EU-nivå konstateras en liten men statistiskt signifikant minskning av antalet rapporterade dödsfall – från 8 838 till 8 306. Historiskt sett är dock antalet dödsfall fortfarande stort.

En oroande utveckling på senare tid är att det har kommit rapporter om handel med fentanyl, en syntetisk opiat som är upp till 100 gånger starkare än heroin. Beslag har nyligen rapporterats från ett antal länder kring Östersjön och från Ryssland. I Estland dök fentanyl i slutet av 2001 upp på narkotikamarknaden som substitut för heroin, och i Finland beslagtog man år 2002 ett större parti metylfentanyl.

Studier av heroinmissbrukare i behandling tyder på att det finns markanta skillnader mellan olika länder när det gäller i vilken utsträckning missbrukarna injicerar respektive röker drogen. Bland de heroinmissbrukare som för första gången söker behandling är det nu mindre än hälften som uppger sig injicera, och i vissa länder förefaller injektionsmissbruk bli allt mindre vanligt. I andra länder – särskilt, men inte enbart, i de nya medlemsstaterna – är injicering fortfarande det normala bland heroinmissbrukarna. De övergripande skattningarna av hur utbrett injektionsmissbruket av narkotika är ligger i intervallet två till sex personer per tusen vuxna invånare.

Hiv-epidemin sprids nu i vissa av de nya EU-medlemsstaterna och i grannländerna, även om prevalensen (andelen smittade) i EU-länderna varierar stort. I västra Europa har man tidigare kunnat konstatera att hiv-prevalensen har stabiliserats eller minskat, men ett antal lokala epidemier sedan mitten av 1990-talet och den fortsatt höga smittspridningen i vissa grupper väcker oro för att detta kan komma att ändras.

Andelen smittade med hepatit C-virus (HCV) är fortfarande stor bland injektionsmissbrukarna i Europa. I olika studier har man konstaterat att mellan en fjärdedel och nästan samtliga undersökta injektionsmissbrukare har antikroppar mot viruset. I vissa fall kan man se en direkt korrelation mellan andelen HCV-smittade och andelen hiv-smittade. Hepatit B-infektion är också fortfarande vanligt bland injektionsmissbrukarna i Europa, trots att det finns vaccin mot detta virus. Prevalensen av tuberkulos är fortfarande låg bland injektionsmissbrukarna i EU-länderna, möjligen bortsett från vissa av länderna kring Östersjön, men däremot är andelen smittade stor i några av EU:s grannländer.

Generellt förefaller det ha skett en ökning inom EU av investeringarna i nål- och sprutbytesprogram för injektionsmissbrukare. Estland och Lettland har snabbt byggt ut sina program, och det har dessutom startats program i Nordirland och i Flandern (Belgien). Däremot har antalet distribuerade sprutor minskat i en del länder med etablerade program, vilket kan återspegla att det har blivit mindre vanligt att missbrukarna injicerar. När det gäller lågtröskelvården är de viktigaste trenderna att denna vård i allt större utsträckning integreras med andra överlevnadsinriktade insatser som härbärgen och primärvård samt att öppettiderna blir mer flexibla. Narkotikakonsumtionsrum finns i tre medlemsstater, och ECNN publicerade år 2004 en utförlig studie av dessa faciliteter.

Missbruksbehandling

Den narkotikarelaterade behandling som erbjuds i flertalet medlemsstater är i huvudsak behandling för opiatmissbruk eller för blandmissbruk där opiater ingår. Någon form av substitutionsbehandling är fortfarande det dominerande behandlingsalternativet för klienter i denna grupp, även om tillgången på substitutionsbehandling är begränsad i de nya medlemsstaterna och drogfri behandling fortfarande är vanligt förekommande där. Det bör också noteras att i Tjeckien, Finland och Sverige utgör injektionsmissbrukare av amfetaminer en betydande andel av de missbrukare som får behandling.

De tillgängliga uppgifterna om de personer som söker hjälp för narkotikaproblem tyder på att det har skett en diversifiering av kännetecknen för de hjälpbehövande. Vid

sidan av injektionsmissbruk och annat missbruk av heroin rapporteras det om en rad problem med blandmissbruk, stimulantiamissbruk och cannabismissbruk. År 2002 visade ECNN:s indikator på behandlingsefterfrågan för första gången att cannabis – i de elva länder som redovisat uppgifter – hade gått om opiaterna och nu var den drog för vilken det största antalet nya klienter remitterades till behandling inom den specialiserade öppenvården. I vilken mån detta återspeglar ändrad rapporteringspraxis, en utbyggnad av vården eller förändrade kännetecken hos de hjälpbehövande diskuteras utförligt i temakapitlet om cannabisproblemen i sitt sammanhang.

Det blir allt mer vedertaget att missbrukarvården måste integreras med annan hälso- och sjukvård, särskilt den som riktar sig till marginaliserade och socialt missgynnade grupper. En särskilt stor utmaning är att kunna göra effektiva insatser för de personer som har både missbruksproblem och problem med sin psykiska hälsa. Denna fråga tas upp i temakapitlet om psykiatrisk komorbiditet.

Fängelsefrågor

Jämfört med i befolkningen som helhet är narkotikamissbrukare överrepresenterade i fängelserna. Skattningarna av hur stor andel av internerna som någon gång har använt narkotika varierar mellan 22 % och 86 % i olika grupper av interner, olika fängelser och olika länder. Eftersom injektionsmissbruk är förhållandevis vanligt, är fängelserna en högriskmiljö för spridning av infektionssjukdomar. Bland de åtgärder som har vidtagits för att förhindra smittspridning märks att man har infört substitutionsbehandling och startat nål- och sprutbytesprogram i vissa fängelser. Hälsokonsekvenserna av narkotikamissbruk i fängelserna, som förvärras av att tillgången till vård är begränsad och av att fängelsernas vårdpersonal ofta är isolerad från den reguljära vården, blir nu i allt högre grad föremål för åtgärder inom ramen för de nationella sjukvårds- och socialvårdssystemen. Det finns nu alternativ till fängelse som har införts tack vare nytänkande inom kriminalvårdspolitiken och bl.a. innebär att narkotikamissbrukare åläggs mer eller mindre obligatorisk behandling eller samhällstjänst. Tanken är att deras behov tillgodoses bättre genom sådana åtgärder.

Kapitel 1
Ny utveckling i fråga om politik och lagar

I detta kapitel beskrivs den senaste utvecklingen när det gäller narkotikapolitiken både i EU som helhet och i de enskilda medlemsstaterna. I de flesta fallen bygger den redovisade informationen på de förändringar som skedde under 2003, vilket var första året av "andra halvlek" av EU:s handlingsplan för narkotikabekämpning (2000–2004). Dessutom var de nationella regeringarna skyldiga att senast 2003 göra en halvtidsutvärdering av sitt arbete med att utveckla och genomföra en nationell strategi för narkotikakontroll, något som de ålades att göra i den förklaring om vägledande principer för arbetet med att minska efterfrågan på narkotika som antogs i samband med 1998 års särskilda möte i FN:s generalförsamling (UNGASS) ([1]) om det globala narkotikaproblemet. Eftersom EU:s handlingsplan 2000–2004 avslutas i år är det lämpligt att diskutera de framsteg som hittills gjorts i arbetet med att utvärdera den. ECNN har en omfattande och aktiv roll i denna process, som förhoppningsvis kommer att göra det lättare att utforma en ändamålsenlig narkotikapolitik. Det är framför allt ur detta perspektiv som strategierna och lagstiftningsutvecklingen på nationell nivå och EU-nivå kommer att granskas i detta kapitel.

Utvecklingen i EU

Under 2003 antogs två nya EU-texter om hur narkotikaproblemet skall angripas. Den ena avser folkhälsofrågor och den andra olaglig narkotikahandel. Bland övriga frågor som behandlades på EU-nivå under 2003 märks åtgärder för att beakta nya syntetiska droger, genomförandet av verksamheter och instrument för samordning samt ECNN:s roll.

Folkhälsofrågor

Den 23 september 2002 antog Europaparlamentet och rådet ett nytt program för gemenskapsåtgärder på folkhälsoområdet (2003–2008). Det har tre allmänna mål, nämligen att sprida information om hälsa, reagera snabbt på hälsorisker och främja hälsan genom att arbeta med hälsans bestämningsfaktorer. Det är i synnerhet hälsoinformation och hälsofrämjande arbete som är relevanta på narkotikaområdet.

I juni 2003 antog ministerrådet en rekommendation om "förebyggande och begränsning av hälsorelaterade skador i samband med narkotikamissbruk", ett dokument som Europeiska kommissionen hade efterlyst i maj 2002. Detta innebär ett stort framsteg, eftersom det är den första EU-rekommendation på folkhälsoområdet som rör narkotika och som syftar till att minska hälsoskadorna i samband med narkotikamissbruk ([2]). Många av medlemsstaterna har redan införlivat rekommendationens slutsatser i sina nationella narkotikastrategier.

I rekommendationen rekommenderas följande:

- För att kunna ha en hög nivå på hälsoskyddet bör medlemsstaterna fastställa att förebyggande och begränsning av risker kopplade till narkotikamissbruk är folkhälsomål. De bör också utarbeta och genomföra omfattande strategier för detta ändamål.
- För att avsevärt kunna minska narkotikamissbrukets skadliga konsekvenser för hälsan (t.ex. hiv, hepatit B och C samt tuberkulos) och antalet dödsfall som orsakas av narkotikamissbruk bör medlemsstaterna, som en integrerande del av politiken för förebyggande av narkotikamissbruk och vård av missbrukare, införa ett antal olika åtgärder som särskilt syftar till att minska riskerna.
- Medlemsstaterna bör diskutera en särskild åtgärdslista för att utveckla lämpliga metoder för utvärdering i syfte att effektivisera det narkotikaförebyggande arbetet och arbetet med att minska de hälsorisker som har samband med narkotika.

Medlemsstaterna skall rapportera till kommissionen om genomförandet av rekommendationen inom två år efter antagandet och därefter på begäran av kommissionen. Härigenom kommer man att på EU-nivå kunna följa upp hur rekommendationen genomförs, och man kommer också att längre fram kunna vidta eventuella åtgärder som krävs för att målen i EU:s handlingsplan för narkotikabekämpning skall kunna uppnås.

I rapporten uppmanas dessutom ECNN att i enlighet med Europeiska unionens handlingsplan för

([1]) Se Internet (http://www.unodc.org/adhoc/gass/content.htm).

([2]) För en översikt över vilken roll strategin för att minska skadeverkningarna spelar, se tabell 1 OL: Minskningen av skadeverkningarna och dess roll.

narkotikabekämpning ge teknisk hjälp åt Europeiska kommissionen med att skriva en rapport med syfte att revidera och aktualisera rekommendationen.

Olaglig narkotikahandel

Mot bakgrund dels av slutsatserna från Europeiska rådets särskilda möte i Tammerfors i Finland år 1999, dels av EU:s strategi mot narkotika och handlingsplan för narkotikabekämpning, lade Europeiska kommissionen fram ett förslag till rambeslut om "minimibestämmelser för brottsrekvisit och påföljder för olaglig narkotikahandel" för rådet och Europaparlamentet. I november 2003 nådde ministerrådet en överenskommelse om detta första rambeslut om olaglig narkotikahandel. Rambeslutet anses ha avgörande betydelse för kampen mot den olagliga narkotikahandeln, eftersom det blir allt viktigare att straffsatserna för denna typ av brott är likartade i de olika medlemsstaterna i det utvidgade EU.

Grundprincipen för rambeslutet är att medlemsstaterna bör kriminalisera inte bara olaglig narkotikahandel utan även försök till olaglig narkotikahandel liksom anstiftan eller medhjälp till olaglig narkotikahandel. Åtgärderna i rambeslutet riktar sig mot personer som ägnar sig åt narkotikahandel och mot de brotts- och terroristorganisationer som finansierar sin olagliga verksamhet genom narkotikahandel.

Enligt rambeslutet skall det införas påföljder för dem som på något stadium – framställning, utbjudande till försäljning, transport och distribution samt innehav eller köp i avsikt att sälja – medverkar i olaglig handel med ämnen som omfattas av FN-konventioner och EG-beslut. Länderna uppmanas att se till att brotten leder till straffrättsliga påföljder och att maximistraffet inte understiger mellan ett och tre års fängelse, eller mellan fem och tio års fängelse om brottet involverar stora mängder droger eller de droger som vållar de största hälsoskadorna. Problemet med rambeslutet är att det ger en gemensam definition på EU-nivå av "olaglig narkotikahandel" och rekommenderar påföljder för detta brott inom EU. Eftersom medlemsstaterna inte kunde enas om vad som skulle anses utgöra "eget bruk", omfattar rambeslutet inte de brott som enligt medlemsstaternas nationella lagstiftning avser eget bruk av narkotika.

Rambeslutet kommer att träda i kraft den dag då det offentliggörs i *Europeiska unionens officiella tidning*, och medlemsstaterna kommer att ha 18 månader på sig att vidta de åtgärder som krävs för att efterleva beslutet.

Nya syntetiska droger

Det är ministerrådets sak att besluta om narkotikaklassning av nya syntetiska droger. I november 2003 antog rådet ett beslut om kontrollåtgärder och straffrättsliga sanktioner avseende de nya syntetiska drogerna 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 och TMA-2. Dessa ämnen, som inte är upptagna i någon av förteckningarna i 1971 års FN-konvention om psykotropa ämnen, omfattas nu av kontrollåtgärder och straffrättsliga sanktioner i medlemsstaterna.

I oktober 2003 lade kommissionen fram ett utkast till ett rådsbeslut som skulle ersätta den gemensamma åtgärden från 1997 om informationsutbyte, riskbedömning och kontroll av nya syntetiska droger ([3]). Initiativet är direkt kopplat till resultatet av kommissionens externa utvärdering som det stipulerades i Europeiska unionens handlingsplan för narkotikabekämpning 2000–2004. Det föreslagna rättsliga instrumentet har som mål att klargöra definitionerna och förfarandena och utvidgar det till att omfatta samtliga nya syntetiska och narkotiska droger.

Samordning

I november 2003 antog dessutom kommissionen ett meddelande om verksamheter och instrument för samordning inom EU på narkotikaområdet. Detta meddelande bygger på resultaten från en undersökning av de befintliga bestämmelserna och mekanismerna för samordning i medlemsstaterna ([4]) som ECNN organiserade i samarbete med kommissionen. Meddelandet bekräftar att samordning har avgörande betydelse för att EU skall kunna vidta verkningsfulla motåtgärder mot det komplexa narkotikaproblemet och dess konsekvenser.

ECNN:s roll

Slutligen föreslog kommissionen i december 2003 att de föreskrifter som reglerar ECNN:s verksamhet skulle revideras. Kommissionens förslag, som kommer att diskuteras av rådet under 2004, tar upp flera områden. Bland annat handlar det om ändringar i grundföreskrifterna, om ändringar avsedda att stärka ECNN:s roll när det gäller nya missbruksmönster och EU:s utvidgning samt om ändringar för att väga in ECNN:s roll i arbetet med att utvärdera EU:s handlingsplan för narkotikabekämpning.

([3]) EGT L 167, 25.06.1997, s.1–3.

([4]) Se Internet (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1356).

Medlemsstaternas nationella politik

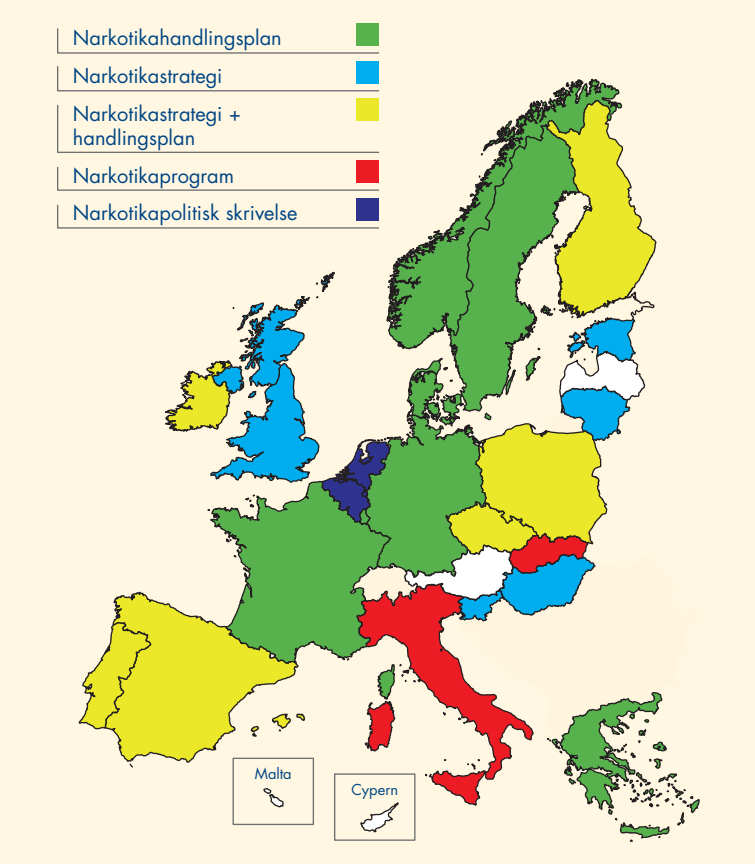
"Narkotikastrategier" ([5])

Att många medlemsstater hade infört "nationella narkotikastrategier" – en hörnsten i EU:s narkotikapolitik – var en trend som rapporterades i den förra årsrapporten, och den trenden fortsatte 2003 (se figur 1). Under året införde man narkotikaplaner och narkotikaprogram i Danmark, Tyskland, Litauen och Slovenien, och under 2004 väntas man göra detta även i Estland och Frankrike ([6]), vilket skulle betyda att det totala antalet medlemsstater som bedriver sin narkotikapolitik inom ramen för en övergripande nationell narkotikastrategi skulle uppgå till 21 av 25 (eller 22 av 26 om man räknar med Norge) ([7]) ([8]).

Tack vare att "nationella narkotikastrategier" har införts på så bred front under så kort tid (1997–2004) ([9]), och inom ett väl avgränsat geografiskt område, går det att jämföra medlemsstaterna och skapa sig en bild som omfattar hela EU.

En första iakttagelse är att man allt oftare har en helhetssyn på narkotikapolitiken och tar med åtgärder både för att minska efterfrågan och för att minska tillgången – vad man brukar kalla för ett balanserat angreppssätt (*balanced approach*) ([10]). Samtliga analyserade dokument uppvisar detta drag. För det andra blir samordning allt viktigare. I allt högre grad genomförs de nationella narkotikastrategierna med central samordning (de flesta EU-länderna har nationella samordningsmyndigheter och nationella samordnare ([11])), även om det finns ett nära samarbete med regionala och lokala myndigheter. För det tredje blir det konkreta utförandet av insatserna ute på fältet och arbetet med att följa och bedöma genomförandet av strategierna nu föremål för allt större uppmärksamhet eftersom beslutsfattarna därigenom vill ha bättre insyn i de konkreta resultaten av politiken (se temakapitlet om utvärdering, s. 75).

Figur 1: Olika typer av "nationella narkotikastrategier"



Anm.: Den teoretiska skillnaden mellan en narkotikapolitik, en nationell narkotikastrategi (som bör ange allmänna principer samt ge en ram och en inriktning för verksamheten) och en handlingsplan (som verkställer strategin genom att utförligt beskriva specifika åtgärder) vidmakthålls inte alltid i de nationella dokumenten. Eftersom de olika länderna står för en så stor mångfald, beskriver vi de nationella strategidokumenten på det sätt som dessa officiellt presenteras, utan att försöka konsolidera definitioner eller göra jämförelser.

Källa: Medlemsstaternas nationella strategier.

Däremot finns det betydande skillnader i fråga om både uppläggning hos och innehåll i de "nationella narkotikastrategierna". Det varierar t.ex. avsevärt vilken detaljnivå man redovisar och i vilken grad man framhäver

([5]) Eftersom de olika ländernas nationella narkotikastrategier skiljer sig åt i betydande grad med avseende på uppläggning och innehåll, görs det i denna rapport inget försök att harmonisera definitioner och begrepp. Detta betyder att "nationell narkotikastrategi" (inom citattecken) betecknar ett officiellt dokument som har godkänts av en regering och där det anges allmänna principer och specifika insatser som skall göras/mål som skall uppnås (inom en viss angiven period) på narkotikaområdet, oavsett om dokumentet officiellt kallas för en narkotikastrategi, en handlingsplan, en politisk skrivelse eller något annat. Mer information finns i ECNN:s rapport om nationella strategier och samordningsmekanismer (*National strategies and coordination mechanisms*) (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).

([6]) Se ruta 1 OL: Nyligen antagna nationella narkotikastrategier.

([7]) Norge är visserligen inte en EU-medlemsstat, men är däremot medlem i ECNN. Av de tjugofem EU-medlemsstaterna är det bara fyra som (ännu) inte har någon s.k. nationell narkotikastrategi, nämligen Cypern, Lettland, Malta och Österrike. I Cypern och Lettland förbereder man narkotikastrategier. I Österrike saknas det visserligen federal narkotikastrategi, men varje förbundsstat har en egen plan.

([8]) Se tabell 1 OL: Gällande "nationella narkotikastrategier" i EU-länderna.

([9]) Med i denna tidsperiod finns Nederländerna, som dokumenterar sin narkotikastrategi *Drug policy in the Netherlands: continuity and change* (1995) och flera efterföljande dokument (XTC 2001, Cocaine 2002, Cannabis 2004).

([10]) Principen om ett balanserat angreppssätt slogs fast i 1998 års politiska förklaring från UNGASS: "det skall råda balans mellan efterfrågeminskande och tillgångsminskande åtgärder, vilka ömsesidigt skall förstärka varandra, i ett samlat angreppssätt för att lösa narkotikaproblemet" (*there shall be a balanced approach between demand reduction and supply reduction, each reinforcing the other, in an integrated approach to solving the drug problem*). I detta kapitel görs inget försök att bedöma i vilken mån medlemsstaterna har lyckats få till stånd ett "balanserat angreppssätt", utan det konstateras bara att ett sådant angreppssätt nu tilldrar sig allt större uppmärksamhet.

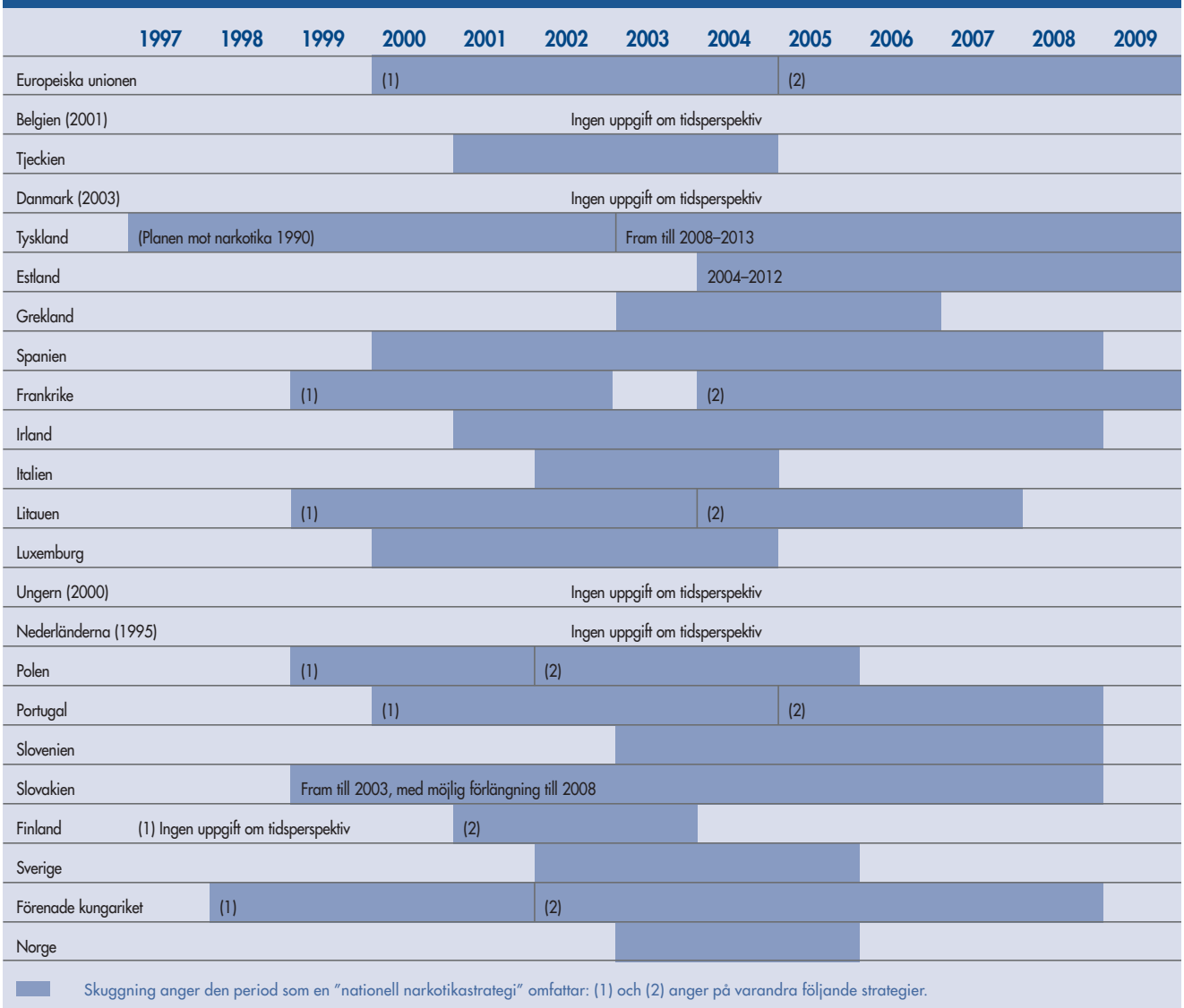
([11]) Mer information finns på Internet (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360).

åtgärder och mål. Vissa dokument är upplagda på ett sådant sätt att de angivna åtgärderna och genomförandet över lag kan följas upp, medan andra är mindre utförliga och anger allmänna mål utan att knyta dessa till operativa mål eller resultatindikatorer. Även terminologin för de narkotikapolitiska dokumenten varierar: vissa länder har antagit handlingsplaner, andra har strategier, och vissa har genomfört program. De olika politiska målen och agendorna kan faktiskt ge en mycket bred bild där ganska olika scenerier går under benämningen "nationell narkotikastrategi (figur 1). Termerna handlingsplan, program och strategi kan användas omväxlande ([12]), men speglar inte nödvändigtvis olikheter i politiska mål eller agendor.

Tidsperspektivet är en annan aspekt där medlemsstaternas nationella narkotikastrategier skiljer sig åt. De flesta länderna ser 3–5 år framåt i tiden, men i vissa länder omfattar strategin en period av 8–10 år, och i några anges ingen tidsperiod alls (se tabell 1). I detta avseende bör man överväga kopplingen mellan "nationella narkotikastrategier" och EU:s handlingsplan för narkotikabekämpning.

Innehållsskillnaderna kan bero på att de politiska målen eller narkotikaproblemets karaktär är olika i olika länder. Här tar vi upp två av de mest relevanta punkterna där det kan finnas skillnader: vilka ämnen som omfattas och vilket huvudsyftet med strategin är.

Tabell 1: Tidsperspektiv för "nationella narkotikastrategier"



([12]) En narkotikastrategi kan definieras som ett "enande tema, ett ramverk för avgöranden, konsekvens och riktning" och en åtgärdsplan som ett "system eller program för detaljerade särskilda åtgärder" (*Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review*, November 2002: http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).

Tabell 2: "Lagliga droger" i nationella narkotikastrategier

Land	Alkohol	Tobak	Handlingsplan för alkohol (1)
Belgien	●	●	Nej
Tjeckien	●	●	Nej
Danmark	i.u.	i.u.	Ja
Tyskland	●	●	Ja
Estland	○	○	Ja
Grekland	●	i.u.	i.u.
Spanien	●	●	Nej
Frankrike	●	●	Ja
Irland	●	○	Ja
Italien	○	i.u.	Ja
Litauen	i.u.	i.u.	Ja
Luxemburg	i.u.	i.u.	Nej
Ungern	●	○	Ja
Nederländerna	●	●	Ja
Polen	○	○	Ja
Portugal	●	○	Ja
Slovenien	○	○	Nej
Slovakien	●	●	Nej
Finland	i.u.	i.u.	Ja
Sverige	i.u.	i.u.	Ja
Förenade kungariket	○	○	Ja
Norge	●	●	Ja

• Planerade åtgärder; ○ Drogtypen nämns; i.u. = ingen uppgift.

(1) WHO:s alkoholdatabas (http://www.euro.who.int/alcoholdrugs).

Även om de nationella narkotikastrategierna oftast primärt är inriktade på olagliga droger, dvs. narkotika, omfattar många av dokumenten även s.k. lagliga droger – främst alkohol och tobak, och i synnerhet på områdena upplysning, prevention och behandling (se tabell 2). Detta tar sig i några länder uttryck i specifika åtgärder och projekt, medan det i andra länder bara handlar om att "lagliga droger" nämns i dokumentet. I många av de länder där alkohol omfattas av "narkotikastrategin" finns det även en nationell handlingsplan för alkohol.

Visserligen har alla länderna samma allmänna mål (att minska efterfrågan, minska tillgången osv.), och i EU:s handlingsplan för 2000–2004 anges sex gemensamma mål ([13]), men när det gäller hur man tänker sig att dessa mål skall uppnås finns det en variation som beror på vilka de allmänna syftena med narkotikapolitiken är.
Den viktigaste skillnaden är att syftet i vissa länder är "ett drogfritt samhälle" medan man i andra länder främst har som syfte att minska narkotikans skadeverkningar för individen och för samhället. Det finns dock inga tydliga skiljelinjer – de flesta "nationella narkotikastrategierna" har båda dessa syften (och ibland även andra syften), även om man fäster större vikt vid det ena av dem. Det av syftena som man väljer att framhäva (och den omfattning i vilken man satsar särskilt på att uppnå det syftet) formar de åtgärder som har sin utgångspunkt i de "nationella narkotikastrategierna".

Det finns en medvetenhet om att det måste finnas skillnader eftersom de politiska dagordningarna och de lokala förhållandena och kulturerna är olika, men det har ändå gjorts betydande insatser för samordning på europeisk nivå. Inom EU har man kommit överens om samordnade angreppssätt när det gäller narkotika (strategin mot narkotika och handlingsplanen för narkotikabekämpning 2000–2004), som på senare år har konsoliderats och strukturerats, och avsikten är att hela EU skall sträva åt samma håll i framtiden.

Vilken inriktning den framtida narkotikapolitiken i det utvidgade EU kommer att få är fortfarande en öppen fråga, och detsamma gäller huruvida 25 olika nationella narkotikastrategier (utom de regionala och lokala strategierna) slutligen kommer att kunna knytas samman inom ramen för EU-strategin. Däremot skulle man i EU-medlemsstaterna redan kollegialt kunna diskutera frågor som vilka slags instrument som skulle kunna ingå i en sådan EU-strategi, hur lång giltighet dessa instrument skulle kunna ha, vilka principer och kriterier som skulle kunna ligga till grund för dem och vilka strategins huvudsakliga syften och mål skulle kunna vara.

Nationella strategier: utvärdering av lagar ([14])

Under de senaste åren har det blivit allt vanligare att man utvärderar eller redovisar utvärderingar av nya lagar (hur de introduceras och/eller vilken effekt de får). När det gäller narkotika kan det vara övervakning eller utvärdering av många olika aspekter av kontrollagstiftningen, t.ex. förbudet mot användning eller innehav, motåtgärderna mot narkotikabrott och kampen mot olaglig narkotikahandel och penningtvätt. I vissa länder införs och utvärderas olika pilotprojekt innan systemet införs i hela landet.

([13]) 1) Inom fem år betydligt minska narkotikamissbruket, och nyrekryteringen till narkotikamissbruk, särskilt bland ungdomar under 18 år. 2) Inom fem år betydligt minska de narkotikarelaterade hälsoskadorna (hiv, hepatit, tuberkulos m.m.) och antalet narkotikarelaterade dödsfall. 3) Betydligt öka antalet framgångsrikt behandlade missbrukare. 4) Inom fem år betydligt minska narkotikans tillgänglighet. 5) Inom fem år betydligt minska antalet narkotikarelaterade brott. 6) Inom fem år betydligt minska penningtvätten och den olagliga handeln med prekursorer.

([14]) För en fylligare version av detta avsnitt se ruta 2 OL: Nationella strategier: utvärdering av lagar.

Sedan 1999 har t.ex. Belgien, Tjeckien, Tyskland, Ungern, Sverige och Förenade kungariket samtliga rapporterat någon form av övervakning eller utvärdering av olika aspekter av grundläggande rättsbestämmelser för narkotikamissbruk eller innehav. Detta har lett till stora förändringar i narkotikalagstiftningen i Belgien, Ungern och Förenade kungariket.

Bedömning av effekten av kriminalisering har varit centrum för debatt och utvärdering. Bland utvärderingsinitiativen lyfter vi fram två som utvärderar till synes liknande situationer men har gett olika utfall. Både Ungern och Sverige har nyligen utvärderat effekterna av att narkotikamissbruk kriminaliserats. I mars 1999 ändrades strafflagen i Ungern så att narkotikakonsumtion blev ett brott, och möjligheten att kräva att brottslingarna skulle genomgå behandling begränsades till missbrukare. Senare undersökningar visade emellertid att målet att minska missbruk, konsumtion och cirkulation av narkotika inte uppnåddes utan antalet personer som provade på droger och antalet registrerade brott fortsatte att stiga. Dessutom gjorde lagändringen den juridiska klassificeringen av droger besvärligare och domstolsförfarandena mer komplicerade, och den hade en negativ effekt på hur aktörerna på drogmarknaden betedde sig. Författarna till studien kom fram till att straffen var för stränga och inte lyckades komma åt det faktum att unga människor inte blir drogmissbrukare för att de är presumtiva brottslingar utan på grund av omständigheterna. Alltså ändrades den tillbaka igen och hänsyn togs till rönen i undersökningen. Den nya versionen infördes den 1 mars 2003.

I Sverige undersökte Brottsförebyggande rådet år 2000 effekterna av narkotikalagstiftningen från 1988 (som skärptes 1993) enligt vilken all narkotikakonsumtion är förbjuden. Då narkotikalagen infördes skedde det en kraftig ökning av antalet människor som rapporterades ha begått smärre narkotikabrott. Många av dem var visserligen välkända narkotikamissbrukare, men en del var unga och tidigare okända användare. Ett viktigt skäl till att lagen antogs var att det skulle gå att spåra ungdomar som befann sig i början av sitt narkotikabruk, och rapporten visade att detta lyckades. I rapporten diskuteras också lagens effekt på narkotikamarknaden (som har vuxit). Man kom fram till att det inte fanns några tydliga indikationer på att kriminaliseringen av narkotikakonsumtionen hade en avskräckande effekt på ungdomar.

När det gäller andra motåtgärder har utvärderingar av flera rättsinstrument genomförts eller håller på att genomföras i Förenade kungariket, t.ex. narkotikatestning efter s.k. utlösande brott, narkotikadomstolar och *arrest referral schemes* (arrestering för remittering till behandling). Andra metoder att handskas med narkotikabrottslingar håller också på att utvärderas i Tyskland (behandling i stället för straff), Irland (*arrest referral*) och Nederländerna (tvångsbehandling).

Nederländerna använder också olika utvärderingstekniker för att bedöma hur effektiva nyare lagar mot olaglig narkotikahandel är (kvarhållande i häkte av kurirer) och penningtvätt (offentliga kontrakt). I Sverige innehåller de statliga myndigheternas direktiv särskilda krav på att staten skall utvärdera polisens organisation och sätt att bekämpa narkotika. Olika utvärderingstekniker har också använts för att förbättra motåtgärderna mot lokal narkotikahandel och den olägenhet narkotikamissbruk innebär för allmänheten, t.ex. samordningen av lokala motåtgärder i Irland, befogenheten att stänga lokaler i Nederländerna och att man i Tyskland kan begära nya körkortsprov.

Utvärdering erkänns allmänt som ett allt viktigare redskap vid hanteringen av alla aspekter av narkotikaproblemet. Vid utvärdering av lagar kan man bedöma deras genomförande eller effekt. I allmänhet har de utvärderingar som rapporterats tenderat att se positivt på strategin i fråga. Men viljan att faktiskt ändra tillbaka en strategi med utgångspunkt i utvärderingsresultat, vilket har skett i Ungern, visar ett nytt förtroende för den evidensbaserade forskningen, något som hittills ofta saknats. Denna positiva trend när det gäller utvärdering utgör en del av en mer generell trend för att den offentliga förvaltningen skall bli mer ansvarig och att i allt högre grad lita på idéer som av hävd brukar förekomma i den privata sektorn, t.ex. resultatmål och kostnadseffektivitet.

Utvecklingen inom nationell lagstiftning

Lagstiftning avseende cannabis

Under det gångna året har cannabis omklassificerats i två länder. Båda fallen blev föremål för en omfattande massmedial täckning som inte var korrekt i alla stycken. I Belgien gjorde man genom ett paket bestående av två lagar, ett dekret och ett direktiv till åklagarväsendet, flera ändringar i lagstiftningen. Den kanske mest genomgripande ändringen innebar att cannabisprodukter placerades i en annan rättslig kategori än övriga droger. Det skapades nya brottsrubriceringar som innebär att en vuxen första- eller andragångsförbrytare vars brott gäller innehav av cannabis avsett för eget bruk – förutsatt att det inte finns några tecken på olägenhet eller problemmissbruk – bara bestraffas med böter och skyldighet att anmäla sig hos polisen. Enligt den tolkning som görs i direktivet till åklagarväsendet är ”cannabis för eget bruk” högst 3 gram eller en planta. Om det föreligger någon form av

olägenhet kan straffet dock bli fängelse i mellan tre månader och ett år och/eller böter på 5 000 till 500 000 euro, och vid försvårande omständigheter, t.ex. innehav i närvaro av minderåriga, är straffen stränga.

I Förenade kungariket omklassificerades cannabis från klass B till klass C i det brittiska klassificeringssystemet. Detta innebär att maximistraffet för innehav för eget bruk minskas från fem till två års fängelse, men det råder inget tvivel om att allt cannabisinnehav fortfarande är brottsligt. Genom annan lagstiftning som infördes parallellt kom två i sammanhanget relevanta faktorer att förbli oförändrade: maximistraffet för innehav i syfte att sälja är fortfarande detsamma, och innehav av cannabis är fortfarande en *arrestable offence*, dvs. ett brott för vilket en person kan arresteras utan arresteringsorder. Däremot rekommenderas det i riktlinjer från polismästarförbundet (*Association of Chief Police Officers*) att polisen bara skall arrestera med anledning av innehav i vissa fall, bl.a. vid rökning på allmän plats eller i närheten av minderåriga. Även personer under 18 år bör fortfarande arresteras, så att de kan remitteras till behandling.

Både Belgien och Förenade kungariket tar specifikt upp problematiskt cannabismissbruk i sina lagar eller riktlinjer. Denna aspekt diskuteras senare i denna rapport.

Förverkande av egendom

Under det gångna året har man i ett antal länder ändrat sin lagstiftning om förverkande av egendom tillhörande personer som gjort sig skyldiga till olaglig narkotikahandel eller om förvaltning av fonder med ursprung i sådan egendom. I Irland har polisens nationella narkotikaenhet och kontoret för kriminellas egendom inlett ett gemensamt initiativ som inriktar sig på egendom tillhörande lokala langare. I Förenade kungariket inrättades det genom lagen *Proceeds of Crime Act* ett kontor för indrivande av tillgångar (*Assets Recovery Agency*), och enligt den nya lagstiftningen har polisen och tullen befogenhet att beslagta och söka efter pengar. Lagen innehåller bestämmelser som är avsedda att hjälpa utredarna att spåra inkomster av brott och att undersöka penningtvätt. I Skottland har polisen och åklagarna fått utökade befogenheter så att de i större utsträckning skall kunna driva in tillgångar i både brottmål och civilmål.

I Spanien trädde under 2003 en ny lag i kraft med bestämmelser rörande egendom som beslagtas i samband med olaglig narkotikahandel. Den upphäver 1995 års lag på samma område. Avsikten med den nya lagen är att påskynda överföringen av de handlingar som behövs för att identifiera och lokalisera beslagtagen egendom, och den innebär att fler typer av mottagare för pengarna kan komma i fråga, bl.a. mellanstatliga och överstatliga enheter samt utländska regeringar. I Nederländerna gjordes det tio år efter ikraftträdandet en studie av lagstiftningen om förverkande av egendom. Man såg närmare på typ och värde för de egendomar som tillhörde 52 stora brottsorganisationer som lagförts under perioden. Det visade sig att bara 10 % av det uppskattade beloppet av olagligen förvärvade pengar hade kunnat konfiskeras; det är fortfarande svårt att bevisa exakt hur mycket pengar som hade förvärvats på olagligt sätt. Utredarna rekommenderar en ökning av sakkunskapen i fråga om utredning av ekonomiska brott. I Frankrike finns det en rundskrivelse – som utarbetades 2002 av avdelningen för brottsärenden

Kampen mot penningtvätt

För närvarande är det inte möjligt att göra en korrekt uppskattning av vilka vinster som görs på narkotikahandeln globalt sett eftersom tillförlitliga uppgifter saknas. Europol (2002) har emellertid redovisat en s.k. konsensussiffra på 2–5 % av världens bruttonationalprodukt. Narkotikahandeln förefaller fortfarande vara den största enskilda källan för tvättade penningmedel. I den internationella penningtvätten ingår nödvändigtvis olaglig eller ovanlig förflyttning av kapital eller varor över gränserna, t.ex. guld, platina eller diamanter (WCO, 2003c).

I ändringarna till rådets direktiv 91/308/EEG om penningtvätt ges en mycket bredare definition av penningtvätt med utgångspunkt i ett bredare spektrum av förbrott och plikten att rapportera till oberoende juridiskt yrkesverksamma utökas.

Europols utvidgade mandat från januari 2002 ger organisationen behörighet för samtliga penningtvättstransaktioner för vilka förbrottet finns i förteckningen i bilaga 2 till Europolkonventionen (Europol, 2002).

Interpol har inrättat ett nätverk av kontaktpunkter med sakkunniga i varje medlemsstat så att uppgifterna om penningtvätt kan utbytas snabbare och effektivare (Interpol, 2002). CEN (*Customs Enforcement Network)* är ett elektroniskt informations- och kommunikationssystem som utvecklats av WCO och började användas i juni 2000. I juni 2003 fanns det mer än 700 användare som representerade 130 länder och mer än 700 rapporterade valutabeslag. Under 2002–2003 gjorde FATF (OECD:s arbetsgrupp för finansiella åtgärder) betydande framsteg i kampen mot penningtvätt. FATF lyckades med 40 rekommendationer (FATF, 2003a). Särskild uppmärksamhet ägnades kampen mot det alltför flitiga bruket av alternativa remitteringssystem (FATF, 2003b).

och uppskov – där det anges närmare regler för verksamheten och för uppföljningen av medel som beslagtagits i samband med olaglig narkotikahandel och penningtvätt. Bakgrunden till denna rundskrivelse är att man hade konstaterat att den narkotikapolitiska fond som inrättades 1995 inte har fått några större intäkter.

Narkotika och bilkörning

Tre EU-länder gjorde mer betydande ändringar i sina lagar rörande bilkörning efter konsumtion av narkotika. I Österrike trädde under 2003 den 21:a ändringen av vägtrafiklagen i kraft. Den innebär att polisen får uppmana bilförare att lämna blodprov för analys om deras förmåga att köra bil misstänks vara nedsatt på grund av narkotikapåverkan. Påföljderna om analysen visar att blodet innehåller narkotika och konsekvenserna om föraren vägrar att låta sig testas är desamma som för rattfylleri. Lagen innebär dessutom att polisen inte rapporterar den förare som visar sig ha narkotika i blodet för brott mot narkotikalagen, utan bara anmäler denne till distriktsvårdsmyndigheterna.

I Frankrike införde man i februari 2003 en ny lag som gör det uttryckligen brottsligt att köra bil efter konsumtion av narkotikaklassade ämnen eller växter och som innebär att alla förare inblandade i en trafikolycka med dödlig utgång måste testas. Straffen blir mycket strängare om narkotika kombineras med alkohol. Förare inblandade i trafikolyckor som leder till personskador bör dessutom rutinmässigt testas om det finns anledning att misstänka att de har använt narkotika. Gendarmeriet och polisen har därutöver befogenhet att slumpmässigt testa bilförare.

I Finland innebär strafflagens reviderade kapitel 23 att den som framför ett fordon och har ett ämne som är en verksam beståndsdel i någon narkotika eller en ämnesomsättningsprodukt av någon narkotika i blodet skall dömas för rattfylleri såvida inte narkotikan i fråga har förskrivits av en läkare. Om körförmågan är nedsatt skall föraren dock dömas för rattfylleri även om narkotikan är läkarförskriven. Om körförmågan är nedsatt i sådan grad att andras säkerhet är i fara kan föraren dömas för grovt rattfylleri till minst 60 dagsböter eller till fängelse i högst två år.

I juni 2003 offentliggjorde den europeiska databasen över narkotikalagstiftning (European Legal Database on Drugs, ELDD) en jämförande studie ([15]) av rättsläget när det gäller narkotika och bilkörning i 16 länder. Slutsatsen blev att bilkörning under narkotikapåverkan visserligen var ett brott i alla länderna, men att det fanns stora skillnader i fråga om polisens befogenheter att testa förare, de ämnen som omfattades och de påföljder som kunde utdömas. ECNN redovisade denna studie vid det seminarium om vägtrafik och psykoaktiva ämnen som Europarådets Pompidougrupp anordnade i juni 2003.

([15]) Se Internet (http://eldd-cma.emcdda.eu.int/comparative_doc/Drugs_and_driving.pdf).

Kapitel 2

Narkotikaprevention — samarbete med lokalsamhället och inriktning på riskgrupperna

Syftet med åtgärder för narkotikaprevention är att minska antalet personer som testar narkotika eller – oftare – att senarelägga narkotikadebuten, så att narkotikaproblemet blir mindre omfattande (Rhodes m.fl., 2003). Narkotikaprevention innefattar bl.a. utbildning om narkotika och varningar om farorna med narkotika. Detta drogspecifika inslag är dock i själva verket bara en liten del av narkotikapreventionen. De strategier som får god effekt är de som kombinerar information om droger med vissa beteendetekniker och kognitiva tekniker (normativa föreställningar) som har förebyggande verkan på missbruksbeteendet (Flay, 2000).

Preventionsarbetet indelas efter målgruppen. Allmänprevention (*universal prevention*) riktar sig till allmänna (oftast yngre) befolkningsgrupper, t.ex. i skolorna, och tar inte hänsyn till att vissa grupper löper högre risk än andra, medan riktad prevention (*selective prevention*) vänder sig till utsatta grupper och individualprevention (*indicated prevention*) vänder sig till utsatta personer. Även om det förebyggande arbetet i skolorna ofta prioriteras politiskt, kan det diskuteras om detta verkligen är en betydelsefull del av preventionen. Eftersom anslagen till prevention är begränsade och dessutom har skurits ned i vissa länder (i Frankrike minskade exempelvis budgeten (statssubventioner) för narkotikaprevention från 15 miljoner euro 2001 till 11 miljoner euro 2002), blir det allt viktigare att narkotikapreventionen håller hög kvalitet och bygger på väletablerade fakta. Det idealiska vore att preventionsstrategier som planerades och genomfördes ur ett folkhälsoperspektiv och syftade till att ge en grundläggande och kostnadseffektiv dos av allmänprevention (lika för alla) till en stor målgrupp kompletterades med mer intensiva och skräddarsydda insatser som riktade sig särskilt till utsatta grupper och enskilda personer ([16]).

Allmänprevention

Principerna för och innehållet i moderna strategier för narkotikaprevention, särskilt de allmänpreventiva program som genomförs i skolorna, bygger på fakta. Om man kan uppnå mätbara långsiktiga effekter – även små effekter (Stothard & Ashton, 2000) – är detta en betydande framgång när målgruppen är stor. Grundprinciperna för vad som fungerar och vad som inte gör det har nu fastställts med god säkerhet. Bra effekt får man genom interaktiv undervisning (där jämnåriga kamrater medverkar) (Tobler & Stratton, 1997), genom att korrigera normativa föreställningar (Flay, 2000) och genom att lägga tonvikten vid social kompetens och bara ge en begränsad mängd information om drogerna – en information som måste vara balanserad och relevant i ungdomarnas sociala verklighet (Hansen, 1992; Dusenbury & Falco, 1995; Paglia & Room, 1999; Tobler m.fl., 2000; Tobler, 2001). I praktiken fortsätter de politiskt ansvariga och de praktiskt yrkesverksamma i många medlemsstater att prioritera arbetssätt som har befunnits vara verkningslösa, bl.a. ”känslomässig utbildning” (t.ex. för att stärka självkänslan), tillhandahållande av information (för att öka medvetenheten) och ”uppmuntran till eftertanke”.

Även de faktorer som bidrar till ett framgångsrikt genomförande ([17]) av preventionen i skolorna är kända: man bör strikt följa en fastställd kursplan och anlita lärare med lämplig utbildning, man bör ha ett tydligt beskrivet innehåll och man bör använda läromedel och annat material. Dessutom bör narkotikapreventionen ingå i en heltäckande skolpolicy avseende droger och hälsofrämjande (Paglia & Room, 1999; Chinman m.fl., 2004). I verkligheten går det dock att urskilja tre separata strategier, och det är sällsynt att dessa är integrerade. Den första strategin innebär att preventionen sker inom ramen för stora, nationella program (Tjeckien, Irland, Litauen, Nederländerna) eller en uppsättning godkända program (Grekland, Spanien, Ungern, Sverige). Ett annat arbetssätt innebär att man främst koncentrerar sig på lärarutbildning (den franskspråkiga delen av Belgien, delar av Tyskland, Österrike, Förenade kungariket), utifrån antagandet att lärarna kommer att arbeta in preventionsbudskapet i det dagliga skolarbetet. Slutligen finns det ett antal länder (bl.a. Portugal, Finland) som väljer att satsa på nätverk av hälsofrämjande skolor. Det är bara i Spanien och Irland som alla tre arbetssätten tillämpas på ett sammanhängande sätt över hela landet ([18]).

([16]) Se figur 1 OL: Nationella preventions- och strategiplaner.
([17]) Se figur 2 OL: Olika sätt att genomföra prevention i skolor.
([18]) Se tabell 3 OL: Sammanfattning av parametrar för preventionen i skolorna.

Allmänpreventionen utanför skolmiljön ([19]) är oftast inriktad på att nå ut till ungdomarna på tre huvudsakliga sätt: genom att erbjuda alternativa fritidssysselsättningar som ungdomsarbete, äventyrsaktiviteter och skapande verksamheter (Grekland, Spanien, Lettland, Luxemburg, Förenade kungariket), genom ungdomsarbete inom idrotten och i olika idrottsföreningar, med syftet att ungdomarna skall fostras in i gruppens skyddande normer, beteenden och attityder (Tyskland, Italien, Finland), eller genom uppsökande verksamhet (Danmark, Österrike, Polen, Portugal, Norge). Preventionsarbetet utanför skolorna har en enorm potential när det gäller att hitta de ungdomar som är i riskzonen och rikta insatserna mot utsatta grupper, men denna potential utnyttjas bara i vissa medlemsstater (Irland, Ungern, Nederländerna, Österrike, Förenade kungariket).

Riktad prevention

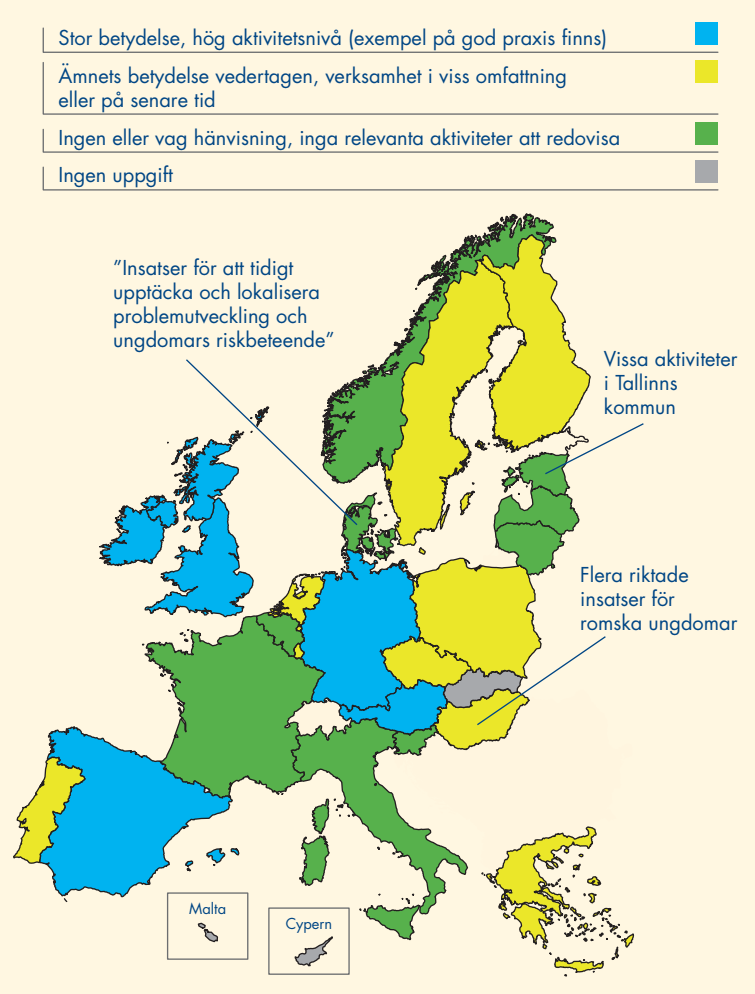
Insatserna för riktad prevention avser utsatta personer eller grupper, till skillnad från allmänpreventionens storskalighet och "låga doser". Inom den riktade preventionen utnyttjar man den befintliga (allra helst: lokala) forskningen om riskfaktorer, utsatta grupper och problemområden i syfte att sätta in motåtgärderna där risken för missbruksproblem är som störst. Den riktade preventionen tilldrar sig allt större uppmärksamhet i några länder, bl.a. Finland och Sverige, på grund av den ökande användningen av cannabis och alkohol i nöjessammanhang (se kapitel 3), men det är ändå bara i ett fåtal medlemsstater (se figur 2) som sådan verksamhet bedrivs. Framför allt rör det sig om de länder där man redan har strategier för allmänprevention. Det är nödvändigt att ha ett solitt teoretiskt underlag och att utvärdera insatserna, så att valet av målgrupper bygger på forskningsrön och så att målen för insatserna kan preciseras och kopplas samman. I Ungern genomförs exempelvis ett flertal insatser som riktar sig till romska grupper och som använder kamratstödsmetoder. Preventionsarbetet i nöjesmiljöer är en aspekt av den riktade preventionen och beskrivs i kapitel 4.

Nyare framsteg i det utvidgade EU

I Grekland, Portugal och Sverige har preventionsstrategierna utvecklats mot att man använder moderna idéer och har tydligare strukturer. Preventionsarbetet i skolorna är exempelvis tydligare beskrivet än tidigare. Programmen för yngre barn i förskolor och på låg- och mellanstadiet har byggts ut, särskilt i Grekland och Österrike.

En tendens bland medlemsstaterna är att de preventionsstrategier som omfattas av system för kvalitetsstyrning (se figur 3) också är bättre strukturerade

Figur 2: Medlemsstater där riktad prevention (dvs. prevention med inriktning mot utsatta grupper eller områden) nämns i strategierna och genomförs



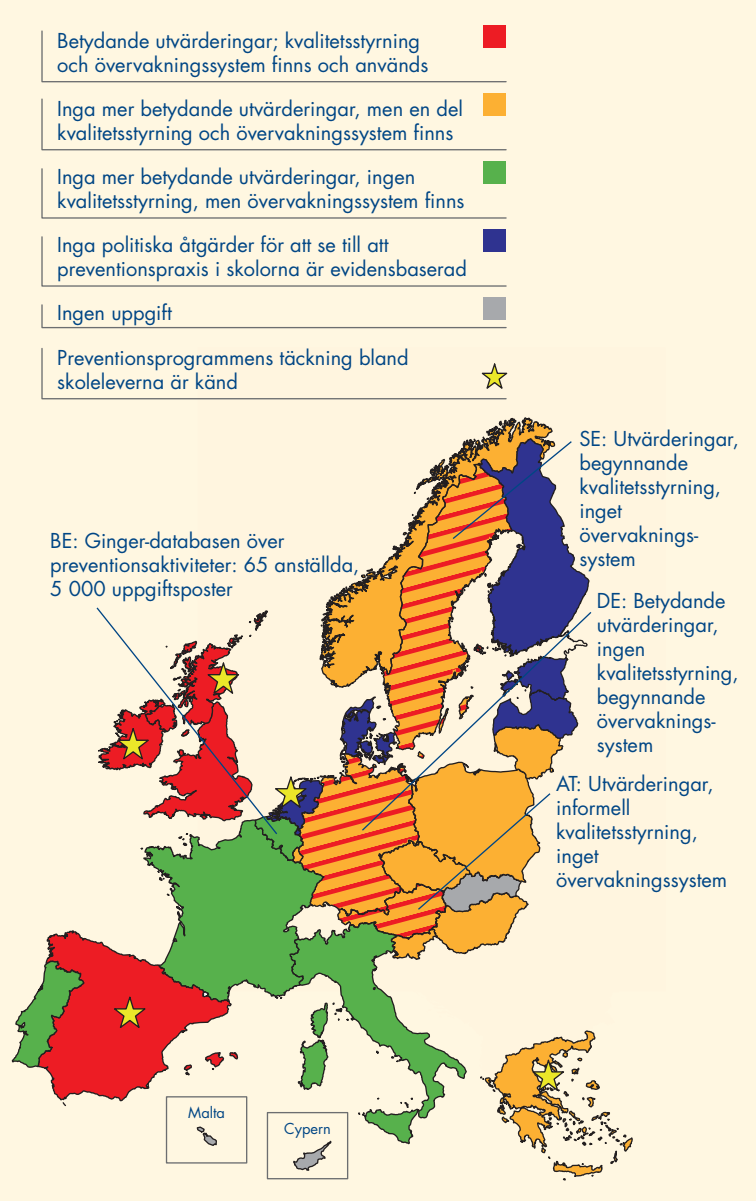
Källa: Nationella Reitox-rapporter och *Report on selective prevention in the EU* (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1569).

(t.ex. har sofistikerade program för genomförandet ([20])) och ägnar större uppmärksamhet åt riktad prevention (se figur 2). Nyckelfaktorer när man jämför preventionsstrategier i Europa är kvalitet (faktaunderlaget för de idéer man utgår från), struktur (hur genomförandet organiseras och vem som gör det) och täckning (storleken på den befolkningsgrupp som man når ut till).

System och standarder för kvalitetsstyrning finns i Tjeckien, Litauen, Slovenien och Sverige, och i Tyskland och Portugal har man nu börjat använda eller utveckla nya system för övervakning av preventionsinsatser. I allt högre grad anger och rekommenderar de nationella strategierna konkreta inslag i preventionsinsatserna, t.ex. att man i Litauen och Sverige uppmanas att främja elevernas sociala kompetens och förmåga att fatta beslut samt stärka deras självkänsla.

([19]) Se figur 3 OL: Prevention för ungdomar utanför skolorna.
([20]) Se figur 1 OL: Nationella preventionsplaner.

Figur 3: Medlemsstater där kvalitetsstyrning, övervakning och utvärdering av preventionen i skolorna anses vara en prioriterad fråga och genomförs



Källa: Nationella Reitox-rapporter.

Täckningen för preventionen i skolorna, uttryckt i andelen elever som exponeras för allmänprevention, kan bara mätas för programbaserad prevention, och stor täckning är ett av målen för vissa strategier (Spanien, Irland, Förenade kungariket). I samtliga regioner i Spanien har det skett en fortsatt ökning av andelen elever i skolorna som exponeras för godkända och rekommenderade preventionsprogram, och i andra medlemsstater (Tjeckien, Grekland, Norge) har man nyligen utvärderat täckningen. Till följd av denna utveckling sker det nu en långsam förbättring av narkotikapreventionen i många medlemsstater som tidigare kännetecknades av "dålig fokusering (främst Ospecifika insatser och få tillräckligt bra preventionsmaterial), otydliga avsikter (låg utbildningsnivå för de yrkesverksamma på området), dålig proaktivitet och utvärdering (låg forskningsnivå och avsaknad av utvärderingsrutiner) och dålig samordning och anslutning (bristande samordning av de verksamheter som genomfördes)" (översatt citat ur Portugals nationella rapport).

… och brist på framsteg

I vissa medlemsstater går utvecklingen långsamt och idéer utan faktaunderlag dominerar fortfarande. Bland skälen till detta märks tröghet, överdriven tilltro till medicinska och beroendecentrerade angreppssätt, underlåtenhet att inse hur viktig den sociala påverkan är och fokusering på individuella variabler. Dessutom medför bristen på standarder i vissa länder att preventionsarbetet måste planeras och utföras av vårdpersonal och lärare på orten. Dessa har ofta dåliga kunskaper om evidensbaserad prevention, vilket gör att preventionsinsatserna bygger på "folkliga" åsikter och uppfattningar. I vissa medlemsstater (bl.a. Danmark, Estland, Frankrike och Lettland samt delar av Belgien, Tyskland och Italien) är det också fortfarande så att preventionsverksamheten i skolorna i hög grad bygger på att information förmedlas via broschyrer, enstaka seminarier, aktivitetsdagar, utställningar, möten, föreläsningar eller expertbesök.

Det finns belägg – även om de är begränsade (Flay, 2000) – för att ett framgångsrikt preventionsarbete i skolorna kräver att preventionsinsatserna är inarbetade i en kursplan med hälsofrämjande syfte och att man tar upp olika aspekter av det sociala livet och lokalsamhället (Paglia & Room, 1999). Däremot är det ofta så att ett alltför ymnigt bruk av uttryck som "främjande av hälsosamma livsstilar", "holistiska angreppssätt" och "integrerad prevention" i själva verket tyder på att grunden för preventionspolicyn är otillräcklig och att det brister i engagemanget för evidensbaserad prevention. När det gäller den familjebaserade preventionen har det inte gjorts några märkbara framsteg. Som inslag i allmänpreventionen inskränker sig de familjebaserade insatserna till föräldramöten och föräldragrupper (bl.a. i Tyskland, Grekland, Sverige), och familjebaserade åtgärder inom den riktade preventionen (dvs. att man koncentrerar sig på familjer i riskzonen) förekommer bara i Spanien, Irland, Polen, Sverige och Förenade kungariket ([21]).

([21]) Se tabell 4 OL: Översikt över viktiga preventionsparametrar.

Kapitel 3
Cannabis

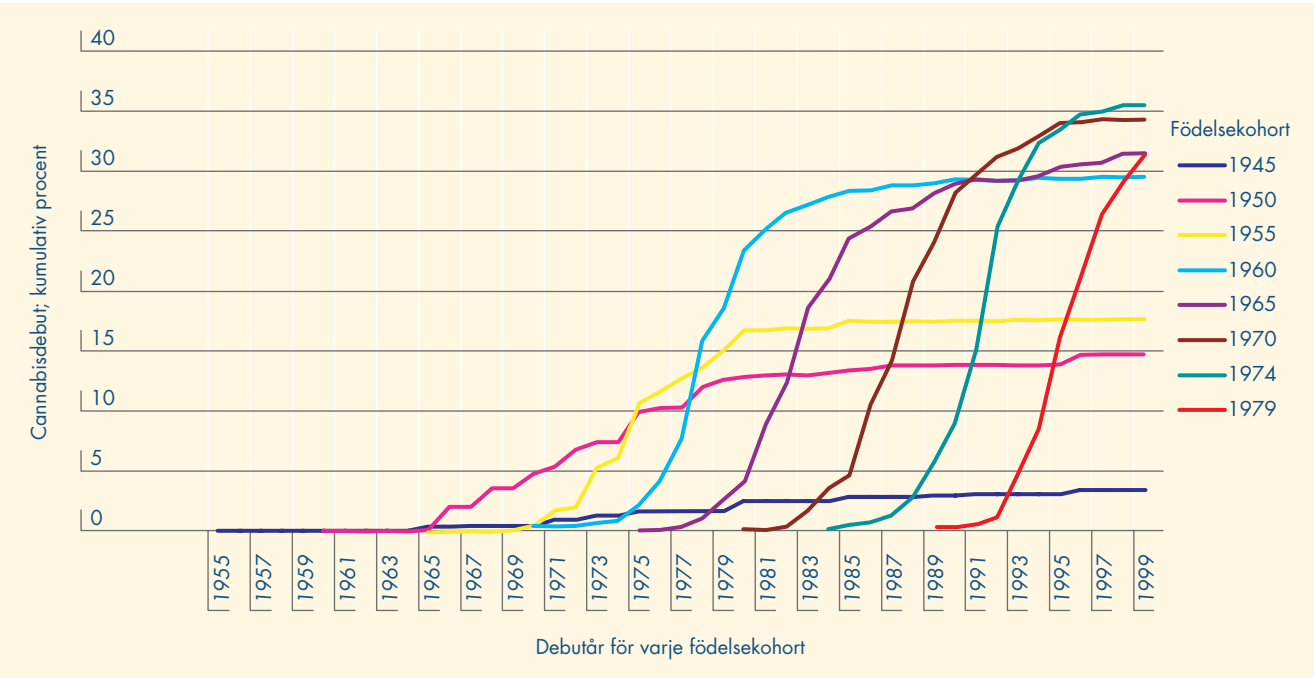
I samtliga länder är cannabis den olagliga drog som används mest, även om det finns betydande variation mellan länderna. Cannabismissbruket började bli vanligt bland ungdomar i vissa europeiska länder på 1970-talet och spreds till andra EU-länder under 1970- och 1980-talen (Figur 4 – exemplet Spanien). Utbrett missbruk är en relativt ny företeelse i de nya EU-länderna.

Missbrukets omfattning och mönster

Narkotikabruket bland befolkningen i allmänhet bedöms genom undersökningar, som levererar skattningar av antalet personer som använt narkotika under vissa bestämda tidsperioder ([22]). Nyare undersökningar avseende hela befolkningen tyder på att en avsevärd andel av de vuxna européerna (i åldern 15–64 år) har provat cannabis minst en gång. Det rör sig om från 5–10 % i Belgien, Estland, Ungern och Portugal till 24–31 % i Danmark, Spanien, Frankrike och Förenade kungariket. Som jämförelse kan nämnas att i 2002 års nationella hushållsundersökning om droger i Förenta staterna uppgav 40 % av de vuxna (12 år och äldre) att de minst en gång hade testat cannabis eller marijuana, och 11 % sade sig ha använt drogen under de senaste tolv månaderna (SAMHSA, 2002) ([23]).

Undersökningarna tyder på att cannabismissbruket är koncentrerat till de unga vuxna (15–34 år), i synnerhet åldersgruppen 20–29 år. Andelen som använder cannabis är märkbart större bland män än bland kvinnor.
De nationella undersökningarna tyder också på att cannabismissbruk är vanligare i städer eller områden med hög befolkningstäthet. Vissa av de skillnader mellan länder

Figur 4: Växlande mönster för cannabisdebuten för utvalda födelsekohorter — i Spanien



Anm.: Uppgifter baserade på 1997 års nationella drogundersökning (*n* = 12 515; 15–64-åringar) och 1999 års nationella drogundersökning (*n* = 12 488; 15–65-åringar). Födelsekohorterna väljs ut endast om det inte finns några signifikanta skillnader mellan undersökningar och urval för en ettårig födelsekohort.
Källa: Kraus, L. och Augustin, R., *Analysis of age of first cannabis use in Germany, Greece and Spain*. I: EMCDDA report CT.00.EP.14: *Technical implementation and update of the EU Databank on national population surveys on drug use and carrying out a joint analysis of data collected.*

([22]) Se *Methodological notes on population surveys* i statistikbulletinen för 2004.
([23]) Observera att åldersintervallet i den amerikanska undersökningen (12 år och däröver) är vidare än det åldersintervall som används i ECNN:s rapportering för EU-undersökningar (15–64 år).

som har observerats kan delvis återspegla skillnader i urbaniseringsgrad.

Bland 15–16-åriga skolelever är det genomgående betydligt fler som anser att cannabis är lätt eller mycket lätt att få tag på än som uppger att de någon gång har använt drogen ([24]), men den geografiska variationen är densamma för båda dessa mått. Skillnaderna mellan länder är betydande. Nyare undersökningar bland 15-åriga skolelever tyder på att andelen som någon gång har använt cannabis varierar från under 10 % i Grekland, Malta, Sverige och Norge till över 30 % i Tjeckien, Spanien, Frankrike och Förenade kungariket ([25]). Gruppen med den största andelen som någon gång testat cannabis är pojkar i England (42,5 %), medan andelen bland de engelska flickorna är något mindre (38 %). Även skillnaden mellan pojkar och flickor i fråga om cannabismissbruk varierar mellan länder och tenderar att vara mindre uttalad i norra Europa. I Sverige är exempelvis andelen som någon gång testat cannabis 7,7 % bland pojkar och 6,6 % bland flickor, medan motsvarande andelar i Grekland är 8 % respektive 2,7 %.

En stor del av cannabismissbruket tenderar att ske vid enstaka tillfällen eller upphöra efter en tid. Av de vuxna som någon gång använt cannabis är det i de flesta EU-länderna bara 20–40 % som uppger sig ha använt drogen under de senaste tolv månaderna, och bara 1–10 % som säger att de har gjort detta under de senaste 30 dagarna.

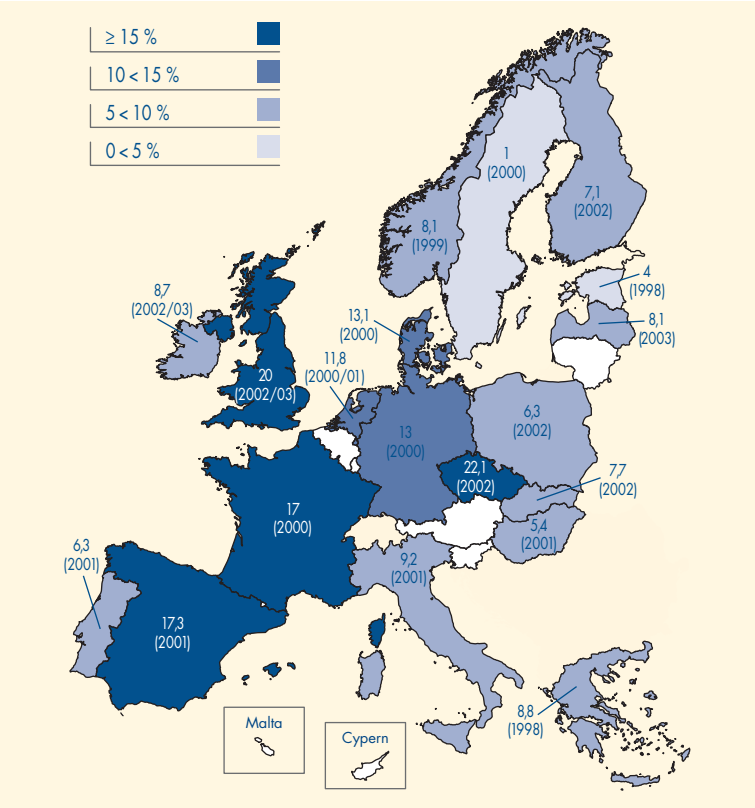
Andelen som har använt cannabis under de senaste tolv månaderna är större bland unga vuxna (15–34 år) än i den vuxna befolkningen som helhet; i de flesta länderna rör det sig om intervallet 5–20 % (se figur 5).

En liten men betydelsefull – och stabil – andel (omkring 15 %) av de 15-åriga skolelever i EU som har använt cannabis under det senaste året uppger att de har använt drogen vid minst 40 tillfällen (vilket betraktas som "tungt" missbruk). Figur 6 visar att pojkarna ägnar sig åt tungt missbruk mer än dubbelt så ofta som flickorna. Bland pojkarna varierar andelen "tunga" missbrukare från under 1 % i de flesta länderna vid Östersjön (Estland, Lettland, Litauen, Finland och Sverige) till 5–10 % i Belgien, Tyskland, Spanien, Frankrike, Irland, Slovenien och Förenade kungariket. För flickornas del rör det sig om intervallet 0–4,6 %. Frågan om i vilken mån "tunga" cannabismissbruksmönster bidrar till hälsoproblem samt den ökade efterfrågan på behandling tas upp i temakapitlet om cannabisproblemen i sitt sammanhang (s. 82) ([26]).

Trender

Eftersom det i de flesta EU-länderna saknas långa tidsserier av konsekventa undersökningar, är det svårt att urskilja narkotikatrender. Icke desto mindre har olika sorters undersökningar (nationella, lokala, bland värnpliktiga, i skolor) visat att cannabismissbruket ökade markant under 1990-talet i nästan alla EU-länderna, särskilt bland ungdomar. I vissa fall hade denna ökning föregåtts av en minskning av missbruket under 1980-talet ([27]).

Figur 5: Andel av de unga vuxna (15–34 år) som nyligen (förra året) använt cannabis, uppmätt genom nationella befolkningsundersökningar

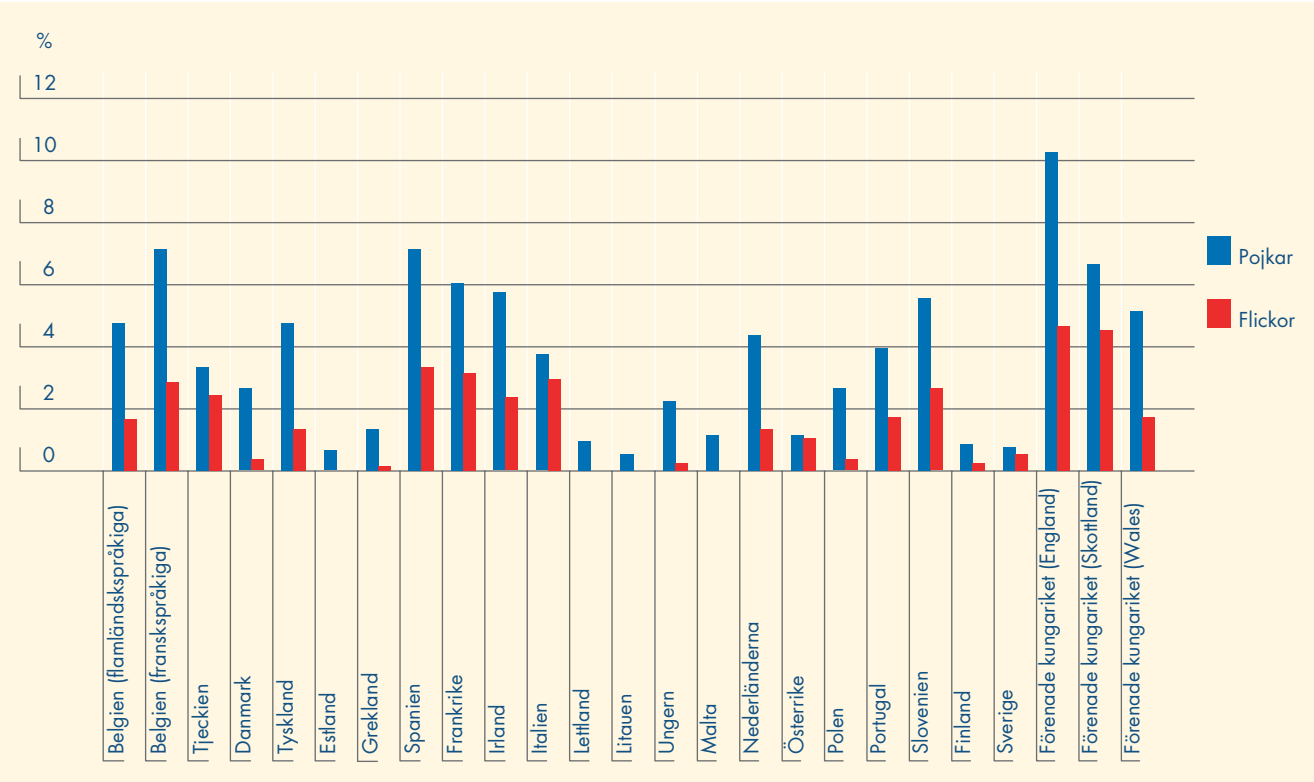


Anm.: Uppgifterna kommer från de senaste tillgängliga nationella undersökningarna i respektive land utom Frankrike där de små urvalsstorlekarna gjorde att uppgifter från undersökningen 2002 inte kunde användas. Därför är de uppgifter som presenteras här från år 2000.
Uppgifter om antalet svarande per åldersgrupp finns i GPSurvey tabell 4 i statistikbulletinen för 2004.
Det är inte alla uppgifter som exakt motsvarar det åldersintervall som ECNN använder som standard (Danmark och Förenade kungariket 16–34; Tyskland, Estland och Ungern, 18–34). Skillnader i fråga om intervallet kan i någon mån påverka vissa skillnader mellan länder. I några länder räknades siffrorna om nationellt, så att de skulle stämma överens med ECNN:s definitioner.

Källa: Nationella Reitox-rapporter 2003, hämtat från undersökningsrapporter eller vetenskapliga artiklar. Se även tabellerna över befolkningsundersökningar (population surveys tables) i statistikbulletinen för 2004.

([24]) Se Prevalence tabell 2 i statistikbulletinen för 2004.
([25]) Se not 24.
([26]) Se även figur 4 OL: Relativ frekvens av cannabisanvändning bland 15-åriga skolelever som använde cannabis under det föregående året.
([27]) Se figur 5 OL: Utveckling av cannabismissbruket bland ungdomar i vissa EU-länder enligt undersökningar avseende hela befolkningen.

Figur 6: Andel 15-åriga skolelever med "tungt" cannabismissbruk, uppdelat efter kön



Anm.: "Tungt" cannabismissbruk definieras som konsumtion vid minst 40 tillfällen under det senaste året. Tyskland, endast regionalt urval. Portugal, begränsad jämförbarhet beroende på urvalsstorlek och ålder.
Källa: Currie m.fl. (2004) *HBSC International Report from the 2001/02 WHO survey.*

Visserligen rapporterar många länder att cannabismissbruket har fortsatt att minska på senare år, men fyra andra länder (Nederländerna, Finland, Sverige och Norge) rapporterar att missbruket har planat ut i grupper som skolelever, värnpliktiga eller tonåringar under de senaste 2–4 åren. Resultaten i den ännu ej publicerade rapporten om 2003 års ESPAD-skolundersökning kommer att ge en mer utförlig beskrivning av trenderna bland skolelever i EU ([28]).

Avslutningsvis blev det i många europeiska länder under 1990-talet betydligt vanligare med cannabismissbruk i nöjessyfte och vid enstaka tillfällen, men nu kan ökningen ha börjat plana ut, åtminstone i vissa länder. Andelen som har använt cannabis under den senaste månaden har antagligen också ökat, särskilt bland ungdomar.

Beslag och marknadsinformation

Även 2002 var cannabis globalt sett den olagliga drog som producerades och handlades med i störst omfattning. Eftersom produktionen av cannabis är spridd över hela

Tolkning av uppgifter om beslag och marknadsinformation

Antalet narkotikabeslag i ett land anses vanligtvis vara en indirekt indikator på tillgången på narkotika och hur lätt det är att få tag på den, men speglar också kontrollorganens resurser, prioriteringar och strategier, samt i vilken mån samhällets resurser kommer åt de personer som ägnar sig åt narkotikahandel. De mängder som beslagtas kan variera kraftigt från år till år, t.ex. om några av beslagen under ett år är mycket stora. Av den anledningen anses det i många länder att antalet beslag är en bättre trendindikator. I alla länderna står små beslag i missbrukarledet för en stor del av antalet beslag. Känner man till var den beslagtagna narkotikan kommer från och vart den skall, kan det ge en fingervisning om handelsvägar och produktionsområden. Priset och renhetsgraden på narkotikan i missbrukarledet rapporteras av de flesta medlemsstaterna. Men uppgifterna kommer från en rad olika källor vilka inte alltid är jämförbara eller tillförlitliga och det blir därmed svårt att göra korrekta jämförelser mellan länderna.

([28]) Se ruta 3 OL: Projektet för europeiska skolundersökningar om alkohol och andra droger.

världen och eftersom det saknas övervakningssystem, är det dock fortfarande svårt att uppskatta hur mycket som produceras (UNODC, 2003a; CND, 2004).

Produktion och illegal narkotikahandel

Under ett antal år har Marocko varit det ledande ursprungslandet i världen för hasch (cannabisharts), följt av Afghanistan och Pakistan, med vissa mängder även från andra centralasiatiska länder, Albanien, Libanon och Ryssland (UNODC, 2003a). År 2002 var Marocko åter det land som oftast uppgavs som ursprung för hasch, följt av Albanien och Indien, men 31 andra länder angavs också som ursprungsländer, vilket bekräftar att handeln är utbredd och antalet ursprungsländer stort (CND, 2004). År 2003 genomförde FN:s internationella narkotikakontrollprogram (UNODC) och Marockos regering den första undersökningen av cannabisproduktion i Marocko. Undersökningen visade att cannabis odlades på 27 % av den odlingsbara marken i Rif-regionen, vilket motsvarar en potentiell produktion på 3 080 ton hasch (cannabisharts) 2003 (UNODC och Marockos regering, 2003). I EU kommer haschet till största delen från Marocko. Det smugglas i huvudsak via Iberiska halvön, även om Nederländerna är ett betydande sekundärt distributionscentrum för vidare transport till EU-länderna (Bovenkerk & Hogewind, 2002; Nationella rapporter, 2003).

Marijuana (cannabisväxtdelar) kommer från olika ställen i världen. Generellt sett var de oftast nämnda ursprungsländerna 2001 Albanien, Colombia, Jamaica, Nederländerna, Ryssland och Sydafrika. Utom i Europa sker den mesta olagliga handeln med marijuana inom en viss region, dvs. den produceras och konsumeras lokalt eller i grannländerna (UNODC, 2003a). Den marijuana som beslagtogs i EU under 2002 uppges ha sitt ursprung i ett antal olika länder, främst Albanien och Nederländerna (CND, 2004; INCB, 2004a) men även Asien (Thailand), Afrika (Angola, Malawi, Nigeria, Sydafrika) och Nord- och Sydamerika (Förenta staterna, Jamaica, Mexiko) (Nationella Reitox-rapporter, 2003).

Lokal odling och produktion av cannabis förekommer i de flesta EU-medlemsstaterna. Beslag av cannabisväxter i EU (se tabell 3) kan ses som en indikator på lokal cannabisodling, även om de beslagtagna växterna i vissa fall kan ha varit under transport från ett annat land. I Belgien har cannabisodling på senare år blivit utbredd i hela landet. I Tjeckien upptäckte man 2002 de första exemplen på storskalig hydroponisk cannabisodling – i stället för ”husbehovsodling” utomhus i anslutning till hemmet. I Estland ökade antalet upptäckta cannabisodlingar 2002, och några stora odlingar upptäcktes. Från Ungern rapporteras att odlingsarealen för marijuanaproduktion ständigt ökar. Det EU-land där det beslagtas flest cannabisväxter är Italien. På andra plats kommer Nederländerna, där antalet beslagtagna växter ökar sedan 1998. Det senare är också en konsekvens av

Tabell 3: Beslag av cannabisväxter (hampa) i EU-länderna och Norge år 2001

Land	Antal beslag	Beslagtagna mängder: antal växter (viktuppgift i kg om antalet växter inte är känt)
Belgien	i.u.	i.u.
Tjeckien (1)	i.u.	343
Danmark (1)	i.u.	230
Tyskland	785	68 696
Estland	24	6 043
Grekland	i.u.	18 821
Spanien	i.u.	(3 907 kg)
Frankrike	681	(41 kg)
Irland	20	365
Italien	i.u.	3 219 414
Cypern (1)	i.u.	274
Lettland (1)	i.u.	(72,7 kg)
Litauen	i.u.	i.u.
Luxemburg	2	11
Ungern	i.u.	i.u.
Malta	i.u.	i.u.
Nederländerna	i.u.	884 609
Österrike	120	(36 kg)
Polen (1)	i.u.	2 550
Portugal	64	3 807
Slovenien	426	1 925
Slovakien (1)	i.u.	535
Finland	612	(16 kg)
Sverige	51	(3 kg)
Förenade kungariket (2)	1 875	71 507
Norge	i.u.	(17 kg)

i.u.: ingen uppgift.
Källa: Nationella Reitox-kontaktpunkter, utom:
(1) Interpol (2003), *National statistics on illicit drug production traffic and use in 2001*, Interpol, Lyon.
(2) Corkery, J. M. och Airs, J. (2003), *Seizures of drugs in the UK 2001*, Findings no. 202, RDS-Home Office, London.

det framgångsrika lokala samarbetet mellan olika lokala myndigheter och verk, t.ex. elektricitetsverk och skatteverk, i Nederländerna. Man bedömer att Nederländerna nu, trots att omkring tre fjärdedelar av den cannabis som konsumeras i landet har odlats lokalt (*nederwiet*), är på väg att bli mindre viktigt som ursprungsland för cannabis för export till andra länder än som transitland för utländsk cannabis, särskilt i takt med att odlingen ökar i andra EU-länder.

Beslag

I hela världen beslagtogs totalt 1 039 ton hasch och 3 800 ton marijuana under 2002. Europa och Asien stod även detta år för de största beslagtagna haschmängderna – 70 % respektive 23 % – medan marijuanabeslagen koncentrerades till Nord- och Sydamerika (70 %) och Afrika (19 %) (CND, 2004). I fråga om både antal beslag och beslagtagna mängder är cannabis den drog som beslagtas mest i alla EU-länderna utom Lettland, där heroinbeslagen är fler. Flest cannabisbeslag i EU görs i Förenade kungariket, följt av Spanien och Frankrike ([29]). När det gäller beslagtagna mängder har Spanien dock under de senaste fem åren stått för mer än hälften av beslagen i EU. På EU-nivå har antalet cannabisbeslag ([30]) fluktuerat kring en uppåtgående trend sedan 1997, medan de beslagtagna mängderna ([31]) har minskat sedan 1999. Efter en minskning 2001 för både antal beslag och beslagtagna mängder i EU skedde det 2002 på nytt en ökning (att döma av trenderna i de länder för vilka det finns uppgifter).

Vissa länder har investerat i nya tekniska system för att effektivisera arbetet mot cannabishandeln. Till exempel har man i Spanien nyligen utvecklat ett integrerat system för extern övervakning (SIVE) som skall göra det lättare att i realtid upptäcka både cannabissmuggling och olaglig invandring. Systemet är för närvarande i drift i Algeciras-regionen och på vissa av Kanarieöarna ([32]).

Pris och styrka

År 2002 varierade det genomsnittliga haschpriset i missbrukarledet inom EU från 2,7 euro per gram i Spanien till 21,5 euro per gram i Norge, medan priset på marijuana varierade från strax under 2 euro per gram i Estland och Spanien till 14 euro per gram i Lettland ([33]). Under perioden 1997–2002 var de genomsnittliga haschpriserna stabila eller föll något i större delen av EU. Undantag är Luxemburg, där en svag ökning uppges ha skett under perioden. År 2002 rapporterades en liknande trend från alla länder utom Tyskland, Frankrike, Lettland, Litauen och Nederländerna, där haschpriset i missbrukarledet steg. Under samma femårsperiod var marijuanapriset i de flesta länderna stabilt eller minskade, även om Belgien, Tjeckien, Litauen och Luxemburg rapporterade en viss ökning. År 2002 steg priset på marijuana i Tyskland, Lettland och Litauen men var stabilt eller sjönk i de andra medlemsstaterna.

Styrkan hos en cannabisprodukt beror på halten av Δ^9-tetrahydrocannabinol (THC), det främsta aktiva innehållsämnet (EMCDDA, 2004c). År 2002 uppgav de länder som förfogade över uppgifter att cannabisprodukterna – hasch ([34]) och marijuana ([35]) – i missbrukarledet hade en genomsnittlig THC-halt mellan < 1 % och 15 %.

([29]) Detta bör dock kontrolleras mot de uppgifter för 2002 som saknas när dessa blir tillgängliga. Uppgifter om antal cannabisbeslag 2002 saknades för Ungern, Polen och Slovenien; uppgifter om både antal cannabisbeslag och beslagtagna cannabismängder 2002 saknades för Cypern, Malta, Nederländerna, Slovakien och Förenade kungariket.

([30]) Se Markets tabell 1 i statistikbulletinen för 2004.

([31]) Se Markets tabell 2 i statistikbulletinen för 2004.

([32]) Se Internet (http://www.guardiacivil.es/prensa/actividades/sive03/intro.jsp).

([33]) Se Markets tabell 14 i i statistikbulletinen för 2004.

([34]) Se Markets tabell 15 i statistikbulletinen för 2004.

([35]) Se Markets tabell 16 i statistikbulletinen för 2004.

Kapitel 4
Stimulantia av amfetamintyp, LSD och andra syntetiska droger

Detta kapitel handlar om missbruket av ett antal droger som framställs på syntetisk väg. Vissa av dessa droger, bl.a. amfetaminerna, har länge använts i Europa. Andra, t.ex. ecstasygruppen, har först på senare tid börjat användas i större utsträckning på grund av sina psykoaktiva egenskaper. Kapitlet tar även upp insatserna för att upptäcka nya syntetiska droger som börjar användas i Europa.

"Amfetaminer" är ett samlingsbegrepp för amfetamin, metamfetamin och ett antal andra – mindre välkända – ämnen som alla stimulerar centrala nervsystemet. Av dessa ämnen är amfetamin med bred marginal det vanligast förekommande i Europa. På global nivå ökar missbruket av metamfetamin, vilket vållar betydande oro eftersom denna drog är förknippad med ett antal allvarliga hälsoproblem. Bland de europeiska länderna förefaller det hittills bara vara i Tjeckien som det finns ett mer betydande missbruk av metamfetamin, även om enstaka rapporter väcker farhågor om att drogen kan vara på väg att vinna mark även i andra länder.

Ecstasygruppen, som ibland kallas för entaktogena droger, innefattar syntetiska ämnen som är kemiskt besläktade med amfetaminerna men skiljer sig något från dessa i sina effekter. Den mest välkända drogen i ecstasygruppen är 3,4-metylendioximetamfetamin (MDMA), men även andra besläktade analoga föreningar återfinns ibland i ecstasytabletter.

Totalt sett har missbruket av ecstasy, amfetaminer och LSD liten omfattning i befolkningen som helhet, men ett närmare studium av uppgifterna visar att andelen som har använt drogerna är mycket större i yngre åldersgrupper. Missbruket av dessa droger kan vara särskilt omfattande i vissa sociala miljöer och/eller inom vissa subkulturer.

Missbrukets omfattning och mönster

Amfetaminer brukar vara den olagliga drog som näst flest har använt, efter cannabis, men det är klart färre som har använt amfetaminer än cannabis (se figur 7). I flera länder där man har genomfört upprepade undersökningar (bl.a. Tyskland, Spanien, Nederländerna, Finland och Förenade kungariket) har man dock konstaterat att ecstasymissbruket har kommit ifatt eller gått om amfetaminmissbruket på senare år ([36]). Även i vissa andra länder (Tjeckien, Irland, Portugal) tyder nyare undersökningar – som dock inte ingår i serier – på att ecstasymissbruket är relativt högt.

Enligt nyare undersökningar i de olika EU-medlemsstaterna är det, i deras vuxna befolkning (15–64 år) som helhet, 0,5–6 % som någon gång har använt amfetaminer. Förenade kungariket är dock ett undantag: där har hela 12 % använt amfetaminer. När det gäller ecstasy är det omkring 0,5–7 % av befolkningen som har provat.

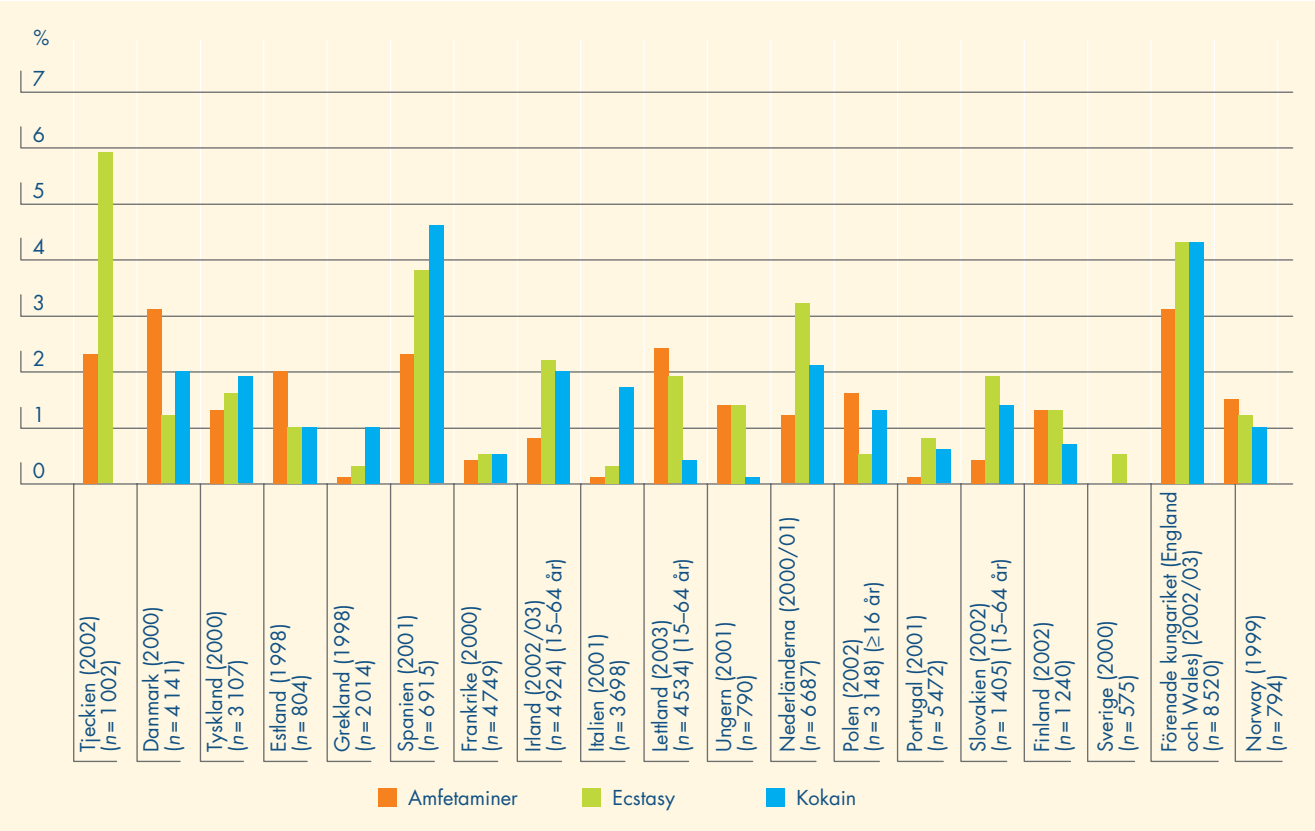
Andelen av de vuxna som under de senaste tolv månaderna har använt amfetaminer eller ecstasy är i allmänhet under 1 % men ligger något högre än så för båda drogerna i Tjeckien, Spanien, Irland (undersökning från 1998) och Förenade kungariket. Dessutom ligger Danmark över genomsnittet när det gäller andelen som har använt amfetaminer under de senaste tolv månaderna, och Nederländerna när det gäller ecstasy.

Amfetamin- och ecstasymissbruk förekommer primärt bland ungdomar. Andelen av de unga vuxna (15–34 år) som någon gång testat varierar mellan 2 % och 11 %, och andelen som har använt drogerna under de senaste tolv månaderna ligger i intervallet 0,5–6 %. Enligt nationella undersökningar ligger andelen av männen i åldern 15–24 år som någon gång använt ecstasy på 11–17 % i Tjeckien, Spanien, Nederländerna och Förenade kungariket, medan det är 5–13 % som har använt drogen under de senaste tolv månaderna i Tjeckien, Spanien, Irland (1998), Lettland, Nederländerna och Förenade kungariket. Sannolikt skulle andelarna vara ännu större om undersökningarna enbart avsåg stadsbefolkningen (se figur 8).

Ecstasymissbruket ökade över lag under 1990-talet. Bland ungdomar sker det eventuellt fortfarande en ökning, men i befolkningen som helhet verkar ökningen vara begränsad, åtminstone för tillfället.

([36]) Se figur 6 OL: Utvecklingen för andelen av de unga vuxna (15–34 år) i Förenade kungariket som under det senaste året använt amfetaminer respektive ecstasy (British Crime Survey).

Figur 7: Andel unga vuxna (15–34 år) som nyligen (förra året) har använt amfetaminer, ecstasy och kokain, uppmätt genom nationella befolkningsundersökningar



Anm.: Uppgifterna kommer från de senaste tillgängliga nationella undersökningarna i respektive land utom Frankrike där de små urvalsstorlekarna gjorde att uppgifter från undersökningen 2002 inte kunde användas. Därför är de uppgifter som presenteras här från år 2000 (se GPSurvey tabell 4 i statistikbulletinen för 2004). Urvalsstorleken (*n*) avser antalet svarande i åldersgruppen 15–34 år. Uppgifter om urvalsstorlekar med antalet svarande i undersökningarna som helhet finns i GPSurvey tabell 4 i statistikbulletinen för 2004.
Det är inte alla uppgifter som exakt motsvarar det åldersintervall som ECNN använder som standard (Danmark och Förenade kungariket 16–34; Tyskland, Estland och Ungern, 18–34). Skillnader i fråga om intervallet kan i någon mån påverka vissa skillnader mellan länder. I några länder räknades siffrorna om nationellt, så att de skulle stämma överens med ECNN:s definitioner.

Källa: Nationella Reitox-rapporter 2003, hämtat från undersökningsrapporter eller vetenskapliga artiklar. Se även tabellerna över befolkningsundersökningar (population surveys tables) i statistikbulletinen för 2004.

Som jämförelse kan nämnas att i 2001 års nationella hushållsundersökning om droger i Förenta staterna uppgav 4,3 % av de vuxna (vilket definierades som 12 år eller äldre) att de någon gång hade använt ecstasy, medan 9 % uppgav att de någon gång hade använt stimulantia (varav 5,3 % sade att de hade använt metamfetamin). I fråga om droganvändning under det senaste året var andelarna 1,3 % för ecstasy och 1,4 % för stimulantia (varav 0,7 % för metamfetamin) ([37]).

Undersökningar och studier av ungdomar

De jämförbara uppgifter om ungdomar som finns hämtas i stor utsträckning från skolundersökningar som vänder sig till 15- och 16-åriga elever.

Uppgifter från skolundersökningar 2001–2002 visar att andelen av de 15–16-åriga skoleleverna som någon gång använt ecstasy är stabil eller minskar i sex medlemsstater (Belgien, Tjeckien, Spanien, Italien, Ungern och Sverige). Andelen i dessa länder som någon gång använt ecstasy låg i intervallet 1–4,7 % ([38]).

En enprocentig ökning av andelen 15–16-åriga skolelever som någon gång använt ecstasy rapporterades bara i England (5 %). Den ännu ej publicerade rapporten om projektet för europeiska skolundersökningar (ESPAD) ([39]) kommer att ge betydelsefulla uppgifter om trenderna sedan 1995 och 1999 i ytterligare EU-medlemsstater.

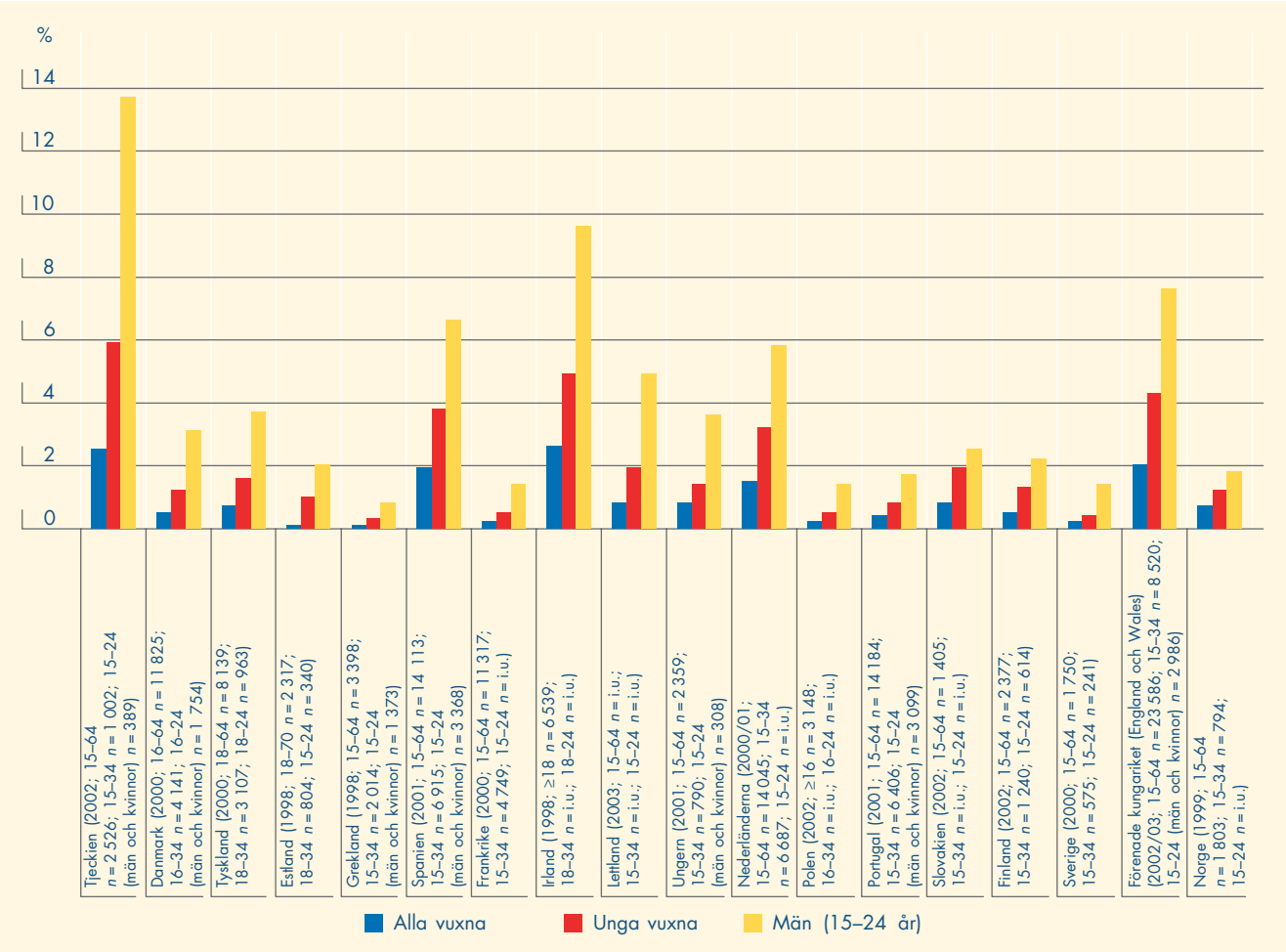
Andelen 15–16-åriga skolelever som någon gång använt amfetaminer var stabil eller minskade i alla de länder –

([37]) Resultat från 2002 års nationella amerikanska undersökning om narkotikamissbruk och hälsostatistik (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Office of Applied Studies). Finns på webbplatsen för SAMHSA (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Observera att åldersintervallet i den amerikanska undersökningen (12 år och däröver) är vidare än det åldersintervall som används i ECNN:s rapportering för EU-undersökningar (15–64 år).

([38]) Se Prevalence tabell 1 i statistikbulletinen för 2004.

([39]) Ruta 3 OL: Projektet för europeiska skolundersökningar om alkohol och andra droger.

Figur 8: Andel av alla vuxna (15–64 år), unga vuxna (15–34 år) och män i åldern 15–24 som nyligen (förra året) har använt ecstasy, uppmätt genom nationella befolkningsundersökningar



Anm.: Uppgifterna kommer från de senaste tillgängliga nationella undersökningarna i respektive land utom för Frankrike där de små urvalsstorlekarna gjorde att uppgifter från undersökningen 2002 inte kunde användas.
Det är inte alla uppgifter som exakt motsvarar det åldersintervall som ECNN använder som standard (Danmark och Förenade kungariket 16–34; Tyskland, Estland och Ungern, 18–34). Skillnader i fråga om intervallet kan i någon mån påverka vissa skillnader mellan länder. I några länder räknades siffrorna om nationellt, så att de skulle stämma överens med ECNN:s definitioner.

Källa: Nationella Reitox-rapporter, hämtat från rapporter om befolkningsundersökningar eller vetenskapliga artiklar. Se GPSurvey tabell 3 och tabell 4 i statistikbulletinen för 2004.

utom Ungern – som redovisade nya uppgifter för 2001–2002 ([40]).

Över lag är det vanligare bland pojkar än bland flickor både att man någon gång har använt stimulantia av amfetamintyp och att man ägnar sig åt ett mer intensivt missbruk. Undantaget är Tjeckien, där både ESPAD och WHO:s skolundersökningar har kommit fram till att det är en större andel flickor som någon gång har använt metamfetamin (främst ”pervitin”). Detta stämmer överens med vad man har konstaterat bland ungdomar vid inrättningar för missbruksbehandling i Tjeckien: över hälften av de tonåriga klienter som söker behandling för problem i samband med missbruk av stimulantia (främst ”pervitin”) är kvinnor, medan det bland dem som är 20 år eller äldre finns dubbelt så många manliga som kvinnliga klienter. Någon förklaring till detta tonårsfenomen har ännu inte lagts fram, men det är en signal om att läget när det gäller kvinnor och stimulantia av amfetamintyp måste följas noga.

Nyare studier i Nederländerna och Förenade kungariket visar att ecstasymissbruk fortfarande är mycket vanligare bland personer som besöker (dans)fester än i befolkningen som helhet (Deehan & Saville, 2003; Ter Bogt & Engels, 2004). Uppgifterna om hur ofta och i vilka doser ecstasy används är begränsade, men den tillgängliga informationen tyder på att missbruksmönstren kan se mycket olika ut. När man 2001 intervjuade besökare på ravefester i Nederländerna kom man exempelvis fram till att över hälften (58 %) hade använt ecstasy under den senaste månaden. Av dessa uppgav 17 %

([40]) Se Prevalence tabell 1 i statistikbulletinen.

att de använde ecstasy ”ett par gånger i veckan” och 22 % sade sig använda drogen varje vecka. Var tredje (32 %) konsumerade ecstasy ”ett par gånger i månaden”. När det gäller de framtida trenderna har man från Spanien rapporterat att kopplingen mellan ecstasymissbruk och specifika typer av musik eller evenemang kan vara på väg att försvagas och att drogen kanske blir allt mindre viktig när det gäller att identifiera specifika grupper.

Det finns visserligen en utbredd oro över stimulantia och bilkörning, men i en spansk toxikologisk studie av dödsfall i samband med trafikolyckor som genomfördes 2002 hittades ecstasy bara hos 0,4 % av de 1 441 förare som undersöktes.

Dödsfall med koppling till ecstasy

Dödsfall där ecstasy är inblandat är ovanliga jämfört med opiatrelaterade dödsfall men skapar ändå stark oro hos allmänheten, antagligen eftersom offren är så unga och dör fullständigt oväntat. Termen ”ecstasyrelaterat dödsfall” behöver en tydligare definition. För närvarande kan den innebära att ämnet nämns i dödsattesten eller att det påträffades i den toxikologiska analysen (ofta i kombination med opiater, alkohol, kokain eller andra droger).

Enligt uppgifterna i 2003 års Reitox-rapporter är ”ecstasyrelaterade dödsfall” mycket sällsynta i de flesta EU-länderna, och dödsfall där ecstasy förefaller ha varit direkt inblandat är ännu sällsyntare (två fall i Österrike, två i Frankrike, nitton i Tyskland, varav åtta tillskrevs enbart ecstasy, ett i Grekland och två i Amsterdam, det ena med koppling till alkohol), även om rapporteringsrutinerna skiljer sig åt. Från Förenade kungariket rapporterades om 55 dödsfall där ecstasy var inblandat under 2001, en ökning från 16 fall 1998. I en brittisk studie baserad på en serie av 202 fall som anmälts till det nationella programmet för dödsfall i samband med narkotikamissbruk under perioden 1996–2002, konstaterade man också att de ecstasyrelaterade dödsfallen hade ökat mellan 1996–1997 (12 fall) och 2001–2002 (72 fall); ecstasy var i 17 % av fallen den enda drog som nämndes (Schifano m.fl., 2003). Det relativt stora antalet ecstasyrelaterade dödsfall i Förenade kungariket kan bero på att ecstasymissbruket verkligen är mer utbrett där, men skälet kan också vara bättre övervaknings- och analysrutiner.

Antalet akutfall på sjukhus kan också ses som en indikator på akuta hälsoproblem med koppling till drogmissbruk. En måttlig ökning av akutfallen med koppling till ecstasy och amfetaminer uppges ha skett i Spanien mellan 1996 och 2001 ([41]) ([42]). Övriga länder samlar inte systematiskt in uppgifter från akutavdelningar, och liknande ökningar har hittills inte rapporterats.

I en brittisk studie där man uppskattade risken för ecstasydödsfall med beaktande av antalet missbrukare kom man fram till ett mycket brett intervall (0,2–5,3 per 10 000 missbrukare) och underströk att det behövdes en bättre definition av ”ecstasyrelaterat dödsfall” och tydligare avgränsade riskgrupper som referenser (Gore, 1999; Schifano m.fl., 2003).

Vissa ecstasydödsfall kan undvikas med relativt enkla åtgärder, t.ex. genom bättre ventilation, tillgång till dricksvatten och hälsoupplysning. Andra dödsfall förefaller bero på oväntade reaktioner på drogen. Sådana oförutsägbara reaktioner är svåra att förhindra och det finns därför begränsade möjligheter att ingripa annat än med medicinsk hjälp.

Insatser i nöjesmiljöer

Preventionsarbetet i nöjesmiljöer är antagligen den bäst etablerade specifika formen av riktad prevention. I några medlemsstater ([43]) har det nu under en tid varit fastställt vad insatserna skall innehålla, vilka riktlinjer som skall följas och vilka tjänster som skall erbjudas. Preventionsverksamheten har ökat något, särskilt i de nya medlemsstaterna ([44]).

Insatserna varierar från åtgärder inriktade på drogfrihet, t.ex. den svenska kampanjen ”Det finns många anledningar att inte testa knark” sommaren 2003 (vars syfte var att stärka beslutsamheten hos dem som redan var mot droger och att övertyga dem som tvekade att välja rätt väg), till analys av tabletter för missbrukare i vissa länder (se studien nedan) ([45]). På senare tid har dock strukturorienterade arbetssätt blivit allt viktigare i ett växande antal medlemsstater, särskilt i Norden (främst avseende alkohol) och Italien. Det handlar om att man utvecklar gemensamma samarbetsstrategier för restauranger, nattklubbar, barer, polisen, narkotikapreventionsorganen, de restauranganställdas fackföreningar och förvaltningarna. I allmänhet inriktar man sig främst på säkerhetsfrågor, första hjälpen och narkotikaövervakning samt förebyggande av akutfall och våld. Personalen får utbildning i att upptäcka risksituationer och i att ingripa på ett professionellt sätt.

([41]) I Spanien har man i flera års tid vid ett urval av sjukhus över hela landet under en vecka per år följt de akutfall som avser akuta reaktioner på psykoaktiva ämnen. Det som registreras är antalet ”omnämnanden” av ämnen. Metodinformation finns i den nationella Reitox-rapporten för 2003 (s. 34–36).

([42]) Se figur 7 OL: Andel ”omnämnanden” vid akutfall på sjukhus beroende på akuta reaktioner på droger, Spanien 1996–2001.

([43]) Se figur 8 OL: Den betydelse som medlemsstaterna tillmäter preventionsinsatser i nöjesmiljöer.

([44]) Se tabell 5 OL: Sammanfattning av parametrar för preventionen i nöjesmiljöer.

([45]) Se även figur 8 OL: Den betydelse som medlemsstaterna tillmäter preventionsinsatser i nöjesmiljöer.

I Danmark genomförde man i två utvalda amter (län) ett utvecklingsprojekt för ecstasyprevention med fokus på preventionsinsatser på kommunal nivå (utformning av lokala handlingsplaner och narkotikastrategier), i skolor och högskolor och i festmiljöer. Bland annat utarbetade man en "handbok i nolltolerans" för droger på nöjesställen och en webbplats med bakgrundsmaterial. Restaurangernas chefer och personal fick utbildning i hur man handskas med droger. De första rapporterna tyder på att utnyttjandet av vissa ecstasyspecifika tjänster, bl.a. en hjälptelefon och en rådgivningstjänst, var dåligt. Det var få personer som togs in på akutmottagningar eller behandlingsinrättningar.

I en nyligen gjord nederländsk-tysk-österrikisk studie (Benschop m.fl., 2002) ([46]) analyserade man hur tjänster i fråga om analys av tabletter påverkade drogkonsumtionsbeteende och riskmedvetenhet bland ecstasymissbrukare i tre europeiska städer (Amsterdam, Hannover och Wien). Likheten mellan dem som besvarade frågorna i de tre städerna var anmärkningsvärt stor: skillnaderna mellan dem som utnyttjade möjligheten att få tabletter analyserade och dem som inte gjorde detta var små. Den vanligaste källan till information om ecstasy är kamrater. Massmedierna och "livsstilstidningarna" spelar bara en mindre roll. Missbrukarna berättar för sina vänner om analysresultaten. Denna informella spridningsväg anses vara en dold fördel med tablettanalyser, eftersom den ökar preventionsarbetets räckvidd och sänker tröskeln när det gäller att komma i kontakt med preventionsorganen. De som använder ecstasy och de som inte gör det verkar ha åtskilda sociala nätverk och beblandar sig inte med varandra, inte ens när de befinner sig på samma evenemang (t.ex. en fest). Inom studien fann man inga tecken på att analys av tabletter stimulerar till ecstasymissbruk eller kan leda till att fler missbrukar ecstasy.

Behandling

Missbruk av stimulantia av amfetamintyp är sällan primärorsaken till att någon uppsöker en inrättning för missbruksbehandling. Det finns dock ett antal anmärkningsvärda undantag: 52 % av klienterna i Tjeckien, 35,3 % av klienterna i Finland och 29 % av klienterna i Sverige uppger stimulantia av amfetamintyp som primärorsak till att de har sökt behandling. I Tjeckien kommer den största efterfrågan på behandling från missbrukare av "pervitin" ([47]). Av dessa är ungefär en tredjedel tonåringar (under 20 år gamla), och över hälften av de tonåriga missbrukarna är flickor. I både Sverige och Finland har amfetaminer länge spelat en framträdande roll för det nationella narkotikaproblemet, och så är i viss mån fortfarande fallet.

Beslag och marknadsinformation ([48])

Enligt FN:s organ för narkotika- och brottslighetsfrågor (UNODC, 2003a) är det svårt att bedöma storleken på produktionen av stimulantia av amfetamintyp – "syntetiska droger, inbegripet de kemiskt besläktade ämnena amfetamin, metamfetamin och ecstasy" – eftersom "man utgår från lättillgängliga kemikalier, i lättdolda laboratorier". Man uppskattar dock den årliga globala produktionen av sådana stimulantia till omkring 520 ton (UNODC, 2003b). De globala beslagen av sådana stimulantia nådde en rekordnivå år 2000 på 46,2 ton och har sedan dess minskat till 25,7 ton år 2002 (CND, 2004).

Metamfetamin

På global nivå är det metamfetamin som är den mest betydelsefulla stimulantiadrogen av amfetamintyp om man ser till hur stora mängder som produceras och handlas. De största mängderna beslagtas i östra och sydöstra Asien (Kina, Thailand), med Nordamerika på andra plats (UNODC, 2003a). I Europa sker metamfetaminproduktion i mycket mindre skala: under perioden 2000–2001 var det bara 2 % av de hemliga metamfetaminlaboratorier som oskadliggjordes totalt i världen som fanns i Europa – främst i Tjeckien, Slovakien och Ryssland. Inom EU har det rapporterats om mindre omfattande metamfetaminproduktion även i Belgien, Tyskland, Estland, Frankrike, Lettland, Litauen och Förenade kungariket (UNODC, 2003a,b). När det gäller metamfetaminproduktion i Tjeckien finns det rapporter sedan början av 1980-talet; det mesta av produktionen är avsedd för lokal konsumtion, även om en del smugglas till Tyskland och Österrike (UNODC, 2003a). Även om uppgifter om metamfetaminbeslag inte systematiskt samlas in av ECNN rapporterade Tjeckien, Danmark, Estland, Litauen, Sverige och Norge att sådana beslag gjorts under 2002.

Under 2002 låg det genomsnittliga priset i missbrukarledet på "pervitin" i Tjeckien relativt stabilt på 32 euro per gram, utom under en period i början av året då priset steg på grund av brist på prekursorsubstansen till drogen (efedrin). Den genomsnittliga renhetsgraden i missbrukarledet uppges vara 40 %.

([46]) Finns i EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828).

([47]) "Pervitin" är det lokala namnet på en typ av metamfetamin som olagligen framställs i Tjeckien. Denna drog har använts länge och brukar för det mesta injiceras. Framställningen av drogen kan ha koppling till den lagliga efedrinindustrin (UNODC Global Survey on Ecstasy and Amphetamines, 2003).

([48]) Se kapitel 3: Tolkning av uppgifter om beslag och marknadsinformation (s. 30).

Amfetamin

Att döma av antalet oskadliggjorda laboratorier är den globala amfetaminproduktionen fortfarande koncentrerad till Europa. Under 2002 upptäckte man amfetaminlaboratorier i Nederländerna och Polen samt några i Tyskland, Estland, Frankrike och Litauen ([49]) (Nationella Reitox-rapporter, 2003; CND, 2004). Större delen av det amfetamin som beslagtogs i EU under 2002 kom i huvudsak från Nederländerna och Polen samt i mindre utsträckning från Belgien, Estland och Litauen.

De flesta amfetaminbeslagen görs också i västra Europa. Denna delregion stod för 86 % av den totala beslagtagna amfetaminmängden i världen 2002, medan östra Europa stod för 10 % och länderna i Främre Orienten och Mellanöstern för 3 % (CND, 2004). Under de senaste fem åren har Förenade kungariket varit ledande i EU när det gäller amfetaminbeslag ([50]). På EU-nivå nådde den stigande trenden för antalet amfetaminbeslag ([51]) en topp 1998 medan mängderna ([52]) var som störst 1997. Att döma av trenderna i de länder som har redovisat uppgifter verkar både de beslagtagna mängderna och antalet beslag ha ökat igen sedan 2000 respektive 2001 ([53]). År 2002 varierade det genomsnittliga amfetaminpriset i missbrukarledet från 11 euro per gram i Estland och Ungern till 37,5 euro per gram i Norge ([54]). Under de senaste fem åren har priserna varit stabila eller sjunkit i de flesta av de länder som kan redovisa prisuppgifter.

Den genomsnittliga renhetsgraden i missbrukarledet för amfetamin låg år 2002 på mellan 10 % (Tyskland) och 52 % (Norge). Högst var renhetsgraden, efter Norge, i länderna kring Östersjön – Estland, Lettland, Litauen och Finland. Ett anmärkningsvärt undantag är Portugal, där den genomsnittliga renhetsgraden 2002 var under 1 %. Under de senaste fem åren har renhetsgraden för amfetaminer varit stabil eller sjunkit i alla länderna, även om det 2002 rapporterades om ökningar i Belgien, Estland och Förenade kungariket.

Ecstasy

Globalt sett är Europa fortfarande det främsta centrumet för ecstasyproduktion, även om dess relativa betydelse verkar minska i takt med att ecstasy börjar framställas i andra delar av världen, framför allt Nordamerika samt Ost- och Sydostasien (UNODC, 2003a; CND, 2004). Inom Europa sker den mesta ecstasyproduktionen i Nederländerna och Belgien. Av beslagen av ecstasyprekursorer i Europa under perioden 1999–2001 gjordes exempelvis över 63 % av Nederländerna och 21 % av Belgien. Av de laboratorier för ecstasyproduktion som oskadliggjordes i EU fanns 75 % i Nederländerna, 14 % i Belgien, 6 % i Förenade kungariket och 4 % i Tyskland. Rapporter om att ecstasylaboratorier (och/eller laboratorier för framställning av stimulantia av amfetamintyp) oskadliggjorts har under perioden 1991–2001 även kommit från Estland, Spanien, Lettland, Litauen, Ungern, Polen och Norge (UNODC, 2003a). Under 2002 upptäcktes 54 ecstasylaboratorier i världen, däribland 18 i Nederländerna ([55]), 3 i Förenade kungariket och 1 vardera i Frankrike och Estland (CND, 2004). Den ecstasy som beslagtas i EU kommer enligt rapporterna främst från Belgien och Nederländerna, även om Estland och Förenade kungariket också nämns som producentländer i flera rapporter (Nationella Reitox-rapporter, 2003).

Ecstasyhandeln är fortfarande starkt koncentrerad till västra Europa, även om det liksom för produktionen har skett en spridning över hela världen på senare år (UNODC, 2003a). När det gäller beslagtagna mängder stod västra Europa år 2002 för 73 % och Nordamerika för 20 % (CND, 2004). Under de senaste fem åren har Förenade kungariket konsekvent varit den EU-medlemsstat som har beslagtagit mest ecstasy ([56]).

Efter en nedgång 1997 har antalet ecstasybeslag ([57]) på EU-nivå ökat snabbt. Att döma av trenderna i de länder som kan redovisa uppgifter verkar antalet ecstasybeslag ha minskat 2002. Det behöver dock bekräftas att så verkligen är fallet genom kontroll mot de uppgifter för 2002 som

([49]) På senare år har också flera olagliga amfetaminlaboratorier upptäckts i Förenade kungariket, även om de inte finns med på denna lista. Dessutom upptäckte man i Luxemburg för första gången ett hemligt amfetaminlaboratorium i början av 2003.

([50]) Denna situation bör kontrolleras mot de brittiska uppgifterna för 2002 när dessa blir tillgängliga. Uppgifter om antalet amfetaminbeslag under 2002 saknades för Belgien, Italien, Ungern, Nederländerna och Polen; uppgifter om de beslagtagna amfetaminmängderna under 2002 saknades för Grekland; uppgifter om såväl antalet amfetaminbeslag som de beslagtagna amfetaminmängderna under 2002 saknades för Irland, Cypern, Ungern, Malta, Polen, Slovakien och Förenade kungariket.

([51]) Se Markets tabell 7 i statistikbulletinen för 2004.

([52]) Se Markets tabell 8 i statistikbulletinen för 2004.

([53]) Detta bör kontrolleras mot de uppgifter för 2002 som saknas när dessa blir tillgängliga.

([54]) Se Markets tabell 14 i statistikbulletinen för 2004.

([55]) Av de sammanlagt 43 produktionsställen för syntetiska droger som upptäcktes i Nederländerna 2002, kunde 18 ha ett särskilt samband med MDMA.

([56]) Denna situation bör kontrolleras mot de brittiska uppgifterna för 2002 när dessa blir tillgängliga. Uppgifter om antalet ecstasybeslag under 2002 saknades för Belgien, Ungern, Nederländerna och Polen; uppgifter om såväl antalet ecstasybeslag som de beslagtagna ecstasymängderna under 2002 saknades för Italien, Cypern, Malta, Slovakien och Förenade kungariket.

([57]) Se Markets tabell 9 i statistikbulletinen för 2004.

saknas – framför allt från Förenade kungariket – så snart dessa uppgifter blir tillgängliga. När det gäller beslagtagna ecstasymängder ([58]) skedde det en snabb ökning mellan 1997 och 2000; därefter planade mängderna ut år 2001. År 2002 ökade mängderna igen i de flesta av de länder som har redovisat uppgifter.

Enligt rapporterna kostade en ecstasytablett år 2002 i genomsnitt mellan 6 euro (Tjeckien) och 20–25 euro (Italien, Finland) ([59]). Helt nyligen (DrugScope, 2004) har det dock kommit rapporter om att ecstasytabletter säljs för så lite som 1,5 euro på vissa platser i Förenade kungariket. Under de senaste fem åren har ecstasytabletter blivit allt billigare i de flesta EU-länderna. År 2002 fortsatte den trenden i alla länderna utom Estland, där priset per tablett steg något.

Jämfört med för fem år sedan förefaller amfetamininnehållet i de tabletter som säljs under namnet ecstasy ha minskat, medan ecstasy och ecstasyliknande ämnen påträffas i allt högre grad. För samtliga EU-länder gäller att de enda psykoaktiva ämnen som år 2002 påträffades i flertalet av de tabletter som såldes under namnet ecstasy och analyserades var ecstasy (MDMA) och ecstasyliknande ämnen (MDEA, MDA). I Belgien, Danmark, Tyskland, Litauen, Förenade kungariket och Norge stod sådana tabletter för över 95 % av det totala antalet analyserade ecstasytabletter. MDMA-mängden i ecstasytabletter varierar stort mellan produktionssatser (även när symbolen på tabletterna är densamma), inom och mellan länder. Från de flesta EU-länderna rapporteras att den genomsnittliga mängden av det aktiva ämnet (MDMA) per tablett låg mellan 60 och 80 milligram år 2002, även om intervallet var bredare i Ungern och Norge.

LSD

LSD produceras och handlas med i avsevärt mindre omfattning än andra syntetiska droger, t.ex. stimulantia av amfetamintyp. På global nivå minskade LSD-beslagen med 73 % mellan 2000 och 2001. De länder som 2001 beslagtog det största antalet enheter var Förenta staterna, Spanien och Nederländerna (UNODC, 2003a). Fram till år 2000 var det Förenade kungariket som gjorde flest LSD-beslag av EU-länderna, men Tyskland har nu övertagit tätpositionen ([60]). På EU-nivå har under de senaste fem åren både antalet LSD-beslag ([61]) och de beslagtagna mängderna ([62]) stadigt minskat, bortsett från en platå år 2000. Genomsnittspriset i missbrukarledet för en LSD-enhet varierade inom EU år 2002 mellan 5 euro i Förenade kungariket och över 20 euro i Italien ([63]).

Internationella åtgärder mot handeln med syntetiska droger

I december 2003 skrev kommissionen i samarbete med Europol en rapport som illustrerar hur långt man kommit med de stora multilaterala projekten om kartläggningen av distributionsnät och de erfarenheter som vunnits på området i unionen, medlemsstaterna och kandidatländerna. Bland de viktiga projekt som presenteras i rapporten finns *Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe* (CASE), som kombinerar jämförelseanalyser på amfetaminbeslag utförda av Statens kriminaltekniska laboratorium (SKL) och kollationering på EU-nivå av brottsbekämpningsdata för att se var det finns produktionsställen och brottsorganisationer som ägnar sig åt produktion och handel med syntetiska droger och för att inleda brottsutredningar. Projektet stöds av Europols register för analysändamål CASE. Ett annat projekt, *Europols Illicit Laboratory Comparison System* (EILCS) matchar fotografisk och teknisk information från ställen i hela Europeiska unionen där syntetiska droger produceras och gör det därigenom möjligt att undersöka kopplingar mellan olika produktionsställen, den utrustning som beslagtas och de som underlättar leveransen av utrustning.

Vidare producerar *Europol Ecstasy Logo System* (EELS) varje år en logokatalog, som sprids globalt till relevanta brottsbekämpande instanser. EELS har bedrivit ett tätt samarbete med det centrala analysprogrammet för ecstasy (CAPE) som drivs av den federala kriminalpolisen (BKA) i Tyskland.

Interpol har låtit inleda ett projekt inriktat mot de brottsorganisationer som framställer och saluför syntetiska droger. Inom projektet, som kallas Sydrug, samlar man operativa data och skapar länkar mellan dessa, så att multinationella operationer kan genomföras ([64]). Trenderna visar att ecstasy smugglas från västra Europa till Nordamerika, Sydostasien och Oceanien (Interpol, 2002).

Det blir allt tydligare att det finns kopplingar mellan de nätverk som smugglar droger och de nätverk som smugglar prekursorer. I januari 2003 inleddes operativa aktiviteter

([58]) Se Markets tabell 10 i statistikbulletinen för 2004.
([59]) Se Markets tabell 14 i statistikbulletinen för 2004.
([60]) Denna situation bör kontrolleras mot de brittiska uppgifterna för 2002 när dessa blir tillgängliga. Uppgifter om antalet LSD-beslag under 2002 saknades för Spanien, Italien, Litauen, Ungern och Nederländerna; uppgifter om såväl antalet LSD-beslag som de beslagtagna LSD-mängderna under 2002 saknades för Belgien, Irland, Cypern, Malta, Slovakien och Förenade kungariket.
([61]) Se Markets tabell 11 i statistikbulletinen för 2004.
([62]) Se Markets tabell 12 i statistikbulletinen för 2004.
([63]) Se Markets tabell 14 i statistikbulletinen för 2004.
([64]) Sydrug, Interpols globala projekt avseende syntetiska droger, Lyon, april 2003.

Nya syntetiska droger som har narkotikaklassats inom ramen för den gemensamma åtgärden

Inom ramen för den gemensamma åtgärden gjordes mellan 1998 och 2002 riskbedömningar av fem nya syntetiska droger (MBDB, 4-MTA, GHB, ketamin och PMMA). Under 2003 gjorde ECNN:s vetenskapliga kommitté – förstärkt med experter som utsetts av medlemsstaterna samt företrädare för Europeiska kommissionen, Europol och Europeiska läkemedelsmyndigheten (EMEA) – riskbedömningar av fyra nya syntetiska droger: 2C-I (4-jodo-2,5-dimetoxifenetylamin), 2C-T-2 (2,5-dimetoxi-4-etyltiofenetylamin), 2C-T-7 (2,5-dimetoxi-4-(*n*)-propyltiofenetylamin) och TMA-2 (2,4,5-trimetoxiamfetamin) ([1]). På grundval av dessa bedömningar antog rådet den 27 november 2003 ett beslut ([2]) om att dessa fyra föreningar skulle omfattas av kontrollåtgärder och straffrättsliga påföljder i de 15 EU-länderna. Det är mycket svårt att göra särskilda vetenskapliga riskbedömningar av nya syntetiska droger eftersom de fackgranskade vetenskapliga uppgifterna är begränsade. Men upplysningar som grundar sig på toxiska effekter på djur (t.ex. för TMA-2), analogi med delvis relaterade sammansättningar samt belägg från andra källor, t.ex. individuella användarrapporter, media, inofficiella publikationer ger utgångspunkten för bedömningarna.

([1]) Riskbedömningsrapporterna finns på ECNN:s webbplats (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1584).

([2]) Rådets beslut 2003/847/RIF av den 27 november 2003 om kontrollåtgärder och straffrättsliga sanktioner avseende de nya syntetiska drogerna 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 och TMA-2.

inom ramen för projektet Prism – ett internationellt initiativ som skall försöka komma till rätta med avledningen av de huvudsakliga prekursorer som behövs vid olaglig framställning av stimulantia av amfetamintyp. Narkotikahandeln utnyttjar nu i allt större utsträckning läkemedel som källa till prekursorer (INCB, 2004b).

Information från förvarningssystemet

Den gemensamma åtgärden ([65]) med sitt förvarningssystem infördes för att nya syntetiska droger ([66]) skulle kunna upptäckas och riskerna i samband med sådana skulle kunna bedömas samt för att fastställa en beslutsprocess för narkotikaklassning av sådana droger. Nya syntetiska droger står fortfarande för en mycket liten del av den totala marknaden för syntetiska droger, som domineras av MDMA (ecstasy), amfetaminer och LSD. Trots att den gemensamma åtgärden har varit framgångsrik när det gäller att upptäcka nya syntetiska droger, är det viktigt att notera att huvuddelen av uppgifterna om nya föreningar kommer från de medlemsstater som har hög analys- och rapporteringskapacitet i form av både kriminaltekniska och toxikologiska laboratorier samt välfungerande nätverk av uppgiftslämnare. Detta betyder att beskrivningen av situationen kan återspegla hur väl de nationella förvarningssystemen fungerar snarare än den faktiska situationen på den europeiska narkotikamarknaden.

Droger som övervakas av förvarningssystemet

År 2003 skedde rutinövervakning inom ramen för förvarningssystemet av alla de nio ämnen som sedan 1998 blivit föremål för riskbedömning – MBDB, 4-MTA, PMMA, GHB och ketamin samt följande fenetylaminer: 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 och TMA-2. Dessutom övervakades ett antal ämnen om vilka ECNN har inhämtat information, bl.a. en grupp tryptaminer (5-MeO-DMT, 5-MeO-DiPT, AMT, 5-MeO-AMT och 5-MeO-tryptamin) och piperaziner (BZP och TFMPP) ([67]).

Under 2003 rapporterade både Spanien och Förenade kungariket att polisen hade beslagtagit mindre mängder av MBDB. 4-MTA, som 1999 narkotikaklassades inom ramen för den gemensamma åtgärden, förefaller ha försvunnit från marknaden, eftersom det inte har gjorts några beslag på senare år. Ett beslag av PMMA gjordes i Sverige, och i Danmark beslagtog man vid ett tillfälle tabletter som innehöll både PMMA och PMA. Ett belgiskt laboratorium rapporterade om urinprov som visat sig innehålla PMMA, och dessutom rapporterade en akutavdelning att man vid toxikologisk analys av en berusad person hade påträffat PMA (i kombination med MDA och MDMA). Det verkar som att inget av de tre ämnena – MBDB, 4-MTA och PMMA – längre är populärt bland missbrukare av syntetiska droger.

När det gäller drogerna i tryptamingruppen skedde de flesta beslagen i Finland och Sverige. Både Danmark och Frankrike uppgav dock att man hade kommit i besittning av 5-MeO-DiPT-prover. Många tryptaminföreningar är inte narkotikaklassade på internationell eller nationell nivå, vilket betyder att de kan framställas av kommersiella laboratorier och säljas på Internet som "forskningskemikalier" (främst av företag i Förenta staterna). Dessutom är anvisningar för framställning av nästan alla nya och "gamla" syntetiska droger lätta att hitta på Internet.

([65]) Se Internet (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1346).

([66]) I 1997 års gemensamma åtgärd om informationsutbyte, riskbedömning och kontroll av nya syntetiska droger (EGT L 167, 25.6.1997) definieras "nya syntetiska droger" som "syntetiska droger som inte finns upptagna i någon av förteckningarna till 1971 års FN-konvention om psykotropa ämnen och som innebär ett jämförbart allvarligt hot mot folkhälsan som de ämnen som finns upptagna i förteckning I eller förteckning II i denna och som har ett begränsat terapeutiskt värde." Åtgärden avser slutprodukter till skillnad från prekursorer.

([67]) De flesta av dessa nya ämnen är så nya på marknaden att de ännu inte har fått några namn i missbrukarkretsar.

BZP, som ofta påträffas i anslutning till TFMPP, har i ökande omfattning rapporterats från Sverige och har också identifierats i Belgien, Spanien, Nederländerna och Finland.

Av de fenetylaminer som riskbedömdes 2003 förefaller 2C-I, som ofta säljs i form av tabletter med symbolen "i", bli allt populärare – ett antal mindre beslag rapporterades från Finland, Sverige och Förenade kungariket, och drogen upptäcktes i Spanien, Frankrike och Nederländerna. Dessutom gjordes det relativt stora beslag av 2C-H (en förening som saknar effekt på människor men är en prekursor till 2C-I, 2C-C och 2C-B) i Finland och Nederländerna, och det finns tecken på att ämnet i det senare fallet var avsett som prekursor vid framställning av 2C-I.

Syntetiska droger med potential för ytterligare spridning

Enligt det europeiska förvarningssystemet och den riskbedömning som gjordes av ECNN:s vetenskapliga kommitté inom ramen för den gemensamma åtgärden är GHB och ketamin två syntetiska droger ([68]) som har potential för en avsevärd ytterligare spridning i nöjesmiljöer.

GHB

FN:s beslut i mars 2001 om att narkotikaklassa GHB har verkställts av de flesta EU-medlemsstaterna. År 2003 rapporterades att polisen eller tullen hade beslagtagit GHB (oftast i flytande form) i Belgien, Danmark, Estland, Spanien, Frankrike, Finland, Sverige och Norge. De redovisade GHB-trenderna såg olika ut. Sverige uppgav att antalet GHB-beslag minskade 2003, medan Norge rapporterade att beslagen hade ökat avsevärt och Förenade kungariket att ingen förändring hade skett. Även Nederländerna uppgav att det inte hade skett någon förändring i antalet GHB-prover som inkommit till systemet för övervakning av information om narkotika (DIMS), även om den nationella nederländska giftcentralen rapporterade en mindre ökning av antalet önskemål om information om GHB. Estland meddelade att tillgången på GHB hade ökat avsevärt. Nederländerna och Belgien sade sig ha erhållit ett litet antal GHB-prover i pulverform.

Sverige och Norge rapporterade avsevärt ökade beslag av prekursorkemikalier till GHB, nämligen GBL (gamma-butyrolakton) och BD (1,4-butandiol) ([69]), som används i många olika industriprocesser och därför är lätta att få tag på (båda omvandlas snabbt till GHB när de har kommit in i kroppen). GHB-prekursorer uppges ha varit mer lättillgängliga på den illegala marknaden 2003 än tidigare år.

Frågor om missbruk av GHB tas i allt större utsträckning med i de drogenkäter som genomförs i nöjesmiljöer. I Tyskland rapporterade den federala kriminalpolisen (BKA) en växande GHB-konsumtion ([70]), och läget i Amsterdam var enligt Antenna Amsterdams ([71]) panelstudie år 2002 att "GHB fortfarande användes i nästan alla nattklubbsnätverk, även om trendsättarna föreföll vara mindre förtjusta i drogen än ett år tidigare och dess spridning verkar ha avbrutits". I Österrike konstaterade man i en studie av tablettanalys att i ett urval bestående av 225 unga ravebesökare i Wien hade 12,6 % någon gång testat GHB (Benschop m.fl., 2002).

Under 2003 upptäcktes GHB i prover från människor i Belgien, Sverige och Norge samt i prover från berusade personer och från akutpatienter på sjukhus i Spanien (Barcelona) och Nederländerna. Antalet önskemål om akuthjälp med koppling till GHB i Amsterdam förändrades inte mellan 2001 och 2002 – antalet fall per år var drygt 60.

Ketamin

Ketamin rapporteras ha beslagtagits eller upptäckts i prover från människor under 2003 i Belgien, Grekland, Spanien, Frankrike, Finland, Sverige, Förenade kungariket och Norge. I Österrike kom Benschop m.fl. (2002) fram till att 11,7 % av deras urval bestående av 225 unga ravebesökare i Wien hade använt ketamin någon gång. Ett hinder för möjligheterna att förebygga ytterligare spridning av ketamin är att drogen är godkänd som veterinärmedicinskt läkemedel och därmed förefaller vara lättåtkomlig genom avledning av laglig produktion.

Hälsorisker beroende på nya konsumtionsmönster

Under 2003 kunde EU-medlemsstaterna genom förvarningssystemet utbyta värdefull information om vissa narkotikaklassade ämnen som på grund av nya missbruksmönster kan utgöra allvarliga hälsorisker. Till exempel fick EU-länderna på ett tidigt stadium varningar om MDMA-tabletter innehållande en särskilt hög dos och om tabletter som såldes under namnet "ecstasy" men innehöll andra farliga ämnen som DOB (2,5-dimetoxi-4-bromamfetamin). I det första fallet kom den information som låg till grund för varningen från Belgien, Frankrike och Europol, och i det andra var det irländska uppgifter som låg bakom.

([68]) I strikt bemärkelse är inget av dessa båda ämnen en ny syntetisk drog enligt definitionen i 1997 års gemensamma åtgärd, men båda övervakas nu efter att ha varit föremål för riskbedömning.

([69]) Lägesrapporterna om Reitox-förvarningssystemet för 2003.

([70]) Se not 69.

([71]) Antenna Amsterdam är ett övervakningssystem som utnyttjar ett flertal metoder i syfte att upptäcka och tolka nya trender och ny utveckling i fråga om användningen av lagliga och olagliga droger samt hasardspelande bland ungdomarna i Amsterdam. Dessutom är systemets mål att uppdatera och förbättra narkotikapreventionen.

Kapitel 5
Kokain och crack-kokain

Inledning

Det är en vanlig uppfattning att kokainmissbrukare antingen är välbärgade, mondäna och socialt integrerade människor, eller också socialt utslagna och sämre lottade, eftersom kokain ofta förknippas med problematiskt missbruk. Det är viktigt att notera att det faktum att kokainkonsumtionen är koncentrerad till särskilda undergrupper och geografiska områden innebär att nationella uppgifter kanske ger en dålig spegling av de trender som kan vara viktiga i de samhällen eller befolkningsgrupper där de äger rum. Nu ser man emellertid oroande tecken på att kokainkonsumtionen kan breda ut sig såväl geografiskt som socialt i Europa.

Kokainmissbrukets omfattning

Undersökningar avseende befolkningen som helhet

Enligt nyare nationella befolkningsundersökningar uppger mellan 0,5 % och 6 % av den vuxna befolkningen att de någon gång har använt kokain. Spanien och Förenade kungariket ligger vid den övre gränsen av detta intervall. Andelen av de vuxna som säger sig ha använt kokain under de senaste tolv månaderna är i allmänhet mindre än 1 %, men i Spanien och Förenade kungariket rör det sig om över 2 %. Dessa siffror är tydligt lägre än motsvarande siffror för cannabis, även om det bland yngre vuxna kan vara betydligt fler som har använt kokain än det är i befolkningen som helhet.

Bland unga vuxna (15–34 år) är det mellan 1 % och 10 % som någon gång har använt kokain. Över lag är det en ungefär hälften så stor andel som har använt kokain under de senaste tolv månaderna; för Spanien och Förenade kungariket ligger andelen över 4 %.

Generellt sett tenderar kokainmissbruk antingen att upphöra efter en tids experimenterande i början av vuxenlivet eller att ske vid enstaka tillfällen, främst på helger och i nöjesmiljöer (i barer och på diskotek).

Undersökningar har visat att det finns vissa grupper som har en högre kokainkonsumtion än befolkningen i allmänhet. Nyare undersökningar från fem länder (Danmark, Tyskland, Spanien, Nederländerna och Förenade kungariket) visar exempelvis att det bland 15–24-åriga män är mellan 5 % och 13 % som säger sig ha använt kokain någon gång, och i Spanien och Förenade kungariket kan det vara så många som 5–7 % som har använt drogen under de senaste tolv månaderna. Sannolikt är kokainmissbruk betydligt vanligare än så i städerna. Dessutom har man i riktade (icke-representativa) undersökningar bland nattklubbsbesökare kommit fram till att mellan 40 % och 60 % av de tillfrågade någon gång hade använt kokain (ECNN, 2001).

Som utomeuropeisk jämförelse kan nämnas att i 2002 års nationella hushållsundersökning om droger i Förenta staterna uppgav 14,4 % av de vuxna (12 år eller äldre) att de någon gång använt kokain, vilket är en större andel än i något europeiskt land, och 2,5 % sade sig ha använt drogen under de senaste tolv månaderna, vilket också är mer än i något europeiskt land utom Spanien (2,6 %) ([72]). Bland amerikanska män i åldern 18–25 år hade enligt undersökningen 18,1 % använt kokain någon gång och 8,4 % under de senaste tolv månaderna.

Trender för kokainmissbruket

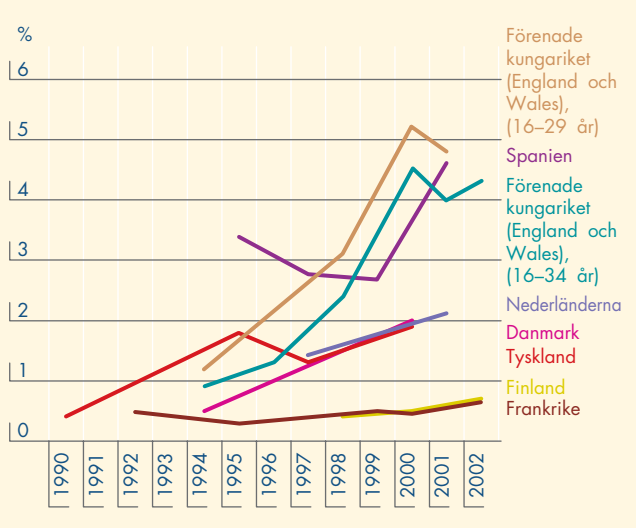
Kokaintrenderna på nationell nivå är svåra att följa eftersom det finns få konsekventa nationella undersökningsserier och eftersom urvalen i vissa fall är små. Konsekventa serier skulle göra det lättare att urskilja trender, särskilt om analysen och urvalet inriktades mot vissa utvalda grupper som unga män i städer.

Befolkningen som helhet

Andelen ungdomar som använt kokain under de senaste tolv månaderna verkar ha ökat stadigt i Förenade

([72]) Resultat från 2002 års nationella amerikanska undersökning om narkotikamissbruk och hälsostatistik (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Office of Applied Studies). Finns på webbplatsen för SAMHSA (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Observera att åldersintervallet i den amerikanska undersökningen (12 år och däröver) är vidare än det åldersintervall som används i ECNN:s rapportering för EU-undersökningar (15–64 år). Om de amerikanska uppgifterna liksom EU-uppgifterna hade avsett åldersgruppen 15–64 år, skulle antagligen de amerikanska andelarna vara större.

Figur 9: Prevalensen av kokainmissbruket (förra året) bland unga vuxna i vissa EU-länder, uppmätt genom befolkningsundersökningar



Anm.: Uppgifterna kommer från tillgängliga nationella undersökningar i respektive land. Siffer- och metoduppgifter om de enskilda undersökningarna finns i GPSurvey tabell 4 i statistikbulletinen för 2004.
För "unga vuxna" använder ECNN intervallet 15–34 år (Danmark och Förenade kungariket från 16; Tyskland från 18; Frankrike 25–34 år 1992 och 18–39 år 1995).
Urvalsstorlekar (antal svarande) för åldersgruppen 15–34 år för varje land och år redovisas i GPSurvey tabell 4 i statistikbulletinen för 2004.
Den danska uppgiften för 1994 avser "tunga droger".

Källa: Nationella Reitox-rapporter 2003, hämtat från undersökningsrapporter eller vetenskapliga artiklar. De enskilda källorna beskrivs i de epidemiologiska tabellerna över befolkningsundersökningar i statistikbulletinen för 2004.

kungariket fram till 2002 ([73]) och möjligen, i lägre grad, även i Danmark, Tyskland, Spanien och Nederländerna (se figur 9). Andra länder (Grekland, Irland, Italien och Österrike) har i sina senaste nationella Reitox-rapporter (2001–2003) rapporterat ökningar utifrån lokal eller kvalitativ information.

Skolelever

Spanien är ensamt bland medlemsstaterna om att redovisa nya uppgifter som visar en ökning på senare tid av andelen 15–16-åriga skolelever som någon gång använt kokain: från 4,1 % år 2000 till 5,9 % år 2002 ([74]). Även om det inte förekom någon ökning bland de 15–16-åriga skoleleverna i Italien, rapporterades en ökning bland äldre skolelever i landet.

Övriga indikatorer

I en del länder har det skett ökningar för vissa indikatorer på kokainmissbruk (efterfrågan på behandling ([75]), utnyttjandet av lågtröskelvården, antalet akutfall på sjukhus, polisens beslag, resultat av toxikologiska analyser i samband med dödsfall), och detta har vållat oro.

Inom hela EU verkar det ske en utbyggnad av den kokainrelaterade behandlingen, och i några länder är detta särskilt uttalat. Kokain är den drog som näst oftast nämns i rapporteringen från behandlingsorganen i Nederländerna och Spanien (35 % respektive 26 % av alla önskemål om behandling). I Europa förefaller huvuddelen av önskemålen om behandling ha anknytning till missbruk av pulverkokain (i allmänhet kokainhydroklorid).

Globalt sett är det de rökbara kokainberedningarna som har den starkaste kopplingen till problematiska missbruksmönster. Missbruk av crack-kokain uppges vara ett nytillkommet eller växande problem i vissa städer eller regioner i Tyskland, Spanien, Frankrike, Irland, Nederländerna, Österrike och Förenade kungariket.

Missbruksmönster

Bland unga nöjesmissbrukare är konsumtionen i allmänhet föga omfattande, och det är sällsynt med fortsatt missbruk. Enligt rapporterna från några länder (Tyskland, Spanien, Nederländerna, Österrike och Förenade kungariket) är det dessutom så att mönstren för kokain- och crackmissbruk varierar i mycket hög grad mellan klienter och över tiden, även bland de problemmissbrukare som utnyttjar missbruksbehandling och lågtröskelvård. Det finns dock fortfarande mycket begränsade uppgifter om hur ofta och i vilka mängder kokain och crack konsumeras. Studier av "konsumtionsrum" visar att konsumtionen av rökbart kokain är särskilt hög bland kvinnliga prostituerade som utnyttjar sådana lokaler (Stöver, 2001; Zurhold m.fl., 2001).

Administrationssätt

För en bättre förståelse av hälsoriskerna och missbruksindikatorerna behövs det mer och bättre information om hur kokainet administreras. Kokainhydroklorid (pulverkokain) andas oftast in genom näsan och tillförs mer sällan genom injicering, medan crack röks i uppvärmda pipor och kokainbas intas genom att man andas in de ångor som bildas när drogen värms upp, oftast på aluminiumfolie ovanför en eldsflamma. Det finns också uppgifter om att kokain röks i cigaretter.

Personal inom missbruksbehandling i Förenade kungariket uppger dock att crack-kokain ibland injiceras av personer som även missbrukar heroin. Liksom brunt heroin är crack

([73]) Resultaten av 2001/2002 års undersökning tyder visserligen på att denna stigande trend bland samtliga vuxna och bland unga vuxna verkar plana ut (se figur 7). Enligt det brittiska inrikesdepartementet var ökningarna av kokainmissbruket mellan 1996 och 1998 och mellan 1998 och 2000 statistiskt signifikanta på 5 %-nivån. Däremot skedde det ingen statistiskt signifikant ökning mellan 2000 och 2001–2002.

([74]) Se Prevalence tabell 1 i statistikbulletinen för 2004.

([75]) Se figur 20 och TDI tabell 10 i statistikbulletinen för 2004.

inte vattenlösligt utan måste blandas med en syra innan det förvandlas till den aktiva och lösliga saltformen ([76]).

Rökning var 2002 mindre vanligt än 2000 som normalt administrationssätt för kokain – i form av antingen crack eller kokainbas (olika beredningar som kan anses vara farmakologiskt likvärdiga).

Kokaindödsfall

Dödsfall beroende på kokain-, amfetamin- eller ecstasyförgiftning utan tecken på opiatmissbruk förefaller vara sällsynta i Europa.

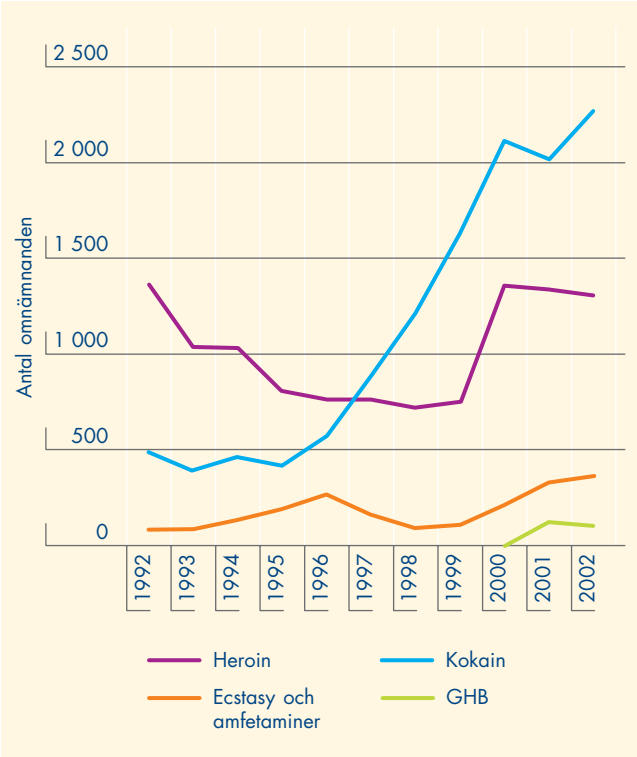
I den aktuella statistiken är det emellertid troligt att kokainrelaterade dödsfall registreras på ett otillräckligt sätt, och informationen redovisas i olika former. I några länder påträffas kokain i kombination med opiater vid en stor del av de narkotikarelaterade dödsfallen (Portugal 22 %, Spanien 46 %). Andelen kan mycket väl vara lika stor i andra länder, men generellt fungerar rapporteringssystemen så att om opiater påträffas, tillskrivs dödsfallet enbart dessa. I Förenade kungariket ökade antalet "omnämnanden" av kokain på dödsattester åttafalt under perioden 1993–2001, och i Nederländerna ökade antalet dödsfall som tillskrevs kokain från två 1994 till tjugosex 2001. Den andel av narkotikadödsfallen som tillskrivs enbart kokain, utan att opiater är inblandade, ligger mellan 1 % och 10 %, men i absoluta tal rör det sig om få fall.

Kokain kan i betydande omfattning bidra till dödsfall beroende på hjärt-kärlproblem (arytmi, hjärtinfarkt, hjärnblödning), särskilt hos missbrukare med andra tillstånd som i sig ökar risken (t.ex. aneurysm i hjärnan eller subkliniska hjärtfel). Många sådana fall kan undgå upptäckt eftersom man inom vården inte är medveten om detta och/eller eftersom de berörda offren lever under andra sociala omständigheter än opiatmissbrukare.

En antydan om de potentiella riskerna i samband med kokainmissbruk kommer från Spanien ([77]), där kokain under perioden 1999–2001 nämndes i 44–49 % av de fall där personer akut togs in på sjukhus med anledning av akuta reaktioner på narkotika; i en stor del av dessa fall hade kokainet rökts eller injicerats. I Barcelona har man under en längre tid och året runt samlat in uppgifter om akutfall vid alla större sjukhus i staden, vilket gör det möjligt att bygga upp en heltäckande bild av omständigheterna för de personer som tas in på sjukhus till följd av reaktioner på narkotika (se figur 10).

Utöver de hälsoproblem som är direkt kopplade till kokain, finns det en ökande oro för att de farliga tillsatsämnen som används kan vara en ytterligare hälsorisk i sig. Fenacetin

Figur 10: Antal "omnämnanden" av droger i samband med akutintagning på sjukhus efter drogtyp, Barcelona, 1992–2002



Anm.: I samband med ett fall av akutintagning på sjukhus kan flera olika droger omnämnas.
Källa: Sistema d'Informació de Droges de Barcelona (2003), *La Salut a Barcelona, 2002*, Barcelona: Agència de Salut Pública, Consorci Sanitari de Barcelona.

rapporteras t.ex. vara ett vanligt tillsatsämne i beslagtagna mängder av kokainpulver. Denna drog har kopplats till lever-, njur- och blodsjukdomar, bl.a. cancer.

Motåtgärder

Behandling av problematiskt kokainmissbruk

Problematiskt kokainmissbruk behandlas oftast i en miljö som inte är drogspecifik, dvs. där andra klienter behandlas för missbruk av andra olagliga (eller lagliga) droger. De tillgängliga behandlingsalternativen är i stort sett begränsade till läkemedelsfria insatser med syftet att ändra missbruksbeteendet oavsett vilken eller vilka droger som den enskilde konsumerar. Det rör sig bl.a. om lågintensiva insatser som rådgivning och inläggning på sjukhus samt högintensiva insatser som långtidsbehandling i slutenvården. Även alternativa behandlingsformer som akupunktur kan förekomma (Seivewright m.fl., 2000).

När det gäller behandling med läkemedel finns det ingen väletablerad metod för problematiskt kokainmissbruk. Det

([76]) UK Forensic Science Service Drug Intelligence Unit (2003), *Drug Abuse Trends: Crack Issue* 24, s. 13.
([77]) I Spanien har man i flera års tid vid ett urval av sjukhus över hela landet under en vecka per år följt de akutfall som avser akuta reaktioner på psykoaktiva ämnen. Det som registreras är antalet "omnämnanden" av ämnen. Metodinformation finns i den nationella Reitox-rapporten för 2003 (s. 34–36).

finns bara ett begränsat urval av läkemedelsbaserade behandlingar för kokainmissbrukare, och dessa har bara liten – om ens någon – bevisad effekt. Två systematiska litteraturgenomgångar har visat att det saknas belägg för att klinisk användning av antiepileptikumet karbamazepin eller antidepressiva läkemedel skulle ha effekt vid behandling av kokainberoende (Lima m.fl., 2004a,b).

Det begränsade utbudet av behandlingar som är specifikt avsedda för problemmissbrukare av kokain kommer att utökas genom ett antal initiativ med inriktning på denna målgrupp. I Nederländerna har man nyligen skapat en webbplats för kokainmissbrukare, och i Förenade kungariket byggdes vården ut under våren 2003 genom att nya behandlingsorgan utvecklades, nya riktlinjer infördes och utbildningen förbättrades. I Österrike ägnar sig behandlingsorganen nu åt att anpassa de befintliga behandlingarna till behoven hos problemmissbrukare av kokain.

Andra konsekvenser för kokainmissbrukarvården

Enligt observationer från bemannade lokaler för narkotikakonsumtion kännetecknas kokainrelaterade akutfall av extrem rastlöshet och frekvent paranoia, och personalen har svårt att veta vilka åtgärder de skall vidta (ECNN, 2004a). I samband med den ökade handeln med crack-kokain har aggressionsnivån mellan köpare och langare höjts (Stöver, 2001).

Det är oklart i vilken mån problemen är en direkt följd av själva missbruket av de rökbara kokainformerna, i vilken mån de har samband med hur ofta och i hur stora doser drogen konsumeras och i vilken mån de hänger samman med sociala, psykiska eller narkotikarelaterade problem som finns sedan tidigare. Bland de motåtgärder som förekommer märks särskilda informationsmaterial om risker och säkrare droganvändning, bemannade ”konsumtionsrum” samt ”chill out”-rum och ”daghärbärgen” dit missbrukarna kan komma för att lugna ned sig. En annan motåtgärd är behandling i öppenvården (Stöver, 2001).

Det har uttryckts oro för att när unga narkotikamissbrukare kommer till behandlingsvården främst eftersom de har problem som avser cannabis, riskerar de att exponeras för de beteenden och problem som kännetecknar kokainmissbrukare (Neale & Robertson, 2004).

Beslag och marknadsinformation ([78])

Produktion och handel

Colombia är med bred marginal den främsta källan i världen till olaglig coca. Därefter kommer Peru och Bolivia (UNODC, 2003a). Den globala kokainproduktionen år 2002 har uppskattats till 800 ton, varav Colombia stod för 72 %, Peru för 20 % och Bolivia för 8 %. Det mesta av det kokain som beslagtas i Europa kommer direkt från Sydamerika (särskilt Colombia) eller via Centralamerika eller Västindien. Under 2002 hade dock en del av det kokain som var föremål för handel i Europa passerat genom Brasilien (och därifrån till Portugal) eller genom Förenta staterna (och därifrån till Italien). De länder där kokainet kommer in i EU är främst Spanien, Portugal och Nederländerna samt i mindre omfattning Frankrike och Förenade kungariket (Nationella Reitox-rapporter, 2003; UNODC, 2003a; INCB, 2004a).

Beslag

Enligt FN:s kommission för narkotiska droger (CND, 2004) är kokain den tredje mest handlade drogen i världen efter marijuana och hasch. Att döma av de mängder som beslagtogs 2002 var det även detta år framför allt i Nord- och Sydamerika och i Europa som kokainhandeln ägde rum. Europa stod för 13,5 % av de kokainmängder som beslagtogs i världen (CND, 2004). Inom Europa är det i de västliga länderna som de flesta kokainbeslagen görs. Mellan 1997 och 2002 var Spanien hela tiden det ledande EU-landet i fråga om kokainbeslag. Åren 2001 och 2002 stod Spanien för mer än hälften av såväl antalet beslag som de beslagtagna mängderna i EU ([79]).

Under perioden 1997–2002 ökade antalet kokainbeslag ([80]) i alla länderna utom Tyskland och Italien. Att döma av trenderna i de länder som har redovisat uppgifter lär det komma att bekräftas att kokainbeslagen på EU-nivå ökade år 2002.

Under samma femårsperiod fluktuerade de beslagtagna kokainmängderna ([81]) kring en uppåtgående trend. Efter rekordstora kokainbeslag 2001 minskade de beslagtagna mängderna på EU-nivå betydligt år 2002 ([82]) – främst på grund av att Spanien (och Portugal) då gjorde mindre beslag än 2001, även om några länder (Tyskland, Frankrike, Italien, Norge) rapporterade om stora

([78]) Se kapitel 3: Tolkning av uppgifter om beslag och marknadsinformation (s. 30).

([79]) Detta bör dock kontrolleras mot de saknade uppgifterna för 2002 när dessa blir tillgängliga. Uppgifter om antalet kokainbeslag under 2002 saknades för Belgien, Nederländerna och Slovenien; uppgifter om såväl antalet kokainbeslag som de beslagtagna kokainmängderna under 2002 saknades för Irland, Cypern, Ungern, Malta, Polen, Slovakien och Förenade kungariket.

([80]) Se Markets tabell 5 i statistikbulletinen för 2004.

([81]) Se Markets tabell 6 i statistikbulletinen för 2004.

([82]) Detta bör kontrolleras mot de saknade uppgifterna för 2002 när dessa blir tillgängliga.

ökningar av de beslagtagna kokainmängderna. De minskningar av de beslagtagna kokainmängderna 2002 som rapporterats av Spanien, Nederländerna och Portugal kan i kombination med de ökningar som rapporterats av Tyskland, Frankrike och Italien vara ett tecken på en förändring i den relativa betydelsen hos de olika införselländer som kokainhandeln brukar utnyttja för kokain avsett för Europa (CND, 2004). I förhållande till detta bör det noteras att Nederländerna sedan i början av 2002 har vidtagit radikala åtgärder för att minska den allt stridare strömmen av kokainkurirer från Västindien till Schiphols flygplats och att det har fört med sig att antalet arresterade kokainkurirer har minskat drastiskt.

Några EU-länder har rapporterat beslag av crack, men ibland görs ingen åtskillnad mellan crack- och kokainbeslag. Detta innebär att de ovannämnda trenderna för kokainbeslagen kan tänkas inbegripa crackbeslag.

Internationella åtgärder mot kokainhandeln

Kokainhandeln kontrolleras fortfarande huvudsakligen av colombianska brottslingar. Även grupper från Albanien och Afrika är dock inblandade i kokaindistributionen. Interpols Operation Trampoline avslöjade kokainsmuggling från Venezuela och Colombia till Curação. Genom denna operation kunde man identifiera flera större organisationer som ägnar sig åt olaglig handel från Västindien till i stort sett alla världens regioner (Interpol, 2002). Under 2003 genomfördes det längs Europas Atlantkust ett antal mycket omfattande operationer till havs i kampen mot kokainsmuggling. Upp till 29 ton beslagtogs. De flesta av dessa operationer genomfördes av de spanska myndigheterna.

Operation Purple, ett internationellt program som inleddes 1999 och syftar till att spåra försändelser av kaliumpermanganat (som används vid olaglig framställning av kokain), var framgångsrik även 2003: man lyckades förhindra att över 900 ton av kemikalien avleddes till framställning av olagliga droger.

Under 2002 inledde Världstullorganisationen (WCO) och Interpol ett gemensamt initiativ, Operation Andes, som är avsett att ge nationella tull- och polismyndigheter möjlighet att utbyta och analysera information som kan bidra till att man upptäcker olagliga försändelser av prekursorkemikalier i Argentina, Bolivia, Chile, Colombia och Peru (WCO, 2003).

Pris och renhetsgrad

Genomsnittspriset ([83]) på kokain i missbrukarledet varierade betydligt inom EU år 2002: från 38 euro per gram i Portugal till 175 euro per gram i Norge. Mellan 1997 och 2002 var genomsnittspriset på kokain i missbrukarledet stabilt eller sjönk i samtliga EU-länder. Liknande uppgifter rapporterades 2002 utom från Tjeckien och Litauen, där priset steg jämfört med året före.

Jämfört med heroin har kokain i missbrukarledet i genomsnitt en hög renhetsgrad. År 2002 varierade kokainets renhetsgrad mellan 28 % i Estland och 68 % i Tjeckien och Norge. Mellan 1997 och 2002 sjönk kokainets genomsnittliga renhetsgrad i de flesta av de EU-länder som redovisade trenduppgifter. År 2002 fortsatte kokainets renhetsgrad att sjunka i de flesta länderna, med undantag av de länder där den rapporterade genomsnittliga renhetsgraden är som högst, bl.a. Belgien, Tjeckien, Luxemburg och Norge, där man noterade en ökning av kokainets genomsnittliga renhetsgrad.

([83]) Se Markets tabell 14 i statistikbulletinen för 2004.

Kapitel 6

Heroin samt injektionsmissbruk av narkotika

Problematiskt narkotikamissbruk

Vanemässigt heroinmissbruk under längre tid, injektionsmissbruk och – i vissa länder – intensivt missbruk av stimulantia står tillsammans för en betydande del av de narkotikarelaterade hälsoproblemen och sociala problemen i Europa. De personer som uppvisar sådana beteenden är få i förhållande till befolkningen som helhet, men deras problematiska narkotikamissbruk får avsevärda konsekvenser. För att bättre kunna förstå hur omfattande problemet är och för att kunna följa trender, samarbetar ECNN med medlemsstaterna kring en gemensam ny definition av begreppet ”problematiskt narkotikamissbruk” och kring strategier för att mäta såväl omfattningen som konsekvenserna av detta missbruk.

”Problematiskt narkotikamissbruk” definieras operationellt som ”injektionsanvändning eller långvarig/vanemässig användning av opiater, kokain och/eller amfetaminer” ([84]). Varierande definitioner och metodmässig osäkerhet gör det svårt att få fram tillförlitliga skattningar på detta område, vilket betyder att man bör vara försiktig när man tolkar skillnader mellan länder eller tidpunkter.

Missbrukets omfattning

Skattningarna av det problematiska narkotikamissbrukets omfattning ligger i intervallet 2–10 fall per 1 000 invånare i åldern 15–64 år (baserat på skattningsintervallens mittpunkter) eller upp till 1 % av den vuxna befolkningen ([85]). Problemmissbruket är överrepresenterat i vissa geografiska områden, bl.a. ekonomiskt missgynnade stadskärnor, och inom vissa grupper, framför allt bland unga män. Relativt höga värden redovisas av Danmark, Italien, Luxemburg, Portugal och Förenade kungariket (6–10 fall per 1 000 invånare i åldern 15–64 år), medan relativt låga värden redovisas av Tyskland, Grekland, Nederländerna och Finland (under 4 fall per 1 000 invånare i åldern 15–64 år, se figur 11). Bland de nya EU-länderna är det bara Tjeckien, Polen och Slovenien som redovisar väldokumenterade skattningar, och i dessa länder ligger andelen problemmissbrukare i mellanskiktet: 4,9; 1,9 respektive 5,3 fall per 1 000 invånare i åldern 15–64 år.

Skattningsmetoderna har visserligen förbättrats avsevärt, men bristen på tillförlitliga och konsekventa uppgifter avseende längre tidsperioder gör det fortfarande besvärligt att bedöma trenderna för problemmissbruket. Rapporter från vissa länder om att skattningar har ändrats, med bl.a. indikatoruppgifter som underlag, tyder på att problemmissbruket har ökat sedan mitten av 1990-talet. Det finns skattningar från nitton länder, varav nio redovisar en ökning av problemmissbruket sedan mitten eller slutet av 1990-talet: Belgien, Danmark, Tyskland, Italien, Luxemburg, Finland, Sverige (mellan 1992 och 1998), Förenade kungariket och Norge. De redovisade ökningarna i Belgien och Norge bygger på skattningar av injektionsmissbruket. För de nya medlemsstaterna finns det inga tidsserier av nationella skattningar, men det finns andra tecken som tyder på att trenderna varierar. I Tjeckien tyder flera indikatorer på att problemmissbruket har stabiliserats sedan slutet av 1990-talet, medan man i Estland har observerat kraftigt höjda värden för vissa indikatorer på problemmissbruk. Med tanke på att länder som genomgår sociala och ekonomiska omvälvningar kan vara sårbara för narkotikaproblem, finns det ett brådskande behov av att utveckla övervakningskapaciteten i de nya medlemsstaterna.

Missbruksmönster och missbrukets storleksordning

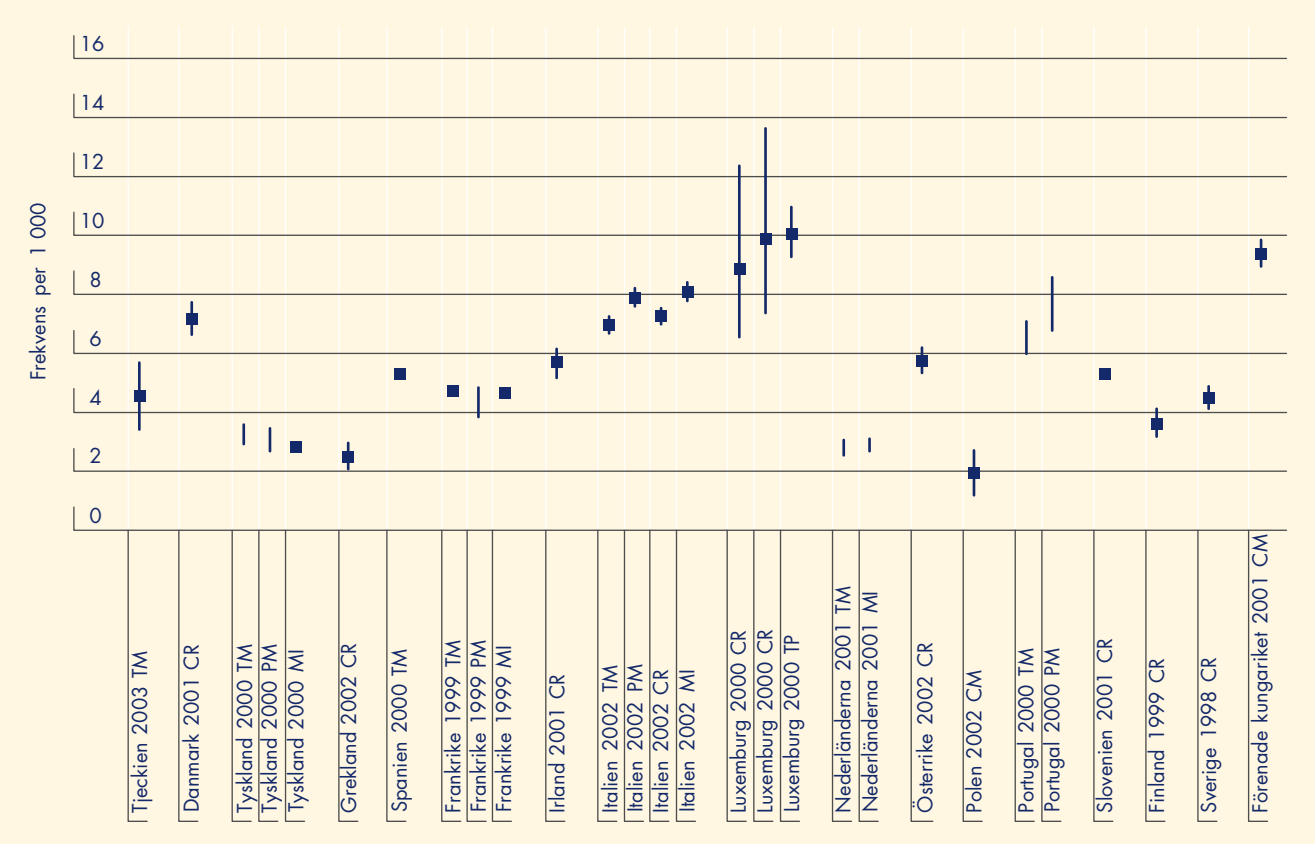
Det problematiska narkotikamissbruket kan delas in i ett antal huvudkategorier. En allmän skiljelinje kan dras mellan heroinmissbruk, som länge har stått för huvuddelen av det problematiska narkotikamissbruket i majoriteten av U-länderna, och problematiskt missbruk av stimulantia, som dominerar i Finland och Sverige, där de flesta problemmissbrukarna har amfetaminer som primärdrog. Även i Tjeckien har metamfetaminmissbrukarna länge utgjort en betydande del av problemmissbrukarna.

Det problematiska narkotikamissbruket förefaller bli allt mer varierat, och ECNN överväger nu om den europeiska

([84]) Utförligare uppgifter finns i metodanmärkningarna om problematiskt narkotikamissbruk (*methodological notes on problem drug use*) i statistikbulletinen för 2004.

([85]) Se Prevalence tabell 3 och Prevalence tabell 4 i statistikbulletinen för 2004.

Figur 11: Skattning av det problematiska narkotikamissbruket (per 1 000 personer mellan 15 och 64 år)



Anm.: CR = fångst–återfångst (Capture–recapture); TM = multiplikatormetod med uppgifter från behandlingsorgan (Treatment Multiplier); PM = multiplikatormetod med uppgifter från polisen (Police Multiplier); MI = Multivariate Indicator (metod som baseras på flera indikatorer); TP = Truncated Poisson (trunkerad poisson); CM = Combined Methods (kombinerade metoder).
Målgrupperna kan variera något beroende på olika metoder och uppgiftskällor, och jämförelser bör därför göras med försiktighet. Mer information finns i Prevalence tabell 3 och tabell 4 i statistikbulletinen för 2004. Den svenska skattningen har anpassats så att den följer ECNN:s definition. I den spanska skattningen ingår inte problematiskt kokainmissbruk; en högre skattning finns i Prevalence tabell 3 och tabell 4, där den gruppen ingår, men som kanske inte är lika tillförlitlig.

Källa: De nationella kontaktpunkterna. Se även ECNN-projektet om nationella skattningar av det problematiska narkotikamissbrukets omfattning i Europeiska unionen (1995–2000) (*National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000*), CT.00.RTX.23, Lissabon, ECNN, 2003. Samordnare: Institut für Therapieforschung, München (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372).

operationella definitionen behöver finjusteras mot bakgrund av hur narkotikaproblemet förändras. Exempelvis har blandmissbruk blivit ett allt större problem i de flesta länderna, och från vissa länder där opiatmissbruk länge har dominerat kommer nu rapporter om att andra droger blir mer framträdande. I Spanien minskar skattningarna av antalet problemmissbrukare av opiater och de kokainrelaterade missbruksproblemen ökar, men tillförlitliga tidstrender för problemmissbruk som omfattar problemmissbrukare av kokain finns inte. Tyskland och Nederländerna redovisar en växande andel missbrukare av crack-kokain bland sina problemmissbrukare, även om totalskattningen av antalet problemmissbrukare i Nederländerna inte har ändrats.

Det viktade genomsnittet av det problematiska narkotikamissbrukets omfattning i EU ligger sannolikt i intervallet 4–7 fall per 1 000 invånare i åldern 15–64 år. Detta motsvarar 1 200 000–2 100 000 problemmissbrukare i det utvidgade EU, varav omkring 850 000–1 300 000 är aktiva injektionsmissbrukare. Detta är dock långt ifrån säkra skattningar som kommer att behöva justeras i takt med att ytterligare uppgifter från de nya medlemsstaterna blir tillgängliga.

Injektionsmissbruk av narkotika

Injektionsmissbrukare löper mycket stor risk att drabbas av negativa konsekvenser, och det är därför viktigt att ta upp injektionsmissbruket för sig, som en av det problematiska narkotikamissbrukets centrala kategorier.

Skattningar av injektionsmissbrukets omfattning görs med hjälp av indirekta metoder (närmare bestämt multiplikatormetoder) utifrån dödlighetsuppgifter och uppgifter om utbredningen av hiv- och hepatit C-smitta. Även här aktualiserar uppgifternas kvalitet och vissa

Figur 12: Skattningar av injektionsmissbruket (per 1 000 personer mellan 15 och 64 år)

Anm.: MM = dödlighetsmultiplikator (Mortality Multiplier); HM = hiv-multiplikator (HIV multiplier); CM = kombinerade metoder för skattning av injektionsmissbruk (Combined Methods for IDU [injecting drug use] estimation).
Målgrupperna kan variera något beroende på olika metoder och uppgiftskällor, och jämförelser bör därför göras med försiktighet. Dödlighets- och hiv-multiplikatorerna antas ge skattningar av (i huvudsak aktuella) injektionsmissbrukare, som endast är en del av det problematiska drogmissbruket. De övriga metoderna antas leda till skattningar av det problematiska drogmissbruket. Mer information finns i Prevalence tabell 3 och tabell 4 i statistikbulletinen för 2004.

Källa: De nationella kontaktpunkterna. Se även ECNN-projektet om nationella skattningar av det problematiska narkotikamissbrukets omfattning i Europeiska unionen (1995–2000) (*National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000*), CT.00.RTX.23, Lissabon, ECNN, 2003. Samordnare: Institut für Therapieforschung, München (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372).

metodaspekter olika tolkningsfrågor. Med dessa skattningar är det t.ex. svårt att avgöra hur många av dem som någon gång i livet har injicerat narkotika som också har gjort detta under den senaste månaden. Jämförelser mellan länder bör göras med försiktighet. De tillgängliga skattningarna på nationell nivå av injektionsmissbrukets omfattning ligger i intervallet 2–6 fall per 1 000 invånare i åldern 15–64 år (se figur 12).

En analys av uppgifterna om heroinmissbrukare i behandling tyder på att länderna skiljer sig markant åt när det gäller hur stor andel av missbrukarna som för närvarande injicerar narkotika under den senaste månaden, och dessutom verkar trenderna variera över tiden ([86]). De tillgängliga uppgifterna visar att under hälften (43 %) av dem som för första gången får behandling mot heroinmissbruk uppger sig ha injicerat under den senaste månaden, att jämföra med två av tre (62 %) bland samtliga behandlingsklienter (viktade genomsnittsvärden). I några länder (Spanien, Nederländerna, Portugal) förefaller en relativt liten andel av heroinmissbrukarna injicera drogen, medan injicering av heroin fortfarande är det normala i andra länder (Tjeckien, Slovenien, Finland). I flera av de länder som länge har varit EU-medlemmar och som kan redovisa uppgifter, verkar injektionsmissbruket ha minskat under 1990-talet. Det är dock oroande att injektionsmissbruket i vissa andra länder (Tyskland, Irland, Finland) inte verkar minska utan t.o.m. kan visa tecken på en ökning, och att nästan alla heroinmissbrukare i de nya medlemsstaterna – åtminstone i de länder som redovisar uppgifter – förefaller injicera.

Beslag och marknadsinformation ([87])

Produktion av, handel med och beslag av opiater

Större delen av det olagliga opiumet och heroinet i världen kommer från ett fåtal länder (UNODC, 2003a). Den globala produktionen av olagligt opium år 2002

([86]) Se figur 9 OL: Trender för injektionsmissbruket av narkotika.

([87]) Se kapitel 3: Tolkning av uppgifter om beslag och marknadsinformation (s. 30).

uppskattades till omkring 4 500 ton. Afghanistan stod för 76 % av detta och huvuddelen av återstoden kom från Sydostasien: omkring 18 % från Myanmar och 3 % från Laos. Den globala opiumproduktionen har legat på samma nivå under de fem senaste åren utom 2001, då talibanregimen i Afghanistan genomdrev ett förbud mot odling av opiumvallmo med en drastisk men kortvarig produktionsminskning som följd.

Större delen av det heroin som konsumeras i EU framställs i Afghanistan eller längs handelsvägarna för opium, framför allt i Turkiet (UNODC, 2003a), och kommer sedan in i Europa längs två huvudsakliga handelsvägar. Den sedan länge betydelsefulla Balkanrutten spelar fortfarande en ytterst viktig roll för heroinsmugglingen. Efter att ha passerat genom Pakistan, Iran och Turkiet delar sig denna rutt i en sydlig gren, som går genom f.d. jugoslaviska republiken Makedonien, Albanien, delar av Italien, Serbien och Montenegro och Bosnien och Hercegovina, och en nordlig gren, som går genom Bulgarien, Rumänien, Ungern och Österrike. Sedan mitten av 1990-talet har allt mer heroin smugglats till Europa längs ”silkesvägen” via Centralasien, Kaspiska havet och Ryssland (Nationella Reitox-rapporter, 2003; UNODC, 2003a; CND, 2004; INCB, 2004a). Även om dessa båda rutter är viktigast, har det emellanåt gjorts beslag på andra platser, bl.a. i vissa afrikanska länder och i Colombia.

Vid sidan av det importerade heroinet finns det en inhemsk produktion av vissa opiatdroger i EU. Det rör sig främst om den begränsade produktionen av hemmagjorda vallmoprodukter (t.ex. vallmokoncentrat framställt av krossade stjälkar eller frukter av vallmo) i ett antal östliga EU-länder, bl.a. Tjeckien, Estland, Litauen och Polen. Det finns vissa tecken på att dessa inhemska produkter nu ersätts på den olagliga marknaden av importerat heroin.

I fråga om beslagtagna mängder var det även 2002 i Asien (52,5 %) och Europa (28,1 %) som den största delen av heroinbeslagen i världen skedde (CND, 2004), och de europeiska heroinbeslagen koncentrerades till de västliga länderna. Sedan 1998 har Förenade kungariket varit ledande bland EU-länderna när det gäller både antalet heroinbeslag och beslagtagna heroinmängder, med Spanien på andra plats ([88]). År 2001 stod Förenade kungariket för en tredjedel av heroinbeslagen och 40 % av de beslagna heroinmängderna i EU.

De beslagtagna heroinmängderna ([89]) i EU var stabila till 1998 och ökade sedan 1999 och 2000. Att döma av trenderna i de länder som har redovisat uppgifter förefaller den totala beslagtagna mängden heroin i EU ha varit stabil sedan 2000 ([90]), även om antalet heroinbeslag minskade 2002 i alla länder som har redovisat uppgifter ([91]).

En oroande utveckling är den senare tidens rapporter om olaglig handel med fentanyl, en syntetisk opiat som är upp till hundra gånger starkare än heroin ([92]). Det har nyligen rapporterats om beslag i några länder kring Östersjön och i Ryssland. I Sverige beslagtogs fentanyl vid två tillfällen 2002 och vid tjugotre tillfällen 2003. I Estland dök fentanyl och metylfentanyl i slutet av 2001 upp på narkotikamarknaden som substitut för heroin, vilket ledde till 68 beslag av fentanyl och 11 beslag av metylfentanyl under 2002. I Finland beslagtog man år 2002 en större sändning i grossistledet av 3-metylfentanyl. I Litauen påträffades fentanyl vid sex beslag under 2002. Enligt FN:s internationella byrå för narkotikakontroll (INCB, 2004a) har man i Ukraina nyligen beslagtagit 41 kilo fentanyl och oskadliggjort tre laboratorier där drogen framställdes. En mer betydande ökning av mängden fentanyl på den europeiska narkotikamarknaden skulle vara mycket oroande, eftersom risken är stor för att denna drog skall orsaka problem. Att så är fallet understryks av Östersjöländernas rapportering om överdosdödsfall under de senaste två åren där fentanyl påträffats i den toxikologiska analysen, ofta i kombination med heroin. Det krävs vaksamhet eftersom det finns risk för att drogen skall undgå rapportering, särskilt om den blandas med olagligt heroin för att den totala effekten skall bli starkare. Dessutom finns det enstaka uppgifter om missbruk av avledda fentanylprodukter. Bland annat finns det rapporter från Grekland om att missbrukare har utvunnit fentanyl ur Durogesic®-smärtplåster.

Buprenorfin – en opioid som används i läkemedel – förefaller vara på väg in på den svarta marknaden i några EU-länder, bl.a. Tjeckien, där Subutex® påträffades under 2002 och Förenade kungariket, där beslag rapporterats under de senaste tre åren. Finland rapporterade om betydande beslag av Subutex® under 2001 och 2002, och Norge redovisade ett stort beslag av Temgesic® under 2002. Till viss del är detta inte förvånande, eftersom förskrivningen av buprenorfin har ökat avsevärt i många länder. Läkemedlet är dock utformat för att ha liten

([88]) Detta bör dock kontrolleras mot de saknade uppgifterna för 2002 när dessa blir tillgängliga. Uppgifter om antalet heroinbeslag under 2002 saknades för Belgien, Ungern, Nederländerna och Polen; uppgifter om såväl antalet heroinbeslag som de beslagtagna heroinmängderna under 2002 saknades för Irland, Cypern, Malta, Slovakien och Förenade kungariket.

([89]) Se Markets tabell 4 i statistikbulletinen för 2004.

([90]) Detta bör kontrolleras mot de saknade uppgifterna för 2002 när dessa blir tillgängliga.

([91]) Se not 90.

([92]) Om någon råkar ta fentanyl i tron att det rör sig om heroin, är förgiftningsrisken mycket stor.

missbrukspotential, vilket gör att dessa rapporter förtjänar att undersökas närmare.

Internationella åtgärder mot heroinhandeln

Det globala samarbetet har ökat i strävan att anta den utmaning som den ökade heroinproduktionen i Afghanistan innebär (Europol, 2003). Sedan 2002 har Interpol-projektet NEHRO ([93]) inriktat sig på den nya handelsvägen för heroin mellan Centralasien och västra Europa (Interpol, 2002; Europol, 2003). Dessutom har Världstullorganisationen (WCO) startat Operation Tamerlane, som är avsedd att samordna de åtgärder för att garantera lagarnas efterlevnad som vidtas av tullen, polisen och gränsbevakningen i alla länder som "silkesvägen" passerar genom eller gränsar till (WCO, 2003a).

Operation Topaz, det internationella programmet mot avledning av ättiksyraanhydrid – en kemisk förening som är viktig vid heroinframställning – identifierade under 2003 handelsnätverk och bulvanföretag som ägnar sig åt avledning av denna produkt i Europa. Afghanistan och andra asiatiska länder har anslutit sig till operationen. Operation Topaz avspeglar tillsammans med ett antal andra internationellt samordnade åtgärder en trend mot att man vid sidan av själva de olagliga drogerna även inriktar sig på de prekursorkemikalier som behövs för att framställa dessa droger.

Heroinets pris och renhetsgrad

I Europa uppträder heroin i två former: det vanligt förekommande bruna heroinet (den kemiska basformen) och det ovanligare och dyrare vita heroinet (en saltform), som brukar ha sitt ursprung i Sydostasien. År 2002 uppgavs genomsnittspriset på brunt heroin i missbrukarledet variera inom EU mellan 29 euro per gram i Ungern och 161 euro per gram i Sverige, medan priset på vitt heroin låg mellan 32 (Ungern) och 213 (Sverige) euro per gram ([94]). Denna prisskillnad avspeglar sannolikt renhetsgraden hos den sålda drogen. Under de senaste fem åren har genomsnittspriset i missbrukarledet på både brunt och vitt heroin legat stabilt eller sjunkit i de länder som har redovisat uppgifter, utom i Tjeckien, där priserna uppges ha stigit. År 2002 sjönk genomsnittspriset på brunt heroin i sex av de nio EU-länder som redovisade uppgifter, medan en majoritet (fyra av sex) av länderna rapporterade att genomsnittspriset på vitt heroin hade stigit.

Den genomsnittliga renhetsgraden i missbrukarledet för brunt heroin inom EU låg år 2002 mellan 10 % i Luxemburg och 43 % i Spanien, medan värdet för vitt heroin varierade från 7 % i Estland och Finland till 75 % i Norge. Under de senaste fem åren har renhetsgraden för heroin sjunkit eller varit densamma i de flesta EU-länderna. År 2001 ökade renhetsgraden för brunt heroin i de flesta länder som redovisade uppgifter om detta (sju av tio), men denna trend vände 2002 då avsevärda minskningar av den genomsnittliga renhetsgraden rapporterades från fem (av sju) länder: Danmark, Luxemburg, Portugal, Förenade kungariket och Norge. Den genomsnittliga renhetsgraden i missbrukarledet för vitt heroin minskade både 2001 och 2002, men det är bara tre länder som kan redovisa trenduppgifter (Danmark, Estland och Finland).

Narkotikarelaterade infektionssjukdomar

Hiv

Hiv-epidemin sprids snabbt i några av de nya EU-länderna och dessas grannländer. Estland, Lettland, Ryssland och Ukraina tillhör de länder i världen som har de snabbast växande hiv-epidemierna. Prevalensen varierar stort i de andra nya EU-länderna, och i flera av dem finns det fortfarande risk för liknande epidemier. Bland de "gamla" EU-länderna finns det nu tecken på att risken ökar i vissa länder som hittills har undvikit större hiv-epidemier bland injektionsmissbrukarna.

Analysen av anmälda fall tyder på att hiv-incidensen var som störst i Estland och Lettland år 2001, med 991 respektive 281 fall per en miljon invånare, och att det därefter skedde en minskning år 2002 till de fortfarande mycket höga incidenstalen 525 respektive 170 fall per en miljon invånare och år (se figur 13) (EuroHIV, 2004). Möjliga orsaker till den observerade minskningen är att det finns slumpfaktorer med anknytning till rapporteringen, att de flesta av injektionsmissbrukarna i högriskgrupperna nu har smittats och/eller att det har skett förändringar i beteenden. Bland de nya EU-länderna var det Estland (6,2–13 %), Lettland (6,6–14,6 %) och Polen (6,8–9,1 %) som rapporterade de högsta prevalenstalen i olika nationella urval av injektionsmissbrukare som testades 2001 och 2002, och ett särskilt högt lokalt värde på 41 % (av 964), 22 % (av 205) och 29,7 % (av 165) konstaterades i dessa tre länder. Däremot visar uppgifter från flera olika källor att även prevalensen bland injektionsmissbrukarna minskade markant i Estland 2002 (6,2 % år 2002 i ett urval på nationell nivå omfattande 1 186 injektionsmissbrukare, att jämföra med 13 % av 2 078 år 2001). I Lettland visar nationella uppgifter från olika specialistcenter för missbruksbehandling också en minskad prevalens bland testade injektionsmissbrukare (13,7 % år 2001 och 6,6 % år 2003), men uppgifter från andra nationella källor (sjukhus och arresteringsuppgifter:

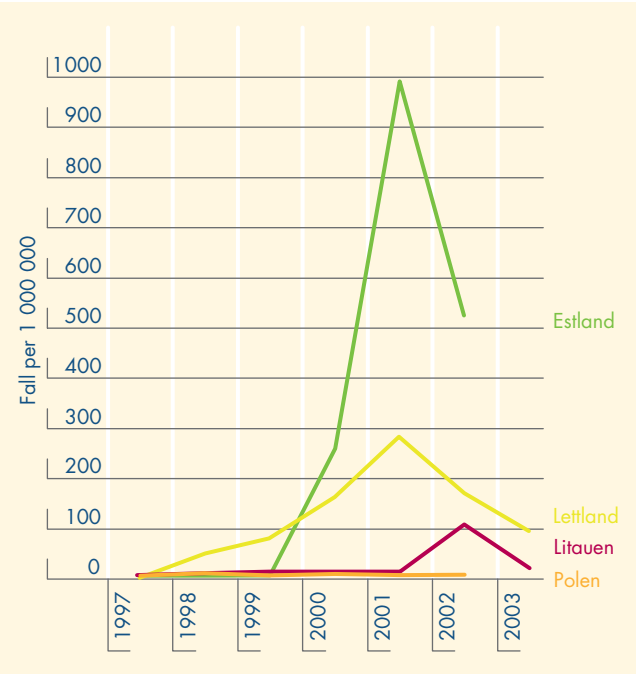
([93]) Förkortningen avser "den nordeuropeiska heroinrutten".
([94]) Se Markets tabell 14 i statistikbulletinen för 2004.

7,8 % år 2000 till 14,6 % år 2002) och lokala källor (multipla miljöer i Riga-området Tukums: 18,3 % år 2000 till 22,0 % år 2003) tyder på en ökad prevalens bland andra testade injektionsmissbrukare. I Litauen skedde det så sent som 2002 en kraftig ökning av antalet nyanmälda hiv-fall beroende på en större epidemi i ett fängelse, men däremot är prevalensen bland injektionsmissbrukarna fortfarande låg (år 2002 och 2003: 1,0 % av 2 831 respektive 2,4 % av 1 112 injektionsmissbrukare som utnyttjade ett sprutbytesprogram i Vilnius smittade). Epidemin i fängelset illustrerar både hur bråttom det är att vidta preventiva åtgärder i Litauen och vilken betydelsefull roll fängelser kan spela för hiv-spridningen bland injektionsmissbrukare (Dolan, 1997–1998; Dolan m.fl., 2003).

I Polen tyder nationella uppgifter från folkhälsolaboratorier på att prevalensen bland injektionsmissbrukarna har minskat, från 10,7 % (av 3 106) år 2000 till 6,8 % (av 2 626) år 2002. Minskningen stämmer med trenden för antalet nyrapporterade fall bland injektionsmissbrukare, som minskade från ett högsta värde på 8,6 per en miljon invånare år 2000 till 5,1 fall under 2001 och 6,9 fall under 2002. Men lokala uppgifter tyder på att prevalensen var hög i Pomorskie-regionen år 2002 (30 % av 165 injektionsmissbrukare som rekryterades till studien från missbruksbehandling och på fältet; i den grupp på 69 personer som rekryterades på fältet var prevalensen 15 %), även om det bör noteras att prevalensen bland injektionsmissbrukare i missbruksbehandling kan ligga högre än prevalensen i hela gruppen injektionsmissbrukare. I de andra nya EU-länderna var hiv-prevalensen bland injektionsmissbrukarna fortfarande mycket låg 2000–2001 även om nyare uppgifter oftast saknas. Hiv-prevalensen låg under 1 % i Tjeckien, Slovenien och Slovakien, vilket är ungefär samma nivå som i de angränsande EU-kandidatländerna Bulgarien och Rumänien (ECNN, 2003a). Även om dessa länder hittills har sluppit hiv-epidemier bland injektionsmissbrukarna, kan ett växande injektionsmissbruk leda till att prevalensen av hiv och hepatit ökar inom den närmaste framtiden, om de preventiva åtgärderna inte är tillräckliga (se avsnittet "Åtgärder för att minska de narkotikarelaterade infektionerna" i detta kapitel).

I de tidigare 15 EU-medlemsstaterna verkar hiv-epidemin bland injektionsmissbrukarna för det mesta ha stabiliserats eller vara på tillbakagång – att döma av uppgifterna om anmälda hiv-fall, som 2002 varierade mellan 1,3 nya fall per en miljon invånare i Grekland och 115,7 i Portugal (där det skedde en minskning till 88,4 fall år 2003) (EuroHIV, 2004). Eftersom det inte finns någon etablerad fallrapportering i de länder som har de största epidemierna med koppling till injektionsmissbrukare, kan de trender som hämtas från fallrapporteringen vara missledande på EU-nivå, och uppgifter om seroprevalensen bland injektionsmissbrukare är ett viktigt komplement. De tillgängliga uppgifterna om prevalensen på nationell nivå tyder på att det finns stora skillnader såväl mellan som inom länderna: det lägsta värdet är ungefär 0–1 % i Finland (uppgifter från sprutbyten) och 9,7–35 % bland drogmissbrukare i olika nationella sampel i Spanien (2001–2003) (se figur 14). Prevalensen är i allmänhet stabil eller fallande ([95]), även om en stabil prevalens inte innebär att smittspridningen har upphört, och i vissa länder har prevalensen ökat sedan mitten av 1990-talet. Dessutom saknas det nya uppgifter för vissa områden där det tidigare har rapporterats ökningar. Ökningarna av prevalensen tyder på att de preventiva åtgärderna kan vara otillräckliga, även i vissa områden där det länge har funnits epidemier. Att smittspridning fortfarande sker mellan injektionsmissbrukare i ett flertal områden framgår av att prevalensen är hög bland injektionsmissbrukare som är unga (under 25 år gamla) och nya (har injicerat i mindre än två år) (ECNN, 2003b) ([96]). På de platser där hiv-prevalensen fortfarande är hög bland injektionsmissbrukarna är det viktigt att man ständigt ägnar

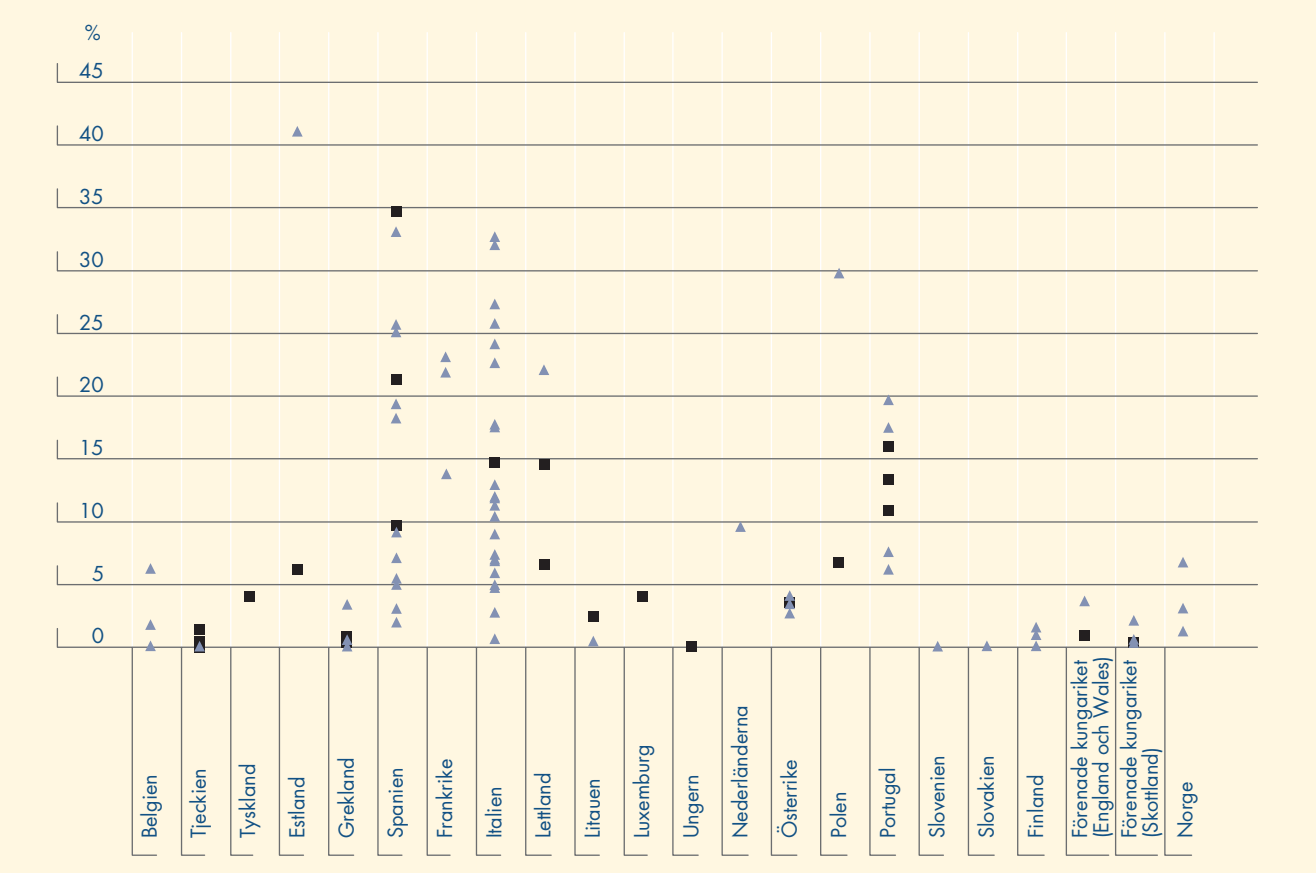
Figur 13: Rapporterade nydiagnostiserade fall av hiv-infektion bland injektionsmissbrukare per en miljon invånare i några nya EU-medlemsstater



Källa: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV).

([95]) Utförligare information om dessa uppgifter samt originalkällorna finns i IDisease tabell 1 och IDisease tabell 8 i statistikbulletinen för 2004.
([96]) Se not 95.

Figur 14: Prevalens (%) av hiv-infektion bland injektionsmissbrukare av narkotika — undersökningar med nationell eller lokal täckning 2001–2003



Anm.: ■ = urval med nationell täckning; ▲ = urval med lokal/regional täckning.
Skillnader mellan olika länder måste tolkas med försiktighet beroende på att miljöerna och/eller studiemetoderna kan variera, liksom de nationella samplingsstrategierna.
Uppgifterna för Portugal och Italien omfattar icke-injektionsmissbrukare och kan därför vara en underskattning av prevalensen bland injektionsmissbrukare (andelen icke-injektionsmissbrukare i urvalen: Italien 5–10 %, Portugal okänt). För Frankrike gäller det i vissa av urvalen.
Uppgifterna för Tyskland, Spanien, Italien och Portugal avser enbart hiv-prevalensen bland injektionsmissbrukare i behandling och är inte representativa för hiv-prevalensen bland de injektionsmissbrukare som inte befinner sig i behandling.
Uppgifterna för Tyskland och Luxemburg samt en del av uppgifterna för Belgien och Frankrike grundar sig på självrapporterade testresultat, som är mindre tillförlitliga än kliniskt dokumenterade tester.
Källa: Reitox-kontaktpunkterna. För primärkällor, uppgifter om undersökningen och uppgifter före 2001, se IDisease tabell 8 i statistikbulletinen för 2004.

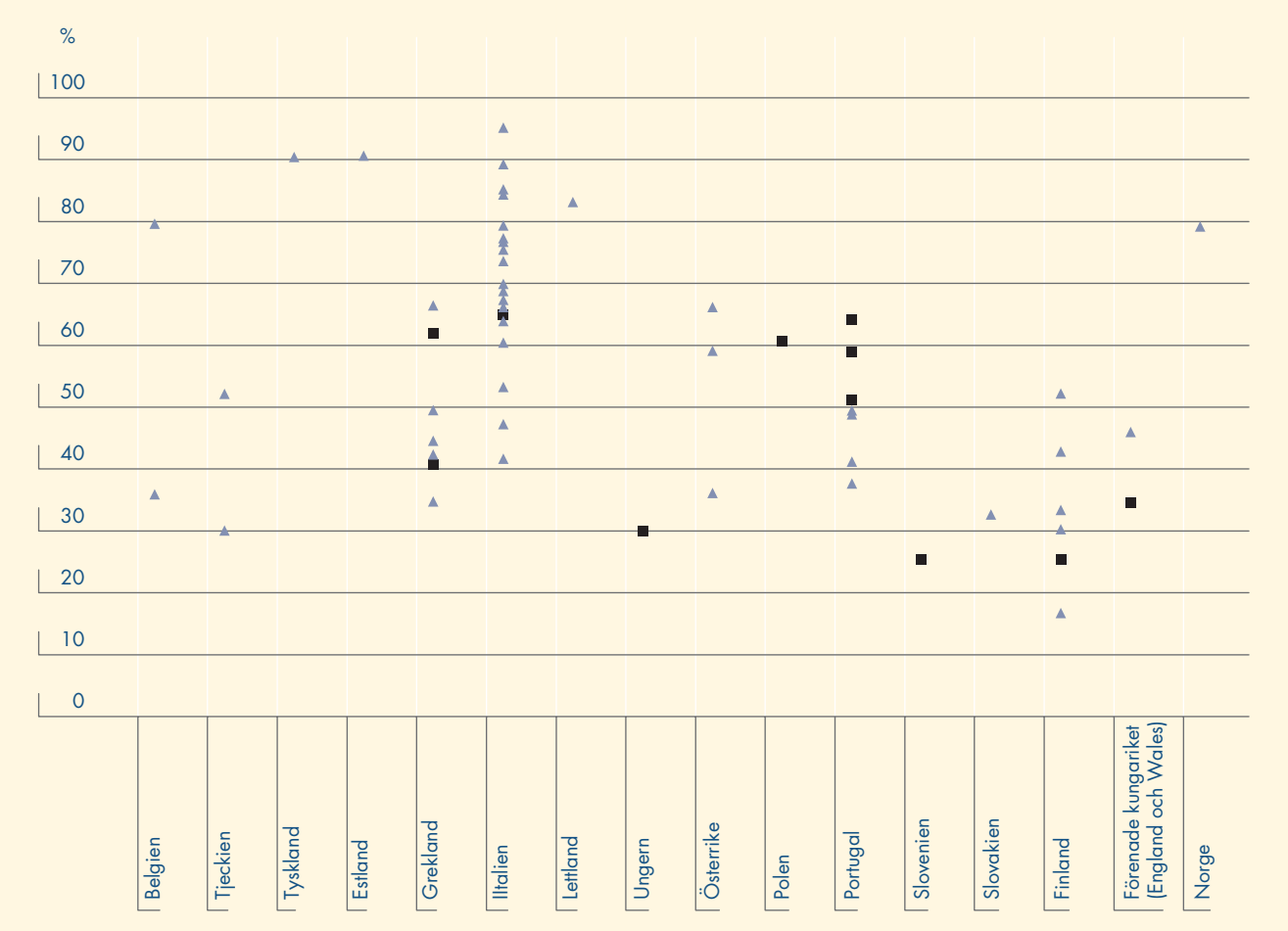
sig åt preventiva åtgärder för att förhindra att smittan överförs till nyrekryterade injektionsmissbrukare, till sexpartner och från mor till barn.

Hepatit B, hepatit C och andra infektioner

Prevalensen bland injektionsmissbrukarna i EU av antikroppar mot hepatit B-virus (HBV) (6–85 %) och hepatit C-virus (HCV) (17–95 %) för HBV-antikroppar ligger i allmänhet extremt högt, vilket tyder på att behandlings- och preventionsbehovet är avsevärt (se figur 15). HCV-prevalensen är lägre (25–33 %) i några av de länder där även hiv-prevalensen är låg, vilket tyder på att högriskbeteendena ännu inte är utbredda i de länderna. Detta innebär att det fortfarande kan vara möjligt att hindra spridningen av dessa sjukdomar genom åtgärder för att minska narkotikamissbrukets skadeverkningar (se nedan).

Injektionsmissbruk kan utgöra smittspridningsväg även för en rad andra infektionssjukdomar. Under senare år har det exempelvis i Förenade kungariket utbrutit epidemier av stelkramp och sårbotulism med koppling till injektionsmissbrukare, eventuellt beroende på förorenat heroin och/eller vissa injiceringsvanor (Hope m.fl., 2004). Prevalensen av tuberkulos bland injektionsmissbrukarna i EU verkar vara låg och ökar inte, utom möjligen i Östersjöländerna (Migliori & Centis, 2002). Däremot blir tuberkulos ett allt större problem i de östeuropeiska grannländerna på grund av den ökande resistensen mot behandling och på grund av den mycket höga prevalensen bland interner, som i många fall är narkotikamissbrukare. Sexuellt överförbara sjukdomar kan vara både en indikator på sexuellt högriskbeteende och en riskfaktor för hiv-infektion (Estebanez m.fl., 2001). För närvarande ökar prevalensen av sexuellt överförbara sjukdomar snabbt i flera EU-länder,

Figur 15: HCV-prevalens bland injektionsmissbrukare av narkotika — undersökningar med nationell och lokal täckning 2001–2002



Anm.: ■ = urval med nationell täckning; ▲ = urval med lokal/regional täckning.
Skillnader mellan olika länder måste tolkas med försiktighet beroende på att miljöerna och/eller studiemetoderna kan variera, liksom de nationella samplingsstrategierna.
Uppgifterna för Portugal och Italien omfattar icke-injektionsmissbrukare och kan därför vara en underskattning av prevalensen bland injektionsmissbrukare (andelen icke-injektionsmissbrukare i urvalen: Italien 5–10 %, Portugal okänt). För Tjeckien gäller det i ett av urvalen.
Uppgifterna för England och Wales och en del av uppgifterna för Finland grundar sig på salivtest som ger en underskattning av HCV-prevalensen.
Uppgifterna för Belgien, Italien, Ungern, Portugal, Slovenien och Slovakien avser endast HCV-prevalensen bland injektionsmissbrukare i behandling och kanske inte är representativa för HCV-prevalensen bland injektionsmissbrukare som inte befinner sig i behandling.
Källa: Reitox-kontaktpunkterna. För primärkällor, uppgifter från olika studier och uppgifter före 2001, se IDisease tabell 11 i statistikbulletinen för 2004.

främst bland homosexuella män. Bland narkotikamissbrukare är sexuellt överförbara sjukdomar mycket vanliga i några länder, bl.a. Irland och Italien (Giuliani & Suligoi, 2004), medan det är sällsynt att sådana sjukdomar rapporteras i andra länder, bl.a. Sverige och Norge. I de flesta länderna förefaller det dock saknas övervakningsinformation som specifikt avser narkotikamissbrukare. Om uppgifter från övervakningen av sexuellt överförbara sjukdomar skall kunna fungera som indikator på förekomsten av sexuellt högriskbeteende bland injektionsmissbrukare och därmed på potentialen för sexuell överföring av hiv (Wiessing & Kretzschmar, 2003), måste dessa uppgifter vara sådana att det specifikt går att följa trenderna bland injektionsmissbrukarna. Totalt sett är den epidemiologiska situationen allvarlig när det gäller infektionssjukdomar bland injektionsmissbrukare. Detta innebär att narkotikamissbrukare bör testas systematiskt varje gång de kommer i kontakt med vården och att man bör se till att det finns tillräckliga resurser för prevention och behandling.

Åtgärder för att minska de narkotikarelaterade infektionerna

Sedan 2001 har det skett en ytterligare ökning av nål- och sprutbytesprogrammens antal och geografiska täckning i flera medlemsstater ([97]). I synnerhet sker det nu i Estland och Lettland en snabb utbyggnad av nya program som stöds av lokala, nationella och internationella anslag med anledning av de betydande hiv-epidemierna. I Skottland ökade antalet bytta sprutor nästan trefalt mellan 1997 och 2002, och

([97]) Se tabell 6 OL: Omfattning och typ av program för nål- och sprutbyte, apotekens medverkan, antal utdelade/sålda sprutor.

ytterligare ökningar väntas ske eftersom det maximala antalet sprutor per klientbesök har höjts till 60, något som gör det lättare för missbrukarna att byta sprutor även åt sina kamrater. De återstående geografiska luckorna i de västeuropeiska länderna har nu fyllts genom inrättandet av sprutbytesprogram i Nordirland (apoteksbaserad verksamhet) och i Flandern (Belgien). I Sverige diskuterar man dock fortfarande om sprutbytet skall byggas ut.

Där det har gjorts studier av hur missbrukarna får tag i injektionsutrustning har det visat sig att inköp på apotek är det vanligaste sättet (t.ex. 30–45 % av sprutbytesklienterna i Belgien, 32 % i Luxemburg och 30–40 % i Ungern). I fyra länder spelar apoteken en betydande roll i samband med utbyte eller tillhandahållande av sprutor: i Spanien, Portugal och Förenade kungariket byter apoteken ut sprutor gratis, och i Frankrike är det framför allt apoteken som säljer sådan steriliserad utrustning (*stérikit*) som subventioneras av staten. Tack vare apotekens medverkan har man i dessa länder fått en god geografisk täckning för sina sprutbytesställen. I andra länder måste missbrukarna köpa sprutor (och annan utrustning), och det höga priset i vissa länder ger anledning till oro ([98]).

Från Frankrike och Portugal rapporteras att antalet sprutor som införskaffas på apoteken nu minskar. I Frankrike minskade försäljningen av sprutor med 45 % mellan 1999 och 2002, dvs. en minskning från 16,5 miljoner till 9 miljoner. Dessa minskningar har inte uppvägts av ökad verksamhet inom sprutbytesprogrammen. Bland de möjliga förklaringarna märks att andra konsumtionssätt än injicering kan ha blivit vanligare, att fler injektionsmissbrukare kan ha fått tillgång till substitutionsbehandling eller t.o.m. att det kan ha blivit vanligare att missbrukare delar på nålar (Emmanuelli, 2003).

Sprutbytesprogrammen kan kompletteras på en rad olika sätt: genom lågtröskelvården, apoteken, den allmänna vården och socialtjänsten samt genom rörliga sprutbytesställen (specialutrustade bussar eller fältarbetare) och särskilda apparater. Missbrukare som arbetar uppsökande gentemot sina kamrater spelar nu en allt viktigare roll när det gäller att förse narkotikamissbrukare med steril utrustning, särskilt i flera av de nya medlemsstaterna (Tjeckien, Polen, Slovenien och Bulgarien) men även i Belgien, Irland och Förenade kungariket (McVeigh m.fl., 2003).

Utvecklingen för behandlingen av narkotikarelaterade infektioner

Den höga frekvensen av hepatit C virus (HCV) bland narkotikamissbrukare vållar allt större oro bland vårdpersonalen. Mellan 60 % och 80 % av dem som drabbas av viruset blir kroniskt sjuka, något som leder till leversjukdom i terminalfas för upp till 20 % av fallen, men tillgången till behandling mot hepatit C är låg. En *policy briefing* och en vetenskaplig monografi från ECNN finns online (EMCDDA, 2003c; EMCDDA, 2004d) ([99]).

I de flesta länder måste leverbehandlingen förbättras. Eftersom behandlingsriktlinjer allmänt anses som ett viktigt styrredskap för den medicinska behandlingen genomförde ECNN en analys av olika riktlinjer för behandling av HCV-infektion bland narkotikamissbrukare i de 15 ”gamla” EU-medlemsstaterna och Norge under 2003/2004 ([100]). Undersökningen visade att man i många länder höll på att revidera de nationella riktlinjerna och att man därvid tog hänsyn till förbättrade behandlingsmöjligheter och avsevärt förbättrade utfall. Somliga nya riktlinjer hänvisade tydligt till den forskning som dokumenterat fördelarna för narkotikamissbrukarna om behandlingen gavs av hepatologer och missbruksspecialister tillsammans.

Det kommer att ställas särskilda medel till förfogande ur den globala fonden mot aids, tuberkulos och malaria (GFATM) för antiretroviral behandling av patienter i Estland och kandidatlandet Bulgarien. Enligt planerna kommer sådan behandling att ges till 500 personer i Estland och 200 personer i Bulgarien (GFATM Secretariat, 2004).

Nya trender inom vård och behandling

De huvudsakliga trenderna inom lågtröskelvården för narkotikamissbrukare, som i början främst handlade om nål- och sprutbyte, är bl.a. att man i allt högre grad samordnar verksamheten med annan överlevnadsinriktad vård, t.ex. härbärgen, och med hälso- och sjukvården samt att man förlänger öppettiderna och håller öppet på kvällar, nätter och helger.

Inför det ökade antalet kaotiska narkotikamissbrukare utan större lust att ta kontakt med vården har man inom vården i Nederländerna övergått till att med ”vänlig” övertalning försöka få dem att ta kontakt med vården. Med detta aktivt uppsökande arbetssätt ges hjälp åt en utsatt grupp människor med flerdubbla problem som trots en alarmerande situation som allvarligt hotar deras livskvalitet inte använder sig av vanliga vårdmöjligheter (Roeg m.fl., 2004).

Kontakter med narkotikamissbrukare och personer i riskgrupper är helt nödvändiga för att man skall kunna nå ut med hälsoupplysningsbudskapen och förebygga narkotikarelaterade hälsoskador. Detta är något man har lyckats väl med i Tjeckien, där ett finmaskigt nät av 93 inrättningar över hela landet nådde ut till över 22 000 enskilda narkotikamissbrukare under 2002 – över

([98]) Se tabell 7 OL: Pris i euro på ofta använda typer av sprutor (med nål).

([99]) Ruta 4 OL: Viktiga hepatit C-frågor; resultaten från tre färska ECNN-publikationer om hepatit C.

([100]) Analys av riktlinjer för behandling av hepatit C-virusinfektion med avseende på tillgänglighet till behandling för narkotikamissbrukare.

hälften av den uppskattade populationen av problemmissbrukare (Tjeckiens nationella rapport för 2003, s. 35).

Flera andra länder framhåller att lågtröskelvården har en viktig roll som plattform för grundläggande sjukvård, t.ex. behandling av sår och bölder. Ett exempel är de norska fältvårdcentralerna. I Finland finns det lågtröskelvård av medicinsk typ vid s.k. hälsorådgivningscentraler som bedriver framgångsrika kampanjer för testning och vaccination. Möjligheten att få medicinsk vård lockar även de missbrukare som annars är svåra att nå, och kontakten med vårdpersonalen innebär en möjlighet – utöver de tillfällen som nål- och sprutbytena ger – att få fram resurser och remittera till bl.a. hiv-rådgivning, hiv-testning, sjukvård och missbruksbehandling (ECNN, 2004a).

Behovet av lågtröskelvård är större i länderna med "äldre" epidemier, där de missbrukare som har injicerat länge lider av betydande hälsoproblem och tydligare marginalisering och socialt utanförskap. Det allt bredare vårdutbudet skulle också kunna tänkas återspegla att denna grupp blir allt mer vårdberoende.

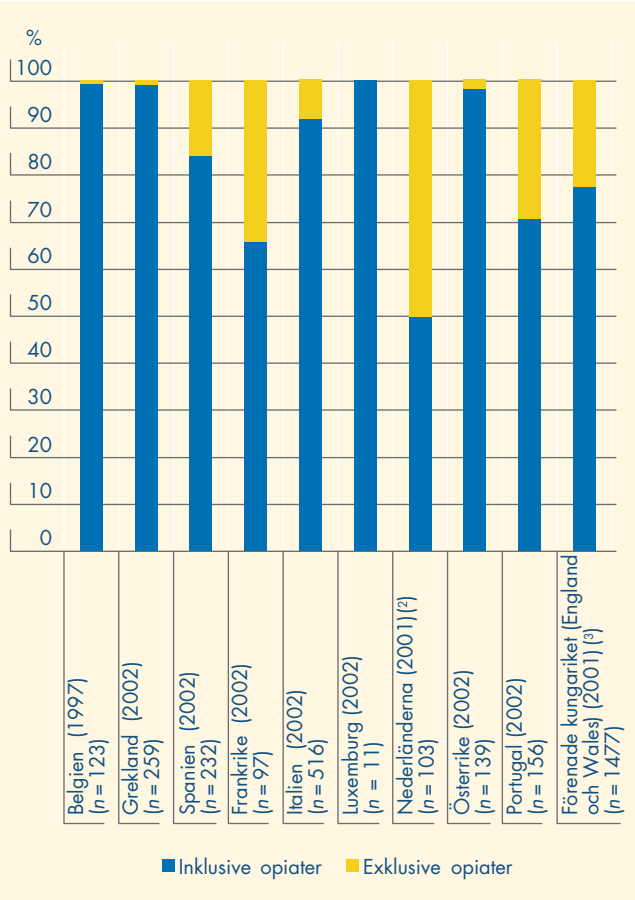
Narkotikarelaterade dödsfall ([101])

Opiater förekommer i de flesta "narkotikarelaterade dödsfall" ([102]) orsakade av olagliga ämnen som anmäls i EU, även om man ofta påträffar även andra ämnen vid den toxikologiska undersökningen (se figur 16) ([103]).

Mellan 1995 och 2001 rapporterade EU-länderna varje år 8 000–9 000 överdosdödsfall ([104]). Detta kan betraktas som skattningar i underkant, eftersom det i de flesta länderna sannolikt föreligger en viss underrapportering. De flesta som dör av överdoser är unga män (70–93 %) i åldern 25–40 år; medelåldern ligger mellan 31 och 40 år. I de flesta EU-länderna blir offren allt äldre, vilket tyder på att medelåldern i missbrukargruppen stiger ([105]). I Finland samt mindre uttalat i Grekland och Förenade kungariket finns det inte någon tydlig sådan trend. Detta konstaterande bör utredas eftersom det skulle kunna tyda på att antalet personer som börjar injicera narkotika eller missbruka opiater har ökat på senare år (se figur 17).

Det kommer regelbundet rapporter från olika EU-länder om narkotikarelaterade dödsfall där metadon har påträffats. Liksom alla andra opiater kan metadon vara giftigt, men forskningen visar tydligt att substitutionsbehandling minskar risken att dö av en överdos. Det finns flera studier som

Figur 16: Andelen av narkotikarelaterade dödsfall med eller utan närvaro av opiater i vissa EU-medlemsstater 2001–2002 ([1])

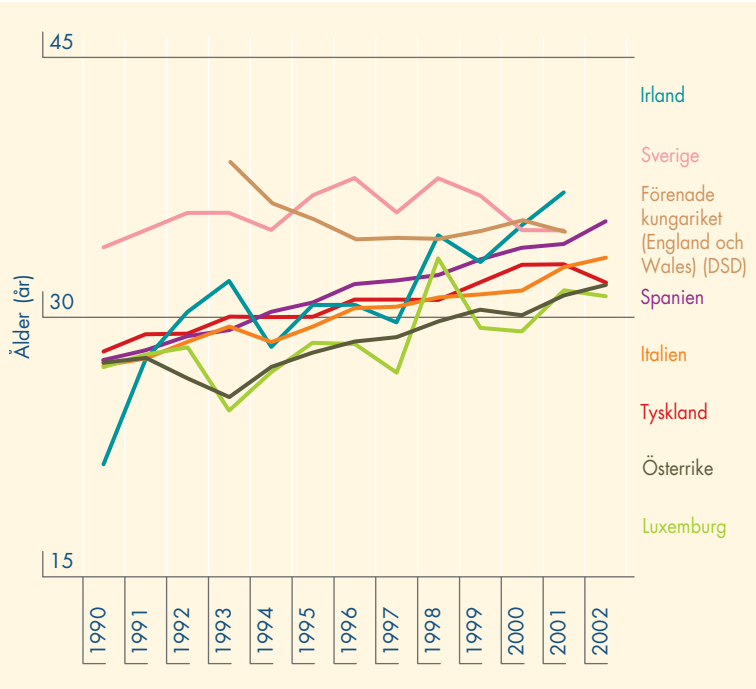


([1]) Eller det senaste år för vilket det finns information.
([2]) Vissa fall i Nederländerna av "exklusive opiater" avser "övriga och ospecificerade narkotika" eller "övriga och ospecificerade psykodysleptika", vilket skulle kunna innefatta fall med opiater och kokain.
([3]) I Förenade kungariket bygger den toxikologiska informationen på np-SAD (St George's Hospital Medical School) utifrån dödsorsaksutredarnas rapporter. De fall där minst en opioid nämns är medtagna; det kan finnas viss överlappning och den totala andelen kan vara mindre.
Anm.: I vissa länder omfattar de "nationella definitionerna" av drogrelaterade dödsfall ett begränsat antal dödsfall som är indirekt relaterade till narkotikaanvändning.
Källa: Nationella Reitox-rapporter 2003, hämtat från nationella dödsorsaksregister eller specialregister (rättsmedicinska register eller polisregister). Baserat på de nationella definitioner som redovisas i metodanmärkningarna om definitionen av "akut narkotikarelaterat dödsfall" i medlemsstaterna (*Definition of acute drug-related deaths in the Member States*). Se även DRDeaths tabell 1 i statistikbulletinen för 2004.

tyder på att de dödsfall där metadon är inblandat oftare hänger samman med olaglig än läkarförskriven användning av ämnet, och i andra studier har det konstaterats att risken är större i de tidiga skedena av underhållsbehandling med metadon. Dessa rön tyder på att man måste se till att substitutionsprogrammen håller tillfredsställande kvalitet.

([101]) En diskussion om begreppet "narkotikarelaterat dödsfall" finns i avsnittet "Narkotikarelaterade dödsfall och dödligheten bland missbrukare" i förra årets årsrapport (ECNN, 2003b).
([102]) Se metodanmärkningarna om ECNN:s definition av "narkotikarelaterat dödsfall" (*methodological notes 'Drug-related deaths, EMCDDA definition'*) i statistikbulletinen. Se ECNN:s anvisningar avseende narkotikarelaterade dödsfall (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419).
([103]) Se DRDeaths tabell 1 i statistikbulletinen för 2004.
([104]) Se DRDeaths tabell 2 och DRDeaths tabell 3 i statistikbulletinen för 2004.
([105]) Se figur 10 OL: Utvecklingen för andelen personer över 35 år bland offren för akuta narkotikarelaterade dödsfall i EU-länderna från 1990 till 2001–2002.

Figur 17: Medelålder för narkotikarelaterade dödsoffer i vissa EU-länder, 1990–2002



Anm.: I figuren redovisas de länder som rapporterade genomsnittsåldern för offren under de flesta av de år som ingår i rapporteringsperioden.
Se även figur 10 OL: Utvecklingen för andelen personer över 35 år bland offren för narkotikarelaterade dödsfall i EU-länderna från 1990 till 2001–2002.
Informationen bygger på de nationella definitioner som redovisas i metodanmärkningarna om de nationella definitionerna av "akut narkotikarelaterat dödsfall" (national definitions of acute drug-related deaths). I England och Wales används "narkotikastrategins definition" (*Drug Strategy Definition* – se statistikbulletinen för 2004).

Källa: Nationella Reitox-rapporter 2003, hämtat från nationella dödsorsaksregister eller specialregister (rättsmedicinska register eller polisregister).

Trender för akuta narkotikarelaterade dödsfall

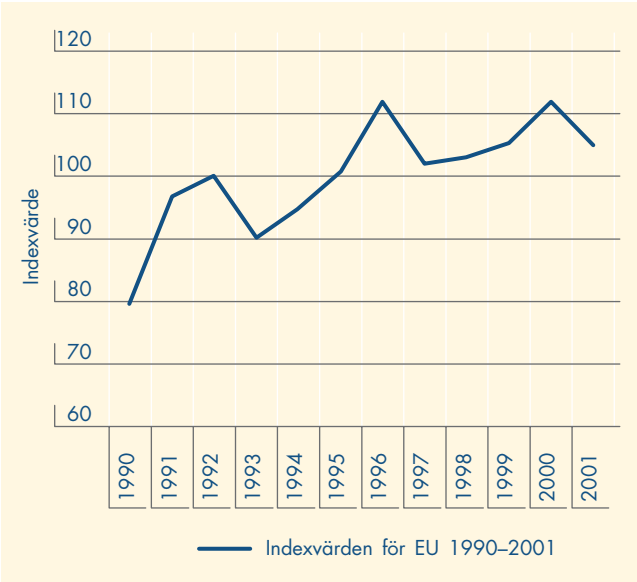
Trenderna för de narkotikarelaterade dödsfallen varierar från land till land, även om man kan urskilja vissa allmänna trender för EU-länderna. Totalt sett konstaterades det en markant ökning av de narkotikarelaterade dödsfallen under 1980-talet och början av 1990-talet ([106]). Under perioden 1990–2000 – trots minskningar i vissa länder – fortsatte den övergripande uppåtgående trenden, även om ökningstakten var långsammare. År 2000 rapporterades 8 838 dödsfall, att jämföra med 6 284 år 1990 (en ökning med 40 %).

Mellan 2000 och 2001–2002 rapporterade många EU-länder minskningar av antalet narkotikarelaterade dödsfall. I vissa fall (Tyskland, Grekland, Irland, Italien och Portugal) var minskningen statistiskt signifikant. I Norge rapporterade polisen också en markant minskning av de narkotikarelaterade dödsfallen under 2002. På EU-nivå skedde det totalt sett en nedgång mellan 2000 (8 838 fall) och 2001 (8 306 fall), vilket är en måttlig men ändå statistiskt signifikant minskning (med 6 %) (se figur 18) ([107]).

Man skulle kunna vänta sig en stigande trend för de narkotikarelaterade dödsfallen i de nya medlemsstaterna eller i kandidatländerna. För närvarande har informationen om narkotikarelaterade dödsfall i dessa länder begränsad kvalitet och trenderna bör tolkas försiktigt. Estland och Slovenien uppvisar en stigande trend, medan det inte går att se någon trend i Bulgarien och Tjeckien.

Trots gynnsamma faktorer som att injektionsmissbruket minskar bland opiatmissbrukare i ett antal länder och att behandlingen har byggts ut, är den minskning av antalet narkotikarelaterade dödsfall som har observerats under de senaste åren liten (eller obefintlig i vissa länder), och de aktuella siffrorna ligger fortfarande högt om man ser dem i ett mer långsiktigt perspektiv.

Figur 18: Förändringar i antalet akuta narkotikarelaterade dödsfall — EU och Norge sammanlagt mellan 1990 och 2001 (indexerad till 100 för genomsnittet under perioden 1990–2001)



Anm.: Beroende på otillräckliga uppgifter har indexvärdet för 2002 inte förts in.
Individuella trender för olika länder finns i figur 11 OL. Uppgifter om antalet fall per land och år redovisas i DRDeaths tabell 2 och tabell 3 i statistikbulletinen för 2004.
I Förenade kungariket har man valt uppgifterna från Office of National Statistics (ONS) eftersom de gäller en längre tidsperiod.

Källa: Nationella Reitox-rapporter 2003, hämtat från nationella dödsorsaksregister eller specialregister (rättsmedicinska register eller polisregister). Baserat på de nationella definitioner som redovisas i metodanmärkningarna om de nationella definitionerna av "akut narkotikarelaterat dödsfall" (*national definitions of acute drug-related deaths*) i statistikbulletinen för 2004.

([106]) Se figur 11 OL: Långsiktig EU-trend för akuta dödsfall med direkt koppling till narkotikamissbruk (1985–2001).

([107]) Se även figur 12 OL: Trender för akuta narkotikarelaterade dödsfall i de olika EU-länderna och EU som helhet 1985–2001. När det gäller Förenade kungariket, se även metodanmärkningarna om nationella definitioner av "narkotikarelaterat dödsfall" (*Methodological notes on national definitions of drug-related deaths*) i statistikbulletinen: avsnitten "Drug Strategy Definition" och "ONS traditional definition". Narkotikastrategins definition (*Drug Strategy Definition*) ger skattningar som har ett mycket nära samband med ECNN:s europeiska standarddefinition ("urval B").

Den övergripande dödligheten bland opiatmissbrukare

Studier där man har följt grupper av människor under längre tid (kohortstudier) har visat att opiatmissbrukare har upp till 20 gånger så hög dödlighet som motsvarande åldersgrupp i befolkningen som helhet. ECNN samordnar nu ett samarbetsprojekt där dödligheten undersöks genom kohortstudier i åtta länder, och preliminära resultat har redovisats i tidigare ECNN-rapporter. Nu pågår ytterligare analysarbete, och projektet har tillförts kohorter från Frankrike och Skottland. Resultaten väntas komma att redovisas i framtida årsrapporter.

Åtgärder för att minska antalet narkotikarelaterade dödsfall

Kunskaperna om sociala och individuella riskfaktorer, om risken för narkotikarelaterade dödsfall och om de omständigheter där sådana dödsfall – särskilt heroinöverdoser – oftast inträffar har ökat sedan mitten av 1990-talet (t.ex. Best m.fl., 2000, 2001; Origer & Delucci, 2002), och de rön som har gjorts tyder på att medicinska insatser och upplysningssatsningar kan minska antalet dödsfall avsevärt. De minskningar av antalet överdosdödsfall som på sistone observerats i flera länder (Frankrike, Spanien) har förklarats med att det har blivit lättare att få substitutionsbehandling (t.ex. i Frankrike: nationell rapport, 2002, 2003) och med att sättet att konsumera drogerna har ändrats i riktning mot mindre injicering (ECNN, 2004b).

Att minska antalet narkotikarelaterade dödsfall är ett mål på europeisk nivå (mål 2 i EU:s strategi mot narkotika för 2000–2004), och detta återspeglas i allt fler av medlemsstaternas nationella narkotikastrategier ([108]).

Att dela ut information och utbildningsmaterial om överdosrisker och överdoshantering (flygblad, affischer, broschyrer, videofilmer) till narkotikamissbrukare och deras umgänge är vanligt förekommande i de flesta av de gamla medlemsstaterna, men inte så vanligt i de nya. Andra evidensbaserade motåtgärder, t.ex. att man lär missbrukare vad de skall göra i nödsituationer där narkotika förekommer och uppmuntrar dem att ringa efter ambulans om de bevittnar överdosfall, rapporteras från flera länder, men det finns fortfarande ingen systematisk kunskap om hur många som berörs av sådana utbildningar. Att dela ut en opiatantagonist (naloxon) till narkotikamissbrukare är en åtgärd som i vissa länder vidtas eller diskuteras för att minska antalet dödsfall till följd av överdos ([109]) (ECNN, 2003a).

I några länder finns det bemannade lokaler för narkotikakonsumtion. Dessa vänder sig till narkotikamissbrukare som löper hög risk för överdos och finns i områden där missbruket sker öppet. Sådana tjänster erbjuds i Tyskland, Spanien och Nederländerna, och förbereds i Luxemburg, Slovenien och Norge. Om täckningen är tillräcklig kan sådana lokaler bidra till att minska de narkotikarelaterade dödsfallen i städerna.

Ett projekt som är baserat på akutavdelningar i Österrike är inriktat på narkotikamissbrukare som ofta tar överdoser ([110]).

Konsumtionsrum

”Narkotikakonsumtionsrum” – lokaler där kända narkotikamissbrukare får konsumera sina droger under hygieniska förhållanden, under överinseende av utbildad personal och utan att behöva vara rädda för att bli gripna av polisen – finns i trettionio Europeiska städer. I den *europeiska rapporten om narkotikakonsumtionsrum* (ECNN, 2004a) beskrivs vad konsumtionsrummen är och hur de har kommit till, vem de vänder sig till, vilka specifika syften de har och hur de fungerar, och ger en sammanfattning av tillgängliga belägg.

Narkotikakonsumtionsrummen ingår i ett bredare vårdnät för missbrukare och är en mycket specialiserad vårdform, som bygger på konsensus och aktivt samarbete mellan hälsoarbetare, polisen, lokala myndigheter och lokala samfund. Rapporten visar att fördelen med dem är att det går att få kontakt med en mycket problematisk missbrukargrupp och att man kan arbeta för att de skall få tillgång till välbehövd primärvård, socialtjänst och behandling. Genom att denna grupp får tillgång till ren sprututrustning och en övervakad miljö för narkotikakonsumtion minskas såväl riskerna för sjukdom och dödlighet som den olägenhet som offentligt drogmissbruk innebär.

([108]) Se tabell 8 OL: Strategier och vissa åtgärder för att minska de narkotikarelaterade dödsfallen i de 25 EU-medlemsstaterna och Norge.
([109]) Se not 108.
([110]) Se den österrikiska kontaktpersonen för EDDRA-projekt i EDDRA-databasen (http://eddra.emcdda.eu.int:/eddra/plsql/ShowQuest?Prog_ID=2066).

Kapitel 7
Behandling — att tillgodose behoven hos dem som har problem

Många av dem som har utvecklat ett problem med narkotikamissbruk kan bli hjälpta av kontakt med en behandlingsinrättning. Det finns en rad olika behandlingsalternativ inom Europeiska gemenskapen. Utbudet avspeglar både den nationella och historiska bakgrunden och variationen i fråga om kännetecknen hos de grupper som behöver hjälp. Dessa faktorer sammanfattas nedan. Behandlingstillgången varierar mellan länderna och är i allmänhet mindre i de nya medlemsstaterna. Det förefaller dock ske kontinuerliga investeringar i att bygga ut behandlingssektorns kapacitet, och det finns tecken på att det erbjuds allt bättre möjligheter för dem som har narkotikaproblem.

En ny utveckling på området är att man använder ny teknik, t.ex. Internet för att förbättra den vård som erbjuds narkotikamissbrukare. Internets roll när det gäller att uppmuntra till narkotikamissbruk har ägnats betydande uppmärksamhet. Därför är det glädjande att man nu i vissa länder, t.ex. Nederländerna och Finland, har tagit initiativ till att undersöka hur nätet också kan bidra till att förbättra informationen och de tillgängliga vårdalternativen. Bland annat har man utnyttjat de möjligheter till direktkommunikation som e-post och mobiltelefoner erbjuder samt undersökt hur elektroniska rådgivningstjänster och SMS-tjänster kan vara till nytta för narkotikamissbrukare.

En allmän trend i hela EU är att den narkotikarelaterade behandlingen flyttar från sjukhusen till behandlingscentrum ute i samhället. Denna utveckling är mindre tydlig i de nya medlemsstaterna, där psykiatriska sjukhus fortfarande är de främsta behandlingsgivarna (Estland, Lettland, Litauen, Slovenien), även om detta kan vara på väg att ändras i vissa länder. I Tjeckien ges exempelvis vård i båda typerna av miljöer.

Behandlingsvårdens kännetecken

Drogfri behandling

Vid drogfri behandling använder man psykosociala och pedagogiska tekniker för att få klienten att långsiktigt avhålla sig från droger. Traditionellt sett har vården skett på behandlingshem och varit långsiktig. Även i dag sker den ofta på behandlingshem. Det kan förekomma att läkemedel används för att lindra abstinenssymptom. Oftast begränsas detta till antidepressiva medel och/eller bensodiazepiner, men i vissa terapeutiska samhällen ges inga sådana läkemedel ([111]).

Eftersom behandling med läkemedel oftast bara finns att tillgå för opioidmissbrukare, är någon form av drogfri behandling i allmänhet det enda behandlingsalternativ som står till buds för dem som har problem med andra droger än opioider.

Behandling med läkemedel

Missbruksbehandling med läkemedel innefattar både substitutionsbehandling med agonister och behandling med antagonister. Det läkemedel som används brukar vara naltrexon (en antagonist) eller någon av opioidantagonisterna metadon, buprenorfin, dihydrokodein, heroin, morfin med långsam frisättning.

Metadon är fortfarande det oftast förskrivna substitutionsläkemedlet i det utvidgade EU. På senare år har dock nya behandlingsalternativ tillkommit. År 2002 uppgav alla de 15 tidigare medlemsstaterna utom Nederländerna och Irland (där det endast används för avgiftning) ([112]) att buprenorfinanvändning förekom. Andra substitutionsläkemedel som dihydrokodein (Belgien, Tyskland, Luxemburg, Österrike), morfin med långsam frisättning (Österrike) och heroin med långsam frisättning (Tyskland, Nederländerna, Förenade kungariket) används mindre ofta (Springer, 2003a) ([113]).

I absoluta tal har substitutionsbehandling blivit den vanligaste formen av specialiserad missbruksbehandling för opiatmissbrukare i EU – över 400 000 personer får denna typ av behandling. Utom i Slovenien är substitutionsbehandling dock betydligt mindre vanligt i EU:s nya medlemsstater, där drogfria behandlingsalternativ dominerar ([114]).

([111]) Se figur 13 OL: Drogfria behandlingsalternativ inom slutenvården.
([112]) I Irland används buprenorfin endast för behandling av abstinenssymptom.
([113]) Se tabell 9 OL: Använda substitutionsämnen i EU:s medlemsstater.
([114]) Se figur 14 OL: Substitutionsbehandling eller drogfri behandling dominerar för opiatmissbruk.

Substitutionsbehandlingens tillgänglighet och antagningskriterier

Trenden mot mindre restriktiva kriterier för antagning till substitutionsbehandling fortsätter. Tidigare har kraven ofta varit mycket stränga, så att bara personer som ansågs ha särskilt kroniska problem kunde komma i fråga för sådan behandling. I dag krävs det i allmänhet att den som skall få substitutionsbehandling måste vara minst 18 år gammal och ha 1–2 års problemmissbruk bakom sig (bl.a. i Belgien, Irland och Nederländerna). De flesta av de nya medlemsstaterna uppger att de har högre gränsvärden, t.ex. en minimiålder på 20 år och minst fem års problemmissbruk (bl.a. i Estland och Lettland), även om man i Slovenien tillåter substitutionsbehandling för narkotikamissbrukare från 16 års ålder. Relativt stränga antagningskrav tillämpas även i Grekland, Finland, Sverige och Norge, där minimiåldern för behandling ligger mellan 20 och 25 år och där det krävs 4–5 års problemmissbruk.

Trots att substitutionsbehandlingen har byggts ut, uppger ett antal länder att efterfrågan fortfarande är större än utbudet, och det rapporteras om väntelistor i Belgien, Tjeckien, Estland, Grekland, Irland, Ungern, Sverige och Norge. Dessutom kan tillgången begränsas av missbrukarvårdens organisation. I Litauen måste exempelvis patienterna betala för sina läkemedel, vilket gör att färre väljer att låta sig behandlas.

Införandet av substitutionsbehandling

Medlemsstaterna skiljer sig avsevärt åt när det gäller tidpunkten för införandet av substitutionsbehandling. I några medlemsstater startade man de första programmen för substitutionsbehandling med metadon redan i slutet av 1960-talet eller början av 1970-talet, medan sådan behandling inte infördes på bredare front förrän på 1990-talet i några länder (Belgien, Grekland, Frankrike, Norge). Substitutionsbehandling är en relativt ny företeelse i majoriteten av de nya medlemsstaterna: de flesta införde substitutionsbehandling under 1990-talet och Estland startade inte sitt första program förrän 2001. Undantaget är Slovenien, som har haft etablerade program sedan 1990 ([115]).

Psykosocialt stöd vid substitutionsbehandling

Trots att det är allmänt vedertaget att substitutionsbehandling bör åtföljas av psykosocialt stöd, är detta långt ifrån ett rutinmässigt inslag i behandlingen. I Tjeckien, Tyskland och Nederländerna kan man på grund av resursbrist inte ge tillräckligt psykosocialt stöd.

I Norge är det visserligen meningen att varje klient i substitutionsbehandling skall tilldelas en socialrådgivare, men i praktiken räcker kapaciteten inte alltid till. En dansk studie kom fram till att de metadonklienter som inte får något psykosocialt stöd signifikant oftare använder en sekundärdrog än vad de som får sådant stöd gör. Det pågår nu ytterligare forskning för att ta reda på om en utbyggnad av det psykosociala stödet kan förbättra behandlingsutfallet (Pedersen, 2001). De irländska allmänpraktiserande läkarnas sammanslutning har ställt sig bakom evidensbaserade riktlinjer för substitutionsbehandling (2003) där behovet av ett psykosocialt inslag framhålls.

Hur stor nytta det psykosociala stödet gör beror dock också på klienternas uppfattning om hur värdefullt detta slags behandlingsalternativ är. I Grekland uppges patienterna i programmen för metadonbehandling ofta utnyttja möjligheterna till psykosocial rådgivning, medan det i Lettland bara är ett fåtal patienter som vill ha sådana insatser.

Kvalitetssäkring

Kvalitetssäkring av behandling kan definieras som ”en systematisk strävan att övervaka, dokumentera och förbättra kvaliteten på den vård som erbjuds”. Det finns fem allmänt vedertagna metoder för kvalitetssäkring i EU: ackreditering av behandlingar, normer för behandling, utbildning av personal, övervakning av klienter och utfall samt slutligen utvärdering av parametrar som behandlingsfullföljande, utfall, klienternas tillfredsställelse med behandlingen och utskrivning (se figur 19).

Nyheterna när det gäller kvalitetssäkring av missbruksbehandling är att denna aspekt har tagits med i nationella narkotikastrategier (Grekland, Spanien, Frankrike, Irland, Sverige) eller att det har slagits fast minimikrav på sådan behandling (Belgien, Tjeckien, Tyskland, Nederländerna, Polen, Slovenien och Förenade kungariket). Ackreditering av behandlingar är en kvalitetssäkringsmetod som används i ett antal länder (Tyskland, Spanien, Frankrike, Irland, Luxemburg, Nederländerna, Polen, Portugal och Förenade kungariket), även om man i vissa länder medger att genomförandet ännu är ofullständigt (Tjeckien, Nederländerna). Många länder rapporterar om ökad personalutbildning, även om det inte alltid finns systematisk övervakning av utbildningens omfattning och täckning. Det är relativt sällsynt med systematiska, storskaliga utvärderingar av missbruksbehandling – sådana görs bara i Danmark, Italien, Lettland, Luxemburg, Polen, Förenade kungariket och Norge.

([115]) Se figur 15 OL: Införande av metadonbehandling i EU.

Återintegrering i samhället

Arbetet med att återintegrera missbrukare i samhället bygger på tre ”pelare”: dels boende, dels allmän utbildning och dels sysselsättning och yrkesutbildning. En bostad är en förutsättning för ett stabilt liv, och insatserna syftar till att ge narkotikamissbrukare (före detta eller aktiva) någonstans att bo och/eller att bidra till hyreskostnaden. De flesta narkotikamissbrukare har fått ganska lite formell utbildning och kan därför ha nytta av att förbättra bl.a. sina läs-, skriv- och räknefärdigheter. Inom initiativen för sysselsättning och yrkesutbildning strävar man slutligen efter att klienterna skall bli självständiga samhällsmedborgare genom att komma in på arbetsmarknaden, antingen genom att man hittar eller t.o.m. subventionerar ett arbete åt dem eller genom att de får utbildning i specifika färdigheter.

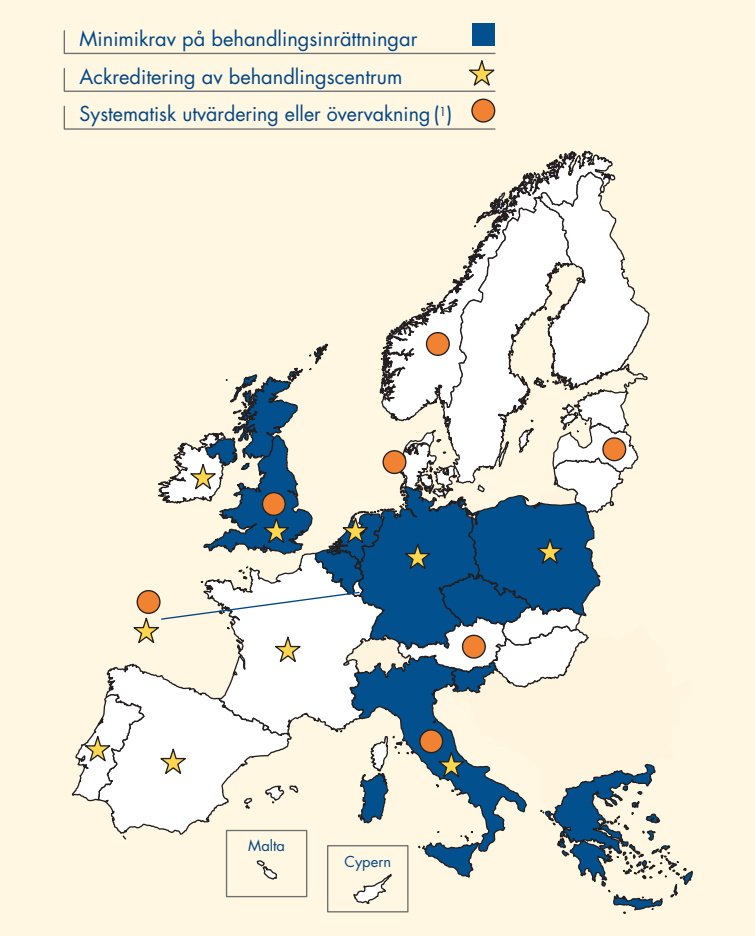
Återintegrering i samhället är en mindre väletablerad motåtgärd mot problemmissbruk än vad behandling är, och följaktligen är övervakningen och rapporteringen också mer ofullständig. Vissa medlemsstater påtalar att området behöver mycket mer uppmärksamhet och ekonomiska resurser (Tyskland, Estland, Finland). I några länder uppmärksammas dock insatserna för återintegrering nu mer från politiskt håll, både genom att tas med i nationella narkotikastrategier och i form av ekonomiskt stöd (Grekland, Irland, England och Wales) ([116]).

Uppgifter om efterfrågan på behandling

Uppgifter om hur många som söker behandling för ett narkotikaproblem ger nyttiga insikter om de allmänna trenderna för problemmissbruket av narkotika och dessutom information om hur behandlingsinrättningarna i Europa är organiserade och hur många personer som vänder sig till dessa. ECNN:s indikator på behandlingsefterfrågan (TDI) ger en enhetlig struktur för rapporteringen om antalet klienter som remitteras till inrättningar för missbruksbehandling och dessa klienters kännetecken. Trots att TDI-uppgifterna kan anses ge en förhållandevis korrekt och användbar bild av kännetecknen för de klienter som remitteras till den specialiserade missbrukarvården, finns det ett antal tekniska aspekter som innebär att man bör vara försiktig med att extrapolera slutsatserna till att gälla samtliga klienter oavsett behandlingstyp.

Den allmänna bild som ges av de senaste TDI-uppgifterna och nationella rapporterna återspeglar fortfarande den trend som redovisats på senare år, nämligen att det sammanlagda antalet personer som påbörjar behandling ökar. Trots denna ökning av det totala antalet personer i behandling förefaller antalet nya önskemål om behandling,

Figur 19: Kvalitetssäkring av narkotikarelaterad behandling



(1) Ett centralt register eller en central databas som följer klienter och/eller behandling.
Källa: Nationella Reitox-rapporter.

dvs. önskemål från personer som påbörjar behandling för första gången, vara relativt stabilt ([117]). Ökningen av den totala efterfrågan kan förklaras med en kombination av faktorer, bl.a. att rapporteringssystemet i sig har fått bättre täckning och att tillgången på behandling har ökat något ([118]).

Kännetecken för de klienter som efterfrågar missbruksbehandling

Både missbrukarvården och dess klienter tenderar att vara koncentrerade till innerstäderna, där narkotikaproblem uppträder i kombination med en rad andra sociala problem och hälsoproblem som alla är särskilt vanliga i marginaliserade och missgynnade grupper.

De flesta klienterna påbörjar specialiserad missbruksbehandling för första gången i åldern 20–35 år. Genomsnittsåldern för förstagångsklienter är 26 år. Den

([116]) Se figur 16 OL: Översikt över insatserna för återintegrering i samhället.
([117]) Se figur 17 OL: Antal nya klienter i behandling per år i vissa EU-medlemsstater.
([118]) Se TDI tabell 1 och TDI tabell 2 i statistikbulletinen för 2004.

åldersfördelning som framgår av uppgifterna från olika delar av Europa är dock inte likformig, utan det finns toppar för åldersgrupperna över 39 och under 20 år. Huvudorsaken till detta är att åldersfördelningen återspeglar det faktum att problemmissbrukare av opiater och kokain brukar vara äldre än genomsnittet, medan de som efterfrågar behandling för missbruk av cannabis eller andra stimulantia än kokain oftast är yngre ([119]). Detta innebär att i de länder där det har skett en markant ökning av antalet klienter som remitteras för cannabisproblem, bl.a. Danmark, Tyskland och Finland, är klienterna normalt yngre än i länder som Grekland, Spanien och Nederländerna där heroin- eller kokainproblem dominerar bilden. Narkotikaproblemets historiska utveckling spelar också en roll för åldersförhållandena bland klienterna i behandling. I Finland är exempelvis klienterna relativt unga, något som avspeglar att landets narkotikaproblem är relativt nytt. Man skulle kunna vänta sig likartade resultat för många av de nya medlemsstaterna, där narkotikaproblem också är en relativt ny företeelse, även om heroinproblemen för det mesta är förhärskande bland dem som söker missbruksbehandling ([120]).

De manliga narkotikamissbrukarna är fler än de kvinnliga i samtliga europeiska länder, men förhållandet mellan antalet män och antalet kvinnor varierar avsevärt mellan länderna – från 3:1 till 6:1. Skillnaderna mellan länderna är även här en återspegling av narkotikaproblemets typ, och dessutom inverkar geografin (de största andelarna kvinnliga missbrukare återfinns i de nordeuropeiska länderna och i de nya medlemsstaterna) och klienternas ålder.

Det är intressant att notera att de flesta av de klienter som söker behandling för heroin, kokain och sömnmedel eller lugnande medel konsumerar dessa droger dagligen, medan konsumtionsfrekvensen för övriga droger varierar mer. Denna fråga granskas närmare i temakapitlet om cannabisproblemen i sitt sammanhang (s. 82).

De flesta behandlingsklienter uppger att de började med narkotika i ungdomsåren – oftast mellan 15 och 19 års ålder. Det finns dock en tydlig skillnad när det gäller uppgiven debutålder för heroin och kokain: 20–30 % av de klienter som använder dessa droger började när de var 25 år eller äldre ([121]).

Sociala kännetecken

Att döma av de demografiska uppgifterna är behandlingsklienterna mer socialt och ekonomiskt missgynnade än motsvarande åldersgrupp i befolkningen som helhet. Över hälften av klienterna har inte slutfört en gymnasieutbildning eller motsvarande ([122]). Andelen utan regelbundet arbete är hög i förhållande till arbetslösheten för befolkningen som helhet – i vissa länder är mer än hälften av behandlingsklienterna arbetslösa ([123]). Även boendeförhållandena är otrygga: omkring 15 % av behandlingsklienterna bor på sociala institutioner eller saknar fast bostad ([124]). Dessutom bör man ha i åtanke att hemlösheten i sig begränsar en persons möjligheter att utnyttja behandlingsalternativ – och att hemlöshet kan förvärra både narkotikaproblemen och dessas konsekvenser (ECNN, 2003b, s. 65).

Av de klienter som har fast bostad lever en tredjedel ensamma, en tredjedel med sina föräldrar och resten med en partner eller andra personer. Över 10 % lever med barn; det finns uppgifter som tyder på att barn till narkotikamissbrukare kan ställas inför en rad svårigheter. Dessutom gör narkotikaproblemen föräldraskapet till en särskilt svår uppgift (Murphy-Lawless, 2002).

Missbruksdrog

I TDI-indikatorn registreras både den primärdrog som klienten söker behandling för och eventuella sekundärdroger. De tre droger som oftast uppges – antingen som primärorsak till behandling eller som sekundärdrog – är opiater, kokain och cannabis (se figur 20).

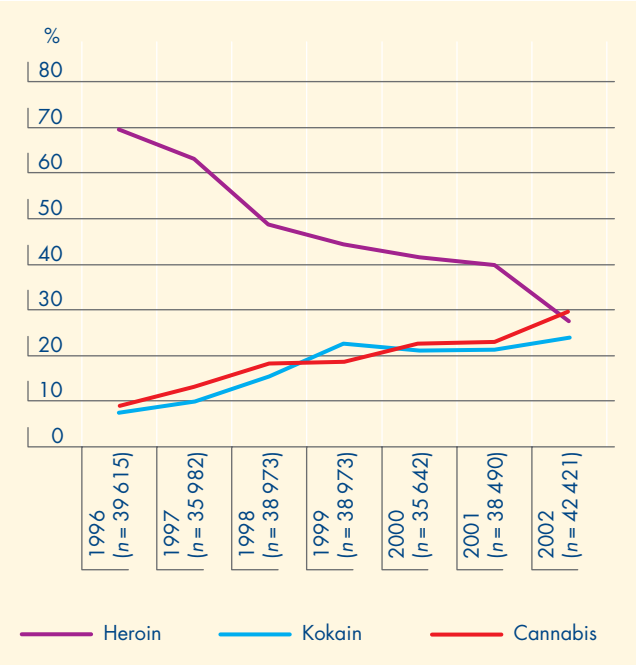
Det är besvärligt att skapa en tydlig bild av vilka droger som ligger bakom att enskilda personer söker missbruksbehandling eftersom narkotikamissbrukare brukar konsumera ett antal olika psykoaktiva ämnen. Det är ofta svårt att fastställa i vilken mån en viss persons problem är särskilt förknippade med en viss drog. I samtliga länder är blandmissbruk vanligt bland klienterna i behandling; mellan 40 % och 80 % av alla klienter uppger att de använder minst en sekundärdrog. Det är många personer som missbrukar fler än två droger, och behandlingen försvåras dessutom ofta ytterligare av samtidiga alkoholproblem. En oroande trend är att antalet personer som befinns ha problem med flera droger förefaller öka i många länder.

Opiater

I de flesta länderna är det fortfarande opiater (främst heroin) som klienterna oftast söker behandling för. Opiater brukar stå för mellan 40 % och 90 % av alla önskemål om

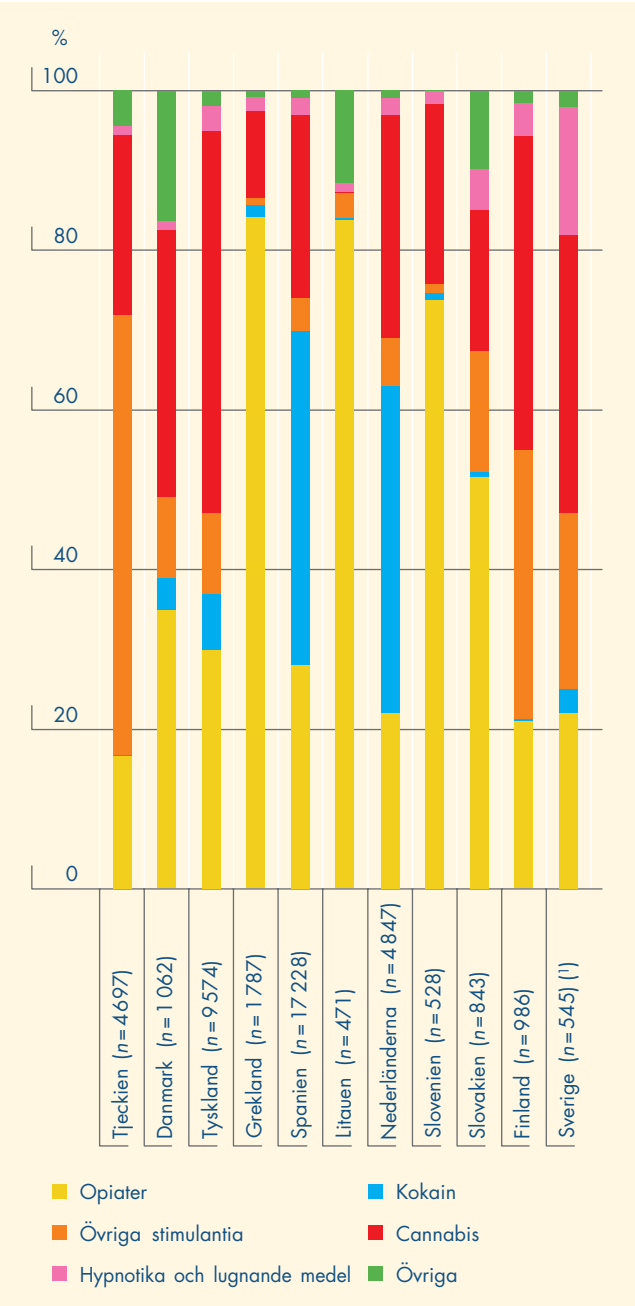
([119]) Se TDI tabell 5 i statistikbulletinen för 2004.
([120]) Se TDI tabell 4 i statistikbulletinen för 2004.
([121]) Se figur 18 OL: Debutålder efter primärdrog och TDI tabell 5 i statistikbulletinen för 2004.
([122]) Se figur 19 OL: Samtliga klienter efter utbildningsnivå och TDI tabell 6 i statistikbulletinen för 2004.
([123]) Se figur 20 OL: Samtliga klienter efter arbetsmarknadsstatus och TDI tabell 7 i statistikbulletinen för 2004.
([124]) Se figur 21 OL: Boendeförhållanden (var?) bland samtliga klienter och levnadsförhållanden (med vem?) bland samtliga klienter.

Figur 20: Andel av nya klienter i missbruksbehandling vilka som primärdrog uppger heroin, kokain och cannabis, 1996–2002



Anm.: Länder som varje år lämnar uppgifter: CZ, DK, DE, EL, ES, NL, SI, SK, FI, SE (för FI saknas uppgifter för 1996/97, för SE saknas uppgifter för 2000). Siffrorna har slagits samman över de bidragande länderna för varje år.
Källa: Nationella Reitox-rapporter 2003.

Figur 21: Nya klienter i missbruksbehandling under 2002: uppdelade efter olika primärdroger



Anm.: Totalt antal fall: 42 568.
(1) Uppgifterna är bara hämtade från öppenvården.
Källa: Nationella Reitox-rapporter 2003.

behandling. EU-länderna kan dock grovindelas i tre grupper med avseende på hur stor del av klienterna i behandling som kännetecknas av heroinproblem:

- Under 40 % – Tjeckien, Ungern, Finland, Sverige.
- 40–70 % – Danmark, Tyskland, Spanien, Nederländerna, Slovakien.
- Över 70 % – Grekland, Italien, Litauen, Luxemburg, Slovenien, Förenade kungariket.

Cannabis

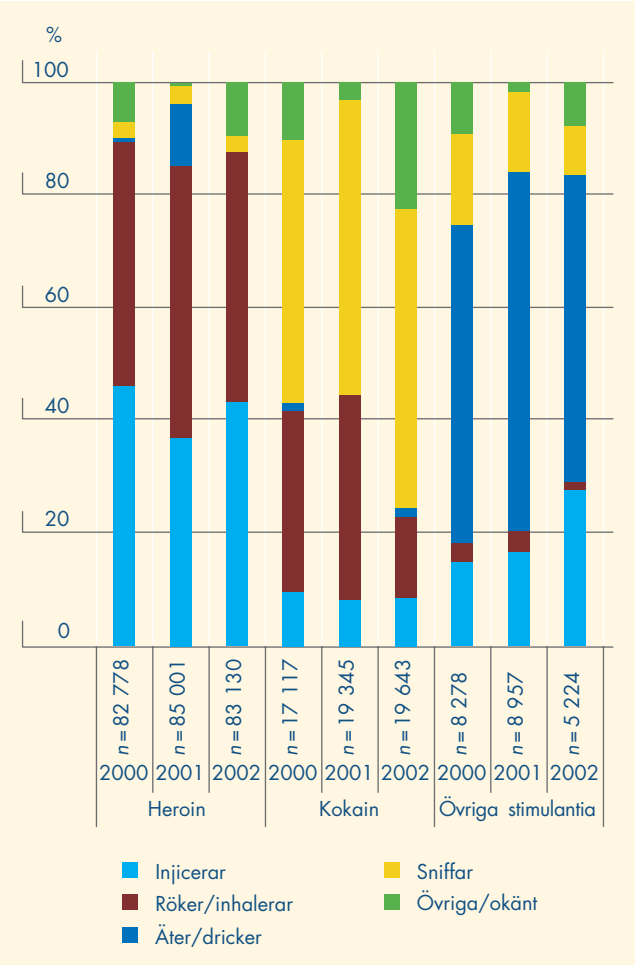
Cannabis är totalt sett den drog som näst oftast uppges av dem som påbörjar behandling. Detta gäller i synnerhet de nya klienterna (se figur 21), av vilka nästan en tredjedel (29,5 %) noteras för ett primärt cannabisproblem. Andelen av klienterna som söker behandling för cannabis varierar stort mellan olika länder ([125]). Efterfrågan på behandling för cannabismissbruk diskuteras mer ingående på annan plats (s. 82) i denna rapport.

Kokain

Kokain ligger på tredje plats bland de droger som uppges av dem som påbörjar behandling, men skillnaderna är avsevärda mellan olika länder. I de nya medlemsstaterna är exempelvis önskemål om kokainbehandling ytterst sällsynta eller saknas helt. I de flesta andra länderna står kokain som primärdrog för under 10 % av alla önskemål om behandling, även om andelen är större – omkring 25 % – bland de nya klienterna.

([125]) Se TDI tabell 10 och TDI tabell 11 i statistikbulletinen för 2004.

Figur 22: Fördelning efter administrationssätt för heroin, kokain och andra stimulantia bland personer i öppenvården: 2000–2002



Anm.: Uppgifter finns för DK, DE, EL, ES, IE, NL, FI, SE och UK (uppgifter för 2002 från Irland finns inte tillgängliga).
Här visas bastalen för de sammanlagda antalen som rapporterar administrationssätt.

Källa: Nationella Reitox-rapporter (2001, 2002, 2003); TDI-uppgifter (2000, 2001, 2002) från behandlingscentrum inom öppenvården.

Mindre än 8 % av de klienter som sökte behandling för kokainmissbruk uppgav att de brukade injicera drogen.

Andra stimulantia

Andra stimulantia än kokain uppges sällan som det primära skälet till missbruksbehandling, utom i Tjeckien, Finland och Sverige där dessa droger står för mellan en fjärdedel och drygt hälften av alla primärskäl till önskemål om behandling. I Tjeckien avser över 50 % av de redovisade behandlingsönskemålen ett primärt metamfetaminproblem. I andra länder är det mindre vanligt att missbruk av stimulantia är skälet till behandling, men detta uppges av nästan 10 % av dem som påbörjar behandling i Slovakien, 7 % i Tyskland, 6 % i Danmark och 5 % i Ungern. I samtliga övriga länder är andelen ännu mindre. Uppgifterna från 2002 visade dessutom att andelen av stimulantiamissbrukarna som sade sig injicera hade ökat under 2002 – från 14 % till 27 % – även om det i absoluta tal fortfarande handlar om en ganska liten grupp (se figur 22).

Kapitel 8
Brottslighets- och fängelsefrågor

Narkotikarelaterad brottslighet

Den narkotikarelaterade brottsligheten kan anses omfatta följande fyra kategorier av brott:

- Psykofarmakologiska brott: Brott som någon begår under påverkan av ett psykoaktivt ämne.
- Ekonomiskt motiverade brott: Brott som någon begår för att få pengar (eller droger) till narkotikamissbruk.
- Systematiska brott: Brott som begås inom ramen för marknaderna för olagliga droger, som del av verksamheten i fråga om distribution och tillhandahållande av olagliga droger.
- Narkotikabrott: Brott mot narkotikalagstiftningen (och annan därmed sammanhängande lagstiftning).

När det gäller de tre förstnämnda brottskategorierna är det sällsynt inom EU att det finns uppgifter, och de uppgifter som faktiskt finns kommer från enstaka lokala undersökningar som i regel inte görs rutinmässigt och är svåra att extrapolera från.

Antalet "rapporterade fall" ([126]) av narkotikabrott (användning, innehav, langning, handel osv.) återspeglar skillnader mellan olika länders lagar, men även de olika sätt som lagarna tillämpas och tolkas på liksom den prioritet och de resurser som kontrollorganen tilldelar olika slags brott. Dessutom varierar systemen för information om narkotikabrott avsevärt mellan länderna, särskilt i fråga om rapporterings- och registreringsrutiner, dvs. vad som registreras och när och hur detta sker. På grund av dessa skillnader är det ganska svårt att göra jämförelser mellan EU-länder.

Under perioden 1997–2002 ökade antalet "rapporterade fall" av narkotikabrott i de flesta EU-länderna. Ökningarna var särskilt stora (minst en fördubbling) i Tjeckien, Estland, Litauen, Ungern, Polen, Slovenien och Norge. Däremot minskade antalet "rapporterade fall" av narkotikabrott åren 2001 och 2002 i Italien och Portugal ([127]) och år 2002 i Estland ([128]), Irland, Lettland, Slovenien och Finland.

I de flesta EU-medlemsstaterna avser majoriteten av de rapporterade narkotikabrotten användning eller innehav för användning av narkotika ([129]) – från 52 % av alla narkotikabrott i Finland till 90 % i Österrike. I Tjeckien avser 90 % av de rapporterade narkotikabrotten langning eller handel, och i Italien och Spanien – där användning och innehav för användning av narkotika inte utgör brott – avser alla narkotikabrotten langning eller handel. I Luxemburg, Portugal och Norge ([130]) avser slutligen majoriteten av brotten både användning/langning av narkotika och handel med narkotika.

I alla länder som redovisat uppgifter, utom Portugal, ökade narkotikabrotten med anknytning till användning eller innehav för användning av narkotika sin andel av samtliga narkotikabrott under femårsperioden 1997–2002 ([131]). Ökningstakten var i allmänhet långsam, men mer markant uppåtgående trender kunde urskiljas i Belgien, Luxemburg och Slovenien och i Irland till år 2001. I Portugal började användningsbrottens andel minska år 2000, ett år innan man avkriminaliserade användning och innehav för användning av narkotika (i juli 2001) ([132]).

I de flesta medlemsstaterna är cannabis den olagliga drog som förekommer oftast i samband med de rapporterade narkotikabrotten (se tabell 4); i dessa länder står de

([126]) Termen "rapporterade fall" av narkotikabrott står inom citattecken eftersom den avser olika saker i de olika länderna (t.ex. polisrapporter om personer som misstänkts för narkotikabrott eller väckta åtal för narkotikabrott). Exakta definitioner för de olika länderna finns i metodanmärkningarna om definitioner av "rapporterade fall" av narkotikabrott (*methodological notes on definitions of 'reports' for drug law offences*) i statistikbulletinen för 2004. (I årsrapporterna t.o.m. 2001 användes termen "arresteringar".)

([127]) Att antalet "rapporterade fall" av narkotikabrott minskade i Portugal beror på att användning och innehav för användning av narkotika avkriminaliserades i juli 2001.

([128]) Att antalet "rapporterade fall" av narkotikabrott minskade i Estland beror på att upprepad användning och innehav av små mängder för eget bruk avkriminaliserades i september 2002.

([129]) Se DRCrime tabell 2 i statistikbulletinen för 2004.

([130]) I Norge görs det ingen åtskillnad mellan enbart "langning av/handel med narkotika" och "användning av narkotika/langning av och handel med narkotika". De återstående narkotikabrotten avser enbart "användning av narkotika".

([131]) Se DRCrime tabell 4 i statistikbulletinen för 2004.

([132]) Lagen om avkriminalisering av användning och innehav för användning av narkotika antogs i november 2000 och trädde i kraft i juli 2001.

Tabell 4: Oftast förekommande drog i "rapporterade fall" av narkotikabrott i EU-länderna och Norge

Land	Noter	År	Andel (%)		
			Cannabis	Heroin	Kokain
Belgien		2002	67	8	7
Tjeckien	(2)	2002	37	8	1
Danmark			i.u.	i.u.	i.u.
Tyskland	(2) (3)	2002	56	17	9
Estland			i.u.	i.u.	i.u.
Grekland			i.u.	i.u.	i.u.
Spanien	(1) (4)	2002	52	7	33
Frankrike	(2)	2002	87	5	3
Irland	(2)	2002	65	9	6
Italien	(1) (4)	2002	42	27	28
Cypern			i.u.	i.u.	i.u.
Lettland			i.u.	i.u.	i.u.
Litauen	(1)	2002	10	15	1
Luxemburg	(1)	2002	28	51	21
Ungern	(2)	2002	66	16	2
Malta			i.u.	i.u.	i.u.
Nederländerna	(2) (5)	2002	37	58	
Österrike	(1)	2002	58	11	11
Polen			i.u.	i.u.	i.u.
Portugal	(3) (4) (6)	2002	36	17	8
Slovenien	(1)	2002	82	10	2
Slovakien			i.u.	i.u.	i.u.
Finland			i.u.	i.u.	i.u.
Sverige	(1) (7)	2001	34	7	2
Förenade kungariket	(1)	2000	69	12	5
Norge			i.u.	i.u.	i.u.

i.u.: ingen uppgift.
(1) Bland samtliga nämnda droger (som ensam drog eller ej).
(2) Bland de huvudsakliga drogerna.
(3) Bland samtliga brott för vilka det finns en uppdelning efter drog (för vissa brott finns det ingen uppdelning efter drog).
(4) Bland de brott som avser langning av och handel med narkotika (eftersom användning och innehav för användning inte utgör brott).
(5) Uppgifterna för "heroin" avser "tunga droger" (definierade som droger som medför oacceptabla folkhälsorisker, som t.ex. heroin, kokain, ecstasy, LSD). Vissa brott involverar både cannabis och "tunga droger". Dessa brott är inte inräknade här, vilket är förklaringen till att summan är mindre än 100 %.
(6) Denna andel är en underskattning eftersom den avser enbart de brott där respektive drog varit den enda förekommande drogen, t.ex. de brott som avser enbart cannabis (här ingår inte de brott som avser "cannabis + en eller flera andra droger").
(7) Bland personer som av åklagare enligt ett summariskt förfarande ålagts att betala böter eller som dömts i domstol.
Anm.: Exakta definitioner för de enskilda länderna finns i metodanmärkningarna om definitionerna av "rapporterade fall" (reports) av narkotikabrott i statistikbulletinen för 2004.
Källa: Nationella kontaktpunkter.

cannabisrelaterade brotten för mellan 34 % (Sverige) och 87 % (Frankrike) av samtliga narkotikabrott. Heroin är den drog som förekommer oftast i Litauen och Luxemburg, där denna drog står för 15 % respektive 51 % av samtliga narkotikabrott, medan det i Nederländerna är brott där "tunga droger" ([133]) förekommer som dominerar bilden. Den relativa andelen narkotikabrott som är kopplade till någon särskild drog påverkas av ett antal faktorer, bl.a. de operationella prioriteringar som följs inom brottsbekämpningen och uttalade eller underförstådda strategiska beslut för att tackla olika typer av narkotikabrott med olika metoder.

Sedan 1997 har den andel av narkotikabrotten där cannabis förekommer ökat i Tyskland, Spanien, Frankrike, Luxemburg, Ungern och Portugal men varit stabil i Belgien, Italien, Litauen, Nederländerna, Slovenien och Sverige. I Österrike ökade de cannabisrelaterade brottens andel av narkotikabrotten till 1999 men har sedan dess minskat ([134]).

Under samma period minskade de heroinrelaterade brottens andel i alla EU-länder som har redovisat uppgifter ([135]), utom i Ungern och Förenade kungariket, där andelen ökade ([136]), och i Litauen, där andelen har fluktuerat sedan 2000 ([137]). Den motsatta trenden gäller för de kokainrelaterade brotten, vilkas andel av samtliga narkotikabrott har ökat sedan 1997 i alla länder som har redovisat uppgifter utom Tyskland, Litauen, Luxemburg och Ungern, som har rapporterat nedåtgående trender ([138]).

Narkotikamissbrukarna och fängelserna

Narkotikamissbrukare i fängelserna

Det är sällsynt med rutinmässigt insamlad nationell information om typerna och mönstren för narkotikamissbruket bland interner. Många av de uppgifter som finns inom EU kommer från enstaka studier som gjorts lokalt på interngrupper som varierar avsevärt i fråga om storlek och använda urvalsmetoder. Dessutom är de studerade fängelserna ofta inte representativa för fängelsesystemet som helhet, och eftersom det i de flesta länderna inte har gjorts några uppföljande undersökningar går det inte att analysera trender. Dessa faktorer gör det mycket svårt att extrapolera från resultaten.

Narkotikamissbrukare är överrepresenterade bland internerna i fängelserna om man jämför med befolkningen som helhet. Andelen av internerna som någon gång har använt narkotika varierar stort – från 22 % till 86 % –

([133]) I Nederländerna definieras "tunga droger" som droger som medför oacceptabla risker för folkhälsan, t.ex. heroin, kokain, amfetaminer, ecstasy och LSD.
([134]) Se DRCrime tabell 5 i statistikbulletinen för 2004.
([135]) Följande länder redovisade uppgifter om hur narkotikabrotten under olika år har fördelat sig mellan olika droger: Belgien, Tyskland, Spanien, Frankrike, Irland, Italien, Litauen, Luxemburg, Ungern, Nederländerna (bara cannabis och "tunga droger"), Österrike, Portugal, Slovenien, Sverige och Förenade kungariket (endast t.o.m. 2000).
([136]) Uppgifter för Förenade kungariket fanns bara fram till 2000.
([137]) Se DRCrime tabell 6 i statistikbulletinen för 2004.
([138]) Se DRCrime tabell 7 i statistikbulletinen för 2004.

mellan olika grupper av interner, fängelser och länder ([139]). Liksom i befolkningen som helhet är cannabis den olagliga drog som oftast nämns, andelen av internerna som någon gång har använt cannabis ligger mellan 11 % och 86 %. Kokain (inbegripet crack) har 5–57 % av internerna någon gång använt, medan andelen för heroin ligger i intervallet 5–66 %.

Inom EU uppger 6–73 % av internerna att de regelbundet konsumerade eller var beroende av narkotika innan de kom till fängelset ([140]).

Fängelserna: en folkhälsoutmaning

Även om en del interner ser tiden i fängelset som ett tillfälle att åtgärda sitt missbruk kan det vara svårt att förverkliga målet i praktiken (Long m.fl., 2004). De flesta narkotikamissbrukare minskar eller upphör med sitt missbruk när de kommer till fängelset, men vissa fortsätter att missbruka på samma sätt som innan och andra börjar med narkotika under tiden i fängelset. De studier som finns visar att mellan 8 % och 60 % av internerna uppger sig ha använt droger medan de har suttit i fängelse, och 10–36 % uppger sig ha gjort detta regelbundet ([141]).

Många interner har begränsad tillgång till hälso- och sjukvård. Den vårdpersonal som arbetar i fängelserna har föga kontakt med det reguljära vårdsystemet och saknar dessutom ofta möjlighet att få fortbildning, vilket förvärrar fängelsevårdens isolering. Dessa problem är svåra att lösa, något som framgår av situationen i Irland: trots att fängelsemyndigheterna och vårdpersonalen har ansträngt sig att förbättra narkotikamissbrukarnas tillgång till behandling och vård finns det inte mycket som tyder på att det faktiskt har blivit bättre.

Det börjar gå att se en trend som innebär att ansvaret för hälso- och sjukvården i fängelserna överförs från kriminalvården till det nationella hälso- och sjukvårdssystemet. I Spanien har en ny lag om det nationella vårdsystemets enhetlighet (Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud) nyligen trätt i kraft. Avsikten med denna lag är att tillgodose önskemål om att vården i fängelserna skall integreras med den allmänna vården. I Estland strävar justitie- och socialministeriet efter att fängelsevården före 2006 skall integreras i det allmänna vårdsystemet. I Frankrike överfördes ansvaret för fängelsevården till hälsodepartementet redan 1994. I Italien har de lokala sjukvårdsmyndigheterna ansvarat för vård och behandling av interner sedan 2000. I England och Wales sorterar hälso- och sjukvården i fängelserna under hälsodepartementet respektive National Assembly for Wales (i fängelser i den privata sektorn, de sorterar båda under inrikesministeriet). Senast 2006 skall vårdverksamheten vid alla icke-privata fängelser i England ha blivit en del av det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet (NHS) ([142]).

Infektionssjukdomar i fängelserna och prevention av sådana sjukdomar

Andelen av internerna som någon gång har injicerat narkotika uppges i allmänhet ligga mellan 15 % och 50 %, även om vissa studier har konstaterat så låga värden som 1 % eller så höga värden som 69 %.

De jämförbara uppgifter som finns visar att unga brottslingar är mindre benägna att injicera än vuxna och att det bland internerna är kvinnorna som är mer benägna att injicera än män ([143]). Utifrån ett flertal studier inom EU har Bird & Rotily (2002) visat att omkring en tredjedel av de vuxna manliga internerna är injektionsmissbrukare. Enligt uppgifterna från Reitox-kontaktpunkterna har mellan 0,2 % och 34 % av internerna ([144]) injicerat droger medan de har suttit i fängelse. Detta aktualiserar frågor om tillgången till steril injektionsutrustning och om hygienvanorna när internerna delar på sådan utrustning, och det inger oro för spridning av infektionssjukdomar om inte dessa frågor åtgärdas.

Fängelserna är en högriskmiljö för spridning av sådana sjukdomar. Bland de åtgärder som har visat sig kunna minska förekomsten av infektionssjukdomar märks behandling av sexuellt överförbara sjukdomar, tillhandahållande av kondomer, substitutionsbehandling, vaccinationsprogram och nål- och sprutbytesprogram.

Substitutionsbehandling erbjuds nu i allt större utsträckning i fängelserna. I Belgien, Danmark, Spanien, Österrike och Slovenien ges substitutionsbehandling i samtliga fängelser. Belgien, Danmark, Luxemburg och Norge tillåter att interner påbörjar substitutionsbehandling medan de sitter i fängelse. I Italien är det vanligtvis häktade personer som får substitutionsbehandling. Läkemedelsrecept för substitutionsbehandling som trappas ned tills patienten är drogfri förekommer i de flesta tyska förbundsstaterna, Nederländerna, Slovenien och i fängelser som betjänar större städer i Italien. I Förenade kungariket anses programmen för underhållsbehandling främst lämpa sig för häktade personer och interner som avtjänar korta fängelsedomar.

([139]) Se Prison tabell 1 i statistikbulletinen för 2004.
([140]) Se Prison annex i statistikbulletinen för 2004.
([141]) Se Prison tabell 3 i statistikbulletinen för 2004.
([142]) Se tabell 10 OL: Nyare narkotikastrategier för fängelser, ministerdirektiv och vårdnormer i EU och Norge.
([143]) Se Prison tabell 2 i statistikbulletinen för 2004.
([144]) Se Prison tabell 4 i statistikbulletinen för 2004.

Ett särskilt internanpassat program för vaccination mot hepatit B förordades 2002 av den nationella vaccinationskommittén i Irland. Programmet består av tre injektioner under tre på varandra följande veckor samt en boosterdos efter tolv månader, och skyddsnivån efter tretton månader är 99 % (Zuckerman, 2003).

En genomgång av fjorton internationella studier av hur verkningsfulla nål- och sprutbytesprogram är i fängelsemiljön ledde till slutsatsen att sådana program är genomförbara och ger både minskat riskbeteende och minskad överföring av blodburna virus utan några negativa konsekvenser såsom skador till följd av oavsiktliga nålstick eller avsiktlig användning av nålar som vapen mot fängelsepersonal eller andra interner (Dolan m.fl., 2003). Under 2002 genomfördes nål- och sprutbytesprogram vid 27 kriminalvårdsanstalter i Spanien, 12 970 sprutor delades ut och inga incidenter rapporterades.

I Spanien är det visserligen ett allt större antal fängelser som erbjuder nål- och sprutbyte, men däremot har man avbrutit sådana program i de tyska förbundsstaterna Hamburg och Niedersachsen (Stöver & Nelles, 2003). Det finns dock fortfarande ett nål- och sprutbytesprogram vid ett kvinnofängelse i Tyskland (Berlin) (Weilandt, personlig kommunikation, 2004). Vid Josefstadt-fängelset i Wien förbereder man ett pilotprojekt, och i Luxemburg avser man att förse narkotikamissbrukande interner med injektionsutrustning inom ramen för hälsovårdsprogrammet ([145]).

Alternativ till fängelse för narkotikamissbrukande brottslingar

Alternativen till fängelse kommer att behandlas i ett temakapitel i nästa års årsrapport. Då kommer det att ges en grundlig och utförlig översikt över alternativa åtgärder i EU. Därför tar årets rapport upp en specifik aspekt av alternativa påföljder för narkotikamissbrukare.

Nya initiativ: narkotikadomstolar och förlikning mellan offret och brottslingen

Narkotikadomstolar ingår i nya strukturer som man i vissa länder har utvecklat för hantering av narkotikamissbrukare som har begått icke-våldsbrott. Dessa domstolar fungerar på så sätt att domen uppskjuts och att personer som traditionellt inte har varit inblandade i missbruksbehandling (domare, åklagare och annan personal från det straffrättsliga systemet) görs delaktiga i processen. Tanken är att man genom behandling och genom det tryck som det straffrättsliga systemet utövar skall hindra förbrytaren från att återvända till detta system och till sitt narkotikamissbruk. Narkotikadomstolar har inrättats i Irland och Skottland, där de straffrättsliga systemen bygger på sedvanerätt. I andra EU-länder där systemet bygger på romersk rätt finns det inga narkotikadomstolar i egentlig mening, men det har utvecklats liknande initiativ.

I den tyska förbundsstaten Baden-Württemberg inledde man 2003 ett projekt för hantering av unga brottslingar (”Vägen ut”) som påminner om narkotikadomstolarna. Initiativet kom till stånd tack vare en allians mellan polis, allmän åklagare, domare, frivårdsmyndighet och missbrukarvård samt viktiga intressenter i tre domsagor (Baudis, 2004). I Milano finns ett likartat program (”Resultatet är värt besväret”) där den centrala domstolen har ett nära samarbete med missbrukarvården och hälso- och sjukvården på orten. Narkotikamissbrukande brottslingar remitteras till behandling samma dag som domen faller.

Enligt utvärderingen av narkotikadomstolen i Dublin (Farrell, 2002) fanns det mycket som talade för att narkotikadomstolen skulle leda till besparingar för det straffrättsliga systemet över tid. Justitiedepartementet har nu utvidgat den del av Dublin som narkotikadomstolen har behörighet över.

Pompidougruppen granskade 2003 den internationella utvecklingen i fråga om narkotikadomstolar och dessas verkningsfullhet. Slutsatsen blev att beslutet om att inrätta en behandlingsinriktad narkotikadomstol bör bygga på ett påvisat behov och att det krävs politiskt stöd, former för samarbete mellan myndigheter och ett tillräckligt strukturellt/ekonomiskt stöd under en garanterad minimiperiod på fem år (Moyle, 2003).

”Återställande rättvisa” är något som i allt större utsträckning används för att påskynda straffprocesser mot icke-våldsbrottslingar (en kategori där det finns många narkotikamissbrukare). Detta ligger i det allmänna intresset eftersom det minskar kostnaderna för hantering av mindre allvarliga brott i överbelastade straffrättsliga system. En mer betydande utveckling på senare tid gäller förlikning utanför domstolen i syfte att lösa tvister mellan offer och förövare och att lösa konflikter med anknytning till straffprocesser.

I Nederländerna ger polisen förstagångsförbrytare i åldern 12–18 år möjlighet att sona sina brott genom förlikning. I Tjeckien inrättades det år 2000 en frivårds- och förlikningsmyndighet som huvudsakligen är inriktad på ungdomar och narkotikamissbrukare. År 2002 registrerades 29 291 fall, varav 765 rörde narkotikarelaterade brott.

([145]) Se tabell 11 OL: Social- och hälsovård för narkotikamissbrukare i EU:s fängelser år 2002.

Temakapitel 1

Utvärdering av ”nationella narkotikastrategier” i Europa

Mätmetoder för utvärdering av nationella narkotikastrategier

I många länder har man nyligen antagit en ”nationell narkotikastrategi” ([146]). Detta kapitel handlar om planerna för att utvärdera dessa strategier, vilket för första gången har blivit möjligt i europeisk skala tack vare de nationella kontaktpunkternas insatser under året. Deras arbete har bidragit till att förtydliga hänvisningarna till utvärdering i de ”nationella narkotikastrategierna”, vilka inte alltid är uppenbara eller särskilt tydliga.

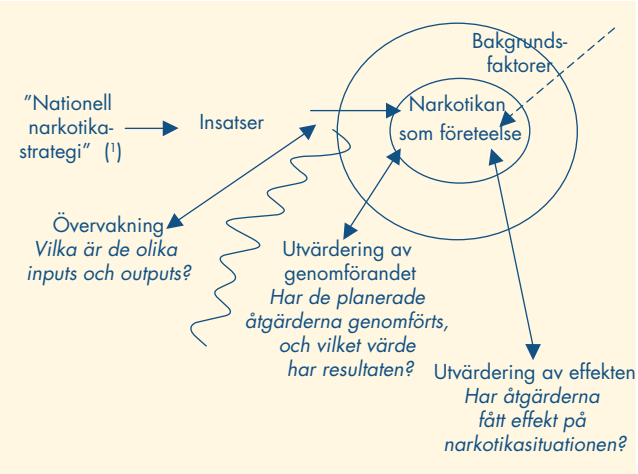
Åtgärderna för att utvärdera europeiska ”nationella narkotikastrategier” kan delas in i tre huvudsakliga aktiviteter: 1) övervakning, dvs. rutinmässig insamling av uppgifter om narkotikaproblemet och om motåtgärder och insatser mot detta, 2) utvärdering av genomförandet, dvs. bedömning av det mervärde som skapats genom förverkligandet av de initiativ och tillförandet av de resurser som anges i narkotikastrategin, och 3) utvärdering av effekten (i allmänhet kallat bedömning av verkningsfullheten), dvs. en bedömning av de kort- och långsiktiga effekter ([147]) på narkotikaproblemet som (åtminstone delvis) är en följd av den nationella narkotikastrategin (se figur 23) ([148]).

Den viktigaste skiljelinjen mellan olika länder i fråga om hur de gör för att utvärdera sin nationella narkotikastrategi går mellan de länder som övervakar sin strategi och de länder som planerar att utvärdera genomförandet och/eller effekten.

Begreppen ”övervakning” och ”utvärdering” är inte alltid tydligt åtskilda i de nationella narkotikastrategierna, och därför är det viktigt att vara medveten om skillnaden. Övervakning är en kontinuerlig och systematisk process som genererar rutindata av kvantitativ och kvalitativ typ om narkotikaproblemet och de åtgärder som vidtagits mot detta. Denna process kan ge regelbunden feedback om genomförandet av verksamheterna (feedback om ”inputs”, dvs. vilka resurser som har satsats, och om ”outputs”, dvs. vilka åtgärder som har genomförts, under vilken period och av vem). Däremot ger övervakning för det mesta inte någon information om effekterna av en strategi eller några svar på frågan varför en viss aktivitet uppnår eller inte uppnår sina mål. Även om ett övervakningssystem ofta kan ge information om utvecklingen för narkotikaproblemets olika aspekter och de åtgärder som har vidtagits mot detta, kan ett sådant system i allmänhet inte avgöra om de konstaterade förändringarna är en direkt följd av de vidtagna åtgärderna (fastställande av orsakssamband).

Frågan om orsakssamband och andra komplexa vetenskapliga frågor besvaras i stället genom utvärdering (se tabell 5), dvs. ”en bedömning av värdet av en offentlig åtgärd” (i det aktuella fallet en nationell narkotikastrategi) ”utifrån vissa kriterier” (relevans, kostnadseffektivitet, effekt) ”och tydliga normer” (kvalitet, kvantitet) (definitionen hämtad från Europeiska kommissionen, 1999) som i allmänhet förutsätter fördjupande undersökningar. En utvärdering består därför väsentligen av två komponenter:

Figur 23: Utvärderingsnivåer i ”nationella narkotikastrategier”



(1) Termen ”narkotikastrategi” inbegriper även eventuella likvärdiga handlingsplaner som tar sin utgångspunkt i strategin.

([146]) Definieras i kapitel 1, s. 17.

([147]) För enkelhetens skull kommer vi här att använda uttrycket ”utvärdering av effekten” för utvärdering såväl av kortsiktiga effekter som av långsiktiga effekter – två helt olika vetenskapliga aktiviteter som man i allmänhet gör åtskillnad mellan i den relevanta litteraturen.

([148]) I en heltäckande utvärdering skulle man granska även kostnadseffektiviteten, dvs. grovt uttryckt kostnaden för att åstadkomma de kort- och långsiktiga effekterna. Uppgifter om denna aspekt fanns dock bara att tillgå för Spanien (se nedan).

Tabell 5: Vanligt förekommande utvärderingsterminologi (utvärderingsmetoder för åtgärder av strukturell typ)

Övergripande utvärdering	Utvärdering av en insats i dess helhet.
Sammanhang	En hög grad av sammanhang innebär att tankarna bakom insatsen inte är motsägelsefulla och/eller att insatsen inte motverkar andra insatser med liknande mål.
Relevans	En hög grad av relevans innebär att målen för en insats är lämpliga med tanke på de behov, problem och frågor som insatsen avser.
Konsekvens	En hög grad av konsekvens innebär att positiva/negativa effekter på andra områden av ekonomisk politik, socialpolitik eller miljöpolitik maximeras/minimeras.
Nytta	En hög grad av nytta innebär att effekterna motsvarar de behov, problem och frågor som insatsen avser.
Verkningsfullhet	En hög verkningsfullhet innebär att de uppställda målen uppnås.
Kostnadseffektivitet	En hög kostnadseffektivitet innebär att de eftersträvade effekterna uppnås till rimlig kostnad.
Kostnadseffektivitetsanalys	Utvärderingsverktyg för bedömning av kostnadseffektivitet.
Nyttokostnadsanalys	Utvärderingsverktyg för bedömning av insatsens fördelar för alla i den berörda gruppen, på grundval av penningvärden som åsätts insatsens alla olika konsekvenser.
Resultat	Det som finansieras och åstadkoms (eller förverkligas) med de pengar som anslagits till en insats.
Effekt	En konsekvens som påverkar de direkt berörda efter det att dessa avslutat sin medverkan i en insats, eller efter det att en offentlig facilitet har färdigställts, eller också en indirekt konsekvens som påverkar övriga berörda, som kan vara vinnare eller förlorare.

Källa: Europeiska kommissionen, 1999.

dels 1) bevis – baserade på uppgifter som håller god kvalitet, dvs. har samlats in enligt vetenskapliga metoder (övervakning och fördjupande undersökningar) – för att det finns ett orsakssamband mellan genomförandet av en politik och en förändring hos den företeelse som studeras, dels 2) ett värdeomdöme om den effekt som har uppnåtts, vilket så småningom måste ingå i beslutsunderlag.

I praktiken finns det en ofrånkomlig koppling mellan begreppen "utvärdering" och "övervakning", men trots att de båda termerna i vissa dokument behandlas som synonymer bör man komma ihåg att övervakning inte är detsamma som utvärdering (även om övervakning definitivt ingår i utvärdering).

I Förenade kungariket offentliggjordes den aktualiserade nationella narkotikapolitiken år 2002 efter en revidering på bred front där hänsyn togs till all evidens, bl.a. utvärderingar av de båda komponenterna tillgång och efterfrågan. Den nationella narkotikastrategin är föremål för "övervakning", "uppföljning" och "resultatstyrning", men inte "utvärdering" (Förenade kungarikets nationella rapport, s. 106). I Norge är ett av syftena med den nya handlingsplanen för narkotika och alkohol att det skall utvecklas ett system för att mäta i vilken utsträckning planens mål och delmål uppnås (Norges nationella rapport, s. 65). I Tjeckiens nationella narkotikapolitiska strategi för 2001–2004 fastställs mål på olika nivåer, framgångsindikatorer och verktyg för utvärdering av kostnadseffektiviteten inom var och en av strategins huvuddelar. Det övervakas regelbundet i vilken mån de olika arbetsuppgifterna utförs, men däremot har strategin ännu inte utvärderats med tillämpning av de fastställda framgångsindikatorerna och utvärderingsverktygen. Ett skäl till detta kan vara den avsevärda kostnaden för externa utvärderingar (Tjeckiens nationella rapport, s. 114). Enligt den nya danska handlingsplanen skall ett antal specifika verksamheter löpande "utvärderas" (Danmarks nationella rapport, s. 67). I Ungern och Polen anges det i den nationella narkotikastrategin ett system för att följa upp i vilken mån arbetsuppgifterna har utförts (Nationella Reitox-rapporter), medan man i Slovenien trots att den nya nationella strategin "föreskriver regelbunden utvärdering av genomförandet" ännu inte har gjort någon utvärdering (Sloveniens nationella rapport, s. 61). I Litauen kommer den nationella narkotikastrategin (2004–2008) att genomföras "med hänsyn tagen till landets ekonomiska möjligheter" (Litauens nationella rapport, s. 35). Estlands nya nationella narkotikastrategi "innefattar övervaknings- och utvärderingskomponenter samt fastställer resultatindikatorer" (Estlands nationella rapport, s. 86).

I Finland och Sverige (Finlands nationella rapport, s. 113; Sveriges nationella rapport, s. 75–76) betonar den nationella narkotikastrategin övervakning av strategins genomförande mer än utvärdering av dess effekt. I Sverige ansvarar narkotikasamordnaren, som utsågs 2002, för att se till att den nationella handlingsplanen följs upp (i årliga rapporter). Även i Finland finns det planer på forskning som skall fastställa vilka parametrar narkotikamyndigheten skall använda som referens när den övervakar och utvärderar sina verksamheter. Luxemburgs nationella

kontaktpunkt rapporterar att resultaten av planen för 2000–2004 kommer att utvärderas 2005 med sikte på utformningen av ytterligare och framtida strategier (Luxemburgs nationella rapport, s. 94). I Tyskland görs det i 2002 års handlingsplan mot droger och missbruk för första gången ett försök att fastställa operativa mål och kriterier som kan användas för att avgöra om olika insatser lyckas eller inte (Tysklands nationella rapport, s. 101), och Italiens treåriga program 2002–2004 främjar utvärdering på preventionsområdet och när det gäller återanpassning i samhället.

Bland de länder som redovisar en utvärdering antingen av den nationella narkotikastrategins genomförande eller av dess verkningsfullhet finns Grekland, Spanien, Frankrike, Irland och Portugal (se tabell 6). I den spanska och den grekiska strategin nämns ”utvärdering av verkningsfullheten”. I Spanien sägs det att den nioåriga nationella strategin skall utvärderas med avseende på sitt genomförande både övergripande och sektorsvis, något som skall ske dels ”i halvtid” år 2003, dels år 2008. Syftet är att ”förbättra de offentliga åtgärdernas verkningsfullhet och kostnadseffektivitet” (Spaniens nationella rapport, s. 85) genom att mäta de tillhandahållna tjänsterna kvantitativt och kvalitativt. I Grekland hänvisas det på liknande sätt i den nya handlingsplanen mot narkotika (2002) till en extern utvärdering av de genomförda åtgärdernas övergripande verkningsfullhet, en utvärdering som kan komma att ske i framtiden och bygga på EU-indikatorer och internationella indikatorer (Greklands nationella rapport, s. 110).

I Frankrike, Irland och Portugal skall det enligt den nationella narkotikastrategin göras en övergripande ([149]) och sektorsvis utvärdering, i vissa fall av verkningsfullheten (Irlands nationella rapport). De redovisade uppgifterna visar dock att man i de utvärderingar som hittills gjorts har bedömt graden av genomförande snarare än strategins verkningsfullhet. I Frankrike omfattade utvärderingen av den treåriga handlingsplanen för 1999–2002 (som utfördes av Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) mellan 2000 och 2003) både en ”övergripande utvärdering” och utvärderingar av fem prioriterade program ([150]). Utvärderingen innebar dock inte att man uttalade sig om de vidtagna åtgärdernas effekt på den övergripande narkotikasituationen utan i huvudsak i vilken mån de operationella målen uppnåtts. I Irland skall det enligt den nationella narkotikastrategin göras ”en oberoende utvärdering av den övergripande ramens verkningsfullhet senast i slutet av 2004” (National Drugs Strategy 2001–2008: Building on Experience, s. 111). Det förefaller dock som att utvärderingen kommer att omfatta en undersökning av i vilken mån narkotikastrategin har genomförts och huruvida den uppnått de strategiska målen, snarare än en fullständig bedömning av strategins effekt på narkotikamissbruket. I Portugals narkotikastrategi står det att det skall göras ”en oberoende extern utvärdering av strategins övergripande och sektorsvisa genomförande” (Portugals nationella rapport, s. 65). Det rapporteras dessutom om en intern utvärderingsprocess.

I de medlemsstater som inte har någon ”nationell narkotikastrategi” i egentlig mening har intresset för övergripande utvärdering varit svagt på senare år, även i de länder där man brukar utvärdera enskilda narkotikaprojekt. Ett exempel är Nederländerna, där forskning, övervakning och utvärdering traditionellt är en del av narkotikapolitiken och där det finns en ny (2002) ”statlig styrstrategi” som är tänkt att ge vägledning i resultatfrågor till offentliga förvaltningsorgan (bl.a. sådana som ägnar sig åt hälsovård och narkotikafrågor) (Nederländernas nationella rapport, s. 83–84). I Österrike har visserligen övervakningsarbetet på narkotikaområdet

Tabell 6: Kännetecken för utvärderingen av vissa nationella strategier

	”Nationell narkotikastrategi”	Utvärderingens räckvidd	Utvärderingens syfte	Utvärderad period
Grekland	Handlingsplan 2002–2006	Övergripande och specifik	Verkningsfullhet	Ingen
Spanien	Nationell narkotikastrategi, 2000–2008	Övergripande och specifik	Verkningsfullhet och kostnadseffektivitet	2003–2008
Frankrike	Treårig plan mot droger och för förebyggande av beroende, 1999–2001	Övergripande och specifik	Genomförande	2002
Irland	Nationell narkotikastrategi, 2001–2008: ”Building on Experience”	Övergripande och specifik	Genomförande	2004–2008
Portugal	Nationell strategi för kampen mot droger 1999; handlingsplan 2000–2004	Övergripande och specifik	Genomförande	2004

([149]) Övergripande utvärdering: utvärdering av en åtgärd i dess helhet (se tabell 5).

([150]) 1) De regionala överenskommelserna om mål på hälsoområdet och det rättsliga området, 2) den regeringsdepartementsövergripande policyn för yrkesutbildning, 3) de regionala politiska programmen för förebyggande av missbruk, 4) vissa specialiserade organs experimentella uppsökande verksamhet i syfte att erbjuda allmän vård för personer som uppvisar missbruksbeteende och 5) programmen för att minska riskerna i distrikt 18 i Paris.

ökat avsevärt på senare år, men det har inte gjorts några utvärderingar vare sig av förbundsstaternas planer (bortsett från preliminära utvärderingar i Vorarlberg) eller av den övergripande narkotikapolitiken (Österrikes nationella rapport, s. 63). I de återstående länderna (Cypern, Lettland, Malta och Slovakien samt Bulgarien, Rumänien och Turkiet) finns det inte tillräckligt med information för att man skall kunna säga något om utvärderingen av de nationella narkotikastrategierna (i den mån sådana över huvud taget finns).

Utvärdering i förhand, i halvtid och i efterhand

I handboken för utvärdering av EU-verksamheter (Europeiska kommissionen, 2003) anges det fyra huvudskäl till att göra en utvärdering: 1) att bidra till utformningen av insatser, 2) att förbättra kvaliteten på en insats, 3) att bidra till en effektiv resursfördelning (dvs. kostnadseffektivitet) och 4) att redovisa vad insatsen har åstadkommit (dvs. redovisningsskyldighet). Handboken beskriver också tre olika utvärderingsskeden: i förhand, i halvtid och i efterhand.

En förhandsutvärdering görs innan insatsen genomförs, och avsikten uppges vara att bedöma behovet av åtgärder eller att fastställa ett utgångsläge. Förhandsutvärdering tas upp i de nationella narkotikastrategierna som översynsprocesser som genomförs av parlamentsutskott, regeringsutskott eller regeringsdepartement (Belgien, Tyskland, Spanien, Irland, Portugal, Sverige).

Halvtidsutvärderingar nämns i den spanska, den irländska och den portugisiska nationella narkotikastrategin som ett verktyg för att justera åtgärderna och målen "längs vägen". Att på detta sätt justera "längs vägen" är inte något som enbart förekommer i de länder som har en formell utvärderingsprocess. Så uppger man sig nämligen arbeta även i de länder som har upprättat övervakningssystem, där man använder dessa system för att få fram tillförlitlig information som kan utgöra underlag för justering och omorganisation av framtida åtgärder. Detta förefaller röra sig om värdeomdömen av det slag som främst kännetecknar utvärderingsarbete. Även här används "övervakning" och "utvärdering" om vartannat.

En efterhandsutvärdering omfattar hela åtgärdsperioden, ofta med särskilt fokus på slutresultaten, och syftet är att få fram underlag för framtida åtgärder. Sådana utvärderingar rapporteras från Frankrike, där syftet med den slutliga utvärderingen av handlingsplanen var att man skulle se över åtgärderna och målen för en ny narkotikaplan, och det har föreslagits att efterhandsutvärderingar skall göras 2008 i Spanien, Irland och Portugal.

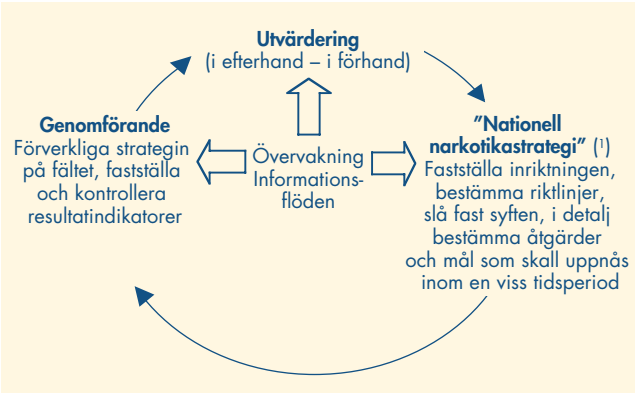
På narkotikaområdet syftar utvärderingsprocessen alltid till att förbättra kvaliteten på befintliga åtgärder och utformningen av nya åtgärder. Man kan dock förmoda att förhands- och efterhandsutvärderingen sammanfaller när en narkotikastrategi efterträder en annan, vilket ger en cyklisk process där den föregående strategins slutresultat ingår i underlaget för den kommande strategin (se figur 24).

Utvärderingsaktörer

En annan viktig fråga som tas upp i de "nationella narkotikastrategierna" är om de ansvariga för utvärderingen skall vara personer inom organisationen (interna utvärderare) eller utomstående personer (externa utvärderare). Det finns exempel på bådadera, och båda alternativen har sina för- och nackdelar.

Interna utvärderare kan ha bredare kunskaper om strukturer och kommunikationsmekanismer, de känner bättre till organisationen och ämnet, och de har bättre tillgång till datakällor. De kan dock tendera att ursäkta misslyckanden att uppnå mål, och de är mindre benägna att göra iakttagelser eller föreslå ändringar som skulle kunna ses som ett hot mot organisationen. Externa utvärderare bör däremot ge en mer objektiv och tillförlitlig bild eftersom de inte är engagerade i organisationen. De kan emellertid ha svårare att få tillgång till informationskällor, och det finns även en risk att de skall försöka göra kunden nöjd genom att redovisa så bra resultat som man kan förvänta sig. Dessutom är det ofta dyrt att anlita externa utvärderare. Valet står alltså mellan å ena sidan en bättre förståelse av situationen och förmågan att få fram information, och å andra sidan större objektivitet och bättre utvärderingskompetens.

Figur 24: Utvärdering som cyklisk process



(1) Termen "narkotikastrategi" inbegriper även eventuella likvärdiga handlingsplaner som tar sin utgångspunkt i strategin.

De flesta medlemsstaterna verkar föredra en kombination av intern och extern utvärdering: i Irland kommer halvtidsutvärderingen av den nationella narkotikastrategin att göras år 2005 av externa konsulter under ledning av en sektorsövergripande styrgrupp, i Portugal kommer intern personal och externa konsulter att ha hand om utvärderingen av handlingsplanen för 2000–2004, och i Frankrike har externa utvärderare och intern OFDT-personal skött olika aspekter av utvärderingen av den treåriga handlingsplanen. I Spanien utförs nu halvtidsutvärderingen (2004) av personalen vid organisationen för den nationella narkotikaplanen (PNSD), medan det enligt den grekiska planen krävs en extern utvärdering. I Sverige kommer Folkhälsoinstitutet att utvärdera folkhälsopolitiken genom att mäta ett antal livsstilsvariabler. Ett av politikens mål (nr 11) är att minska användningen av tobak och alkohol, få till stånd ett narkotika- och dopningsfritt samhälle och minska de skadeverkningar som ett alltför omfattande hasardspel medför.

I alla länder där en utvärderingsprocess genomförs verkar den nationella myndigheten för narkotikasamordning ha ansvaret för att organisera denna process och se till att den genomförs: det regeringsdepartementsövergripande organet MILDT i Frankrike, PNSD i Spanien, narkotikainstitutet IDT i Portugal, narkotikadirektoratet i Irland, narkotikasamordnarens kansli i Sverige och den allmänna narkotikaenheten i Belgien (som tillkännagavs i Belgiens ”strategi” 2001). Inom dessa myndigheter är det centrumen för narkotikaövervakning – vilka oftast även är nationella Reitox-kontaktpunkter – som ansvarar för att tillhandahålla den information och de uppgifter som krävs för utvärderingen, ibland är de också formellt ansvariga för utvärderingen.

Mål och indikatorer

Det diskuteras ofta i vilken mån det går att mäta effekten av de åtgärder som vidtagits till följd av en nationell narkotikastrategi. I internationella och nationella narkotikastrategier hänvisas det både till mycket ”allmänna mål”, som att ”minska riskerna för narkotikamissbrukare” eller ”sträva efter ett drogfritt samhälle”, och till ”operativa mål”, som att ”öka antalet behandlingsplatser” eller ”inrätta en myndighet för narkotikasamordning”. Både de ”allmänna” och de ”operativa” målen kan gynnas av att man slår fast konkreta målsättningar. De allmänna målen är viktiga som grundval för den nationella narkotikapolitiken, t.ex. när det gäller att definiera en inriktning, men de är svåra att mäta. De operativa målen är beroende av att kvalitativa och kvantitativa initiativ genomförs, vilket innebär att de borde vara lättare att mäta.

Experter och yrkesfolk brukar påpeka att en strategi inte kan utvärderas vetenskapligt annat än om dess mål uttrycks på ett tydligt, otvetydigt och mätbart sätt, varvid åtskillnad men även kopplingar görs mellan ”allmänna” och ”operativa” mål. I själva verket måste man se de ”operativa” målen som ett sätt att göra de ”allmänna” målen mer konkreta. Sedan bör man fastställa resultatindikatorer som gör att man kan mäta i vilken mån målen har uppnåtts. För närvarande är det bara ett fåtal nationella narkotikastrategier som uppfyller dessa krav.

Kostnadseffektivitet

Det är få nationella strategier som mer än i förbigående nämner nyttokostnadsanalys eller kostnadseffektivitetsanalys. Undantaget är den spanska strategin, där det sägs att man vid utvärderingen av den nationella strategin även skall försöka mäta den offentliga politikens kostnadseffektivitet. Även om budgetar och kostnader är en viktig fråga för offentliga förvaltningar, finns det när det gäller narkotikaområdet (enligt den definition som används i förra årets årsrapport, ECNN, 2003b) en allmän brist på kunskap om hur mycket de offentliga åtgärderna sammanlagt kostar. Analyser av detta slag betraktas i allmänhet som en marginell företeelse och tas bara upp i ett fåtal forskningsverksamheter.

Begränsningar hos utvärdering

Bland forskare är det vedertaget att det är mycket svårt att avgöra om en narkotikapolitik är verkningsfull eller inte. Experter och yrkesfolk varnar för de svårigheter som aktualiseras i samband med en effektutvärdering av en offentlig politik: man måste ta hänsyn till ”lager av komplexitet” och ”en mångfald av samband mellan orsak och verkan”. Det kan nämligen vara svårt att upptäcka ett eventuellt orsakssamband mellan en narkotikapolitik och de kort- och långsiktiga effekterna av denna eftersom det finns så många olika insatser och effekter som skall mätas och eftersom även externa faktorer (bl.a. socioekonomiska förhållanden och subkulturer) kan påverka situationen. En del forskning tyder på att narkotikaproblemet kanske är mer beroende av beteende- och samhällsfaktorer än av politiska insatser.

Dessutom kan det faktum att narkotikamissbruk är olagligt innebära ett allvarligt hinder för uppgiftsinsamlingen, som är ett helt nödvändigt verktyg för varje utvärderingsprocess, något som leder till att många viktiga aspekter av narkotikaproblemet inte upptäcks. Man måste därför

noggrant tänka igenom hur man skall utvärdera narkotikapolitik, och utvärderingsresultaten måste tolkas med försiktighet.

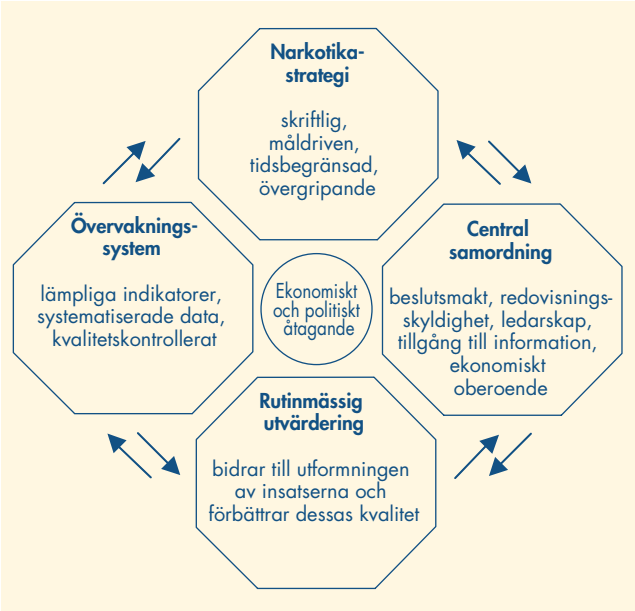
Slutsats

Att döma av de granskade uppgifterna förefaller de ”nationella narkotikastrategierna” i allmänhet tolka ”utvärdering” som att det innebär att man mäter genomförandet – framsteg, resultat och även misslyckanden – och så småningom gör någon form av bedömning av detta, snarare än att man utvärderar effekten på den övergripande narkotikasituationen. Detta är en viktig slutsats. De flesta länder som har haft ett narkotikaproblem i många decennier har nu förmågan (eller viljan) att via övervakningssystem skapa ett underlag för att mäta problemets omfattning och effekterna av deras insatser mot problemet. Man kan därför anse att narkotikapolitiken nu redovisas bättre än någonsin tidigare, vilket i sig är en betydande prestation.

Några få länder har gått längre och har tillkännagivit att de utöver att utveckla övervakningssystem även kommer att utvärdera genomförandet av den ”nationella narkotikastrategin” i den bemärkelsen att de avser att göra en vetenskaplig undersökning med syftet att bedöma värdet av hela eller delar av strategin. Hittills syns dock inga tecken på vetenskaplig effektutvärdering i samband med övergripande nationella narkotikastrategier.

I allmänhet uppges det finnas en mer sofistikerad utvärderingsprocess i de länder som arbetar på ett mer strukturerat sätt med sin narkotikapolitik, dvs. i de länder som har en skriftlig, målinriktad och övergripande ”nationell narkotikastrategi”, en central samordningsmekanism och i slutändan en nationell samordnare och ett välfungerande övervakningssystem (se figur 25). Ett mer strukturerat arbetssätt, vilket i sig tyder på ekonomiskt och politiskt engagemang, förefaller vara en nödvändig förutsättning för ett mer utvecklat angreppssätt

Figur 25: Huvuddragen hos ett strukturerat narkotikapolitiskt arbetssätt



när det gäller utvärdering av den nationella narkotikastrategin. Denna hypotes behöver naturligtvis bekräftas genom ytterligare forskning.

Genom att man nu i allt högre grad ägnar sig åt övervakning och bedömning, har kunskapen om narkotikaproblemet i EU ökat, vilket har berett vägen för bättre underbyggda beslut. Det är nu allmänt vedertaget i de gällande narkotikastrategierna att utvärdering har avgörande betydelse för möjligheterna att öppet redovisa politiken, uppnå resultat och använda de ekonomiska resurserna på ett ansvarsfullt sätt. Många projekt och enskilda insatser på narkotikaområdet innefattar redan en utvärderingskomponent, och om denna tendens nu utvidgas till att gälla alla mer omfattande narkotikainsatser kommer detta successivt att bidra till att göra de europeiska nationella narkotikastrategierna mer mätbara och mer verkningsfulla.

Temakapitel 2

Cannabisproblemen i sitt sammanhang — varför har efterfrågan på behandling ökat i Europa?

Inledning

Termen ”cannabis” används som beteckning på ett antal olika produkter som utvinns ur växten hampa eller cannabis (*Cannabis sativa* L.), en ettårig art som ursprungligen kommer från Centralasien och nu växer i många av jordens tempererade och tropiska områden. Det finns ett stort antal varieteter av *Cannabis sativa*, och dessa uppvisar stor variation i fråga om biologiska och kemiska egenskaper. Tre sorters olagliga cannabisprodukter förekommer på den europeiska narkotikamarknaden: ”marijuana” (eller ”cannabisväxtdelar”), som består av torkade blomställningar, stjälkar och blad från växten, ”hasch” (eller ”cannabisharts”), som består av de torkade bruna eller svarta hartsartade utsöndringarna från blomställningarna och oftast säljs i form av sammanpressade kakor men ibland förekommer i pulverform, och den klart ovanligaste produkten ”hascholja”, som är en klibbig trögflytande vätska.

Hampa har länge använts av människan. Växten har vid olika tider och i olika samhällen bl.a. varit en viktig fiberråvara för kläder och rep, ett inslag i religiösa ritualer, ett naturläkemedel och ett berusningsmedel. Globalt sett är cannabis nu den olagliga drog som framställs, handlas med och konsumeras i störst utsträckning (UNOCP, 2003a). Trots att drogen både har använts länge och är så populär i dagsläget, är våra kunskaper om folkhälsokonsekvenserna av cannabismissbruk fortfarande begränsade. På senare tid har det framkommit allt starkare belägg för att cannabismissbruk – i synnerhet intensivt cannabismissbruk – kan vara förknippat med ett antal hälsoproblem och sociala problem. Dessutom väcker det allt starkare oro att antalet cannabismissbrukare som söker hjälp hos den specialiserade missbrukarvården förefaller öka. Det är dock fortfarande oklart hur omfattande problem, och exakt vilka problem, som finns bland cannabiskonsumenterna i Europa. Det är också oklart i vilken mån den statistik som visar en ökande efterfrågan på behandling återspeglar att rapporterings- och remitteringspraxis har ändrats respektive att fler personer faktiskt behöver hjälp. För att kunna undanröja oklarheten på dessa punkter måste vi betrakta efterfrågan på cannabisbehandling i ett bredare perspektiv och ta hänsyn till hur konsumtionsmönstren nu förändras i Europa, till hur rapporteringssystemen förändras och utvecklas, och även till att själva drogen ändrar karaktär. Dessa aspekter är ämnet för detta temakapitel om cannabisproblemen i sitt sammanhang. Syftet är att möjliggöra en bättre underbyggd debatt om de potentiella folkhälsokonsekvenserna av cannabismissbruket, som ju är den vanligaste av alla former av narkotikamissbruk.

Lagstiftningsbakgrunden: rättsläget för cannabis i Europa

Vilka rättsliga påföljder som är lämpliga för dem som använder cannabis är fortfarande en ganska kontroversiell fråga i EU ([151]), och medlemsstaterna har klart olika inställning i frågan.

Cannabisberedningar klassificeras som narkotiska droger enligt förteckningarna I och IV i 1961 års FN-konvention om narkotika ([152]), som ersatte samtliga äldre konventioner på området. Enligt den konventionen skall det vidtas åtgärder för att göra ett stort antal handlingar – däribland innehav av narkotika – straffbara. Medlemsstaterna skall dock tolka och tillämpa konventionen mot bakgrund av förhållandena i det egna landet, och artikel 36.1 b tillåter alternativ som behandling, upplysning, eftervård, rehabilitering och återintegrering i samhället.

I praktiken innebär detta att cannabisbrotten behandlas olika inom EU. I vissa länder har det utfärdats åklagarriktlinjer eller rättsföreskrifter med anvisningar om hur vissa typer av cannabisbrott skall hanteras; ofta är den rekommenderade rättsliga gången olika för vad som anses vara mer respektive mindre allvarliga brott. I vissa länder finns det nu också en trend att man vidtar behandlingsåtgärder som alternativ till åtal för användning och innehav av små mängder narkotika utan försvårande omständigheter. Dessutom kan strafflagstiftningen ta hänsyn till problemmissbruk genom att villkorlig åtalseftergift medges (som alternativ eller obligatoriskt) om brottslingen får rådgivning eller behandling. Sådana alternativa åtgärder gäller oftast missbrukare av samtliga droger, men efter ändringar under förra året i lagar eller riktlinjer i Belgien och Förenade kungariket nämns nu problemmissbrukare av cannabis uttryckligen, och avsikten är att sådana skall styras mot hjälp.

([151]) Se webbplatsen för den europeiska databasen över narkotikalagstiftning (ELDD) (http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml).

([152]) Se Internet (http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm).

Fysiska, psykiska och utvecklingsmässiga problem med koppling till cannabismissbruk ([153])

I medlemsstaternas nationella rapporter påpekas att det ökade antalet önskemål om behandling avseende cannabis sannolikt återspeglar att de problem som är särskilt förknippade med intensivt cannabismissbruk har blivit mer omfattande. Det bör dock noteras att det i allmänhet saknas systematiska och jämförbara uppgifter om de problem som cannabismissbrukare drabbas av. Den vetenskapliga kunskapsbasen på området är fortfarande under utveckling, men det framkommer nu allt mer övertygande belägg för att det finns en koppling mellan cannabismissbruk och en rad olika problem, även om det inte alltid står klart hur orsakssambandet ser ut. En översikt över litteraturen om problemen i samband med cannabismissbruk finns på Internet (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811).

Det är viktigt att skilja mellan de akuta (kortsiktiga) effekterna av cannabis och drogens långsiktiga eller kroniska effekter. När det gäller akuta effekter finns det rapporter om ett antal såväl negativa som positiva verkningar. Bland de negativa effekterna märks bristande uppmärksamhet, koncentrationssvårigheter, motoriska störningar (försämring av reflexer och koordination), problem med närminnet, ångest- och panikattacker och depression. De positiva effekterna är bl.a. eufori, avslappning och ökad sällskaplighet. De av drogens akuta effekter som inger störst oro är kortvariga droginducerade psykoser eller allvarliga panikattacker, ökad olycksrisk, särskilt vid bilkörning eller i riskfyllda arbetsmiljöer, och – bland ungdomar – försämrade skolprestationer (Hall m.fl., 2001).

Att fastställa de kroniska effekterna av cannabis är av ett antal skäl en mer komplicerad uppgift, inte minst därför att det är svårt att särskilja effekterna av cannabis från effekterna av kronisk användning av andra olagliga droger, tobak och alkohol. En av de främsta källorna till oro på detta område är dock en förhöjd risk för lungcancer och andra sjukdomar i andningsvägarna samt en koppling till utvecklingen av långvariga mentala hälsoproblem, bl.a. depression, psykoser och schizofreni. En annan aspekt av kroniskt missbruk som inger oro är att beroendebeteenden kan utvecklas. Frågan om i vilken utsträckning befintliga fakta tyder på att cannabismissbruk är en riskfaktor eller en orsaksfaktor för dessa problem eller har något annat mer komplicerat samband med dem diskuteras i den litteraturgenomgång som finns tillgänglig på Internet.

I de flesta medlemsstaterna är cannabis den olagliga drog som oftast förekommer i samband med rapporterade brott mot narkotikalagstiftningen, vilket inte är förvånande eftersom cannabis också är den drog som används mest ([154]). Till skillnad från andra droger som heroin förefaller det däremot inte finnas något starkt samband mellan cannabismissbruk och andra typer av brott.

Cannabismissbruk och mätning av problemens omfattning

Visserligen ger de överenskomna internationella diagnoskriterierna nyttig vägledning i fråga om definitionerna av ”skadlig droganvändning” (*harmful drug use*), ”missbruk” (*abuse*) och ”beroende användning” (*dependent use*), men det uppstår problem när man betraktar cannabis mot bakgrund av befintliga europeiska fakta ([155]). I synnerhet råder det stor variation i fråga om centrala mätningsfrågor. Meningarna är exempelvis tydligt delade om hur termer som ”intensiv användning” (*intensive use*), ”regelbunden användning” (*regular use*) och ”problematisk användning” (*problematic use*) skall definieras, och detta gör det svårt att jämföra resultat från olika studier. Dessutom är det bara i undersökningsarbetet som man har försökt mäta ”beroende” (*dependence*) eller ”missbruk” (*abuse*) på befolkningsnivån med tillämpning av ICD- eller DSM-definitionerna. Även här saknas det för närvarande standardiserade verktyg som skulle möjliggöra tillförlitliga jämförelser av uppgifter från olika studier eller avseende olika grupper.

Det sker dock en del arbete på detta område. Till exempel pågår det en fransk studie med syftet att ta fram en bättre definition av ”problematisk användning” och att utveckla särskilda verktyg för att mäta konsumtionsfrekvens och upplevd risk samt psykiska och fysiska effekter (Beck, 2003).

Det vanligaste måttet på missbrukets intensitet har hittills varit hur många dagar under en viss angiven period som drogen har konsumerats. Om någon dagligen eller nästan dagligen använder cannabis, ses detta oftast som en indikator på ”intensiv användning”. Att använda cannabis varje dag behöver inte innebära att man är beroende av drogen, men sannolikt skulle en betydande andel av varjedagskonsumenterna av cannabis uppfylla kraven för

([153]) En särskild monografi om cannabismissbruk och de därmed sammanhängande problemen kommer att publiceras första halvåret 2005. Specifik information om cannabismissbrukets effekter på hälsan och psyket finns på ECNN:s webbplats.

([154]) Se DRCrime tabell 5 i statistikbulletinen för 2004.

([155]) Definitioner av ”beroende” (*dependence*) och ”skadlig användning” (*harmful use*) finns i den internationella sjukdomsklassifikationen *International Classification of Diseases*, 10:e upplagan (ICD-10, Världshälsoorganisationen), koderna F10 till F19: psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av användning av psykoaktiva ämnen. En annan klassifikation som ofta används är *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4:e upplagan) (DSM-IV, American Psychiatric Association), där begreppen ”beroende” (*dependence*) och ”missbruk” (*abuse*) används.

”beroende” eller ”missbruk” enligt de vedertagna diagnoskriterierna (ICD-10, DSM-IV). Eftersom konsumtionsfrekvensen är relativt lätt att mäta och att harmonisera i enkäter, ingår detta mått i ECNN:s riktlinjer för den europeiska modellenkäten (*European Model Questionnaire*). För närvarande är det nio länder som redovisar uppgifter om konsumtionsfrekvensen för cannabis i denna form ([156]).

Trender för efterfrågan på behandling för cannabisproblem

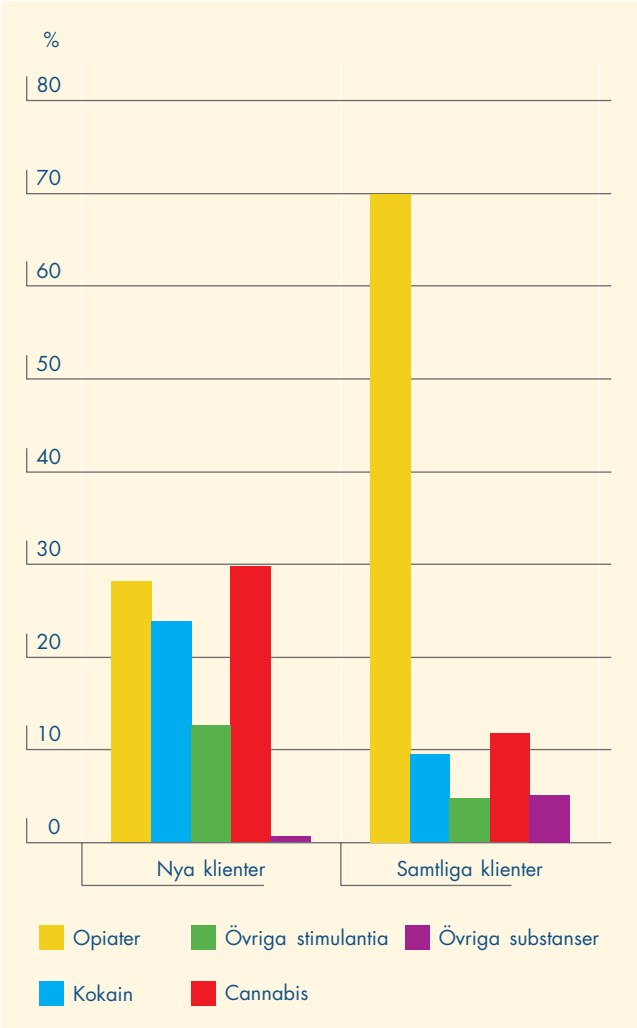
Cannabis är den olagliga drog som används mest i Europa, men bara en liten andel av dem som har testat drogen söker behandling. Trots detta är cannabis nu i många länder den näst vanligaste uppgivna primärdrogen i samband med specialiserad missbruksbehandling. Enligt uppgifter från indikatorn på behandlingsefterfrågan (TDI) (se s. 65), som samlas in från alla typer av specialiserad behandlingsvård, är det nu omkring 12 % av samtliga klienter och 30 % av förstagångsklienterna som uppges ha ett primärt cannabisproblem (se figur 26).

Andelen nya klienter (dvs. klienter som aldrig tidigare fått behandling) som söker behandling för cannabismissbruk varierar avsevärt mellan länderna – från nästan noll i Litauen till nästan hälften (48 %) i Tyskland – men ligger över lag högre än en femtedel (20 %) (se figur 27). Alla länder kan emellertid inte leverera uppgifter om ny efterfrågan på behandling och i den större uppsättningen uppgifter om all efterfrågan på behandling är cannabisproblemen mindre uppenbara.

Mellan 1996 och 2002 ökade antalet nya klienter som sökte behandling för cannabis som primärdrog från 3 713 till 12 493, enligt TDI-uppgifterna för de länder som har redovisat sådana uppgifter. Dessa klienter utgjorde år 2002 – i medeltal för de elva länder som redovisat uppgifter – 29 % av samtliga nya klienter, en ökning från 9 % år 1996 (uppgiftskällorna redovisas i figur 20). Alla dessa länder utom Grekland och Förenade kungariket ([157]) rapporterade visserligen en ökning av de nya cannabisklienternas andel i hela gruppen nya klienter, men ökningens storlek varierade från 6 % i Nederländerna till 31 % i Tyskland. Informationen i de nationella Reitox-rapporterna tyder på att antalet personer som får behandling för primärt cannabismissbruk ökar även i några av de nya medlemsstaterna (se figur 28). En översyn av efterfrågan på cannabisbehandling som nyligen gjordes av det nederländska nationella systemet för information om alkohol och narkotika (LADIS) visade att 29 % av de nya klienter som påbörjade behandling 2002 uppgavs ha cannabisproblem och att gruppen av cannabisklienter visserligen var liten men växte för varje år. I översynsrapporten konstaterades det också att i förhållande till antalet personer i Nederländerna som använder cannabis är det fortfarande relativt få som söker behandling, även om denna andel nu växer.

Här måste det framhållas att man skall vara försiktig med att generalisera utifrån den konsoliderade europeiska datauppsättningen. Längre tidsserier av uppgifter avseende

Figur 26: Rapporterad primärdrog bland nya och samtliga klienter i missbrukarvården år 2002

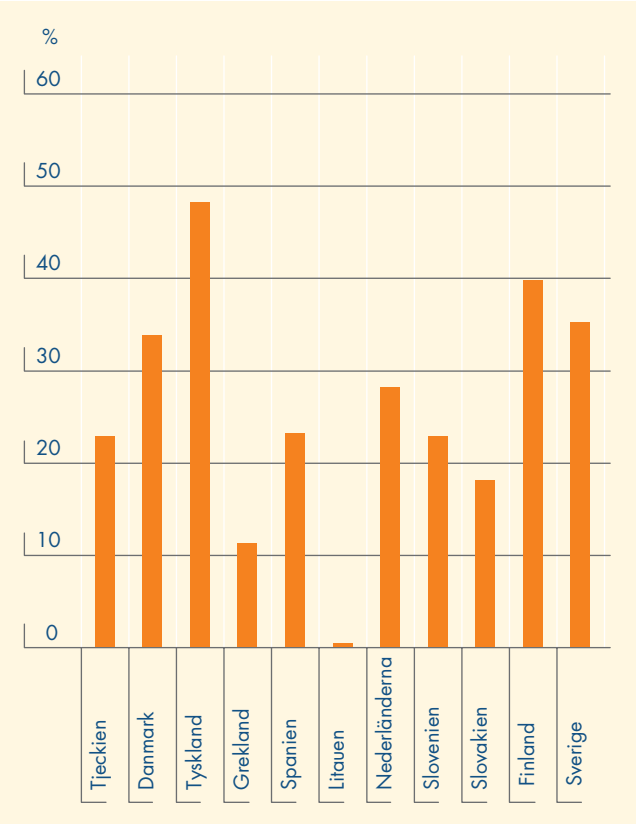


Anm.: *n* = 42 568 (nya klienter), 351 372 (samtliga klienter).
Länder som levererar uppgifter (nya klienter): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SL, SK, FI, SE.
Länder som levererar uppgifter (samtliga klienter): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SL, SK, FI, SE, UK
Viktat utifrån antalet klienter per land.
Källa: Nationella Reitox-rapporter 2003.

([156]) Grekland, Spanien, Frankrike, Irland, Italien, Lettland, Nederländerna och Portugal. Uppgifterna för Finland redovisas inte eftersom antalet personer som använt cannabis under den senaste månaden var så litet (35) i landets undersökning. Antal fall och procentandelar för varje land redovisas i GPSurvey tabell 7 i statistikbulletinen för 2004.

([157]) Uppgifter om nya klienter saknas för Förenade kungariket och information redovisas i de nationella rapporterna.

Figur 27: Cannabis som rapporterad primärdrog bland nya klienter i behandling under 2002



Anm.: Totalt antal fall: 42 421.
Källa: Nationella Reitox-rapporter 2003.

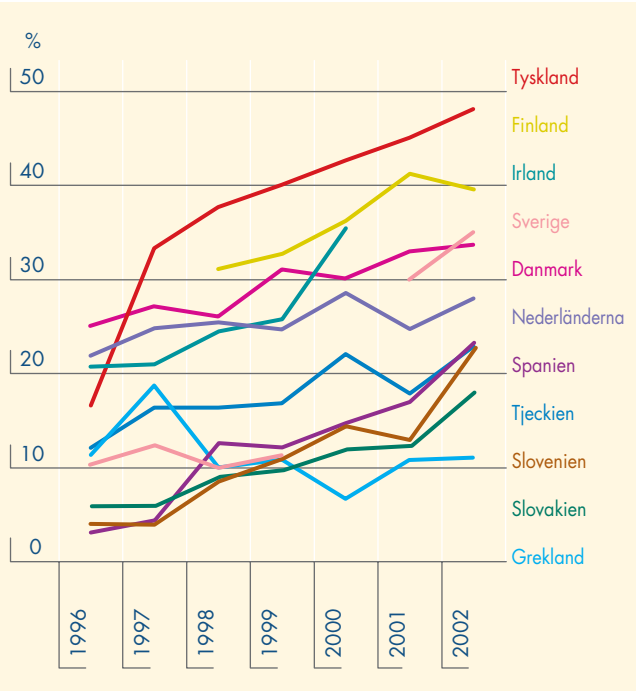
nya önskemål om behandling finns bara från elva länder. I detta sammanhang är det också viktigt att notera att den ökning av efterfrågan på cannabisbehandling som framgår av TDI-uppgifterna i hög grad påverkas av uppgifterna från Spanien och Tyskland, två länder där antalet redovisade fall av primära cannabisproblem har ökat särskilt kraftigt. När det gäller absoluta tal står dessutom Spanien för omkring 50 % av samtliga rapporterade önskemål om behandling.

Det är inte bara i Europa som efterfrågan på cannabisbehandling har ökat. I Förenta staterna, där man använder ett annat system för registrering av missbruksbehandling ([158]), ökade antalet fall av intagning för marijuanabehandling från omkring 20 000 år 1992 till nästan 90 000 år 2000 (SAMHSA, 2001; ECNN, 2003d).

När man funderar kring konsekvenserna av den ökande efterfrågan på cannabisbehandling aktualiseras följande nyckelfrågor:

- Beror den ökande behandlingsefterfrågan på att det har blivit fler människor som har fysiska och psykiska problem med koppling till sitt cannabismissbruk? Om så är fallet,
  - beror detta på att regelbundet intensivt cannabismissbruk har blivit vanligare?
  - återspeglar detta andra faktorer, t.ex. en eventuell ökning av cannabisens styrka?
- Kan denna ökning förklaras av faktorer som inte har att göra med ett ökat hjälpbehov, t.ex.
  - att systemet för behandlingsrapportering har fått bättre täckning,
  - att det nu finns fler typer av behandlingsinrättningar, i synnerhet en särskild behandlingsvård som vänder sig till tonåringar och ungdomar (Nationella Reitox-rapporter, 2003),
  - att cannabis nu hanteras på ett annat sätt inom det straffrättsliga systemet, i skolorna och av de organ som arbetar med ungdomar, så att fler personer som inte spontant skulle ha sökt hjälp nu remitteras till behandling?

Figur 28: Trender för cannabis rapporterad som primärdrog bland nya klienter i behandling: 1996–2002



Anm.: Behandling totalt (% av alla klienter).
Genomsnittstrender (%) inom länderna.
Länder som levererar: CZ, DK, DE, EL, ES, NL, SL, SK, FI, SE.
I Sverige är uppgifterna för 1996–1999 hämtade från sjukhusbehandling: antalet cannabisfall är således relativt lågt jämfört med andra år.
Källa: Nationella Reitox-rapporter 2003.

([158]) I Förenta staterna registrerar man antalet intagningar för behandling snarare än antalet personer. Dessutom ingår alkohol bland missbruksämnena, vilket inte är fallet i Europa. Se webbplatsen för SAMHSA (http://www.samhsa.gov); observera att man i Förenta staterna, Kanada och Australien använder termen "marijuana" eftersom termen "hashish" (hasch) är ovanlig.

Det är viktigt att få kunskap om i vilken omfattning var och en av dessa faktorer påverkar antalet personer i behandling. Ett första steg på vägen är att undersöka kännetecknen för de personer som påbörjar behandling och enligt noteringarna har ett primärt cannabisproblem. Analysen i det följande baseras på personer som utnyttjar behandlingsfaciliteter som ingår i öppenvården eller saknar fast lokal.

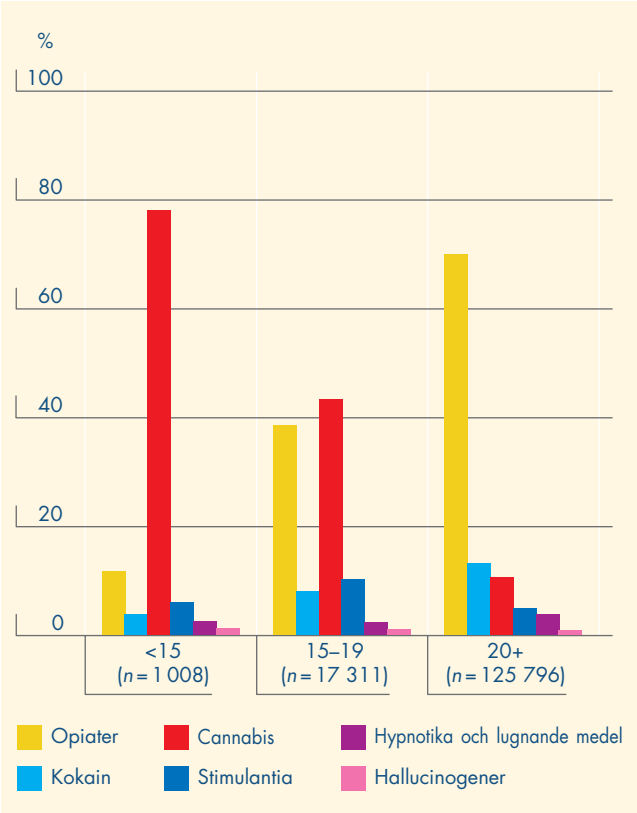
Cannabisklienternas kännetecken och missbruksmönster

Det finns ett antal standardalternativ för att ange varifrån de narkotikamissbrukare som påbörjar behandling har remitterats. Åtskillnad görs mellan dem som har "remitterat" sig själva (dvs. självmant sökt sig till behandling) och dem som har remitterats via andra inrättningar, t.ex. inom socialtjänsten eller det straffrättsliga systemet. De flesta cannabisklienter har remitterats till behandling av familj eller vänner, socialtjänsten eller det straffrättsliga systemet. Jämfört med andra droger är det en mindre andel av cannabisklienterna som självmant har sökt sig till behandling ([159]). Bilden är likartad i Förenta staterna och Kanada, där efterfrågan på behandling för marijuana som primärdrog till större delen inte härstammar direkt från missbrukarna (ECNN, 2003d).

En viktig skillnad mellan de olika remitteringsvägarna är att de som remitteras av familjemedlemmar eller sociala organ (ofta skolor) brukar vara yngre, mer sällan använder andra droger utöver cannabis och är mer integrerade i samhället, medan de klienter som remitteras av rättsliga myndigheter eller klassificeras som "självremitterade" tenderar att vara äldre och ofta använder även andra droger (Nationella Reitox-rapporter, 2003). I Tyskland och Finland, där andelen klienter med cannabis som primärdrog är störst, spelar de rättsliga myndigheterna och skolorna en viktig roll när det gäller att remittera cannabisklienter.

De cannabisklienter som tas in för behandling för första gången är till övervägande delen unga, varav 83 % är män, med en genomsnittsålder på 22–23 år. För övriga droger ligger andelen män något lägre och genomsnittsåldern är högre. Cannabis är primärdrog för nästan, 80 % av de klienter som klassas som "mycket unga" (under 15 år) och för 40 % av klienterna i åldern 15–19 år (se figur 29) ([160]). Även i dessa grupper dominerar männen, men andelen kvinnor är större än i klientgruppen som helhet. Skillnaderna i fråga om ålders- och könsfördelning i de olika länderna följer mer eller mindre de mönster som observerats för samtliga klienter.

Figur 29: Rapporterat primärt narkotikamissbruk bland behandlade i öppenvården, uppdelat efter åldersgrupp: 2002



Anm.: Samtliga klienter. Länder som levererar: DK, DE, ES, FI, EL, LU, HU, SE, UK. Män från Danmark och Förenade kungariket står för 56 % av samtliga klienter under 20 år i cannabisbehandling, och därutöver kommer 17 % från Spanien.
Källa: Nationella Reitox-rapporter, 2003; TDI-uppgifter från centrum för öppenvårdsbehandling.

Att cannabisklienterna är relativt unga återspeglas i att en så stor andel som 45 % av dem fortfarande studerar, att jämföra med bara 8 % av de klienter som behandlas för problem med andra droger. Vidare har 24 % av dem som behandlas för cannabisproblem fast arbete, och lika många är arbetslösa ([161]). På denna punkt skiljer de sig väldigt tydligt från de klienter som missbrukar droger som heroin. Cannabisklienterna uppger dessutom oftare än de som behandlas för problem med andra droger att de har en fast bostad ([162]), något som återspeglar att många av cannabisklienterna är studerande ungdomar som bor med sina föräldrar.

Missbruksmönstren bland de klienter som får behandling inom öppenvården för primärt cannabismissbruk varierar betydligt och avviker tydligt från de mönster som förekommer för andra typer av droger, särskilt opiater (se figur 30). Bland dem som behandlades för ett primärt

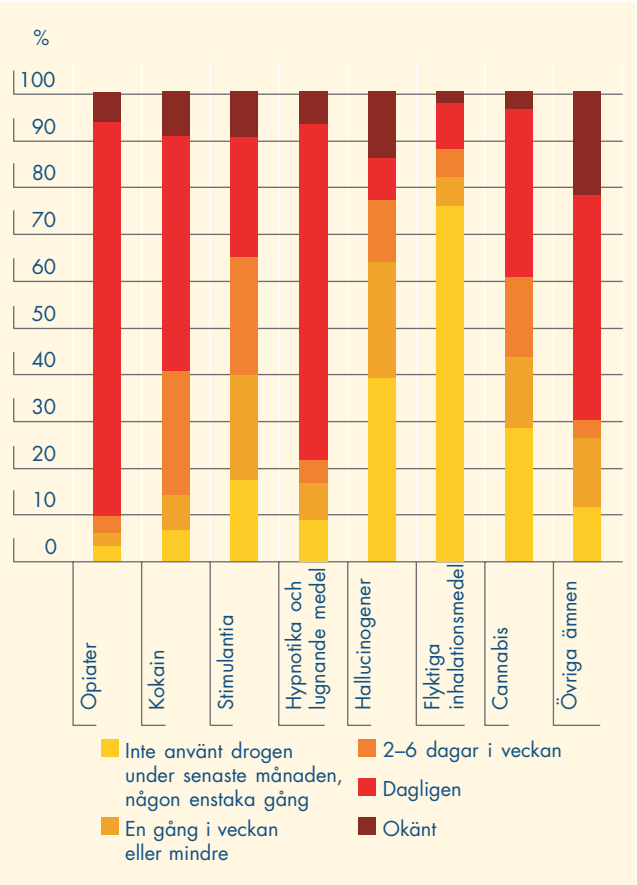
([159]) Se figur 22 OL: Remitteringskälla för samtliga klienter: för samtliga droger och för cannabis.
([160]) Se även TDI tabell 4 i statistikbulletinen för 2004.
([161]) Se figur 23 OL: Arbetsmarknadsstatus för cannabisklienter och samtliga klienter.
([162]) Se figur 24 OL: Boendeförhållanden för cannabisklienter och samtliga klienter.

cannabisproblem år 2002 konsumerade bara 36 % drogen dagligen och bara 17 % använde drogen oftare än en gång i veckan (2–6 gånger i veckan), 15 % använde drogen en gång i veckan eller mindre ofta än så, och 28 % använde den vid enstaka tillfällen eller hade inte använt cannabis under den senaste månaden. Av opiatmissbrukarna i behandling är det däremot 84 % som använder sin drog dagligen.

Andelen av behandlingsklienterna i öppenvården som använder cannabis dagligen varierar mellan länderna. De största rapporterade andelarna varjedagskonsumenter av cannabis finns i Nederländerna (80 %) och Danmark (76 %), medan andelen som använder drogen vid enstaka tillfällen uppges vara störst i Tyskland (41 %) ([163]).

Ju yngre man är vid cannabisdebuten, desto större är risken att man skall utveckla drogproblem i framtiden (Kraus m.fl., 2003). I Europa började 28 % av samtliga cannabisklienter i behandling 2002 använda drogen före 15 års ålder, och majoriteten (80 %) debuterade före 20 års ålder. Motsvarande andelar för opiater är 9 % respektive 42,8 % och för kokain 6 % respektive 26,5 %.

Figur 30: Frekvensfördelning för primärt narkotikamissbruk bland samtliga behandlade i öppenvården under 2002



Anm.: *n* = 109 699 (samtliga klienter). Länder som levererar: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ – alla typer av behandlingscentrum).
Källa: Nationella Reitox-rapporter, 2003; TDI-uppgifter från centrum för öppenvårdsbehandling.

De flesta länder rapporterar att de behandlingsklienter som har ett primärt cannabisproblem ofta uppvisar blandmissbruk. Detta kan bero på hur rapporteringssystemet är utformat – t.ex. om klienter med blandmissbruksproblem för enkelhetens skull alltid registreras som primärmissbrukare av cannabis. Det saknas dock kvantitativa uppgifter om hur stor andel av samtliga klienter som är blandmissbrukare. Det finns olikheter mellan de klienter som använder enbart cannabis och dem som använder cannabis i kombination med en annan drog (Nationella Reitox-rapporter, 2003): klienterna i den förstnämnda kategorin är oftast yngre och bättre integrerade i samhället (de har oftare arbete, deras utbildningsnivå tenderar att vara högre och sannolikheten för att de skall avbryta eller ha avbrutit sin skolgång är mindre). De vanligaste sekundärdrogerna bland klienter med cannabis som primärdrog uppges vara alkohol (32,9 %) och stimulantia (25,2 %) ([164]), även om fördelningen varierar från land till land.

Vissa cannabisklienter i behandling uppger också att de har injicerat andra droger, och vissa säger att de någon gång har injicerat trots att de för närvarande inte använder någon annan drog än cannabis. I Grekland år 2002 hade exempelvis 14,7 % av cannabisklienterna med ett registrerat sekundärt drogmissbruk injicerat under de senaste 30 dagarna, men 25,4 % av cannabisklienterna sade att de någon gång hade injicerat någon annan drog (Greklands nationella rapport, 2003). Det finns också information från Tjeckien (den nationella rapporten) som tyder på att upp till hälften av cannabisklienterna i vissa miljöer även injicerar.

Trender för behandlingsefterfrågan: faktorer i förändring

Ökningen av efterfrågan på behandling för primära cannabisproblem bör ses mot bakgrund av de förändringar som har skett i kännetecknen och mönstren för missbruket. Mellan 2000 och 2002 skedde det, i de länder som har redovisat uppgifter, en exceptionellt stor ökning av antalet remitteringar från rättsliga myndigheter, från familj och vänner och från socialtjänsten – med 103 %, 81 % respektive 136 % ([165]). Inga relevanta skillnader mellan länder kan urskiljas, bortsett från att man i Tyskland kunde konstatera att även andelen remitteringar från det straffrättsliga systemet ökade (från 21,7 % till 26,7 %).

Det finns inga tillförlitliga uppgifter om trenderna för cannabisklienternas sociodemografiska kännetecken, även

([163]) Se figur 25 OL: Jämförelse mellan användningsfrekvensen för opiat- och cannabisklienter.
([164]) Se figur 26 OL: Den vanligaste sekundärdrogen bland samtliga cannabisklienter per land och TDI tabell 9 i statistikbulletinen.
([165]) Se figur 27 OL: Remitteringskälla bland samtliga klienter, 2000–2002.

om några nationella rapporter (Tjeckiens, Frankrikes och Luxemburgs) beskriver en ökning av antalet klienter med skolproblem, sociala problem och psykiska problem. Mellan 2001 och 2002 ökade andelen varjedagskonsumenter bland cannabisklienterna från 31,7 % till 39,2 % ([166]), från vissa länder uppges att andelen varjedagskonsumenter är större bland de äldre klienterna (över 20 år).

Cannabis i befolkningen som helhet: från experimenterande till dagligt missbruk

Som har beskrivits ovan sker det mesta av cannabismissbruket fortfarande vid enstaka tillfällen eller under kortare perioder, trots att cannabismissbruket ökade markant i nästan samtliga länder under 1990-talet och trots att cannabis är den vanligaste typen av narkotika. De som löper den största risken att utveckla problem eller bli beroende är sannolikt de som använder drogen intensivt, men det är just på detta område som informationskällorna har sin största svaghet. Det är dock känt att de personer som uppger sig ha använt cannabis under de senaste 30 dagarna brukar vara unga män som bor i städer.

Andelen som har använt cannabis under de senaste 30 dagarna är en indikator på aktivt missbruk, och i denna andel ingår de som använder drogen intensivt. Enligt de senaste undersökningarna – om man bortser från Sverige (0,1 %) – uppger 1–7 % av samtliga vuxna och 3–12 % av de unga vuxna att de har använt cannabis under de senaste 30 dagarna. Det finns dock skillnader mellan länder, och andelen som har använt drogen under de senaste 30 dagarna är störst i Tjeckien, Spanien, Frankrike, Irland och Förenade kungariket. I de länder där det går att analysera trenderna för denna andel kan man se en ökning, dock inte drastisk.

Uppgifter som medger en detaljanalys av hur vanligt det är med cannabismissbruk under de senaste 30 dagarna finns från nio länder: Grekland, Spanien, Frankrike, Irland, Italien, Lettland, Nederländerna och Portugal samt Finland (redovisas inte). På ett undantag när (Lettland) var det bland dem som hade använt cannabis den senaste månaden ungefär en fjärdedel (19–33 %) som hade använt drogen dagligen eller nästan dagligen ([167]) ([168]). I dessa länder utgjorde varjedagskonsumenterna 0,5–2,3 % av befolkningen som helhet ([169]) och 0,9–3,7 % av de unga vuxna (15–34 år) (se figur 31). De flesta (76–92 %) av dem som sade sig ha använt cannabis under den senaste månaden var mellan 15 och 34 år gamla, vilket innebär att även varjedagskonsumenterna var koncentrerade till den åldersgruppen. Dessutom dominerar männen bland varjedagskonsumenterna, även om andelen män varierar från 62 % i Nederländerna till 92 % i Grekland.

Utifrån dessa uppgifter kan man göra en grov skattning av hur många personer i Europa som missbrukar cannabis intensivt. Om man antar att ungefär 1 % av befolkningen använder cannabis dagligen, skulle det i ett land med 25 miljoner invånare (i åldern 15–64 år) finnas 250 000 varjedagskonsumenter av cannabis. I hela EU, med en sammanlagd befolkning på 302 miljoner i åldern 15–64 år, skulle antalet vara omkring 3 miljoner.

Även bland de unga vuxna varierar det intensiva cannabismissbruket mellan årsklasserna och tenderar att vara vanligare bland de yngre. I 2002 års spanska skolundersökning uppgav 3,6 % av de 14–18-åriga eleverna att de dagligen eller nästan dagligen använde cannabis (en andel som ligger vid den övre gränsen för det intervall som konstaterats för vuxna i åldern 15–34 år). I den årliga franska undersökningen bland 17–19-åringar (ESCAPAD) var det en ännu större andel som sade sig ha använt cannabis dagligen under de senaste 30 dagarna – 9,2 % av pojkarna och 3,3 % av flickorna (Beck och Legleye, 2003).

Effekterna av beroende eller missbruk förefaller vara mindre allvarliga för cannabis än för andra droger. De flesta personer med ett intensivt missbruk av cannabis verkar vara relativt välintegrerade ungdomar som löper större risk att drabbas av andra sociala problem (trafikolyckor, avbruten skolgång, familjeupplösning) än att bli involverade i andra brottsliga verksamheter. Detta betyder att insatserna bör vara välavvägda och inte skapa ytterligare problem eller utanförskap.

Frågor rörande cannabisens styrka och dosering

Det har spekulerats om att en ökad styrka hos cannabisen delvis ligger bakom att problemen och därmed antalet intagna för behandling har ökat. När man försöker bringa klarhet i de aspekter som hänger samman med cannabisens styrka, de doser som de enskilda missbrukarna får i sig och

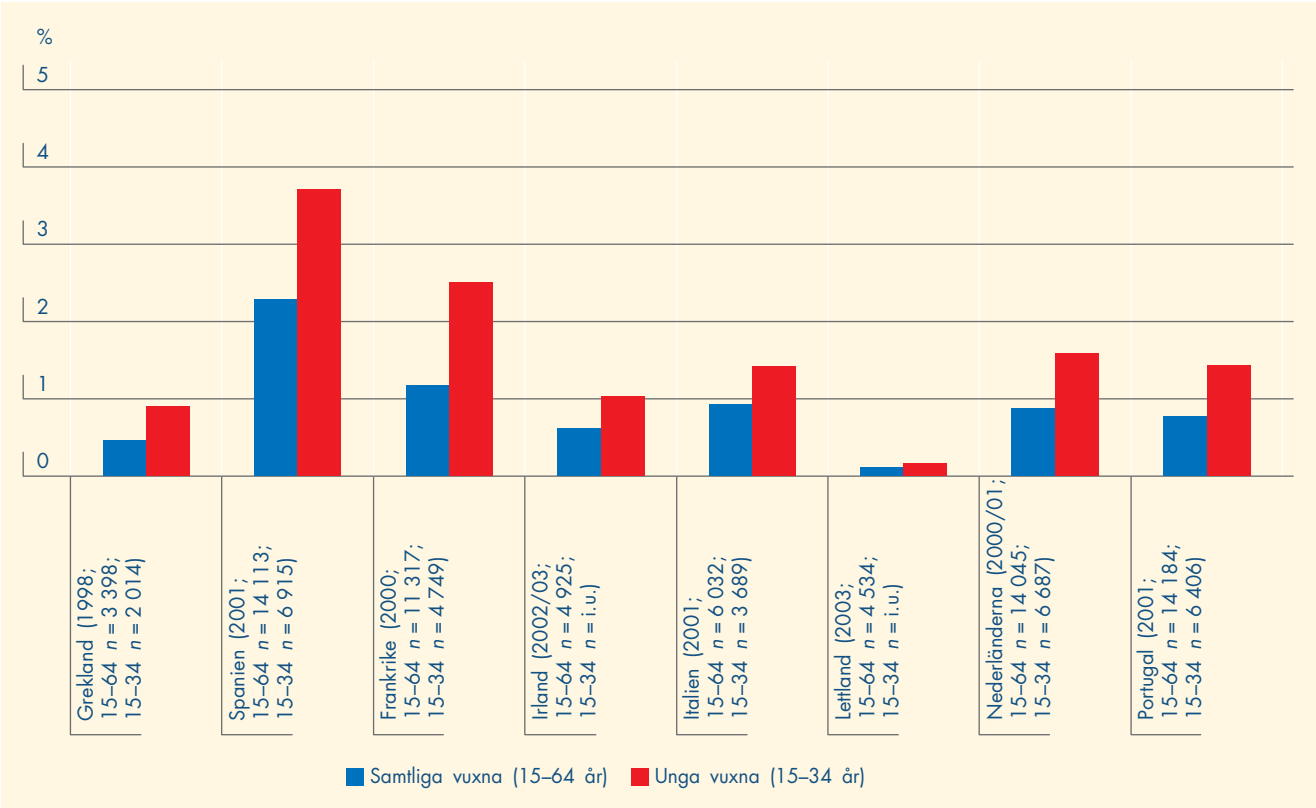
([166]) Se figur 28 OL: Konsumtionsfrekvens bland samtliga cannabisklienter och TDI tabell 8 i statistikbulletinen för 2004.

([167]) I detta avsnitt kommer det att hänvisas till ”användning under minst 20 av de senaste 30 dagarna”, vilket även betecknas som ”daglig eller nästan daglig användning”. Den europeiska modellenkäten gör det möjligt att samla in uppgifter om det exakta antalet konsumtionsdagar, men i rapporteringen av nationella uppgifter användes fyra separata kategorier för missbruksfrekvensen, och den högsta frekvenskategorin var ”minst 20 dagar”.

([168]) Se figur 29 OL: Andelen vuxna (15–64 år) som under den senaste månaden använt cannabis dagligen (eller nästan dagligen).

([169]) Andelen som använt drogen under den senaste månaden gånger andelen som använt drogen dagligen eller nästan dagligen, dvs. 6 % (andel som använt drogen senaste månaden) × 25 % (andel som använt drogen minst 20 gånger) = 1,5 %.

Figur 31: Andel som konsumerar cannabis "varje dag eller nästan varje dag" bland samtliga vuxna och unga vuxna i vissa EU-medlemsstater, uppmätt genom nationella befolkningsundersökningar



Anm.: Personer som använder cannabis varje dag eller nästan varje dag = användning över 20 dagar eller mer under månaden före intervjun.
Uppgifterna kommer från de senaste tillgängliga nationella undersökningarna i respektive land.
Åldersintervallet för samtliga vuxna är 15–64 år (Italien: 44 år) och för unga vuxna 15–34 år. Skillnader i åldersintervall kan orsaka smärre diskrepanser mellan länder.
Källa: Nationella Reitox-rapporter 2003, hämtat från rapporter om befolkningsundersökningar eller vetenskapliga artiklar. Se även Standard epidemiological tables i statistikbulletinen för 2004.

den sannolika effekten av detta på de akuta och kroniska problemen, ställs man inför ett antal komplicerade frågor. För att undersöka tillgängliga vetenskapliga fakta om cannabisens styrka har ECNN låtit göra en särskild studie, vars viktigaste resultat beskrivs i rutan på s. 90.

Cannabisens styrka är bara en av de faktorer som man måste ta hänsyn till när man beräknar den dos som en person får i sig under en viss period (Hall m.fl., 2001). Administrationssättet, röktekniken, den mängd cannabis som tas vid varje konsumtionstillfälle och antalet sådana tillfällen för den enskilde är alla minst lika viktiga vid beräkningen av nivån på den enskildes exponering. Mycket stark cannabis har alltid funnits att tillgå i större eller mindre utsträckning, och oron över detta är ingenting nytt. Det är också viktigt att notera att det inte framkommer om cannabismissbrukarna ändrar sitt beteende för att nå en önskad doseffekt. Därför måste man undersöka närmare i vilken mån stark cannabis nödvändigtvis leder till höga doser.

Att tillgodose behoven hos dem som har problem med koppling till cannabis

Förståelse för behoven hos dem som söker hjälp för cannabisproblem är en grundläggande förutsättning för att man skall kunna utveckla ändamålsenliga åtgärder. Analysen av indikatoruppgifterna om bl.a. behandlingsefterfrågan tyder på att både gruppen av cannabismissbrukare som remitteras till behandling och hela gruppen av cannabismissbrukare är heterogena och följaktligen har heterogena behov. Detta indikerar att det behövs ett spektrum av olika åtgärder, från prevention och insatser för att minska riskerna till formell behandling.
En fråga som kan föranleda oro är om det är lämpligt att hänvisa unga människor som bara vid enstaka tillfällen använder cannabis till specialiserade inrättningar för missbrukarvård. Svaret på denna fråga beror i hög grad på hur vården är organiserad och på i vilken mån klienterna kommer i kontakt med kroniska missbrukare av andra droger. Att hitta lämpliga remitteringsvägar för

Cannabisens styrka (*källa:* ECNN, 2004c)

1. EU-länderna fördelar sig på två olika grupper med avseende på om marijuana eller hasch är den oftast konsumerade produkten. Bland de länder som har redovisat information var hasch vanligast i Tyskland, Irland, Portugal och Förenade kungariket, medan marijuana var vanligast i Belgien, Tjeckien, Estland, Nederländerna och Österrike.

2. Det har inte funnits någon markant uppåtgående trend i fråga om styrkan hos den marijuana och det hasch som importeras till Europa. I alla EU-länderna – utom möjligen Nederländerna – är den största delen av den konsumerade cannabisen importerad, även om det för närvarande saknas systematiska uppgifter om tillgången på inhemskt producerad marijuana.

3. Inomhusodling av cannabis förekommer i viss utsträckning i alla europeiska länder. I Nederländerna uppskattar man att inomhusodlad cannabis utgör över hälften av den konsumerade cannabisen.

4. Marijuana som odlas inomhus med hjälp av intensivmetoder (t.ex. hydroponiska system med konstgjord belysning, sticklingsförökning och reglering av dagsljusperioden) har oftast en högre THC-halt än den importerade drogen. Även om styrkeintervallen för hemmaodlad marijuana och importerad cannabis kan överlappa varandra, kan den hemmaodlade cannabisen vara två till tre gånger starkare.

5. De generella ökningar av cannabisens styrka som har rapporterats i vissa länder beror nästan uteslutande på att konsumtionen av hemmaodlad cannabis ökat.

6. Om man tar hänsyn till de olika cannabisprodukternas marknadsandelar har den faktiska styrkan legat ganska stabilt på omkring 6–8 % i nästan alla länderna under många år. Det enda undantaget är Nederländerna, där den faktiska styrkan år 2001 hade nått upp till 16 %.

7. I Nederländerna har det inhemskt producerade haschet en särskilt hög THC-halt, men denna produkt är fortfarande ovanlig i Nederländerna och nästan okänd utanför landet.

8. I populärpressen har det hävdats att cannabisens styrka har blivit minst tio gånger så hög under de senaste decennierna, men detta påstående har inget stöd i de begränsade uppgifterna från vare sig Europa eller Förenta staterna. De största långsiktiga förändringarna av styrkan verkar ha skett i Förenta staterna, men man måste beakta att cannabisen var svag i Förenta staterna före 1980, med europeiska mått mätt.

9. Den övergripande slutsatsen av studien är att förändringarna i THC-halterna i stort sett är begränsade till den intensivt hemmaodlade cannabis som på senare tid har börjat säljas i EU. Dessutom noteras det att cannabisprodukternas THC-halt varierar extremt mycket. Det finns ett klart behov av att utveckla övervakningssystem som kan bedöma de olika cannabisprodukternas marknadsandelar och följa förändringar över tid. För närvarande saknas sådan information i stor utsträckning.

10. I studien anges ett antal viktiga områden där det måste vidtas åtgärder för att frågorna kring cannabisens styrka skall kunna utvärderas ordentligt. Bland annat måste man enas om terminologin för olika cannabisprodukter, kontrollen av marknadsinformationen måste förbättras, analysstandarderna, insamlingen och presentationen av uppgifterna på europeisk nivå måste bli bättre, och studier som undersöker sambandet mellan drogens styrka, rökbeteende och halterna av THC och dess nedbrytningsprodukter i blodet måste göras, och man måste också undersöka i vilken utsträckning mycket stark cannabis leder till ökad dosexponering och eventuella kopplingar till hälsoproblem. Det noteras att det finns skäl att överväga för- och nackdelarna med att vidta olika motåtgärder mot de olika cannabisprodukterna.

personer med olikartade mönster för cannabiskonsumtion är dock oavsett detta fortfarande en viktig fråga som förtjänar mer uppmärksamhet.

På preventionssidan är det få initiativ som särskilt har utformats med anledning av den ökade cannabiskonsumtionen bland ungdomar, eftersom preventionsarbetet sällan är drogspecifikt. Vissa medlemsstater rapporterar dock en ny utveckling på området, med två huvudsakliga strategier: dels betonar man risken för att ungdomar som använder cannabis skall få med det straffrättsliga systemet att göra, dels försöker man genom allmänna eller riktade massmediekampanjer att ändra på den rådande uppfattningen i vissa grupper om att cannabismissbruk är ett normalt beteende.

I Tyskland, Grekland, Irland, Finland och Förenade kungariket har man infört åtgärder för att minska de psykosociala konsekvenserna av förstagångsbrott avseende cannabiskonsumtion bland tonåringar. Ett relativt nytt exempel på detta (fr.o.m. år 2000) är FRED-programmet i Tyskland, som nu är verksamt i åtta förbundsstater och på

ett tidigt stadium erbjuder unga drogmissbrukare kortvariga insatser på frivillig basis ([170]). I Förenade kungariket arbetar vissa grupper som ägnar sig åt ungdomsbrottslingar (*youth offending teams*) på ett liknande sätt. Efter en förändring i fråga om hur vissa aspekter av cannabismissbruk hanteras av det straffrättsliga systemet, och sedan drogen klassificerats om (från klass B till klass C), är det innehav som är ett brott, inte konsumtion; innehav leder till en varning. Det finns en särskild process för hur unga människor (dvs. personer under 18) formellt skall varnas. I Förenade kungariket genomförde man en massmediekampanj för att befästa bilden av cannabis som något negativt och olagligt.

Ett annat relativt nytt initiativ är att man utvidgar preventionskampanjerna till att omfatta de "coffeeshops" där man kan köpa mindre mängder cannabis. Det rör sig om en kurs och en handbok för ägare till "coffeeshops" med syftet att förebygga drogrelaterade problem i dessa lokaler. Handboken innehåller information om cannabis, narkotikalagstiftningen, psykiska sjukdomar, första hjälpen, entreprenörskap och pedagogik. I Nederländerna finns det en tradition av individanpassade och direkta tillvägagångssätt när det gäller cannabiskonsumtion, något som illustreras av "hasch- och gräsveckan" ([171]) då tunga cannabismissbrukare håller gruppmöten där man diskuterar konsekvenserna av intensivt missbruk och risken för beteendeförändringar.

I viss utsträckning är dessa arbetssätt vid sidan av preventionsinslaget även inriktade på att minska missbrukets skadeverkningar. Trots det välkända sambandet mellan rökning och problem i luftvägarna och trots den stigande oron över de negativa hälsoverkningarna av intensivt cannabismissbruk är dock insatserna för att minska cannabismissbrukets skadeverkningar fortfarande föga utvecklade jämfört med de insatser som riktar sig till missbrukare av andra droger.

De behandlingsalternativ som står till buds för personer med cannabisproblem finns till största delen vid behandlingscentrum som erbjuder vård för klienter som är beroende av lagliga eller olagliga droger eller uppvisar andra beroendebeteenden. Behandlingar för cannabismissbrukare rapporteras från ett antal länder (Danmark, Tyskland, Grekland, Frankrike, Nederländerna, Österrike, Sverige och Norge), men i allmänhet förefaller denna sorts specialiserad vård ha extremt begränsad omfattning. I många länder behandlas problemmissbrukare av cannabis vid samma inrättningar som personer med allmänna drogproblem (Belgien, Tjeckien, Danmark, Tyskland, Spanien, Frankrike, Irland, Italien, Luxemburg, Nederländerna, Österrike, Portugal, Slovenien och Norge).

För det mesta behandlas personer med ett cannabisrelaterat problem tillsammans med klienter som behandlas för problemmissbruk av andra olagliga droger, oftast opioider. Eftersom många av dessa specialistcentrum för missbruksbehandling är utformade med tanke på behoven hos en ofta kaotisk och marginaliserad grupp, kan det diskuteras hur lämpliga de är för personer med mindre akuta behov, däribland huvuddelen av cannabismissbrukarna. Inom behandlingsorganen i medlemsstaterna är man medveten om detta, och ett antal länder påtalade i sina nationella Reitox-rapporter att det skulle kunna motverka sitt syfte och vara ofördelaktigt att blanda problemmissbrukare av cannabis med problemmissbrukare av heroin eller blandmissbrukare; detta anfördes som ett av skälen till att cannabismissbrukare inte bör behandlas inom slutenvården. Det är lättare att utforma program som är särskilt avpassade för cannabismissbrukare på öppenvårdsbasis. I den österrikiska nationella rapporten sägs att slutenvårdsbehandlingen, i den mån sådan behövs, bör ske vid en allmän ungdomspsykiatrisk avdelning snarare än vid en specialiserad enhet för missbruksbehandling. Bland de nyare initiativ för att tillgodose cannabismissbrukarnas behov som rapporteras av medlemsstaterna märks en svensk "handbok i kognitiv behandling" för kroniska missbrukare av cannabis och en nederländsk självhjälpswebbplats om problemmissbruk av cannabis samt införandet av akupunkturbehandling i Finland.

Slutsatser

Syftet med denna granskning var att sätta den konstaterade ökningen av den rapporterade efterfrågan på cannabisbehandling i ett bredare analyssammanhang. Granskningen har tydligt visat att många viktiga frågor med avgörande betydelse för en välunderbyggd politisk debatt i detta kontroversiella ämne fortfarande är obesvarade. Det står också klart att de fakta som finns inte utgör något skäl att måla upp katastrofscenarier, men att de inte heller gör det berättigat att förhålla sig helt passiv.

Personer med cannabisrelaterade problem står för en inte obetydlig del av önskemålen om behandling vid specialiserade inrättningar i vissa länder, och dessa personer utgör en viktig delgrupp i den större behandlingspopulationen. De flesta är unga män, ofta kring 20 år gamla, och de flesta började använda cannabis när de var 16 eller 17 år gamla.

([170]) Mer information om detta och andra preventionsprogram finns i ECNN:s databas EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

([171]) Se Internet (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385).

Cannabisklienterna uppvisar annorlunda missbruksmönster än de som konsumerar andra droger, och dessutom finns det stora inbördes skillnader mellan cannabisklienterna. Sannolikt är profilerna för de olika undergrupperna av cannabismissbrukare direkt relevanta för förståelsen av deras behov och därigenom för möjligheterna att erbjuda lämpliga åtgärder. Viktiga dimensioner i detta sammanhang är hur ofta klienterna konsumerar cannabis, i vilken mån de använder eller tidigare har använt andra droger och hur de har remitterats till behandling. I stora drag kan man utifrån de nationella rapporterna och TDI-uppgifterna urskilja två tydliga klientprofiler:

- Yngre missbrukare, ofta studerande, som har remitterats till behandling av familjen eller skolan och som konsumerar enbart cannabis eller ibland cannabis i kombination med alkohol eller stimulantia.
- Blandmissbrukare, som brukar vara äldre och mindre integrerade i samhället, som oftare har remitterats till behandling av rättsliga myndigheter, sjukvården eller socialtjänsten och som ibland tillhör gruppen av kroniska drogmissbrukare.

Dessutom finns det vissa belägg för att det finns en tredje grupp som remitteras till behandling av rättsliga myndigheter och som inte använder andra droger och förefaller använda cannabis bara vid enstaka tillfällen.

När det gäller hur kännetecknen för dem som efterfrågar behandling för primära cannabisproblem har förändrats över tiden, tyder den tillgängliga informationen på följande:

- Allt fler remitteras av det straffrättsliga systemet i några länder.
- Allt fler remitteras av familjen och av andra sociala stödnätverk (familj, vänner, socialtjänst, skola).
- En allt större andel använder cannabis intensivt (dagligen), även om varjedagskonsumenterna fortfarande är i minoritet.
- De sociala problemen och skolproblemen blir allt större i några länder, även om uppgifterna på detta område är bristfälliga.

När det gäller ökningen av behandlingsefterfrågan förefaller det som att ändringar i remitteringspraxis har haft en viss inverkan, och en betydande andel av dem som remitteras verkar inte vara intensiva drogmissbrukare. Trots detta kommer – åtminstone i vissa länder – en avsevärd del av behandlingsefterfrågan från enskilda personer med ett intensivt cannabismissbruk. Problemen i denna grupp är fortfarande dåligt beskrivna och det finns ett stort behov av forskning på detta område. Iakttagelsen att majoriteten av önskemålen om behandling kommer från mycket unga personer tyder på att man måste ägna särskild uppmärksamhet åt behov, remitteringsvägar och motåtgärder för denna grupp.

Det är också viktigt att vara medveten om att behandlingsefterfrågan inte direkt avspeglar cannabisproblemens omfattning och karaktär. Uppgifter från undersökningar avseende befolkningen som helhet tyder på att intensivt cannabismissbruk fortfarande är relativt ovanligt jämfört med missbruk vid enstaka tillfällen. Det utbredda missbruket av cannabis innebär dock att det kan vara ett betydande antal personer som ägnar sig åt intensivt cannabismissbruk – åtminstone under en viss del av livet.

De skattningar som har gjorts tyder på att intensivt cannabismissbruk kan beröra mellan 0,5 % och 2 % av den vuxna befolkningen och mellan 1 % och 3 % av de unga vuxna. Sannolikt är utbredningen betydligt större bland unga män. Det är svårt att utifrån resultaten från undersökningar göra sig en tydlig bild av hur många cannabismissbrukare som upplever problem eller blir beroende av drogen. Även om följderna av beroende eller missbruk är mindre allvarliga för cannabis än för andra droger, kan detta få betydande folkhälsoeffekter eftersom missbruket har så stor utbredning och eftersom många av de hårdast drabbade är så unga och därmed kanske använder drogen intensivt under viktiga utvecklingsskeden eller under perioder när de är särskilt sårbara. I socialt missgynnade familjer eller grupper kan beroende eller missbruk av cannabis förvärra de enskilda personernas problem genom att försämra möjligheterna till utbildning eller arbete.

Sammanfattningsvis finns det fortfarande ett mycket stort behov av forskning som belyser sambandet mellan de olika mönstren för cannabismissbruk och uppkomsten av problem. Det är fortfarande dåligt känt i vilken omfattning cannabismissbrukarna drabbas av problem och vilka slags problem det rör sig om. Det behövs metodverktyg för att bedöma problemen i befolkningen som helhet. Sådan information är en nödvändig förutsättning för att man skall kunna utveckla ändamålsenliga motåtgärder på folkhälsoområdet mot cannabismissbruket i Europa, för att dessa åtgärder skall kunna ges en lämplig inriktning och för att de skall kunna genomföras på ett effektivt sätt.

Temakapitel 3

Samförekomst (komorbiditet) av narkotikamissbruk och psykisk sjukdom

Inledning

Samtidig förekomst av psykisk sjukdom och narkotikamissbruk – även kallat komorbiditet eller dubbel diagnos – är ingenting nytt. På senare år har dock denna fråga fått ökat utrymme i den politiska debatten och i diskussioner bland fackfolk eftersom det har blivit tydligt att ett stort och sannolikt växande antal människor är drabbade. Detta kapitel handlar om samtidig förekomst av psykiska störningar eller beteendestörningar och narkotikamissbruk. I själva verket är det ofta lämpligare att tala om ”multimorbiditet” (samförekomst av fler än två sjukdomar) eftersom de drabbade ofta också lider av kroppsliga sjukdomar som hiv- eller hepatit C-infektion och av sociala ”störningar” som familjeproblem, arbetslöshet, fängelsestraff eller hemlöshet. Vård- och behandlingsorganen är ofta oförmögna att hantera diagnos- och behandlingsbehoven hos denna klientgrupp – de bortser från och/eller klarar inte av vissa delar av helhetsbilden för klienternas problem. Resultatet blir ofta att dessa klienter, som brukar ha ett stort behandlingsbehov, skickas från den ena vård- eller behandlingsinrättningen till den andra samtidigt som deras situation hela tiden förvärras.

Observera att sambandet mellan cannabismissbruk och psykiska störningar diskuteras mer ingående i temakapitlet om cannabis (s. 83).

Definition

”Komorbiditet” eller ”dubbel diagnos” definieras av Världshälsoorganisationen (WHO) som ”samförekomst hos en och samma person av en störning avseende missbruk av ett psykoaktivt ämne och en annan psykisk störning” (WHO, 1995). Enligt FN:s organ för narkotika- och brottslighetsfrågor (UNODC) är en person med dubbel diagnos ”en person som har fått diagnosen alkohol- eller narkotikamissbruksproblem vid sidan av en annan diagnos, oftast psykiatrisk, t.ex. affektiv störning eller schizofreni” (UNODCCP, 2000). Med andra ord avser ”komorbiditet” här samtidig förekomst av minst två psykiska störningar eller personlighetsstörningar, varav en är problematiskt narkotikamissbruk.

Etiologi

När man försöker fastställa etiologin för (dvs. orsakerna till) komorbiditet, hamnar man lätt i en diskussion som liknar den om hönan och ägget: vilket kom först? Den befintliga forskningen om orsakssambanden mellan psykiska störningar och missbruksstörningar ger inget entydigt svar. Symptomen av psykiska störningar och missbruksproblemen samspelar med och påverkar varandra.

Forskningsrönen tyder på att psykiska störningar och beteendestörningar oftast uppträder före narkotikamissbruk. Med andra ord ökar dessa störningar de berördas benägenhet för missbruksproblem (t.ex. Kessler m.fl., 2001; Bakken m.fl., 2003). Psykiska störningar kan dock även förvärras av narkotikamissbruk (t.ex. vad gäller depression, McIntosh & Ritson, 2001) eller inträda parallellt.

Narkotikamissbruk kan också ses som ett inslag i eller ett symptom på en psykisk störning eller en personlighetsstörning, och som ett försök till självmedicinering (t.ex. Williams m.fl., 1990; Murray m.fl., 2003). Att narkotikamissbruk lindrar besvärande symptom ökar sannolikheten för att ett beroende skall utvecklas. När narkotikamissbruket upphör, t.ex. när en person slutar med droger eller i samband med substitutionsbehandling, kan symptomen återkomma. Akuta droginducerade psykoser uppträder i synnerhet hos missbrukare av kokain, amfetaminer och hallucinogener, och oftast klingar psykosen av ganska snabbt. Det kan dock vara svårt att skilja mellan symptom som beror på drogförgiftning och psykotiska skov utan koppling till droger.

Krausz (1996) föreslår fyra kategorier av dubbel diagnos:

- En primärdiagnos på en psykisk sjukdom med därpå följande (dubbel) diagnos på narkotikamissbruk som inverkar negativt på den psykiska hälsan.
- En primärdiagnos på narkotikaberoende med psykiatriska komplikationer som leder till psykisk sjukdom.
- Samtidig diagnos på narkotikamissbruk och psykiska störningar.

- Dubbel diagnos på narkotikamissbruk och affektiv störning som båda härrör från en underliggande traumatisk upplevelse, t.ex. posttraumatiskt stressyndrom.

På liknande sätt skiljer man i den svenska nationella rapporten mellan psykiatripatienter som lider av komorbiditet och narkotikaberoende klienter med personlighetsstörningar som förvärras av narkotikamissbruket och som inte alltid har diagnostiserats korrekt.

Morel (1999) gör åtskillnad mellan icke-specifika psykiska störningar som återfinns bland narkotikamissbrukare och komplikationer som har direkt samband med narkotikamissbruk. De störningar som ofta förekommer bland narkotikamissbrukare är bl.a. följande:

- Ångeststörningar och depressiva störningar.
- Sömnstörningar orsakade av depression, ångeststörning eller psykos.
- Aggressivt och våldsamt beteende som tyder på antisociala, psykopatiska, schizofrena eller paranoida personlighetsstörningar.

De problem som har direkt samband med narkotikamissbruk är bl.a. följande:

- Läkemedelspsykoser som induceras av hallucinogena droger eller amfetaminer.
- Konfusionssyndrom.

Tack vare nyare neuropsykologiska och neurobiologiska studier samt utvecklingen av tekniker för visualisering av hjärnprocesser har det blivit möjligt att ställa upp hypoteser om samspelet mellan psykiska och fysiska trauman, hjärnans utveckling, effekterna av droger, stress och den mentala utvecklingen. Belöningssystemet har en avgörande roll för utvecklandet av beroende, och beroendet har kopplingar till strukturförändringar och anpassningar i hjärnan på mikro- och makronivån (Berthel, 2001).

Enligt andra teorier finns det en koppling mellan vissa droger och vissa psykiska störningar. Bland annat har det föreslagits att heroin kan minska stress, lindra smärta och eliminera hotfulla röster hos personer med schizofreni och borderline-schizofreni; patienter med svåra psykiska sjukdomar använder dock inte heroin. Vidare har det påstått att kokain kan lindra depressiva tillstånd, undanröja beteendehämningar och ge narcissistiska personer utlopp för sin storvulenhet. Cannabis sägs kunna lindra spänningar, och ecstasy påstås kunna minska sociala hämningar (Verheul, 2001; Berthel, 2003).

Den irländska nationella rapporten för 2002 tog särskilt upp frågan om depression bland narkotikamissbrukare. Man utgick från resultaten av ett flertal studier och kom fram till att det finns en stark koppling mellan problematiskt narkotikamissbruk – särskilt av opiater och bensodiazepiner – och en hög depressionsfrekvens. I Tyskland har man undersökt förhållandet mellan sjukdomar till följd av narkotiska ämnen, depression och självmord och kommit fram till att självmordsrisken är tydligt förhöjd bland personer med en depressiv störning (Bronisch & Wittchen, 1998). Det är möjligt att vissa personer med depression medicinerar sig själva med opiater och bensodiazepiner. Klienter i behandlingsprogram får nämligen lägre resultat på depressionstester än klienter inom lågtröskelvården (Rooney m.fl., 1999) eller lägre resultat vid behandlingsstarten (McIntosh & Ritson, 2001).

I en undersökning i Norge (n = 2 359) konstaterade man att en stor andel av narkotikamissbrukarna hade upplevt allvarliga familjeproblem under barndomen och ungdomsåren: 70 % hade haft inlärnings- och beteendeproblem i skolan, 38 % hade mobbats och 21 % hade fått psykiatrisk behandling under barndomen och tonåren (Lauritzen m.fl., 1997). Kvinnliga narkotikamissbrukare som också lider av psykisk sjukdom har ofta varit offer för traumatiskt sexuellt utnyttjande (t.ex. Beutel, 1999).

Diagnos

Rutinmässig bedömning av om det förekommer psykiska störningar eller beteendestörningar ingår inte alltid i de diagnostiska standardförfaranden som genomförs i samband med att behandling påbörjas inom missbrukarvården. Utom vid vissa särskilt medvetna eller specialiserade inrättningar är det sällsynt att man inom missbrukarvården undersöker psykiska symptom och störningar.

Även bortsett från detta är det välkänt att komorbiditet är svårt att diagnostisera. Narkotikamissbruket och de störande beteenden som detta orsakar dominerar ofta den kliniska bilden och döljer de psykiatriska symptomen. Dessutom kan narkotikamissbruk orsaka symptom som nästan inte går att skilja från symptomen av psykiska störningar (Berthel, 2003), medan abstinens och akut förgiftning kan ge symptom som påminner om i stort sett alla sådana störningar (Liappas, 2001). Utöver detta kan depression och ångest ses som beståndsdelar i ”förgiftning–abstinens-cykeln”: symptom som tidigare lindrades av drogerna kan framträda när patienten inte längre tar droger eller under substitutionsbehandling.

Metodmässiga framsteg har också förbättrat diagnostiseringen av både psykiska störningar och störningar avseende narkotikamissbruk. Det finns nu ett brett spektrum av standardiserade och validerade verktyg för att

mäta psykiatriska symptom och personlighetsstörning, liksom ett antal verktyg för att bedöma nivån på missbruksmönster och beroende. ASI (Addiction Severity Index) är ett multifunktionellt verktyg som kan användas för diagnos, för planering och uppföljning av behandling och för forskning. En fördel med ASI är att det är ett multidimensionellt verktyg: det mäter tidigare och nuvarande problem på sju olika områden, nämligen hälsotillstånd, sysselsättning och "egenstöd", alkoholanvändning, droganvändning, rättslig status, familjeförhållanden och andra sociala relationer samt psykiatriska symptom (Krausz, 1999a; Öjehagen & Schaar, 2003). ASI är standardiserat och har översatts från engelska till de flesta andra europeiska språken (EuroASI) ([172]). Trimbos-institutet har utvecklat och testat anvisningar för diagnostisering och behandling av missbrukande klienter med ADHD (Eland & Van de Glint, 2001).

Prevalens

Det har gjorts ett stort antal studier med syftet att mäta prevalensen (utbredningen) av psykiska störningar och personlighetsstörningar samt mönstren för narkotikamissbruk både i befolkningen som helhet och bland psykiatripatienter och narkotikamissbrukare i och utanför behandling. Resultaten varierar stort i fråga om både antal och diagnoser – beroende på valet av studiepopulation och dennas tillgänglighet, urvalsmetoderna, färdigheterna och kompetensen på diagnosområdet, de använda diagnosverktygens validitet och tillförlitlighet samt studieperiodens längd.

I en genomgång av ett antal studier konstaterade Uchtenhagen & Zeiglgänsberger (2000) att den vanligaste psykiatriska diagnosen bland narkotikamissbrukare är personlighetsstörning (50–90 %), och därefter kommer affektiva störningar (20–60 %) och psykotiska störningar (20 %). Mellan 10 % och 50 % av patienterna uppvisar mer än en psykiatrisk störning eller personlighetsstörning i sin komorbiditet.

I en genomgång av internationella studier av psykopatologin hos narkotikaberoende personer tecknar Fridell (1991, 1996) en klinisk bild av komorbiditet i samband med narkotikamissbruk som har bekräftats av hans egna studier i Lund i Sverige. Tre huvudgrupper av störningar kan urskiljas: personlighetsstörningar (65–85 %), depressions- och ångesttillstånd (30–50 %) och psykoser (15 %). Verheul (2001), som granskade sex studier av behandlade missbrukare, konstaterade att personlighetsstörningar av antisocial typ (23 %), borderline-typ (18 %) och paranoid typ (10 %) var särskilt vanliga.

Många yrkesverksamma på narkotikaområdet tror att kombinationen narkotikamissbruk och psykisk sjukdom blir allt vanligare, även om vissa hävdar att detta beror på en ökad medvetenhet om frågan och/eller en omorganisation av hälso- och sjukvården. Enligt registret över utskrivningar från sjukhus i Finland ökade antalet behandlingsperioder som avsåg samtidiga narkotikamissbruksrelaterade och andra psykiska hälsoproblem från 441 år 1987 till 2 130 år 2001. Antalet behandlingsperioder för opiatmissbruk i kombination med psykiska störningar har trefaldigats sedan 1996. Detta ligger i linje med ökningen av narkotikamissbruket, även om det inte hävdas att det skulle föreligga något direkt orsakssamband. I Irland ökade andelen förstagångsintagna narkotikamissbrukare vid den psykiatriska slutenvården nästan fyrfalt mellan 1990 och 2001.

I den spanska nationella rapporten påpekas att den observerade ökningen av komorbiditeten delvis kan bero på att fler personer har blivit beroende av psykostimulantia.

Prevalensen av komorbiditet i behandlingsmiljöer

I tabell 7 redovisas uppgifter från vissa undersökningar om ett antal undersökningar av komorbiditeten i vissa missbruksbehandlingsmiljöer och vid vissa psykiatriavdelningar i medlemsstaterna. Tillgången är sämre på uppgifter om missbruksstörningar hos patienter inom psykiatrin än på uppgifter om psykiatriska störningar hos klienter i missbruksbehandling. Även om de studier som redovisas i denna genomgång inte är jämförbara, ger de en indikation om läget i EU-länderna. Det finns stora skillnader i fråga om vilka grupper som har studerats, vilka diagnoskriterier som har tillämpats, vilka verktyg som har använts och vid vilken tidpunkt diagnosen har ställts. Av de skäl som diskuteras ovan är det i många fall sannolikt att det förekommer underdiagnostisering.

En jämförande studie i Grekland och Frankrike visade att den sammanlagda frekvensen av psykisk sjukdom bland opiatmissbrukarna under behandling var ganska lika i de båda länderna men att det fanns skillnader i fråga om sjukdomsmönstren: prevalensen av affektiva störningar var högre bland de franska narkotikamissbrukarna än bland de grekiska (19 % mot 7 %) medan antisociala personlighetsmönster var mer prevalenta i det grekiska urvalet (20 % mot 7 %). Enligt författarnas tolkning beror dessa skillnader på att narkotikamissbruket är mindre utbrett i Grekland: "ju mer begränsad omfattning ett socialt oacceptabelt beteende har, desto högre är sannolikheten för att det är socialt avvikande personer som ägnar sig åt detta beteende" (Kokkevi & Facy, 1995).

I en norsk studie undersökte man könsrelaterade skillnader mellan blandmissbrukare (varav 85 % använde heroin) och alkoholister utan annat missbruk. Det studerade urvalet

([172]) Se ECNN:s databas över utvärderingsverktyg (http://eib.emcdda.eu.int).

Tabell 7: Prevalens av komorbiditet i behandlingsmiljöer i olika EU-länder

Land	Typ av miljö	Population	*n*	Prevalens av komorbiditet (%)	Diagnoser	Källa
Belgien	Psykiatriska sjukhus och psykiatriska avdelningar på allmänna sjukhus	Intagna för drogproblem (1996–1999)	18 920	86	Schizoida, paranoida, schizotypa: 86 % Depression: 50 % Personlighetsstörningar: 43 %	Databas över psykiatriska minimiuppgifter ([1])
Tjeckien	Terapeutiska samhällen	Boende klienter (2001–2002)	200	35	Personlighetsstörningar: 14 % Depression: 7 % Neurotiska störningar: 6 % Ätstörningar: 5 %	Tjeckiens nationella rapport ([1])
Tyskland	Behandlingscentrum	Opiatmissbrukare	272	55	Stresstörningar och somatoforma störningar: 43 % Affektiva störningar: 32 % Fobier: 32 % Depressiva episoder: 16 %	Krausz (1999a b) ([1])
Grekland	Fängelser och behandlingsvård	Opioidberoende män	176	86	Ångest: 32 % Affektiva störningar: 25 % Schizofreni: 6 %	Kokkevi & Stefanis (1995) ([1])
Spanien	Metadonbehandling	Opiatberoende personer	150	i.u.	Borderline: 7 % Antisocial störning: 6 % Social fobi: 6 % Depression: 5 %	Spaniens nationella rapport ([1])
Frankrike	Metadonbehandling	Opiatberoende personer	3 936	i.u.	Ångest: 4 % Depression: 3 % Beteendestörningar: 3 % Ätstörningar: 2 %	Facy (1999) ([1])
Irland	Psykiatrisk akut slutenvård	Förstagångsintagna med diagnosen drogberoende (1996–2001)	1 874	26	Depression: 21 % Schizofreni och andra psykoser: 11 % Personlighetsstörning: 19 %	Nationella systemet för rapportering om slutenvårdspatienter ([1])
Italien	Mentalvård	Personer som hela livet använt droger	58	> 22	Affektiva störningar: 22 % Ångest: 21 % Schizofreni: 16 %	Siliquini m.fl. (2002) ([1])
Luxemburg	Specialiserad missbrukarvård	Patienter som tidigare haft kontakt med psykiatrin, utom avgiftning (1996–2002)	380	32	i.u.	AST/RELIS (2002) ([1])
Nederländerna	Nederländernas befolkning	Drogberoende personer i åldern 18–64 år (1996)	i.u.	i.u.	Depression: 29 % Social fobi: 29 % Bipolär störning: 24 % Dystymi: 22 %	Ravelli m.fl. (1998) ([1])
Österrike	Olika behandlingsorgan (genomgång)	Missbrukklienter	i.u.	41–96	Personlighetsstörningar, antisociala störningar, borderline, narcissism	Österrikes nationella rapport ([1])
Portugal	Behandlingscentrumet (CAT) Xabregas	Missbrukklienter	596	> 73	Tvångsstörning: 73 % Depression: 72 % Somatisering: 60 % Paranoid ideation: 58 %	Portugals nationella rapport ([1])
Finland	Sjukhus	Narkotikarelaterade behandlingsperioder på sjukhus (2002)	2 180	29	Paranoid ideation: 58 % Psykotiska störningar 32 % Affektiva störningar 28 % Neurotiska störningar 10 % Personlighetsstörningar 29 %	Sjukhusens utskrivningsregister
Sverige	Universitetssjukhuset i Lund	Patienter på avgiftningsavdelning (1977–1995)	1 052	83	Antisocial störning: 23 % Samtliga psykoser: 14 % Depressiv störning: 11 %	Fridell (1996) ([1])
Förenade kungariket	Behandlingsinrättningar i samhället och inom slutenvården	Drogberoende patienter, 90 % opiatmissbrukare	1 075	> 33	Psykoticism Ångest Depression Paranoia	Marsden m.fl. (2000) ([1])

i.u.: ingen uppgift.
([1]) Ytterligare uppgifter om denna studie finns i onlineversionen av Årsrapporten i tabell 12 OL: Komorbiditetstabeller för olika länder.
Anm.: Uppgifterna i denna tabell gäller olika tidsramar (t.ex. diagnoser som ställts någon gång under hela livet eller förra året).

innefattade en mycket stor andel personer med psykiska störningar och personlighetsstörningar (93 %). Över lag var egentlig depression, enkel fobi och borderline-personlighetsstörning signifikant vanligare bland kvinnorna än bland männen. Samförekomst av missbruk och en antisocial personlighetsstörning var vanligast bland de manliga blandmissbrukarna (Landheim m.fl., 2003).

Prevalens i fängelser och i tvångsbehandling

Gruppen av fängelseinterner förtjänar särskild uppmärksamhet. Psykiska störningar förekommer, liksom narkotikamissbruk, mycket oftare bland interner än i befolkningen som helhet. Uppgifter från Irland tyder på att 48 % av de manliga internerna och 75 % av de kvinnliga är psykiskt störda, medan 72 % av männen och 83 % av kvinnorna i fängelserna uppger sig någon gång ha använt narkotika (Hannon m.fl., 2000). År 1999 hade 23 % av de problemmissbrukare av narkotika som var intagna på Wienpolisens häktningscentrum psykiska problem (Dialog, 2000). Återfallsfrekvensen bland narkotikamissbrukare som har suttit i fängelse är hög, och det finns en allt större medvetenhet om att fängelsevistelsen kan bidra till att förvärra problemen med den psykiska hälsan. Läget är än mer dramatiskt i fängelser där internerna avtjänar särskilt långa straff eller där säkerheten är särskilt hög.

I Sverige befanns mellan 72 % och 84 % av de vuxna i tvångsbehandling mot missbruk lida av psykiska problem vid sidan av sitt narkotikamissbruk (Gerdner, 2004). Av 46 drogberoende flickor i tvångsvård för barn och ungdomar hade två tredjedelar fått en psykiatrisk diagnos eller led av personlighetsstörningar (Jansson & Fridell, 2003).

Hinder för behandling av komorbiditet

Ett av de främsta hindren för diagnostisering och behandling av komorbiditet är att psykiatripersonal i allmänhet har ringa kunskap om missbruksbehandling och att personalen inom missbrukarvården i allmänhet inte vet så mycket om psykiatri. Dessa båda specialiteter har klart olika grundvalar: den ena bygger på medicin och naturvetenskap, den andra på psykosociala metoder och teorier. Dessutom är mentalvårdens filosofi oftast primärt inriktad på att slå vakt om individens och allmänhetens säkerhet medan missbrukarvården förväntar sig att klienterna i någon mån själva skall ha motivationen att genomgå behandling. Dessa olika utgångspunkter står ofta i vägen för ett övergripande och samlat synsätt.

Som redan har diskuterats, är det vanligt förekommande inom både psykiatrin och missbrukarvården att man inte upptäcker komorbiditet hos ett betydande antal personer. När patienter med dubbel diagnos söker behandling, tolkas deras akuta psykiatriska symptom ofta felaktigt som narkotikaorsakade symptom, eller också feltolkas abstinens- eller förgiftningstecken tvärtom som psykisk sjukdom. Alltför ofta är man inom mentalvården benägen att skicka personer med komorbiditet till missbrukarvården, varvid missbrukarvården omedelbart skickar tillbaka dem – eller omvänt. Vårdkontinuitet går inte att uppnå under sådana omständigheter. Även där diagnosen komorbiditet faktiskt ställs, tar man ofta ingen hänsyn till komorbiditeten i den fortsatta behandlingen (Krausz m.fl., 1999). Detsamma gäller för patienter inom psykiatrin som får diagnosen missbruksproblem: det görs normalt inga insatser med narkotikaanknytning för dessa patienter (Weaver m.fl., 2003). Dessa generaliseringar innebär naturligtvis inte att det inte finns ett antal psykiatri- och missbrukarvårdsenheter som faktiskt uppnår goda resultat på patienter med komorbiditet.

Identifierade narkotikamissbrukare bemöts dessutom ofta med misstänksamhet inom psykiatrin och kan vägras tillträde, något som ibland händer missbrukare som är stabila på substitutionsbehandling. På motsvarande sätt kan klienter utestängas från missbruksbehandling på grund av sina psykiska problem. I Spanien tar de flesta psykiatriavdelningar exempelvis inte emot patienter med missbruksstörningar, och personalen där saknar lämplig utbildning. En enkät bland österrikiska psykoterapeuter visade att bara vissa av dem är villiga att ta sig an narkotikamissbrukare som klienter (Springer, 2003). Från Italien rapporteras att det saknas tydliga regler för remittering av klienter från missbrukarvården till mentalvården och att det finns ett motstånd inom mentalvården som beror på bristande kunskap. I Norge uppges det vara svårt att bli remitterad från lågtröskelvården för missbrukare till psykiatrisk behandling.

I Grekland tar 54 % av programmen för missbruksbehandling inte emot narkotikamissbrukare med psykiska störningar. Inom den drogfria slutenvårdsbehandlingen i Slovenien, liksom i andra länder, kräver man inom behandlingsprogrammen att patienterna skall vara drogfria för att kunna tas in. För patienter med dubbel diagnos innebär detta ett allvarligt hinder, eftersom de för att bli helt drogfria skulle vara tvungna att upphöra med andra behandlingar, något som inte alltid är möjligt.

Behandlingens struktur

I den internationella litteraturen beskrivs tre modeller för behandling av komorbiditet:

1. *Sekventiell behandling:* Psykiska störningar och missbruksstörningar behandlas i tur och ordning, och det finns föga kommunikation mellan de berörda

vårdorganen. Patienterna får oftast behandling för de allvarligaste problemen först, och när de sedan är färdigbehandlade med avseende på dessa får de behandling för sina andra problem. Denna modell kan dock leda till att patienter skickas fram och tillbaka mellan vårdorgan, varvid inget enskilt organ kan tillgodose deras behov.

2. *Parallell behandling:* De båda störningstyperna behandlas samtidigt, och missbrukar- och mentalvården samverkar för att möjliggöra en sådan parallell vård. Ofta försöker man tillgodose de olika behoven på olika sätt, varvid psykiatrins medicinska modell kan komma i konflikt med missbrukarvårdens psykosociala inriktning.

3. *Integrerad behandling:* Behandlingen ges vid en psykiatrienhet, vid en enhet för missbrukarvård eller inom ett särskilt program eller organ för komorbiditetsbehandling. Man undviker remittering till andra enheter. I behandlingen ingår åtgärder för att öka motivationen, ändra beteenden och förebygga återfall, läkemedelsbehandling och sociala arbetssätt (Abdulrahim, 2001).

Den verklighet för komorbiditetsbehandlingen i EU som beskrivs i de nationella rapporterna är inte så lätt att dela in i dessa tre kategorier. Integrerad behandling anses vara det mest eftersträvansvärda, men detta är ett mål som är svårt att uppnå. Den relevanta forskningen kommer oftast från länder utanför Europa. Inom det nationella komorbiditetsprojektet i Australien (Commonwealth Department for Health and Ageing, 2003) har man utifrån en litteraturgenomgång kommit fram till att de olika tillvägagångssätten för hantering och vård av klienter med komorbiditet inte har studerats systematiskt eller utvärderats noggrant, något som delvis beror på att det är svårt att studera människor som samtidigt lider av psykisk sjukdom och narkotikamissbruksstörningar – bl.a. på grund av att dessa människors livsföring är så avvikande. En annan genomgång föranledde slutsatsen att det finns belägg för att integrerad behandling av personer med dubbel diagnos inverkar gynnsamt på utfallet både för den psykiska hälsan och för missbruksproblemen (Drake m.fl., 1998). Det har bara gjorts en enda studie där man har jämfört integrerad och parallell behandling, och där kunde man inte uppmäta några signifikanta skillnader. Någon jämförande studie av integrerad och sekventiell behandling har inte gjorts.

Sekventiell behandling

Vissa experter, bl.a. i Danmark (Andreason, 2002), Förenade kungariket (Department of Health, 2002a) och Norge (Sosial- og helsedepartementet 1999), menar att behandlingsvården åtminstone för allvarligt psykiskt sjuka personer med narkotikamissbruksproblem bör ges inom psykiatrin, eventuellt under medverkan av utomstående missbruksbehandlare. I Danmark har man skapat formella förbindelser mellan mentalsjukhusen och den lokala missbrukarvården. I Luxemburg och Norge har psykiatrin vidtagit särskilda åtgärder för att nå personer som befinner sig i ett tidigt stadium av schizofreni – varav många har allvarliga narkotikamissbruksproblem – eftersom forskningen tyder på att tidig behandling förbättrar prognosen.

Enligt den tjeckiska nationella rapporten är det oftast lämpligt att betrakta missbruksproblem som mer akuta än psykiska problem, eftersom det är svårare att behandla psykiska störningar om den kliniska bilden förvrids av ett missbruk. För närvarande tar dock 10–20 % av de tjeckiska missbruksbehandlingsklienterna läkemedel som ordinerats av en psykiater, något som skulle ha varit otänkbart för några år sedan. Även i Grekland är det extremt sällsynt att klienter i missbruksbehandling får läkemedel mot psykiatriska symptom. I det grekiska straffrättssystemet anses emellertid psykiska störningar ha företräde framför narkotikamissbruk, och brottslingar som uppvisar komorbiditet tas in på psykiatriska sjukhus antingen i fängelserna eller ute i samhället (K. Matsa, personlig kommunikation, 2004). I Spanien vårdas narkotikamissbrukare normalt inom missbruksbehandlingssystemet och remittering till psykiatrin sker bara när störningarna är så allvarliga att det krävs inläggning på sjukhus.

En del fackfolk har länge ansett att man helt bör undvika att behandla narkotikamissbrukare med läkemedel på grund av risken för ett kombinerat beroende, t.ex. av heroin och bensodiazepiner, men denna inställning börjar nu ifrågasättas (t.ex. Popov, 2003). I några fall finns det en tendens att skriva ut psykofarmaka i lika stor utsträckning till missbrukare som till andra patienter, beroende på att det saknas tid att göra nödvändiga undersökningar. I den österrikiska nationella rapporten påpekas det att missbrukarnas dåliga efterlevnad av anvisningarna gör det svårt att behandla psykiska tillstånd med läkemedel, och det påtalas också att kombinerad användning av narkotika och läkemedel i brist på adekvat kontroll kan leda till interaktioner mellan olagliga och förskrivna läkemedel eller till neutralisering av det förskrivna läkemedlets verkan.

Parallell behandling

Att ansvaret för en klient delas mellan en mentalvårdsenhet och en enhet för missbrukarvård enligt en modell med parallell behandling verkar vara sällsynt i praktiken. Lokala arbetsgrupper med företrädare för både missbrukarvården och mentalvården är dock ofta ett viktigt forum för att utbyta information, samarbeta och bygga nätverk. I

Tabell 8: Integrerad behandling i några europeiska länder

Land	Typ av integrerad behandling
Belgien	Planerad integrerad behandling är under förberedande utredning.
Tyskland	De första initiativen togs för 20 år sedan. Tillgången på integrerad behandling är fortfarande otillräcklig.
Grekland	Ett integrerat program startades 1995 och erbjuder två behandlingsalternativ beroende på hur allvarlig den psykiska störningen är. Resultaten har varit positiva.
Spanien	185 center gav vård åt 4 803 komorbiditetspatienter under 2002. En specialiserad integrerad enhet i Katalonien och ett terapeutiskt samhälle i Kantabrien för komorbiditetspatienter som behöver behandling inom slutenvården.
Nederländerna	Två specialiserade slutenvårdsavdelningar för integrerad behandling. Processutvärdering för utveckling av bästa praxis pågår.
Österrike	Samarbete mellan en enhet för missbruksbehandling och ett psykiatriskt sjukhus i närheten: några av sjukhusets psykologer arbetar vid enheten för missbruksbehandling. Klienterna förblir i missbruksbehandling och remitteras bara till sjukhuset om de psykiatriska symptomen blir alltför svåra.
Förenade kungariket	Flera integrerade behandlingar i olika samhällsmiljöer. Flera praktiserande läkare med inriktning på dubbel diagnos har utsetts och arbetar inom missbrukarvården eller i mentalvårdsarbetslag.
Norge	Ett integrerat projekt kopplat till ett psykiatriskt centrum i Oslo. Uppföljning och utvärdering under upp till två år, med inriktning på basbehov som bostad, arbete, sociala förmåner och sociala relationer.

Frankrike, Italien och Nederländerna finns det officiella föreskrifter eller anvisningar som säger att missbrukarvården skall ha en nära samverkan med psykiatrin – helst inom ramen för formella regionala överenskommelser – kring remitteringsrutiner och utbyte av klinisk information (Olin & Plaisait, 2003). Över hälften av de nederländska patienterna med dubbel diagnos anser dock inte att sådana överenskommelser resulterar i en bättre vård (Van Rooijen, 2001).

I Luxemburg och Österrike får personalen inom missbrukarvården följa upp sina klienter när dessa remitteras till psykiatriska sjukhus. I de brittiska riktlinjerna framhålls att fackfolk från både missbrukarvården och mentalvården bör delta i vårdplaneringen för klienter med dubbel diagnos, så att behandlingsgången kan prioriteras på lämpligt sätt (Department of Health, 2002a).

Integrerad behandling

Denna modell innebär att en och samma grupp sköter behandlingen av båda störningarna. En fördel är att klienten inte får två motstridiga budskap. I några länder försvåras denna sorts integrering av att de administrativa systemen (bl.a. i Spanien) eller finansieringssystemen (bl.a. i Tyskland) är separata.

I de flesta länderna finns det bara ett fåtal specialiserade integrerade program eller enheter för komorbiditetspatienter och utbudet är långt ifrån att motsvara efterfrågan – något som framgår av tabell 8, som visar den tillgängliga informationen.

Konkret förverkligas integrerad behandling vanligtvis på så sätt att man anställer psykiatrer inom missbrukarvården och/eller missbruksbehandlare inom mentalvården. Detta kanske är den mest lämpliga lösningen i mindre regioner där det inte är praktiskt genomförbart att bygga upp specialiserade integrerade kliniker. I Spanien finns det sedan 2002 en möjlighet för allmänpraktiserande läkare som arbetar inom missbruksbehandling att få titeln ”specialist inom psykiatri” om de klarar ett prov och har dokumenterad erfarenhet av att arbeta med patienter som har psykiska störningar. I Portugal måste behandlingscentrumen ha minst en psykiater i personalen för att kunna bli ackrediterade och certifierade. Det är dock inte alla psykiatrer inom missbrukarvården som har den specialistkunskap och den utbildning som krävs för behandling av narkotikamissbrukare, och det kan behövas fortbildning.

”Case management”

”Case management” – att man tar ett helhetsgrepp på samtliga åtgärder avseende en viss person – som metod för att samordna behandlingen av klienterna så att den sekventiella eller samtidiga vården individanpassas och så att klienterna får hjälp att hitta rätt i behandlingssystemet verkar inte vara vanligt förekommande inom EU. Från Frankrike rapporteras att man nu håller på att bygga upp ett samarbete mellan missbruksbehandling och psykiatri i syfte att organisera gemensam intagning och ”case management” för patienter med psykiska störningar och narkotikamissbruk, detta samarbete begränsar sig dock ofta till ett enskilt fall. I Luxemburg, liksom i Nederländerna, har de yrkesverksamma nu insett att ”case management” är den mest ändamålsenliga metoden för att hantera patienter med

dubbel diagnos, men det är också en kostsam och tidskrävande metod som fordrar särskild yrkeskompetens. I några länder är man dock i färd med att införa en typ av ”case management” som kallas ”assertive community treatment” (se nedan).

Behandlingsmetoder och bästa praxis

Behandlingen av patienter med komorbiditet kännetecknas av många problem, ställer extremt höga krav på personalen och är ofta ett otacksamt arbete. Klienterna är ofta svårhanterliga på grund av sitt störande och aggressiva sociala beteende – särskilt de som har en mer ”dramatisk” typ av personlighetsstörning – och sin känslomässiga instabilitet. Det är vanligt att klienterna vägrar eller underlåter att följa behandlingens regler och krav, t.ex. att infinna sig till överenskomna möten eller ta sin medicin, och den desillusionering som vållas av detta förvärras genom att de personliga relationerna är föga givande. Framgångsgraden är i allmänhet låg och avhoppen många, vilket gör behandlingen tidskrävande och dyr samt frustrerande för personalen, som föga förvånande ofta upplever otålighet, undertryckta aggressioner och symptom på utbrändhet. Bristen på uppföljningsrutiner och eftervård leder till höga återfallsfrekvenser, och både de psykiska störningarna och missbruksstörningarna blir ofta kroniska. Å andra sidan har klienterna ofta många negativa möten med vården bakom sig och kan därför vara mer eller mindre starkt tveksamma till att låta sig behandlas.

Trots denna svåra situation ägnar de yrkesverksamma sig ständigt åt att söka efter och utveckla mer ändamålsenliga metoder. Regelbundna diskussioner om enskilda fall och ett intensivt samarbete över yrkesgränserna skulle kunna vara ett sätt att komma till rätta med den ömsesidiga bristen på förståelse bland personalen. Sådana insatser ger alla inblandade mer utförlig information om klienterna och underlättar utvecklingen av bästa praxis eller vårdstrategier. Behandlingens kvalitet är den faktor som är viktigast för möjligheterna att uppnå positiva resultat.

Precis som på så många andra narkotikaanknutna områden håller dokumentation, utvärdering och forskning på området komorbiditet erbarmlig kvalitet. Det finns långt ifrån några fakta som tydligt visar vilken typ av behandling som fungerar bäst. Organisationen Cochrane Collaboration har granskat ett antal program för psykosocial behandling (Ley m.fl., 2003). Materialet var begränsat: sex studier – varav fyra små – som samtliga över lag höll låg kvalitet i fråga om utformning och redovisning. Det huvudsakliga resultatet av granskningen blev att ”det inte finns några tydliga belägg för att någon form av narkotikamissbruksprogram skulle vara bättre för personer med allvarlig psykisk sjukdom än vård av standardtyp” och den slutsats som drogs var att ”ny specialiserad missbrukarvård för personer med allvarlig psykisk sjukdom bör ges inom ramen för enkla och välutformade kontrollerade kliniska prövningar”.

I en stor genomgång av internationell forskning om alkohol- och narkotikabehandling hittade man bara åtta randomiserade studier som rörde behandling av narkotikamissbrukare med svåra psykiska störningar (Jansson & Fridell, 2003). Avhoppsfrekvensen var extremt hög även före behandlingsstarten. Den kortsiktiga uppföljningen visade att slutenvård, närmare bestämt i terapeutiska samhällen, gav bättre resultat med avseende på levnadsförhållanden och narkotikamissbruk men inte med avseende på psykiatriska symptom.

Vissa drag är gemensamma för alla behandlingssituationer. Rekommendationerna nedan kommer från granskningar och metaanalyser av internationellt publicerade randomiserade kontrollerade studier av missbruksbehandling (Berglund m.fl., 2003):

1. Det bör finnas ett ständigt fokus på att ändra drogvanorna.
2. Insatserna bör vara mycket strukturerade.
3. Insatserna bör pågå under så lång tid att de kan få effekt.
4. Insatserna bör pågå i minst tre månader och helst under längre tid än så.

I Förenade kungariket har hälsodepartementets riktlinjer (Department of Health, 2002b) och ett antal forskningsprojekt och litteraturgenomgångar (t.ex. Crawford, 2001) fört frågan om dubbel diagnos högre upp på dagordningen. Evidensbasen är dock huvudsakligen nordamerikansk – mindre än 10 % av Crawfords sammanfattningar kommer från brittiska studier.

En nederländsk genomgång av internationella studier visar att en modell för ”case management” som kan tänkas vara effektiv är ”assertive community treatment” (aktivt uppsökande samhällsbaserad behandling och rehabilitering). Denna modell har strukturella aspekter (arbetsbelastning, lagarbete, samarbete med annan vårdpersonal), organisatoriska aspekter (tydliga kriterier för medtagande, begränsad intagning av nya klienter, beredskap för insatser i krislägen dygnet runt) och innehållsmässiga aspekter (stöd och vård i vardagliga situationer, ett aktivt arbetssätt, frekventa kontakter) (Wolf m.fl., 2002). I Birmingham i Förenade kungariket får de arbetslag som använder ”assertive community treatment” utbildning enligt ett handboksbaserat arbetssätt – kognitiv

och beteendemässig integrerad behandling. Arbetslagen erbjuds kontinuerligt stöd i sina arbetsinsatser, och de utvärderas med avseende på både process och utfall (Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association, 2003). I Norge prövar man nu att låta ett mindre antal integrerade arbetslag ägna sig åt "assertive community treatment".

Översikten nedan innehåller belägg för bästa praxis som redovisats av de nationella Reitox-kontaktpunkterna:

- En uppföljande studie av 219 opiatmissbrukare inom missbrukarvården i Hamburg visade en minskning av heroin- och kokainmissbruket under en tvåårsperiod, 47 % av missbrukarna uppvisade en positiv förändring i fråga om psykiska störningar (Krausz m.fl., 1999).
- En italiensk studie kom fram till att substitutionsbehandling med metadon inte gav väsentligen annorlunda resultat hos patienter med allvarliga respektive lindriga psykiatriska symptom vare sig i fråga om kvarblivande i behandling eller heroinmissbruk. Däremot förefaller klienter med allvarligare psykiska störningar behöva högre genomsnittliga metadondoser (Pani m.fl., 2003).
- Dialektisk beteendeterapi ([173]) är ett behandlingsalternativ som verkar vara särskilt väl lämpat för kvinnliga narkotikamissbrukare med svåra borderline-personlighetsstörningar och/eller självmordsbenägenhet. Beläggen kommer dock bara från ett fåtal studier. En nederländsk kontrollerad prövning av dialektisk beteendeterapi visade på positiva resultat för både experimentgruppen och den grupp som fick "vanlig" behandling i fråga om minskad förekomst av självdestruktivt beteende. Experimentgruppen uppvisade signifikant större minskningar av alkoholkonsumtionen, men däremot kunde det inte urskiljas några skillnader i fråga om narkotikamissbruk (Van den Bosch m.fl., 2001).
- I en svensk studie lät man patienter fylla i ASI-enkäten vid upprepade tillfällen under hela behandlingsperioden inom ramen för en modell för hållbar kvalitetsstyrning. Resultaten i samband med uppföljning två år efter utskrivning visade att 46 % av patienterna hade hållit sig drogfria. De patienter som hade dubbel diagnos uppvisade en mer svårartad ASI-problemprofil än de psykosfria patienterna. Över lag var förändringarna i personlighetsprofiler och symptom små, men för många patienter var livskvaliteten högre och livssituationen mer stabil vid uppföljningstillfället (Jonsson, 2001).
- I Förenade kungariket konstaterade Barrowclough m.fl. (2001) att kombinationen motiverande intervjuer, kognitiv beteendeterapi och familjeinsatser ledde till förbättringar hos patienter med schizofreni och narkotikamissbruksstörningar.
- En genomgång av norska behandlingsstudier avseende patienter med komorbiditet gav vid handen att aggressivt och impulsivt beteende bäst behandlades med konfronterande och strukturerad gruppterapi i kombination med familjeterapi. Patienter som var deprimerade eller hade stark ångest fick större utbyte av individuell psykoterapi och stödjande gruppterapi (Vaglum, 1996).

Forskning

Det har nyligen inletts ett forskningsprojekt rörande dubbel diagnos inom Europeiska kommissionens femte ramprogram för forskning och utveckling. Det handlar om en multicenterstudie som skall genomföras i Danmark, Frankrike, Polen, Skottland, England och Finland. Syftet är att beskriva vårdutbudet för patienter med dubbel diagnos i sju europeiska psykiatrimiljöer och att under en tolvmånadersperiod jämföra dubbeldiagnos- och enkeldiagnospatienter med avseende på morbiditet och vårdutnyttjande. De parametrar man kommer att studera är missbrukets svårighetsgrad, psykiatriska symptom, behandlingsföljsamhet, psykosocial funktion, socialt nätverk, återfallsfrekvens och dödlighet. Resultaten väntas föreligga år 2005 ([174]).

Utbildning

I de flesta länderna får läkare och sjuksköterskor under sin utbildning mycket lite undervisning om narkotikamissbruk och ännu mindre om problematiken kring dubbel diagnos. I Italien har det blivit vanligare med gemensam utbildning för mentalvårdspersonal och missbruksbehandlare, och i Nederländerna anordnar Trimbos-institutet kurser för personer ur båda dessa yrkeskategorier som ägnar sig åt behandling av patienter med dubbel diagnos. Andra länder rapporterar att det anordnas längre och kortare interna utbildningar, men dessa är inte tillräckligt systematiska och omfattande.

I Förenade kungariket har psykiatersammanslutningen Royal College of Psychiatry gjort en analys av utbildningsbehoven (Mears m.fl., 2001) hos en rad olika yrkesgrupper inom såväl mentalvården som missbrukarvården. Av de tillfrågade sade 55 % att de kände sig otillräckligt förberedda för arbete med klienter som lider av komorbiditet och ansåg sig behöva fortbildning.

([173]) Dialektisk beteendeterapi innebär att man tillämpar ett brett spektrum av strategier för kognitiv terapi och beteendeterapi på problemen i samband med borderline personlighetsstörning, däribland självmordsbeteende.

([174]) Se Internet (http://www.entermentalhealth.net/papers/kbm02.pdf).

Referenser

Abdulrahim, D. (2001), *Substance misuse and mental health co-morbidity (dual diagnosis). Standards for mental health services*, The Health Advisory Service, London.

Andreasen, J. (2002), Ansvaret for de psykotiske stofmisbrugere skal vara psykiatriens. *Ugeskrift for læger*, 51.

AST/RELIS (2002), Point Focal OEDT Luxembourg – Direction de la santé. Réseau national d'information sur les drogues et les toxicomanies – RELIS – Rapport national, PFN, Luxemburg.

Bakken, K., Landheim, S. och Vaglum, P. (2003), Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? *Alcohol and Alcoholism* 38, s. 54–59.

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N. m.fl. (2001), Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behaviour therapy, and family intervention for patients with co-morbidity schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 158, s. 1706–1713.

Baudis, R. (2004), A drug court type project for juvenile drug-related offenders in Germany. Conference's Acts: Substance Abuse, Drug Courts and Mental Health Treatment Services, Servizi Area Penale Carceri, Milano, 5–7 februari 2004.

Beck, F. (2003), *Dépistage de l'usage problématique de cannabis: échelle et référence* (provisorisk rapport), ESCAPAD, OFDT, Paris

Beck, F. och Legleye, S. (2003), *Drogues et adolescence: usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans évolutions récentes*, ESCAPAD 2002, OFDT, Paris.

Benschop, A., Rabes, M. och Korf, D. (2002), *Pill testing – ecstasy and prevention. A scientific evaluation in three European cities*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.

Berglund, M. m.fl. (red.) (2003), *Treating alcohol and drug abuse. An evidence-based review*, Wiley, London.

Berthel, T. (2003), Psychiatrische Komorbidität. I: Beubler, E., Haltmayer, H. och Springer, A. (red.) *Opiatabhängigkeit. Interdisciplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer, Wien.

Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D. m.fl. (2000), Overdosing on opiates. Thematic review. Part I – causes. *Drug and Alcohol Findings*, nr 4, s. 4–20.

Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D. m.fl. (2001), Overdosing on opiates. Thematic review. Part II – prevention. *Drug and Alcohol Findings*, nr 5, s. 4–18.

Beutel, M. (1999), Sucht und sexueller Missbrauch. *Psychotherapeut* 44, s. 313–319.

Bird, S. och Rotily, M. (2002), Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks – results from European prisons. *Howard Journal* 41 (2).

Bovenkerk, F. och Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*. Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht.

Bronisch, T. och Wittchen, H.-U. (1998), Komorbidität von suizidalem Verhalten, Sucht, Depression und Angststörungen. *Suizidprophylaxe* 1, s. 22–26.

Chinman, M., Imm, P. och Wandersmann, A. (2004), *Getting to outcomes 2004. Promoting accountability through methods and tools for planning, implementation, and evaluation*, RAND Corporation, Santa Monica.

CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the Secretariat*, FN, Ekonomiska och sociala rådet, Wien.

Commonwealth Department for Health and Ageing (2003), National Co-morbidity Project. Current practice in the management of clients with co-morbidity mental disorders and substance use disorders in tertiary care settings, Commonwealth of Australia, Canberra.

Crawford, V. (2001), *Co-existing problems of mental health and substance misuse ('dual diagnosis'): a review of relevant literature*, Royal College of Psychiatrists, London.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A. m.fl. (2004), Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey, *Health Policy for Children and Adolescents*, nr4, WHO Europe, Genève.

Deehan, A. och Saville, E. (2003), *Calculating the risk: recreational drug use among clubbers in the South East of England*, Home Office Online Report 43/03.

Department of Health (2002a), *Mental health policy implementation guide: dual diagnosis good practice guide*, Department of Health, London.

Department of Health (2002b), *Models of care for substance misuse treatment: promoting quality, efficiency and effectiveness in drug misuse treatment services. Full report for consultation*, Department of Health, London.

Dialog (2000), *Jahresbericht 1999*. Verein Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige, Wien.

Dolan, K. (1997–1998), Evidence about HIV transmission in prisons. *Canadian HIV-AIDS Policy and Law Newsletter* 3–4, s. 32–38.

Dolan, K., Rutter, S. och Wodak, A. D. (2003), Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 98, s. 153–158.

Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. m.fl. (1998), Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin* 24, s. 589–608.

DrugScope (2004), *Druglink* 19 (1) januari/februari 2004.

Dusenbury, L. och Falco, M. (1995), Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health* 65, s. 420–425.

Eland, A. och Van de Glint, G. (2001), *Diagnostiek en behandeling van ADHD binnen de intramurale verslavingszorg*, Trimbos Instituut, Utrecht.

ECNN (2001), Cocaine and crack (special issue). *Annual report 2001: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union*, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.

ECNN (2003a), *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union*. Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.

ECNN (2003b), *Årsrapport 2003: Situationen på narkotikaområdet i Europeiska unionen och Norge*, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.

ECNN (2003c), *Fokus på narkotika nr 11: Hepatit C: en dold epidemi*, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.

ECNN (2003d), *Cannabisklienternas internationella profil, expertmöte om behandlingsefterfrågan – möte med internationella organisationer (text på engelska)*, Lissabon den 24 juni 2003 (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1881).

ECNN (2004a) *European report on drug consumption rooms*, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.

ECNN (2004b), *Fokus på narkotika nr 13: Dödsfall*. Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.

ECNN (2004c), *An overview of cannabis potency in Europe, EMCDDA Insights 6*. Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.

ECNN (2004d), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. EMCDDA Monographs 7*. Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.

Eland, A. och Van de Glint, G. (2001), Diagnostiek en behandeling van ADHD binnen de intramurale verslavingszorg, Trimbos Instituut, Utrecht.

Emmanuelli, J. (2003), Siamois: Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie iv. I: Bello, J.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M. m.fl. (red.) *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, quatrième rapport national du dispositif TREND*, s. 263–267, OFDT, Paris.

Estebanez, P., Russell, N. K., Aguilar, M. D. m.fl. (2001), Determinants of HIV prevalence amongst female IDU in Madrid. *European Journal of Epidemiology* 17, s. 573–580.

European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV) (2004), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report, 2003, nr 70.* Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.

Europeiska kommissionen (1999), *Evaluating socio-economic programmes: glossary of 300 concepts and technical terms*, Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer, Luxemburg.

Europeiska kommissionen (2003), *Evaluating EU activities – a practical guide for Commission Services*, Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer, Luxemburg.

Europol (2002), *Serious crime overviews: counter money laundering, a European Union perspective*, Europol, Haag.

Europol (2003), *European Union organised crime report*, Europol, Haag.

Facy, F. (1999), *Toxicomanes et prescription de méthadone*, EDK, Paris.

Farrell, M. (2002), *Final Evaluation of the Pilot Drug Court*, Courts Service, Dublin.

FATF (2003a), *Annual report 2002–2003* (http://www.fatf-gafi.org).

FATF (2003b), *Combating the abuse of alternative remittance systems: international best practices*, FATF, Paris.

Flay, B. (2000), Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviours* 25, s. 861–866.

Fridell, M. (1991), *Personlighet och drogmissbruk. En forskningsöversikt. PM-serie 10*, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), Stockholm.

Fridell, M. (1996), Psykisk störning och narkotikamissbruk. Socialstyrelsen. Psykiskt störda missbrukare. SoS-rapport 1996, 14, Socialstyrelsen, Stockholm.

Gerdner, A. (2004), *Utfall av LVM-vård: översikt och syntes av hittillsvarande studier*. Bilaga 4 till LVM-utredningen, SOU 2004, 3, Tvång och förändring – Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård, Socialdepartementet, Stockholm.

GFATM Secretariat (2004), *The Global Fund Grant status report* (http://www.theglobalfund.org/en/files/grantsstatusreport.xls).

Giuliani, M. och Suligoi, B (2004), Italia n STI Surveillance Working Group. Differences between nonnational and indigenous patients with sexually transmitted infections in Italy and insight into the control of sexually transmitted infections. *Sexually Transmitted Diseases* 31(2), s. 79–84.

Gore, S. M. (1999), Fatal uncertainty: death-rate from use of ecstasy or heroin. *Lancet* 354, s. 1265–1266.

Hall, W., Degenhardt, L. och Lynskey, M (2001), *The health and psychological effects of cannabis use*, Monograph Series nr 44, 2 uppl., Commonwealth of Australia, Canberra.

Hannon F., Keleher C. och Friel, S. (2000). *General healthcare study of the Irish prison population*. Stationery Office, Dublin.

Hansen, W. (1992), School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980–1990. *Health Education Research* 7, s. 403–430.

Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S. m.fl. (2000), *The 1999 ESPAD Report: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.* Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) och Europarådets Pompidougrupp.

Hope, V., Ncube, F., de Souza, L. m.fl. (2004), Shooting up: infections in injecting drug users in the United Kingdom, 2002. Eurosurveillance Weekly 8(4): 22 januari 2004 (http://www.eurosurveillance.org/ew/2004/040122.asp).

INCB (2004a), *Report of the International Narcotics Control Board 2003*, FN, INCB, New York.

INCB (2004b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, FN, INCB, New York (http://www.incb.org).

Interpol (2002), *Activities report*, Interpol, Lyon.

Jansson, I. och Fridell, M. (2003), Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor, LVM och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden, SiS-rapport 1/03. Statens Institutionsstyrelse, Stockholm.

Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association (2003), Innovations in the treatment of addiction, Barcelona, 1–2 maj 2003.

Jonsson, S. (2001) Långstorps vård- och behandlingshem – En utfallsstudie. *Psykologexamensuppsats* Vol. III:20, Institutionen för psykologi, Lund.

Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola S., Andrade L. m.fl. (2001), Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys. *Psychiatrica Fennica* 32, s. 62–79.

Kokkevi, A. och Facy, F. (1995), Personality traits and psychopathology in drug addiction. *European Addiction Research* 1, s. 194–198.

Kokkevi, A. och Stefanis, C. (1995), Drug abuse and psychiatric co-morbidity. *Comprehensive Psychiatry* 36, s. 329–337.

Kraus, L., Augustin, R., Korf, D. m.fl. (2003), Cannabis use in France, Germany, Greece and Spain: has age of first use experience shifted towards younger age? (rapport).

Krausz, M. (1996), Old problems – new perspectives. *European Addiction Research* 2, s. 1–2.

Krausz, M. (1999), Ledarartikel. Addiction and mental health. *European Addiction Research* 5, s. 53–54.

Krausz, M. (1999), Komorbidität – Psychische Störungen bei Schwerstabhängigen; Forschungsstand und klinische Konsequenzen. I: Bellmann, G.U., Jellinek, C. och Westermann, B. (red.) *Mehr als Abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin*, s. 100–114. Deutscher Studienverlag, Weinheim.

Krausz, M., Verthein, U. och Degkwitz, P. (1999), Psychiatric co-morbidity in opiate addicts. *European Addiction Research* 5, s. 55–62.

Landheim, A. S., Bakken, K. och Vaglum, P. (2003), Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics, *European Addiction Research* 9, s. 8–17.

Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A. och Arner, O. (1997), A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: methods and findings. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift* 14, s. 43–63.

Ley, A., Jeffery, D. P., McLaren, S. och Siegfried, N. (2003), Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Review. *The Cochrane Library,* nr 4, Wiley, Chichester, Förenade kungariket.

Liappas, J. (2001), Drug addiction: a multidimensional therapeutic problem. *Itaca* 6, s. 9–22.

Lima, A.R., Lima, M. S., Soares, B. G. O. och Farrell, M. (2004a), Carbamazepine for cocaine dependence. Cochrane Review. *The Cochrane Library*, nr 2, 2004 (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002023.htm).

Lima, M. S., Reisser, A. A. P., Soares, B. G. O. och Farrell, M. (2004b), Antidepressants for cocaine dependence. Cochrane Review. *The Cochrane Library*, nr 2, 2004 (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002950.htm).

Long, J., Allwright, S. och Begley, C. (2004), Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons. *International Journal of Drug Policy*, under tryckning.

Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D. m.fl. (2000), Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the National Treatment outcome study. *British Journal of Psychiatry* 176, s. 285–289.

McIntosh, C. och Ritson, B (2001), Treating depression complicated by substance misuse. *Advances in Psychiatric Treatment* 7, s. 357–364.

McVeigh, J., Beynon, C. och Bellis, M. A. (2003), New challenges for agency based exchange schemes: analysis of 11 years of data (1991–2001) in Merseyside and Cheshire, United Kingdom. *International Journal of Drug Policy* 14, s. 399–405.

Mears, A., Clancy, C., Banerjee, S. m.fl. (2001), *Co-existing problems of mental disorder and substance misuse (dual diagnosis): a training needs analysis*, Royal College of Psychiatrists, London.

Migliori, G. B. och Centis, R. (2002), Problems to control TB in eastern Europe and consequences in low incidence countries. *Monaldi Archive of Chest Diseases* 57, s. 285–290.

Morel, A. (1999), Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie. *Interventions* 72, s. 35–40.

Moyle, P. (2003), *International drug court developments, models and effectiveness*, Pompidou Group Drug Court Project, Strasbourg.

Murphy-Lawless, J. (2002), *Fighting back: women and the impact of drug abuse on families and communities*, Liffey Press, Dublin.

Murray, R., Grech, A., Phillips, P. och Johnson, S. (2003), What is the relationship between substance abuse and schizophrenia? I: Murray, R., Jones, P., Susser, E. m.fl. (red.), *The epidemiology of schizophrenia*, Cambridge University Press, Cambridge.

Nationella Reitox-rapporter (2003) (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

Neale, J. och Robertson, M. (2004), Recent cocaine and crack use among new drug treatment clients in Scotland. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11(1), s. 79–90.

Nestler, E. J. (2001), Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction. *Nature Reviews Neuroscience* 2(2): 119–128.

Olin, N. och Plasait, B. (2003), *Drogue: l'autre cancer. Rapport de la Commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites*. Sénat, Paris.

Origer, A. och Delucci, H. (2002), *Étude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite des substances psycho-actives. Analyse comparative (1999–2000),* Séries de recherche no. 3, Point focal OEDT Luxembourg-CPR Santé, Luxemburg.

Paglia, A. och Room, R. (1999), Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention* 20(1), s. 3–50.

Pani, P. P., Trogu, E., Carboni, G. m.fl. (2003), Psychiatric severity and treatment response in methadone maintenance treatment programmes: new evidence. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems* 5, s. 23–36.

Pedersen, M. U. (2001), Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder. Del 1. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, Århus.

Popov, P. (2003), Alkohol. I: Kalina, K. m.fl. (red.) *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, Kapitola 3/1, Úřad vlády ČR – NMC, Prag.

Ravelli, A., Bijl, R. V. och Van Zessen, G. (1998), Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 40, s. 531–544.

Reitox national reports (2003) (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C. m.fl. (2003), Risk factors associated with drug use: the importance of 'risk environment'. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, s. 303–329.

Roeg, D. P. K., van de Goor, L. A. M. och Garretsen, H. F. L. (2004), When a push is not a shove: assertive care, Dutch-style. *Drugs and Alcohol Today,* vol. 4 (under tryckning).

Rooney, S., Kelly, G., Bamford, L. m.fl. (1999), Co-abuse of opiates and benzodiazepines. *Irish Journal of Medical Science* 168, s. 36–41.

SAMHSA, Office of Applied Studies (2001), *Trends in initiation of substance use*, 2001 National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA).

SAMHSA, Office of Applied Studies (2002), *Results from the 2002 National Survey on Drug Use and Health. National findings* (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#nhsdainfo).

Schifano, F., Oyefeso, A., Corkery, J. m.fl. (2003), Death rates from ecstasy (MDMA, MDA) and polydrug use in England and Wales 1996–2002. *Human Psychopharmacology and Clinical Exposure* 18, s. 519–524.

Seivewright, N., Donmall, D., Douglas, J. m.fl. (2000), Cocaine misuse treatment in England. *International Journal of Drug Policy* 11, s. 203–215.

Siliquini, R., Zeppegno, P. och Faggiano, F. (2002), Patologia psichiatrica e consumo di sostanze: descrizione preliminare dei casi di uno studio caso–controllo. I: Faggiano, F. (red.) *OED Piemonte – Rapporto 2002,* Osservatorio Epidemiologico Dipendenze, Turin.

Sosial- og helsedepartementet (1999), *Rapportane I, II, III, frå Arbeidsgruppa for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbodet for rusmiddelmisbrukarar.*

Springer, A. (2003a) *Different types of medically assisted treatment.* Konferens om monitorering av behandling, ECNN, Lissabon.

Springer, A. (2003b), Psychotherapeutische Aspekte. I: Beubler, E., Haltmayer, H. och Springer, A. (red.) *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer, Wien.

Stothard, B. och Ashton, M. (2000), Education's uncertain saviour. *Drug and Alcohol Findings* 3, s. 4–7, 16–20.

Stöver, H. (2001), Bestandsaufnahme 'Crack Konsum' in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote. Endbericht. University of Bremen, Institute for Drugs Research (BISDRO), Bremen.

Stöver, H. och Nelles, J. (2003), Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy* 14, s. 437–444.

Ter Bogt, T. och Engels, R. C. M. E. (2004). Party style: notice for and effects of MDMA at Rave parties. *Substance Use and Misuse* (under tryckning).

Tobler, N. (2001), Prevention is a two-way process. *Drug and Alcohol Findings*, nr 5, s. 25–27.

Tobler, N. och Stratton H. H. (1997), Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention* 18(1), s. 71–128.

Tobler, N. S., Roona, M. R. och Ochshorn, P. (2000), School-based adolescent prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention* 20, s. 275–336.

Uchtenhagen, U. och Zeiglgänsberger, W. (2000), *Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*, Urban & Fischer Verlag, München.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime, Wien.

UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime, Wien.

UNODC och Government of Morocco (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, Wien.

UNODCCP (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention) (2000), *Demand reduction: a glossary of terms*, FN, New York.

Vaglum, P. (1996) Psychopathology and substance abuse: clinical Lessons from six Norwegian Studies. *Psychiatria Fennica* 27, s. 55–67.

Van den Bosch, L. M., Verheul, R. och Van den Brink, W. (2001), Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates. *Journal of Personality Disorders* 15, s. 416–424.

Van Rooijen, M. (2001), Zendingswerk: dubbele diagnose kliniek. *Psy 5*, s. 24–28.

Verheul, R. (2001), Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry* 16, s. 274–282.

WCO (2003a), *Drug routes from Central Asia to Europe* (finns på WCO:s webbplats: http://www.wcoomd.org).

WCO (2003b), *An integrated international response to drug smuggling.* WCO, Bryssel.

WCO (2003c) *World money laundering report*, vol. 4, nr 10.

Weaver, T., Madden, P., Charles, V. m.fl. (2003), Co-morbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry* 183, s. 304–312.

WHO (1995), *Lexicon of alcohol and drug terms*, WHO, Genève.

Wiessing, L. och Kretzschmar, M. (2003), Can HIV epidemics among IDUs 'trigger' a generalised epidemic? *International Journal of Drugs Policy* 14, s. 99–102.

Williams, H., O'Connor, J. J. och Kinsella, A. (1990), Depressive symptoms in opiate addicts on methadone maintenance. *Irish Journal of Psychological Medicine* 7, s. 45–46.

Wolf, J., Mensink, C. och Van der Lubbe, P. (2002), *Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect.* Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid, Utrecht

Zuckerman, J. (2003), The place of accelerated schedules for hepatitis A and hepatitis B vaccinations. *Drugs* 63, s. 1779–1784.

Zurhold, H., Kreutzfeldt, N., Degkwitz, P. och Verthein, U. (2001), *Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Grossstädten*. Lambertus, Freiburg.

Öjehagen, A. och Schaar, I. (2003) Mentally ill substance abusers in Sweden: a 5-year follow-up of a multisite study of co-operation between psychiatric services and social authorities. I: Carrà, G. och Clerici, M. (red.) *Dual diagnosis: filling the gap*, John Libbey Eurotext, Paris.

Nationella Reitox-kontaktpunkter

Belgique/België
Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
Rue Juliette Wytsman 14/Juliette Wytsmanstraat 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Denise WALCKIERS
Tél. (32-2) 642 50 35 — Fax (32-2) 642 57 49
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Česká republika
Secretariat of the National Drug Commission Office of the Government of the Czech Republic
Nabř. Edvarda Beneše 4
118 01 Praha 1 — Malá Strana
CZ-Prague
Viktor MRAVČÍK
Tel. (420-29) 61 53 222/391 — Fax (420-29) 61 53 264
E-mail: mravcik.viktor@vlada.cz

Danmark
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67 Postboks 1881
DK-2300 København S
Else SMITH/Kari GRASAASEN
Tlf. (45) 72 22 77 60 — Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: esm@sst.dk, kag@sst.dk

Deutschland
DBDD — Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Roland SIMON
Tel. (49) 89 36 08 04 40 — Fax (49) 89 36 08 04 49
E-Mail: Simon@ift.de

Eesti
National Institute for Health Development (NIHD)
Department of Epidemiology and Biostatistics
Estonian Drug Monitoring Centre (EDMC)
Hiiu 42, Room 471
EE-11619 Tallinn
Ave TALU
Tel. (372) 6593 997 — Fax (372) 6593 998
E-mail: Ave.Talu@tai.ee

Ελλάδα/Greece
Greek Reitox Focal Point — UMHRI
University of Mental Health Research Institute
Soranou Tou Efesiou, 2
(PO Box 66517)
GR-15 601 Papagou — Athens
Manina TERZIDOU
Tel. (302-10) 6536 902 — Fax (302-10) 6537 273
E-mail: ektepn@ektepn.gr

España
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Carmen MOYA GARCÍA/Ana ANDRÉS BALLESTEROS
Tel. (34) 915 37 27 25/26 86 — Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: anaab@pnd.mir.es

France
Observatoire français des drogues et des toxicomanies
3, avenue du stade de France
F-93200 Saint-Denis
Jean-Michel COSTES
Tél. (33) 141 62 77 16 — Fax (33) 141 62 77 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Hamish SINCLAIR
Tel. (353-1) 676 11 76 ext 160 — Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie

Italia
Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, direzione generale per la Prevenzione e il recupero dalle tossicodipendenze e alcodipendenze e per l'osservatorio nazionale
Via Fornovo 8 — Pal. C
I-00192 Roma
Mariano MARTONE/Silvia ZANONE
Tel. (39) 06 36 75 48 01/06 — Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

Κύπρος (Cyprus)
Cyprus National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
Magnolia Centre, Offices 11–12,
32, Strovolos Avenue
CY-Nicosia 2018
Neoklis GEORGIADES
Tel. (357-22) 44 29 73 — Fax (357-22) 30 50 22
E-mail: neoklis@ektepn.org.cy, info@ektepn.org.cy (general matters)

Latvija
The State Centre for Drug Abuse Prevention and Treatment (Narcology Centre)
Hospitalu iela 55
LV-1013 Riga
Ieva MATISONE
Tel. (371-7) 37 77 83 — Fax (371-7) 37 23 37
E-mail: ieva.matisone@latnet.lv

Lietuva
Ministry of Health of the Republic of Lithuania
Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania
Vilniaus st. 33
LT-2001 Vilnius
Ernestas JASAITIS
Tel. (3705-2) 66 14 00 — Fax (3705-2) 66 14 02
E-mail: ernestas.jasaitis@vvspt.lt

Luxembourg
Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Alain ORIGER
Tél. (352) 47 85 625 — Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Magyarország
National Centre for Epidemiology
Gyáli út 2-6.
H-1097 Budapest
PO Box 64
Adrienn NYIRADY
Tel. (36-1) 476 11 00 — Fax (36-1) 476 12 23
E-mail: nyiradya@oek.antsz.hu

Malta
Maltese National Focal Point
Ministry of Family & Social Solidarity
Palazzo Ferreria
Valletta CMR 02
Malta
Anna GIRARD
Tel. (356) 25 90 32 17/32 20
E-mail: anna.girard@gov.mt

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

Österreich
ÖBIG — Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
Stubenring, 6
A-1010 Vienna
Sabine HAAS
Tel. (43-1) 515 61 60 — Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Polska
National Bureau for Drugs Prevention
ul. Dereniowa 52/54
PL-02-776 Warszawa
Janusz SIEROSŁAWSKI
Tel. (48-22) 641 15 01 — Fax (48-22) 641 15 65
E-mail: sierosla@ipin.edu.pl

Portugal
Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000 — 179 Lisboa
Nuno FREITAS/Maria MOREIRA
Tel. (351) 213 10 41 00/41 26 — Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Maria.Moreira@idt.min-saude.pt

Slovenija
Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
Trubarjeva 2
SI-1000 Ljubljana
Mercedes LOVREČIČ
Tel. (386-1) 244 14 79 — Fax (386-1) 244 15 36
E-mail: Mercedes.lovrecic@ivz-rs.si

Slovensko
Central Node of the Drug Information System
General Secretariat of the Board of Ministers for Drug Dependencies and Drug Control
Námestie slobody 1
SK-81370 Bratislava
Alojz NOCIAR
Tel. (421-2) 5729 5554 — Fax (421-2) 5729 5571
E-mail: alojz.nociar@government.gov.sk, alojz.nociar@vlada.gov.sk

Suomi/Finland
Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
PO Box 220
(Office: Lintulahdenkuja, 4 — 00530 Helsinki)
FIN-00531 Helsinki
Ari VIRTANEN
Tel. (358-9) 39 67 23 78 — Fax (358-9) 39 67 24 97
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sverige
Statens folkhälsoinstitut
(Kontor: Olof Palmes gata 17)
S-103 52 Stockholm
Bertil PETTERSSON
Tfn (46-8) 56 61 35 13 — Fax (46-8) 56 61 35 05
E-post: Bertil.Pettersson@fhi.se

United Kingdom
Sexual Health and Substance Misuse Policy
Department of Health, Skipton House
80 London Road
London SE1 6LH
United Kingdom
Alan LODWICK
Tel. (44-20) 79 72 51 21 — fax (44-20) 79 72 16 15
E-mail: Alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

European Commission/Commission européenne
Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs Coordination Unit/Direction générale de la justice et des affaires intérieures — Unité «Coordination de la lutte antidrogue»
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx — 46 3/186)
B-1049 Brussels/Bruxelles
Timo JETSU/Elsa MAIA
Tél. (32-2) 299 57 84 — Fax (32-2) 295 32 05
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int, Elsa.Maia@cec.eu.int

Norge
Statens institutt for rusmiddelforskning
PB 565 Sentrum
(Office: Øvre Slottsgate 2B)
N-0157 Oslo
Knut BROFOSS/Odd HORDVIN
Tel. (47) 22 34 04 00 — Fax (47) 22 34 04 01
E-mail: kb@sirus.no, odd@sirus.no

Bălgarija
National Centre for Addictions
117, Pirotska Str.
BG-1303 Sofia
Momtchil VASSILEV
Tel. (359-2) 83 13 079 — Fax (359-2) 83 21 047
E-mail: mvassilev@mbox.infotel.bg

România
National Anti-drug Agency
37, Unirii Bulevard, BL. A4 — Sector 3
RO-Bucharest
Angela PANTEA
Tel. (40-21) 326 47 87/323 30 30 ext. 21706
Fax (40-21) 326 47 87
E-mail: angelapantea@yahoo.com

Türkiye
TADOC Müdürlüðü
Necatibey Cd. No:108
TR-Anýttepe/Ankara
Ylhami HÜNER
Tel. (90-312) 412 75 00 — Fax (90-312) 412 75 05
E-mail: ihuner@tadoc.gov.tr

Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, 2004

Årsrapport 2004: Situationen på narkotikaområdet i Europeiska unionen och Norge

Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer
2004 — 113 s. — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-205-5

FÖRSÄLJNING OCH PRENUMERATION

Publikationsbyrån ger ut publikationer för försäljning, och dessa kan beställas från våra försäljningsställen i hela världen.

Hur gör man om man vill köpa en av publikationerna?

Välj ett kontor från listan över försäljningsställen och kontakta det för att göra en beställning.

Hur får man tag på listan över försäljningsställen?

- Gå till publikationsbyråns webbplats http://publications.eu.int/ eller
- skicka ett fax till (352) 29 29-42758 om du vill ha en papperskopia av listan.

16 17 5 TD-AC-04-001-SV-C

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 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 oumbärligt referensmaterial för den som vill ta del av de senaste rönen om narkotika i Europa.

Publikationsbyrån
Publications.eu.int

ISBN 92-9168-205-5
9 789291 682058