



Europeiska centrumet för kontroll
av narkotika och narkotikamissbruk

ISSN 1609-6207

ÅRSRAPPORT 2005

SITUATIONEN PÅ NARKOTIKAOMRÅDET
I EUROPA



Europeiska centrumet för kontroll
av narkotika och narkotikamissbruk

SITUATIONEN PÅ NARKOTIKAOMRÅDET
I EUROPA

ÅRSRAPPORT 2005

Rättsligt meddelande

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

En stor mängd övrig information om Europeiska unionen finns tillgänglig på Internet. Den kan nås via 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

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

Rapporten finns på spanska, tjeckiska, danska, tyska, estniska, grekiska, engelska, franska, italienska, lettiska, litauiska, ungerska, nederländska, polska, portugisiska, slovakiska, slovenska, finska, svenska, bulgariska, rumänska 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, 2005

ISBN 92-9168-233-0

© Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, 2005

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	9
Kommentar – kartläggning av narkotikatrenderna i Europa	11
Kapitel 1	
Den senaste utvecklingen inom politik och lagstiftning	18
Kapitel 2	
Skolor, ungdomar och narkotika	27
Kapitel 3	
Cannabis	36
Kapitel 4	
Stimulantia av amfetamintyp, LSD och andra syntetiska droger	44
Kapitel 5	
Kokain och crack-kokain	54
Kapitel 6	
Heroin samt injektionsmissbruk av narkotika	60
Kapitel 7	
Brottslighets- och fängelsefrågor	80
Referenser	85



Förord

Till årets årsrapport från Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk bifogas ytterligare direktanslutna delar, exempelvis vår nya statistikbulletin som är inne på sitt andra år och som har växt till att omfatta mer än 200 källtabeller med kvantitativa uppgifter som ger en mer detaljerad bild av narkotikasituationen i Europa.

ECNN har arbetat med Europeiska unionens medlemsstater i mer än tio år för att utarbeta en uttömmande bild av narkotikafenomenet i Europa. De nu tillgängliga uppgifternas kvantitet och kvalitet som ligger till grund för analysen i årsrapporten återspeglar inte endast tekniska landvinningar som de vetenskapliga arbetsgrupperna som lämnar informationen gjort utan också de politiska beslutfattarnas åtagande att investera i och stödja processen för insamling av uppgifter. Detta är ett konkret exempel på fördelarna med att arbeta tillsammans på EU-nivå. Medlemsstaterna skiljer sig inte endast åt vad gäller de narkotikaproblem de står inför utan också på vilket sätt de angripit problemen. Trots dessa skillnader har det nu trätt fram något som kan ses som ett EU-perspektiv på narkotikafrågan. Ett stort samförstånd finns nu om behovet att basera åtgärder på en välgrundad förståelse av situationen, att dela erfarenheter om vad som fungerar och att agera tillsammans när så är möjligt för att åstadkomma gemensamma fördelar. Dessa ambitioner finns i EU:s nya narkotikastrategi och handlingsplan mot narkotika och utgör också huvudtemata i vår rapportering här.

Vår årsrapport belyser många viktiga problemområden om hur drogmissbruk påverkar både medborgare och de samhällen de lever i. Vi fäster uppmärksamheten på de nya problem vi nu möter, exempelvis den ökande användningen av stimulantia, särskilt av kokain, i vissa

delar av Europa eller den fortsatta ökning av antalet unga européer som experimenterar med narkotika. Helt klart återstår mycket att göra för att förbättra motåtgärderna mot narkotikamissbruk i Europa. I rapporten kan vi trots detta peka på en positiv utveckling på ett antal områden, inte minst den övergripande expansionen av tjänster för de med narkotikaproblem och tecken på stabilisering eller till och med minskning av de skadligare aspekterna av detta fenomen. Rapporten belyser alltså inte endast huvudproblemen som vi står inför utan kastar också ljus över vad som troligen kan vara vägen mot att effektivt ta itu med narkotikaproblemen i Europa.

Vi gläder oss även i år över att kunna konstatera en ökning av tillgängliga uppgifter från Europeiska unionens nya medlemsstater. Förutom att rapportera om situationen i den utvidgade unionen så ingår uppgifter, när sådana finns tillgängliga, även från Bulgarien, Rumänien och Turkiet samt viss analys av viktig internationell utveckling. Narkotikaproblemets globala egenskaper betyder att vi måste placera vår europeiska analys i ett vidare sammanhang. Narkotikahandel och narkotikamissbruk hänger ouplösligt samman med många av dagens mest överhängande problem. Narkotikamissbruk påverkar global hälsa och utveckling, kriminalitet och personlig säkerhet samt internationell säkerhet. Vår rapport riktar i huvudsak in sig på den europeiska bilden, men vi kan aldrig bortse från det faktum att vi behandlar problem med globala dimensioner.

Marcel Reimen

Ordförande i ECNN:s styrelse

Wolfgang Götz

ECNN:s 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 och deltagarna i ECNN/Reitox-nätverkets tekniska arbetsgrupper,
- Europaparlamentet, Europeiska unionens råd – särskilt dess horisontella narkotikagrupp – och Europeiska kommissionen,
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) i Sverige, Europarådets Pompidougrupp, United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), Världshälsoorganisationen (WHO), Europol, Interpol och European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS,
- Översättningscentrum för Europeiska unionens organ och Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer,
- Prepress Projects Ltd.

Nationella Reitox-kontaktpunkter

Reitox är det europeiska nätverket för information om narkotika och narkotikamissbruk. Nätverket består av nationella kontaktpunkter i EU:s medlemsstater, Norge, kandidatländerna och på Europeiska kommissionen. Kontaktpunkterna är de nationella myndigheter som under sina regeringars ansvar förser ECNN med narkotikainformation.

De nationella kontaktpunkternas adressuppgifter finns på:
<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1596>



Till läsaren

Årsrapporten bygger på den information som ECNN har fått i form av nationella rapporter från EU-medlemsstaterna, kandidatländerna och Norge (som har deltagit i ECNN:s arbete sedan 2001). Den statistik som redovisas avser 2003 (eller det senaste år för vilket uppgifter finns tillgängliga). Diagram och tabeller kan avse en delgrupp av EU-länderna: urvalet har gjorts utifrån för vilka länder det funnits tillgängliga uppgifter för den berörda perioden.

En elektronisk version av årsrapporten finns tillgänglig på 22 språk och kan hämtas på adressen <http://annualreport.emcdda.eu.int>.

I statistikbulletinen för 2005 (<http://stats05.emcdda.eu.int>) presenteras alla de källtabeller som har legat till grund för den statistiska analysen i årsrapporten. Dessutom ges utförligare information om de metoder som har använts.

Uppgiftsprofiler för länder (<http://datapfiles05.emcdda.eu.int>) ger en översiktlig, grafisk sammanfattning av viktiga aspekter på narkotikasituationen för varje land.

Tre fördjupande granskningar följer med denna rapport och undersöker följande teman:

- Den olägenhet som narkotikamissbruk innebär för allmänheten: trender inom politik och förebyggande åtgärder.
- Alternativ till fängelse för narkotikamissbrukande brottslingar i EU.
- Buprenorfin: behandling, missbruk och receptförfaranden.

Temakapitlen finns endast på engelska i tryckt version och på Internet (<http://issues05.emcdda.eu.int>).

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



Kommentar – kartläggning av narkotikatrenderna i Europa

En bild av situationen i Europa

I det här avsnittet beskrivs huvuddragen i utvecklingen och trenderna på narkotikaområdet i Europa. En bild av situationen sammanställs med hjälp av information från olika källor och med beaktande av den i dag tillgängliga bevisgrundens starka och svaga sidor. I årets kommentar görs även en bedömning av hur de nya uppgifter som blev tillgängliga 2005 bidrar till vår förståelse av narkotikatrenderna i Europa på medellång och lång sikt.

Problemen med blandmissbruk komplicerar både vår förståelse av och vårt agerande mot användningen av narkotika

I denna rapport analyseras situationen främst genom att de viktigaste drogerna behandlas var för sig. Metoden att behandla varje drog för sig är begreppsmässigt lätt att förstå och har dessutom fördelen att de flesta indikatorer för narkotikaanvändning är baserade på mått som gäller drogspecifika beteenden. Nackdelen är att denna metod inte speglar det faktum att blandmissbruk är en viktig faktor när det gäller narkotikaproblemen i Europa. En analys av narkotikans inverkan på folkhälsan måste ta hänsyn till den komplexa bild som är följden av att människor samtidigt konsumerar flera psykoaktiva substanser, inklusive alkohol och tobak. I Europa är det till exempel vanligt att cannabis röks tillsammans med tobak, vilket får konsekvenser både när det gäller de förmodade skadeverkningarna av detta beteende och arbetet med narkotikaprevention. Tokikologiska analyser i samband med narkotikarelaterade dödsfall visar ofta på förekomst av flera olika droger och det är känt att ett samtidigt intag av alkohol ökar riskerna med både heroin och kokain. Det kan också vara vilseledande att fokusera på trenderna när det gäller specifika droger om man samtidigt bortser från sambandet mellan olika typer av narkotika. I denna rapport finns det till exempel en del uppgifter som tyder på att tillgången på syntetiska opiater har ökat, vilket är en viktig aspekt när man analyserar trenderna för heroinmissbruk. Det kan likaledes vara klokt att ta hänsyn till att trenderna när det gäller användningen av olika stimulantia kan överlappa varandra och att i alla analyser överväga i vilken mån förändringar kan bero på förskjutningar i konsumtionsmönstren.

Merparten av de missbrukare som söker vård i Europa för ett missbruksproblem har använt flera olika droger. Det

behövs bättre metoder att rapportera denna centrala aspekt när det gäller narkotikaanvändning och att förstå hur blandmissbruk påverkar olika insatsers effektivitet.

Unga människor och narkotikaanvändning – cannabisbruket ökar, men mönstren skiftar

Användningen av narkotika i Europa är fortfarande huvudsakligen ett fenomen bland unga människor och i synnerhet unga män. Befolknings- och skolundersökningar visar hur mönstren i Europa har utvecklats sedan mitten av 1990-talet. Vid sammanställningen av denna årsrapport fanns uppgifter från den senaste omgången ESPAD-undersökningar (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) tillgängliga som ger värdefull information för att man skall kunna övervaka användningen av narkotika bland skolelever och upptäcka trender över tiden.

Det framgår tydligt av de tillgängliga uppgifterna att användningen av cannabis varierar avsevärt mellan länderna. Även om den dominerande trenden i Europa har varit ökande sedan mitten av 1990-talet, är mönstret i några länder mer stabilt. Cannabisbruket i Förenade kungariket har till exempel legat på mycket höga nivåer sedan 1990-talet men samtidigt inte förändrats under denna period. Dessutom är förändringar små när det gäller användningen av cannabis i flera länder med låg prevalens, exempelvis Finland och Sverige i norra Europa och Grekland och Malta i södra Europa. Den ökning av användningen av cannabis som ESPAD-undersökningarna har visat sedan 1999 har framför allt ägt rum i de nya medlemsstaterna. En analys av skol- och befolkningsundersökningar tyder på att Frankrike, Spanien och Tjeckien i fråga om de flesta mått nu har sällat sig till Förenade kungariket som länder med hög prevalens.

Det finns en växande oro i Europa över de negativa effekterna av cannabismissbruk, även om informationen är knapphändig om i vilken utsträckning användning av cannabis leder till folkhälsoproblem. Tillgängliga uppgifter om efterfrågan på missbruksbehandling i Europa visar att cannabis kommer på andra plats efter opiater, även om den endast svarar för 12 % av den totala efterfrågan, och den totala bilden påverkas i stor utsträckning av situationen i ganska få länder. Uppgifter om regelbunden och intensiv användning av cannabis är nödvändiga för att klargöra det sannolika sambandet mellan cannabisbruk

och folkhälsa, men i nuläget är denna information begränsad. Även om de tillgängliga uppgifterna tyder på att så många som tre miljoner människor, mestadels unga män, kan använda cannabis dagligen i Europa är det inte känt i vilken utsträckning denna grupp har problem till följd av sin användning av denna drog.

Vad händer med problematiskt narkotikamissbruk – minskar nyrekrytering till heroinmissbruk och injektionsmissbruk?

En av de svåraste uppgifterna i metodologiskt hänseende när det gäller övervakningen av narkotikaanvändningen är att uppskatta hur många människor som använder droger stadigvarande och på ett sätt som är särskilt skadligt. ECNN:s indikator för problematiskt narkotikamissbruk togs fram för att uppskatta denna typ av narkotikaanvändning, och i de flesta EU-länder speglar indikatorerna för problematiskt narkotikamissbruk i första hand missbruk av opiater och injektionsmissbruk. De nuvarande uppskattningarna tyder på att mellan 1,2 och 2,1 miljoner människor i EU har ett problematiskt narkotikamissbruk, varav mellan 850 000 och 1,3 miljoner förmodligen är nya injektionsmissbrukare. Uppskattningarna av prevalensen för problematiskt missbruk över tiden görs inte med jämna mellanrum, varför det är svårt att identifiera långsiktiga trender. I EU-15 tyder indikatorerna emellertid i allmänhet på att den snabba nyrekryteringen till heroinmissbruk som har ägt rum i de flesta länder nådde en topp någon gång i början av 1990-talet och att situationen därefter har varit mer stabil. Även om flera länder har fortsatt att rapportera ökning sedan 1999 har det på senare tid funnits tecken som tyder på att situationen inte är densamma överallt och att uppskattningarna av prevalensen inte ger en enhetlig bild på EU-nivå. Särskilt de nya medlemsstaterna bör nämnas, eftersom de verkar ha drabbats av heroinproblem senare och ha en mer instabil situation.

Andra informationskällor när man bedömer det problematiska narkotikamissbruket är antalet narkotikarelaterade dödsfall och efterfrågan på behandling. En analys av de narkotikarelaterade dödsfallen (där den vanligaste orsaken är överdos av opiater) visar att offren blir allt äldre och att de registrerade dödsfallen bland missbrukare under 25 år har sjunkit sedan 1996. En viktig reservation i detta sammanhang är att uppgifterna från de nya EU-länderna, även om de är begränsade, visar att andelen dödsfall bland personer under 25 år fram till nyligen ökade, men nu i viss grad verkar ha stabiliserats. Även om antalet narkotikarelaterade dödsfall i EU fortfarande är högt

historiskt sett verkar det på det hela taget ha nått en vändpunkt.

I de flesta länder är heroin fortfarande primär drogen för klienter som söker behandling. I några länder går det att följa utvecklingen av heroinbruket bland nyintagna för behandling, vilket visar att det har skett en liten minskning av det absoluta antalet sedan 1996. I andra länder rapporteras också att gruppen opiatmissbrukare verkar bli allt äldre. Denna iakttagelse stämmer emellertid inte in på alla länder. I några av de nya medlemsstaterna – återigen enligt begränsade uppgifter – tycks opiatmissbrukare som kommer i behandling för första gången tvärtom vara relativt unga. I en del europeiska länder, särskilt EU-15, har andelen injektionsmissbrukare bland nya opiatmissbrukare som söker behandling varit på nedgång en längre tid, och i Europa som helhet uppger nu mindre än hälften av de nya klienterna som söker behandling för opiatmissbruk att de är injektionsmissbrukare. Inte heller denna trend omfattar generellt de nya medlemsstaterna, där injektionsmissbruk fortfarande dominerar bland heroinmissbrukare som söker vård.

Det finns sammanfattningsvis inget enkelt svar på frågan om heroinmissbruket eller injektionsmissbruket i Europa håller på att minska. I många avseenden är situationen i dag – när det gäller nyrekrytering till heroinmissbruk och injektionsmissbruk – ljusare än i början av 1990-talet i EU-15. Det finns uppgifter som talar för att situationen i många länder nu är relativt stabil och att denna grupp missbrukare verkar bli äldre, vilket kan spegla en minskad incidens. I några av de nya medlemsstaterna, där de eskalerande heroinproblemen är ett nyare fenomen, dominerar emellertid injektionsmissbruk fortfarande bland opiatmissbrukare och det är svårt att utifrån de uppgifter som finns tillgängliga kartlägga de nuvarande trenderna när det gäller heroinmissbruket.

Användningen av kokain och andra stimulantia – det går inte att förhålla sig passiv

Europa fortsätter att vara en stor marknad för stimulantia, och indikatorer visar en stigande trend för amfetamin, ecstasy och kokain för Europa som helhet. Ecstasy har, utifrån flera prevalensmått, gått förbi amfetaminer som Europas näst vanligaste drog, efter cannabis. I Förenade kungariket, som sedan 1990-talet har legat högst beträffande de flesta prevalensmått för ecstasy- och amfetaminanvändning, visar nyare uppgifter från både befolknings- och skolundersökningar dock att användningen av båda dessa droger kan vara på nedgång, i ganska dramatisk takt när det gäller amfetaminer och mer måttligt när det gäller ecstasy. Prevalensen i Förenade kungariket är fortfarande relativt

hög jämfört med andra länder, men skillnaden är inte lika markant eftersom flera länder nu rapporterar ungefär samma prevalenstal, vilket gör att situationen liknar den tidigare beskrivna situationen för cannabis.

Prevalensen för kokainanvändning varierar betydligt i Europa, men även här tycks trenden överlag peka uppåt. Uppgifter från undersökningar tyder på att bruket av kokain, särskilt i Förenade kungariket och Spanien, ökade väsentligt i slutet av 1990-talet och ytterligare ökning, om än små, har också skett på senare tid. I båda dessa länder beräknas andelen unga vuxna som har använt kokain de senaste tolv månaderna nu vara större än andelen som har använt ecstasy och amfetamin.

Det är svårt att kvantifiera stimulantiamissbrukets effekter på folkhälsan, men uppgifterna om de nuvarande konsumtionsmönstren visar att vi inte kan förhålla oss passiva. Efterfrågan på behandling för kokainrelaterade missbruksproblem ökar. Även om det finns stora variationer mellan länderna svarar kokain för ungefär 10 % av den totala behandlingsefterfrågan i hela Europa. Användningen av crack-kokain, en form av kokain som är särskilt förbunden med hälsoproblem och andra problem, är fortfarande begränsad i Europa. Rapporterna om crack-kokain gäller i allmänhet ett fåtal större städer, men i de samhällen där denna drog används kan skadeverkningarna bli omfattande. Flera praktiska och metodologiska problem gör att det är svårt att uppskatta antalet dödsfall i Europa som beror på missbruk av stimulantia. Även om de kan vara få jämfört med opiatrelaterade dödsfall är de sannolikt underrapporterade samtidigt som de kan vara på uppgång. Informationen är för närvarande visserligen mycket knapphändig, men flera länder uppger att kokain spelar en avgörande roll i 10 % av alla narkotikarelaterade dödsfall. Ecstasyrelaterade dödsfall är fortfarande sällsynta i de flesta EU-länder, även om rapporteringsrutinerna kan förbättras.

Att stå emot den globala trenden – inga tecken på betydande metamfetaminproblem i Europa

Det är känt att metamfetamin är en drog som är särskilt förbunden med hälsoproblem och sociala problem. Det finns en betydande oro globalt över växande metamfetaminproblem och användningen tycks vara hög eller ökande i Förenta staterna, Australien, delar av Afrika och större delen av Sydostasien. Användningen av metamfetamin i Europa har hittills främst varit begränsad till Tjeckien, som länge har haft problem med denna drog. Från andra platser i Europa kommer endast sporadiska rapporter om att metamfetamin finns tillgängligt, med en del rapporter om beslag och enstaka tillfällen av införsel

från Tjeckien till grannländerna. Med tanke på att många europeiska länder har starka kopplingar till delar av världen där det finns metamfetaminproblem, och med hänsyn till att den europeiska marknaden för stimulantia växer, kan det emellertid inte uteslutas att metamfetaminbruket kan öka, varför detta kvarstår som ett viktigt område att övervaka.

Att bygga ut och utveckla vården för personer med narkotikaproblem

Missbrukarvården kan innebära en positiv förändring för både enskilda missbrukare och de samhällen i vilka de lever. Detta faktum erkänns i många länders narkotikapolitik och både den gamla och den nya EU-handlingsplanen mot narkotika innehöll ett åtagande om att missbrukarvården skulle byggas ut. Även om det är svårt att i detalj kartlägga den vård som finns tillgänglig för missbrukare i Europa tyder flera indikatorer starkt på att både behandling och vissa former av åtgärder för att minska skadeverkningarna har ökat betydligt. Det finns emellertid stora skillnader mellan vården i olika länder i fråga om karaktär och omfattning. Ett område där det har skett en tydlig ökning det senaste decenniet är substitutionsbehandlingen av opioidmissbrukare, särskilt i länder där andelen injektionsmissbrukare är relativt hög. Metadon svarar för lite mindre än 80 % av substitutionsbehandlingen i Europa och mer än 90 % av substitutionsbehandlingen inom den specialiserade missbrukarvården. Buprenorfin blir dock alltmer populärt som ett farmakologiskt alternativ och svarar förmodligen för ungefär 20 % av substitutionsbehandlingen i Europa. (För mer information om användningen av denna drog, se "Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices" [Buprenorfin: behandling, missbruk och receptförfaranden] i det avsnitt med temakapitel som bifogas denna rapport.) Mer än 500 000 personer i Europa beräknas för närvarande genomgå substitutionsbehandling, vilket innebär att mellan en fjärdedel och hälften av dem med opiatproblem kan vara inskrivna i substitutionsbehandling.

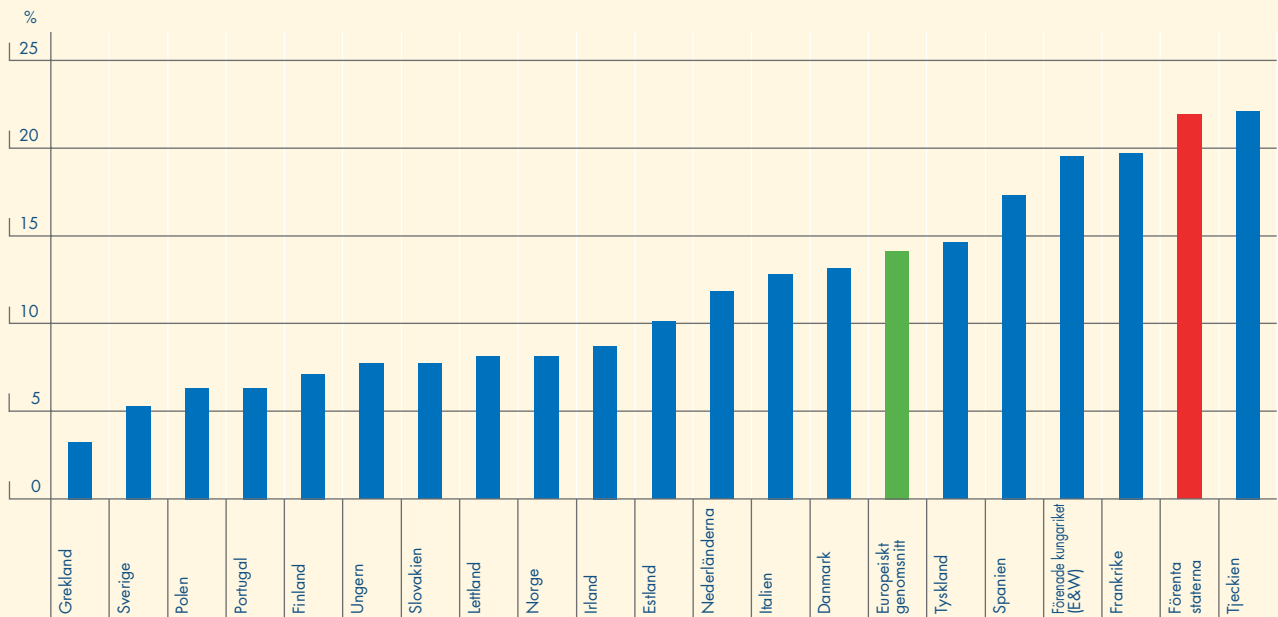
Substitutionsbehandling är inte det enda alternativet för opiatmissbrukare, men uppgifterna om andra behandlingsmetoder är inte tillräckliga för att man skall kunna göra en tillförlitlig uppskattning av utbudet av dessa metoder i EU som helhet. Det har gjorts stora framsteg i utvecklingen av vårdmodeller för opiatmissbrukare och det finns en ganska stark bevisgrund för en bedömning av deras effektivitet. Detsamma gäller emellertid inte missbrukare av andra typer av droger som i allt större antal söker behandling i Europa. Det finns inte samma samförstånd när det gäller de lämpligaste

Användningen av narkotika är fortfarande mindre i Europa än i Förenta staterna – men på vissa områden är den uppskattade prevalensen numera ungefär densamma

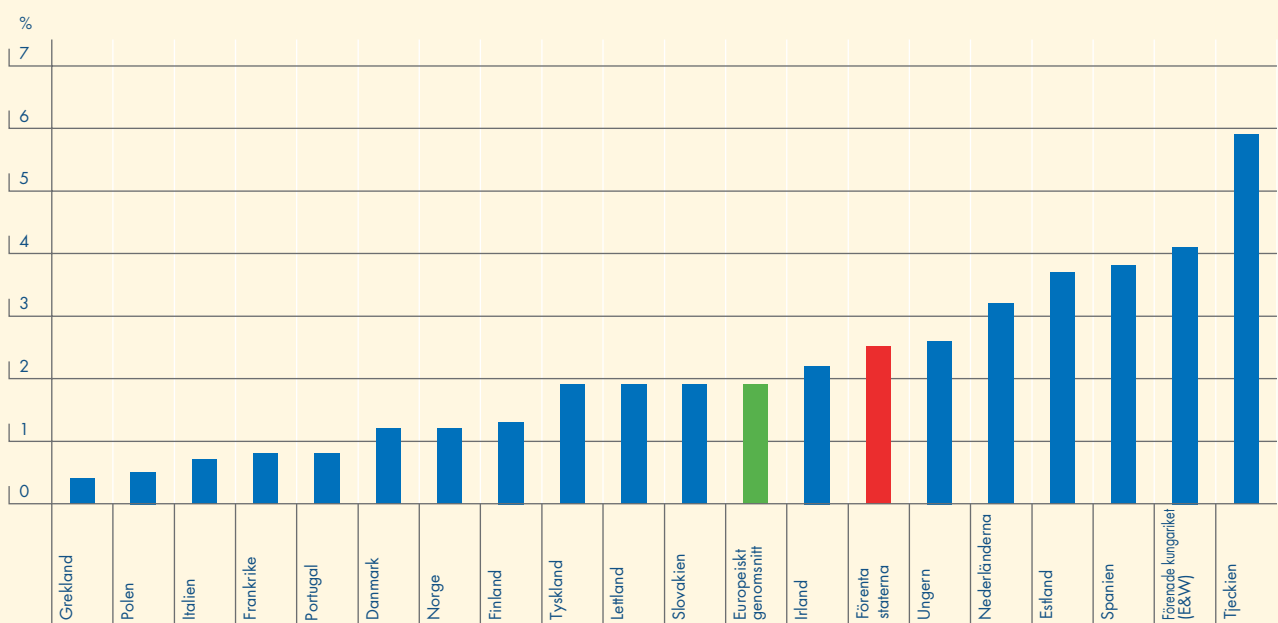
Narkotikaanvändningen i Förenta staterna har historiskt sett varit betydligt större än i de europeiska länderna. Så är i hög grad fallet även i dag, men en jämförelse av uppgifterna om användning de senaste tolv månaderna tyder på att användningen av cannabis, ecstasy och kokain bland unga vuxna i några europeiska länder nu har ungefär samma omfattning som i Förenta staterna (se figur). Och när det gäller användning av ecstasy de senaste tolv månaderna bland unga vuxna är de amerikanska talen lägre än i flera europeiska länder, vilket kan bero på att denna drogs historiska utveckling har en stark europeisk koppling. Användningen bland befolkningen som helhet är emellertid fortfarande lägre i EU än i Förenta staterna beträffande samtliga prevalensmått. I många europeiska länder är en utbredd narkotikaanvändning ett nyare fenomen än i Förenta staterna, vilket kan vara orsaken till att livstidsprevalenstalen är högre i Förenta staterna (se figur 1, 2 och 3 i den statistiska bulletinen för 2005), eftersom de i viss utsträckning kan betraktas som kumulativa indikatorer på narkotikaanvändningens omfattning över tiden.

Andel som har använt cannabis, ecstasy och kokain någon gång respektive det senaste året bland unga vuxna (15–34 år) i Europa och Förenta staterna

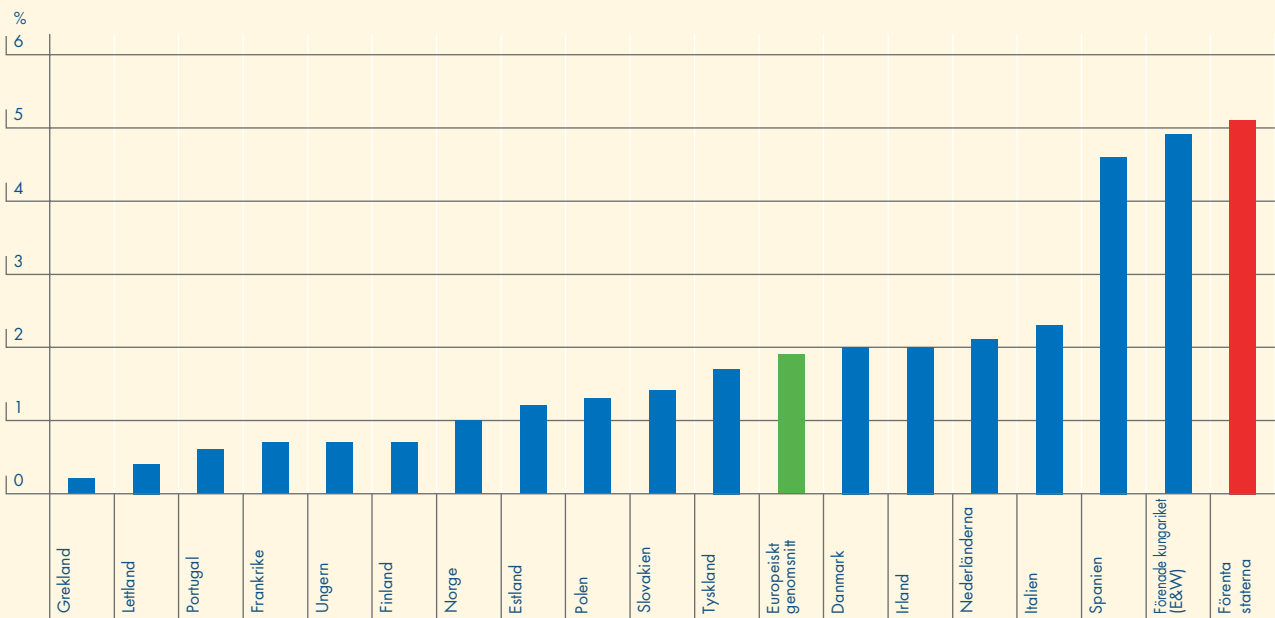
Andel som har använt cannabis det senaste året bland unga vuxna (15–34 år)



Andel som har använt ecstasy det senaste året bland unga vuxna (15–34 år)



Andel som har använt kokain det senaste året bland unga vuxna (15–34 år)



Anm.: I Förenta staterna genomfördes undersökningen 2003 och åldersintervallet är 16–34 år, omräknat från ursprungliga uppgifter. I de europeiska länderna genomfördes de flesta undersökningarna (17 av 19) mellan 2001 och 2004 och standardåldersintervallet är 15–34 år (i vissa länder kan den lägre åldern vara 16 eller 18 år).
Genomsnittet för prevalensfrekvensen i Europa beräknades som genomsnittet för nationella prevalensfrekvenser viktad med nationell befolkning i åldrarna 15–34 år (2001, från Eurostat).

Källa: Förenta staterna: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Survey on Drug use and Health, 2003 (www.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo).
Europa: Tabell GPS-11 i ECNN:s statistikbulletin för 2005. Baserad på nationella Reitox-rapporter (2004).

behandlingsalternativen för missbrukare av exempelvis stimulantia eller cannabis, och utvecklingen av effektiva behandlingsalternativ för denna typ av klienter kommer förmodligen att bli en allt viktigare utmaning.

Narkotikamissbruk, hiv och aids – ökade insatser kan påverka de övergripande trenderna

Utbyggnaden av missbrukarvården är inte det enda området där vården av personer med ett problematiskt narkotikamissbruk har blivit bättre. Nål- och sprututbytesprogram, som ger injektionsmissbrukare tillgång till sterila redskap, finns numera i praktiskt taget alla medlemsstater och i de flesta länder har trenden på medellång sikt varit att aktiviteterna har ökat i såväl omfattning som geografisk täckning. I några medlemsstater har även apoteken en viktig roll när det gäller att öka dessa programs täckning. Specialiserade program integreras ofta i den mer allmänna vården för missbrukare, särskilt lågtröskelvård, och betraktas ofta som ett sätt att etablera kontakt med aktiva missbrukare och som en kanal för att slussa dem vidare till behandling och annan vård.

Aidsincidensen till följd av injektionsmissbruk har totalt sett varit på nedgång en längre tid. Heterosexuella kontakter har nu gått förbi injektionsmissbruk som den största riskfaktorn för utveckling av aids i Europa. Detta kan bero

på att tillgången till högaktiv antiretroviral terapi (ART) har ökat sedan 1996, att behandlingsinsatserna och insatserna för att minska skadeverkningarna har ökat och att antalet injektionsmissbrukare har minskat i de mest drabbade länderna. Beräkningar från Världshälsoorganisationen (WHO) tyder på att i de flesta europeiska länder har mer än 75 % av dem som behöver ART också tillgång till det. I flera av de baltiska staterna uppskattas täckningen dock vara undermålig, vilket kan vara orsaken till att antalet nya aidsfall bland injektionsmissbrukare har ökat i åtminstone några av dessa länder. Tidigare ökade också antalet nya hiv-fall dramatiskt i vissa av baltstaterna, men på senare tid har det skett en lika dramatisk nedgång, förmodligen på grund av en mättnad bland de största riskgrupperna. Det ökade vårdutbudet har förmodligen också spelat en roll i vissa områden.

I de flesta av de andra nya medlemsstaterna är hiv-prevalensen fortfarande låg, vilket även är fallet i många av EU-15. I EU-länder med en historiskt sett hög hiv-prevalens bland injektionsmissbrukare har det i de flesta fall skett en betydande nedgång och därefter stabilisering. Detta betyder inte att problemen har försvunnit: trots metodologiska svårigheter som gör att det är svårt att tyda trender på nationell nivå rapporterar en del nyare

undersökningar om nysmittade bland vissa undergrupper av injektionsmissbrukare, vilket understryker vikten av fortsatt vaksamhet.

Allmänna rapporter om rättsliga påföljder för innehav eller bruk av narkotika

Det saknas i hög grad jämförbara uppgifter på europeisk nivå om de flesta aspekter av sambandet mellan narkotika och brottslighet. Det främsta undantaget är narkotikabrott, dvs. registrerade brott mot narkotikalagstiftningen. Även om jämförelser mellan länder måste göras med försiktighet verkar narkotikabrotten ha ökat i många EU-länder mellan slutet av 1990-talet och 2003. Ökningarna var särskilt markanta i några av de nya medlemsstaterna. I de flesta länder gäller majoriteten av brotten innehav eller bruk av narkotika. I de flesta medlemsstater gäller majoriteten av brotten cannabis och andelen cannabisbrott har sedan 1998 antingen ökat eller varit oförändrad i flertalet länder. Andelen heroinrelaterade brott har däremot sjunkit i många länder.

I många europeiska länder finns en växande oro över narkotikans mer allmänna effekter på samhället. Frågor om allmän säkerhet och unga människors exponering för droger är några av de vanligaste farhågorna som kan sorteras in i kategorin Den olägenhet som narkotikamissbruk innebär för allmänheten – detta ämne diskuteras ingående i det avsnitt med temakapitel som bifogas årsrapporten och straffrättsfrågan behandlas vidare i ett temakapitel där det görs en genomgång av

strategier för att få bort missbrukare från frihetsberövande straff och i stället låta dem genomgå behandling (Alternativ till fängelsestraff för narkotikamissbrukande brottslingar i EU [“Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU”]).

Narkotikapolitikens utveckling – trots nationella skillnader finns en del tydliga gemensamma inslag

Som tydligt framgår av denna rapport finns det stora skillnader mellan medlemsstaterna i Europa både när det gäller vilka narkotikaproblem de står inför och politiken, omfattningen och typen av insatser. Samtidigt finns det en del gemensamma drag när det gäller de flesta länders narkotikasituation. När det gäller politiken säger sig medlemsstaterna rent allmänt vilja utveckla en balanserad och evidensbaserad strategi som ligger i linje med internationella åtaganden, och samtidigt som det erkänns att narkotikapolitiken fortfarande är en nationell angelägenhet vill de undersöka de eventuella fördelarna med ett ökat samarbete på europeisk nivå. Denna strävan kommer till uttryck i EU:s narkotikastrategi och handlingsplaner. Även om EU:s narkotikastrategi och handlingsplan för perioden 2000–2004 inte har uppnått alla de ambitiösa mål som sattes upp representerar de en viktig utveckling när det gäller hur medlemsstaterna, EU:s institutioner och specialiserade organ kan samarbeta för att samordna och mäta framstegen på narkotikaområdet. EU:s nya narkotikastrategi för perioden 2005–2012 syftar till att föra denna process vidare.



Kapitel 1

Den senaste utvecklingen inom politik och lagstiftning

Inledning

Eftersom narkotikafrågan hanteras på olika sätt på nationell och europeisk nivå är det oundvikligt att narkotikapolitikens utveckling i EU:s medlemsstater skiftar. Samtidigt finns det gemensamma faktorer som det kan vara meningsfullt att analysera.

Under rapporteringsperioden var den viktigaste gemensamma faktorn den utvärdering av narkotikastrategierna som görs i olika medlemsstater. I flera EU-länder görs utvärderingar av genomförandet av nationella narkotikastrategier. Även om det ännu inte går att slå fast hur utvärderingarna har påverkat narkotikapolitiken som helhet har resultaten varit lovande: vi har i dag större kunskaper om framgångar och misslyckanden, och i några fall har utvärderingar lett till att ökade resurser har anslagits för att uppnå ännu inte förverkligade mål. Utvärderingen av EU:s strategi och handlingsplan för perioden 2000–2004 är dessutom det första resultatet av den viktiga process där medlemsstaterna, EU:s institutioner och specialiserade organ arbetar tillsammans för att mäta framstegen på narkotikaområdet. En annan politisk utveckling under rapporteringsperioden är att vissa länder har sänkt straffen för narkotikaanvändning och skärpt straffen för olaglig narkotikahandel och narkotikarelaterade brott som utsätter minderåriga för fara.

Ett strategiskt angreppssätt när det gäller narkotikapolitiken inom Europeiska unionen

I EU:s narkotikastrategi 2005–2012, som antogs av Europeiska rådet i december 2004, beaktas resultaten av den slutliga utvärdering som gjordes av framstegen under föregående period (2000–2004). Strategin skall tillföra de nationella strategierna ett mervärde, men samtidigt respektera fördragens subsidiaritets- och proportionalitetsprinciper. I strategin fastställs två allmänna mål när det gäller narkotika:

- Att uppnå en hög nivå på hälsoskyddet, välbefinnandet och den sociala sammanhållningen genom att komplettera medlemsstaternas åtgärder för att förebygga och minska narkotikabruk, narkotikaberoende och narkotikarelaterade skador på hälsa och samhälle.
- Att garantera en hög nivå av säkerhet för allmänheten genom åtgärder mot narkotikaframställning och gränsöverskridande narkotikahandel, och genom förstärkning av de förebyggande åtgärderna mot narkotikarelaterad brottslighet genom effektivt samarbete mellan medlemsstaterna.

Dessa två mål omfattar de sex prioriteringar som identifierades i EU:s narkotikastrategi för perioden 2000–2004. Även den nya strategin utgår från en integrerad, tvärvetenskaplig och välavvägd metod som kombinerar åtgärder för att minska både tillgång och efterfrågan. Strategin är inriktad på dessa två politikområden och på två genomgående teman – ”internationellt samarbete” och ”forskning, information och utvärdering” – samt på ”samordning”.

I februari 2005 lade Europeiska kommissionen, efter samråd med ECNN och Europol, fram ett meddelande om en EU-handlingsplan för narkotikabekämpning (2005–2008). Samråd ägde även rum med det civila samhället. Resultaten av utvärderingen av den föregående handlingsplanen har beaktats och i den nya handlingsplanen anges för varje åtgärd vilka aktörer som deltar, utvärderingsverktyg, indikatorer och tidtabell. Detta bör göra det lättare att följa upp åtgärderna och att styra genomförandet av handlingsplanen på ett effektivare sätt. Kommissionen kommer att göra årliga granskningar av handlingsplanens framsteg och en konsekvensbedömning innan den föreslår en handlingsplan för perioden 2009–2012.

De flesta medlemsstater har följt EU:s exempel och infört nationella narkotikastrategier. Av de 29 länder som omfattas av denna rapport har 26 länder en nationell narkotikapolitik som utgår från en nationell plan, strategi eller liknande dokument. När det gäller övriga länder

godkände den italienska nationella kommittén för samordning av narkotikabekämpning i mars 2003 en nationell plan som regioner och självständiga provinser nu håller på att ta ställning till. Malta och Österrike uppgav vid sammanställningen av denna rapport att arbete pågick med att utforma och anta nationella narkotikastrategier ⁽¹⁾.

Nya nationella narkotikastrategier har antagits i sju EU-länder (se tabell 1). Alla nationella narkotikastrategier tycks omhulda principen att narkotikapolitiken skall vara global och tvärvetenskaplig, vilket överensstämmer med EU:s angreppssätt på narkotikaområdet. Det finns dock grundläggande skillnader mellan ländernas nationella strategier, till exempel när det gäller genomförandet av insatser, som kan variera trots att terminologin är densamma; utvärderingens roll i strategierna, som kan vara mycket stor eller marginell; eller till och med införandet av viktiga politiska angreppssätt, såsom insatser för att minska skadeverkningar. I de 26 policy- och strategidokument som har granskats ⁽²⁾ verkar insatser för att minska skadeverkningarna i själva verket vara den fråga där det råder störst skillnader: den ges stort utrymme i tolv av dokumenten, medan den diskuteras som en av övriga frågor i nio dokument och i resterande fem inte nämns över huvud taget.

Utvärderingar av narkotikastrategierna visar preliminära resultat

EU:s narkotikastrategi (2000–2004) utvärderades under rapporteringsperioden. Rådet (rättsliga och inrikes frågor) granskade vid sitt möte den 25–26 oktober 2004 kommissionens rapport om denna slutliga utvärdering ⁽³⁾. Utvärderingens syfte var att bedöma i vilken mån handlingsplanen hade bidragit till att uppnå narkotikastrategins mål, och hur narkotikastrategin och handlingsplanen hade påverkat narkotikasituationen i EU. Den bidrog också till den debatt som utmynnade i antagandet av en ny narkotikastrategi ⁽⁴⁾. Kommissionen bistods i utvärderingen av en styrkommitté (bestående av medlemmar från kommissionen, de fyra medlemsstater som innehar ordförandeskapet under perioden 2003–2004, ECNN och Europol). Utvärderingsarbetet försvårades avsevärt av bristen på exakta och kvantifierbara operativa mål.

I meddelandet om den slutliga utvärderingen och dess bilagor ⁽⁵⁾ lyfte kommissionen fram de viktigaste framgångarna ute i länderna och på EU-nivå och pekade på områden där det behövs ytterligare framsteg. Den betonade att framsteg har gjorts när det gäller att minska

Tabell 1: Nya nationella narkotikastrategier

Land	Titel	Tidtabell eller datum för antagande	Mål	Kvantifierbara mål	Resultatindikatorer	Ansvar för verkställande	Budget för verkställande
Estland	Nationell strategi för att förebygga narkotikamissbruk	2004–2012	✓	✓	✓	i.u.	i.u.
Estland	Målinriktad handlingsplan för strategi	2004–2008	✓	✓	✓	✓	✓
Frankrike	Handlingsplan mot olagliga droger, tobak och alkohol	2004–2008	✓	✓	✓	i.u.	✓
Cypern	Nationell narkotikastrategi	2004–2008	✓	i.u.	i.u.	i.u.	✓ ⁽⁶⁾
Litauen ⁽¹⁾	Strategi för nationellt program för att förebygga narkotikamissbruk	2004–2008	✓	i.u.	✓	✓	✓
Luxemburg	Strategi och handlingsplan för narkotika och narkotikamissbruk	2005–2009	✓	✓ ⁽⁶⁾	✓	✓	✓
Slovenien ⁽¹⁾	Resolution om det nationella programmet på narkotikaområdet	2004–2009	✓	i.u.	i.u.	✓	✓
Finland	Handlingsprogram för narkotikapolitik	2004–2007	✓	i.u.	i.u.	✓	i.u.

Anm.: i.u. = Ingen uppgift.
⁽¹⁾ Uppgifter från personal vid nationella kontaktpunkter.
⁽²⁾ Kvantifierbara mål i Luxemburgs strategi ej tillgängliga för tillgångsminskade åtgärder.
⁽³⁾ I Cyperns strategi påpekas det att ekonomiska resurser och personal kommer att göras tillgängliga för att uppfylla målet med strategin – inga siffror anges i texten.

⁽¹⁾ För mer information och definitioner, se ECNN:s webbplats (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360>).

⁽²⁾ Ingen information om detta finns tillgänglig för Malta, Slovakien och Turkiet.

⁽³⁾ KOM(2004) 707 slutlig.

⁽⁴⁾ Europeiska rådet (16–17 december 2004) – slutsatser.

⁽⁵⁾ Bl.a. ECNN-Europols statistiska snapshot (1999–2004) (<http://snapshot.emcdda.eu.int>).

förekomsten av narkotikarelaterade hälsoskador [däribland hiv och hepatit] och narkotikarelaterade dödsfall (mål 2 i EU:s narkotikastrategi), samt inte minst när det gäller att förbättra behandlingsmöjligheterna (mål 3). Inga större framsteg kunde konstateras när det gäller mål 1, dvs. att minska narkotikaanvändningen. Det kunde inte heller påvisas någon minskning av narkotikans tillgänglighet (mål 4). Mål 4 och 5 verkade dock tillsammans ha givit upphov till ett antal initiativ på EU-nivå som har stärkt brottsbekämpande insatser mot olaglig narkotikahandel och tillgång. Under den period som planen omfattar togs flera större initiativ för att bekämpa penningtvätt (mål 6.1) och förhindra avledning av prekursorer (mål 6.2), inte minst genom en ändring av gemenskapslagstiftningen om kontroll av handeln med prekursorer.

I meddelandet underströks också behovet av ytterligare forskning om exempelvis biomedicinska, psykosociala och andra faktorer bakom narkotikabruk och narkotikaberoende, särskilt inom områden där informationen fortfarande är knapphändig (t.ex. beträffande långvarigt bruk av cannabis eller syntetiska droger). Det civila samhället måste regelbundet rådfrågas vid utformningen av EU:s narkotikapolitik. Kommissionen rekommenderade också att EU-strategin skulle förlängas från fem till åtta år och omfatta två på varandra följande handlingsplaner, så att initiativ kan slutföras och finjusteras för att stämma överens med strategins mål.

Flera utvärderingar som genomfördes på nationell nivå under rapporteringsperioden förtjänar att nämnas. Särskilt intressanta är de utvärderingar som genomfördes i länder som hade beslutat genomföra sin nationella narkotikastrategi på ett mer "strukturerat" sätt, genom att formellt dokumentera strategins syften, definiera och kvantifiera mål, fastställa vilken myndighet som ansvarar för genomförandet och ange datum då målen skall ha uppnåtts. Detta gör det lättare för länder att rapportera vilka uppgifter som har klarats av och att identifiera problematiska frågor, så att insatser kan sättas in där de behövs.

Detta arbetssätt används till exempel i Irland, Luxemburg, Polen, Portugal och Tjeckien, där utvärderingarna av de nationella narkotikastrategierna visade, eller har möjlighet att visa, vilka åtgärder som har genomförts och vilka oavslutade uppgifter som kräver ytterligare insatser. Den utvärdering av den portugisiska nationella narkotikastrategin som genomfördes 2004 är ett exempel på hur ett strukturerat arbetssätt kan göra det lättare att

bedöma vilka framsteg som har gjorts. Externa utvärderare kom fram till att framsteg hade gjorts mot några av de 30 viktigaste målen i den portugisiska handlingsplanen, att åtta mål hade uppnåtts helt och tio delvis. På grund av brisfällig information var det emellertid svårt att utvärdera resterande mål, och fem mål bedömdes inte ha uppnåtts. I Tyskland har en styrkommitté (det nationella rådet för narkotikaberoende) inrättats som skall styra genomförandet av 2003 års handlingsplan och övervaka resultaten.

Antagandet av en nationell narkotikastrategi, eller utvärderingen av vad en tidigare strategi har åstadkommit, har i vissa länder lett till att budgeten för narkotikafrågor har höjts. I till exempel Grekland har utgifterna för sjukvårdsrelaterade tjänster stadigt ökat. I Ungern har medel skjutits till för att finansiera de delar av strategin som ännu inte har genomförts och i Luxemburg ökade hälsoministeriets budget för narkotikafrågor från omkring 1 miljon euro 1999 till nästan 6 miljoner euro 2004. Samtidigt utgör de offentliga utgifterna för narkotikafrågor bara en liten del av de totala offentliga utgifterna (mellan 0,1 % och 0,3 %). Det kan delvis vara förklaringen till varför det inte någonstans inom EU görs någon direkt koppling mellan ekonomisk tillväxt och ändringar i den allmänna budgeten och i storleken på de offentliga utgifterna för narkotikafrågor.

I flera EU-länder stod utgifter för att minska narkotikatillgången fortfarande för merparten av de offentliga utgifterna (uppskattningsvis 68–75 % av de totala narkotikarelaterade utgifterna⁽⁴⁾). I några länder, däribland Luxemburg och Malta, var utgifterna för att minska efterfrågan dock klart högre än utgifterna för att minska tillgången (utgifterna för att minska efterfrågan svarade för 59 % respektive 66 % av de totala narkotikarelaterade utgifterna). Det står emellertid inte klart om de rapporterade skillnaderna i budgetanslag beror på en grundläggande skillnad i politiska prioriteringar eller på ett systematiskt fel i datainsamlingen.

Bristen på information om de direkta offentliga utgifterna för narkotikafrågor fortsätter att vara ett problem. Det finns emellertid tecken som tyder på att det vid sidan om ett växande akademiskt intresse för dessa frågor⁽⁷⁾ även finns en växande politisk uppslutning bakom kravet att narkotikarelaterade utgifter skall identifieras och beskrivas så att nationella utgifter för narkotikafrågor kan tas med som en viktig faktor i lönsamhetsanalyser. Tillsammans med Reitox-nätverket och Europeiska kommissionen håller

⁽⁴⁾ Se temakapitlet om "Offentliga utgifter för att minska efterfrågan på narkotika" i ECNN:s årsrapport 2003 (<http://ar2003.emcdda.eu.int/sv/page069-sv.html>).

⁽⁷⁾ I Belgien, Finland, Frankrike, Förenade kungariket, Luxemburg, Nederländerna, Spanien och Sverige – för närmare referenser, se ECNN:s webbplats (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1357>).

ECNN för närvarande på att utarbeta en metod som skall göra det möjligt att på ett enhetligt och tillförlitligt sätt beräkna de narkotikarelaterade offentliga utgifterna inom EU, vilket efterlystes i EU:s handlingsplan från 2005.

Denna första utvärderingsprocess på nationell och europeisk nivå är en värdefull källa till feedback som kan ge beslutsfattare information om i vilken mån deras beslut har genomförts och till vilken kostnad, så att de kan intensifiera insatserna inom områden där utvärderingen har visat att det finns problem eller där resultaten har varit negativa. Även om det fortfarande saknas entydiga bevis för de nationella narkotikastrategiernas inverkan på det totala narkotikaproblemet (ECNN, 2004a), är metoden att "räkna poäng" ett positivt tecken som förhoppningsvis kommer att leda till en allmän utveckling i Europa mot detaljerade analyser av varje lands narkotikastrategi.

Debatter i nationella parlament och medier

Samhällets oro över narkotikaproblemet märks i både massmedier och parlamentariska debatter. Enligt de nationella Reitox-rapporterna var de frågor som diskuterades mest under rapporteringsperioden "minskning av skadeverkningar" eller insatser som faller under denna kategori, "cannabisbruk" och "narkotikarelaterad brottslighet och ändringar av narkotikalagstiftningen till följd av sådan brottslighet".

För- och nackdelar med substitutionsterapier och åtgärder för att minska skadeverkningarna jämfört med drogfria metoder debatterades livligt i parlamenten i Estland, Frankrike, Irland, Norge och Tjeckien. Något som gav upphov till heta politiska debatter var exempelvis förslaget att permanenta sprututbytesprogrammet i Sverige, trots att det skulle ske under strängt kontrollerade villkor, och det tillfälliga inrättandet av injiceringsrum i Norge (se temakapitlet om nationella lagar och olägenhet för allmänheten).

Cannabis fortsatte att vara en viktig debattfråga, inte minst i Tyskland där diskussionen framför allt handlade om cannabisbruk bland unga, och i Luxemburg och Portugal, där det har lagts förslag om att cannabis skall kunna skrivas ut av läkare. Massmedierna i Belgien, Cypern, Luxemburg, Tjeckien, Tyskland och Österrike rapporterade mycket om användning av cannabis eller användning av narkotika över huvud taget i skolor och bland unga. I

Nederländerna uppmärksammade massmedierna den rapporterade ökningen av halten av tetrahydrocannabinol (THC) i cannabisodlingar ("nederwiet") och de eventuella hälsoeffekterna av högpotent cannabis. I Polen handlade medierapporteringen främst om cannabis – av totalt ca 2 500 hänvisningar till narkotika gällde 865 cannabis. Förslag om att legalisera narkotika lades fram i Belgien, Danmark och i en del kommuner i Nederländerna (för att lösa det s.k. "bakdörrsproblemet" ⁽⁸⁾), vilket ledde till starka och offentliga protester från de flesta parlamentsledamöter och ministrar.

Eventuella ändringar av narkotikalagstiftningen har uppmärksammats i massmedierna och gett upphov till politiska debatter i Frankrike och Italien. I Frankrike övergavs förslaget om att narkotikabruk skulle bestraffas med böter i stället för fängelsestraff, eftersom det fanns en oro att en sådan ändring skulle "tolkas som ett tecken på att narkotika inte är särskilt farligt" och leda till "en ytterligare ökning av narkotikabruket och narkotikabruk i yngre åldersgrupper" ⁽⁹⁾. I Italien gav den livliga debatten i parlamentet om ändringar av 1990 års lag eko i massmedierna och differentieringen av påföljderna för narkotikainnehav fick massmedial och politisk uppmärksamhet i Tjeckien.

Särskild forskning för att analysera massmediernas budskap har utförts i Grekland, Luxemburg, Polen, Portugal och Tjeckien, och nationella mediekampanjer riktade till unga människor i synnerhet har utvecklats i Belgien ⁽¹⁰⁾, Förenade kungariket ⁽¹¹⁾ och Polen.

Den senaste utvecklingen inom EU:s program och lagstiftning

Viktiga EU-initiativ av betydelse för narkotikafrågan togs under rapporteringsperioden inom områden som folkhälsa, olaglig handel med narkotika och kontroll av prekursorer och syntetiska droger.

Folkhälsofrågor

På europeisk nivå ingår narkotikaprevention i den del av folkhälsoprogrammet som handlar om hälsans bestämningsfaktorer ⁽¹²⁾. Programmets arbetsplan för 2004 var inriktad på rådets rekommendation av den 18 juni 2003 och på utveckling, med ECNN:s deltagande, av ett lämpligt underlag för en inventering av aktiviteterna inom EU. Kommissionen uppmuntrade alla

⁽⁸⁾ "Coffee shops" får ha ett lager om upp till 500 gram cannabis för försäljning, men de kan bara köpa cannabis på den illegala marknaden. Detta kallas "bakdörrsproblemet".

⁽⁹⁾ MILDT (2004), s. 43, hänvisning i Frankrikes nationella rapport.

⁽¹⁰⁾ <http://www.partywise.be>

⁽¹¹⁾ Kampanjen "Talk to Frank" om riskerna med cannabis (<http://www.talktofrank.com>).

⁽¹²⁾ Europaparlamentets och rådets beslut nr 1786/2002/EG av den 23 september 2002 om antagande av ett program för gemenskapsåtgärder på folkhälsoområdet (2003–2008) – Kommissionens uttalanden, EGT L 271, 9.10.2002, s. 1–12.

Inrätta ett hållbart hälsoövervakningssystem

Ett av de viktigaste målen med folkhälsoprogrammet (2003–2008) är att inrätta och driva ett hållbart hälsoövervakningssystem. I syfte att konsolidera en uppsättning hälsoindikatorer för Europeiska gemenskapen har kommissionen haft samråd med medlemsstaterna och internationella organ. I detta sammanhang inkluderas "narkotikarelaterade dödsfall" och "användning av psykotropa droger" i utkastet till en lista över centrala indikatorer och därmed förstärks de strukturella kopplingarna med ECNN som möjlig dataproducent.

intressenter att lägga fram förslag till livsstilsbaserade angreppssätt för att ta itu med missbruk av alla slags beroendeframkallande ämnen, särskilt i nöjesmiljöer (t.ex. nattklubbar) och fängelser. Man var särskilt intresserad av att få fram goda exempel och förbättra kommunikationen och spridningen av information med hjälp av modern teknik. Fyra projekt valdes ut 2004 som gick ut på att förebygga riskbeteenden, harmonisera de internationella kunskaperna om biomedicinska biverkningar av dopning, förstärka kunskapsöverföringen om motåtgärder mot narkotikakonsumtion och utvidga den befintliga webbresursen med information om lagliga och olagliga droger till de nya medlemsstaterna.

Olaglig narkotikahandel

Under 2004 antogs flera rättsakter på EU-nivå för att bekämpa olaglig narkotikahandel. Rådets rambeslut 2004/757/RIF av den 25 oktober 2004, som innehåller minimibestämmelser för brottsrekvisit och påföljder för olaglig narkotikahandel⁽¹³⁾, är viktig för bekämpningen av narkotikahandel eftersom det genom denna rättsakt fastställs minimistraff för sådana brott i medlemsstaterna.

I december 2004 enades rådet om ett beslut om informationsutbyte, riskbedömningar och kontroll av nya psykoaktiva substanser. Beslutet utgör en ram för ett effektivt informationsutbyte om nya psykotropa ämnen och en mekanism för att kontrollera dem på EU-nivå.

Den 30 mars 2004 antog rådet en rekommendation om riktlinjer för provtagning av beslagtagna narkotika, i vilken medlemsstater som ännu inte har gjort detta rekommenderades införa ett system för provtagning som uppfyller internationellt godkända riktlinjer. Rådet antog också en resolution om cannabis och en lägesrapport om genomförandeplanerna för att minska efterfrågan på och tillgången till narkotika samt tillgången till syntetiska droger.

Den 11 februari 2004 antog Europaparlamentet och rådet förordning (EG) nr 273/2004 om narkotikaprekursorer⁽¹⁴⁾. I förordningen fastställs harmoniserade bestämmelser om kontroll och övervakning inom gemenskapen av ämnen som ofta används vid olaglig framställning av narkotika och psykotropa ämnen, i syfte att förhindra avledning av sådana ämnen. Förordningen innehåller särskilt riktlinjer för medlemsstaterna så att de kan anta de bestämmelser som är nödvändiga för att deras behöriga myndigheter skall kunna utöva sina kontroll- och övervakningsuppgifter och information om hur misstänkta transaktioner kan kännas igen och anmälas. Den 22 december 2004 antog rådet förordning (EG) nr 111/2005, i vilken det fastställs regler för övervakning av handeln med narkotikaprekursorer mellan gemenskapen och tredjeländer.

Med utgångspunkt i en rådsförordning från november 2002 presenterade Europeiska kommissionen i november 2004 en undersökning i rådets horisontella narkotikagrupp om upprättandet av en generisk och en kritisk lista över syntetiska droger. Kommissionen lade också fram förslag inför narkotikagruppen i april 2004 om hur metoderna för att kartlägga distributionsnäten för syntetiska droger i EU kan förbättras.

Nya nationella lagar

Unga människor

Bland de ändringar av den nationella lagstiftningen som flera medlemsstater har genomfört kan nämnas åtgärder för att skydda unga människor från brottslingar eller för att ta itu med deras eventuella önskan att testa droger.

Unga människor kan skyddas genom direkta eller mer allmänna metoder. Den ungerska lagen från mars 2003 syftar till att skydda ungdomar under 18 år mot narkotikamissbruk och vuxna bestraffas hårdare för brott som involverar minderåriga. I Estland har ändringar som infördes i början av 2004 medfört strängare straff för de flesta narkotikarelaterade brott, bland annat för förledande av minderåriga att konsumera illegala droger.

I Danmark ändrades lagen om euforiserande ämnen i juli 2004 och distribution av narkotika på restauranger, diskotek och liknande ställen som besöks av barn eller ungdomar betraktas nu som en väsentligt försvårande omständighet. Denna typ av brott bör alltid medföra fängelsestraff och avsikten är att det genomsnittliga fängelsestraffet för sådana brott skall förlängas med en tredjedel. På liknande sätt betraktas handel med narkotika i närheten av skolor sedan oktober 2004 som en

⁽¹³⁾ EUT L 335, 11.11.2004, s. 8. Se även ECNN:s årsrapport 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁴⁾ EUT L 47, 18.2.2004, s. 1.

försvårande omständighet i Spanien och åldersgränsen för en "ung person" som rekryteras för langning har höjts från 16 till 18 år. Riktlinjer för den nya lagstiftningen i England och Wales ges i *Cannabis Enforcement Guidance* (ACPO, 2003), som innehåller råd om hur personer skall hanteras som påträffas inneha cannabis på eller i närheten av skolor, ungdomsgårdar och lekplatser.

Bland de åtgärder som vidtogs för att hantera unga människor som använder narkotika kan nämnas två förordningar som antogs i Lettland i december 2003. I den ena fastställs förfaranden för obligatorisk institutionsvård (med föräldrarnas samtycke) för barn som missbrukar narkotika och i den andra fastställs åtgärder som skall vidtas när narkotika eller andra berusningsmedel påträffas i skolor. I England och Wales kan personer under 18 år som grips för cannabisbrott fortfarande antingen få en reprimand eller sista varning, eller åtalas, beroende på brottets svårighetsgrad. Efter en sista varning remitteras den unga förbrytaren till ett YOT (*Young Offenders Team*), ett team för unga lagöverträdare, som ordnar behandling eller annat stöd.

I Tjeckien ändrades villkoren beträffande unga människor som är inblandade i brott som omfattas av strafflagen, som har företrädare framför allmänna lagar, till följd av att lagen om ungdomsbrott trädde i kraft 2004. Straffrättsliga åtgärder skall bara vidtas om det är nödvändigt och personen kan i stället förbjudas använda narkotika eller tvingas genomgå behandling. Maxgränserna för icke frihetsberövande straff är nu också hälften av dem som tillämpas på vuxna. I Polen fastställs i en förordning från januari 2003 särskilda former av fostrande och förebyggande åtgärder bland barn och ungdomar som är i riskzonen för narkotikamissbruk. Skolor måste ha fostrande och förebyggande strategier.

I oktober 2003 publicerade den europeiska databasen över narkotikalagstiftning (*European Legal Database on Drugs*, ELDD) en jämförande studie av lagar som rör narkotika och unga människor ⁽¹⁵⁾. Studien låg till grund för en rapport som användes vid kommissionens utvärdering av EU:s handlingsplan 2000–2004, vilken offentliggjordes i oktober 2004 ⁽¹⁶⁾. Utvärderingen visade att sammanlagt 22 lagar, som antagits av 11 medlemsstater (av 15), berörde de frågor i handlingsplanen som handlade om unga människor. Majoriteteten av lagarna gick ut på att skapa alternativ till fängelsestraff, även om sex länder antog lagar som syftade till att minska narkotikaanvändningen, särskilt bland unga människor. På det hela taget verkar

lagstiftarna dock ha ägnat jämförelsevis lite uppmärksamhet under femårsperioden åt dessa frågor i handlingsplanen. För en närmare analys av de åtgärder som är inriktade på unga narkotikamissbrukare som begår brott, se temakapitlet om alternativ till fängelsestraff.

Minskning av skadeverkningarna

Under 2003 och 2004 antogs flera lagar som berörde frågan om minskning av skadeverkningarna.

I Frankrike antogs i augusti 2004 en lag om ett femårigt folkhälsoprogram, där strategin för att minska skadeverkningarna för narkotikamissbrukare införlivades med folkhälsobestämmelserna, vilket innebär att dessa åtgärder har fått en officiell definition och hamnat under statens behörighet.

I Finland ändrades förordningen om smittsamma sjukdomar av statsrådet så att den nu föreskriver att experter på smittsamma sjukdomar skall arbeta förebyggande på hälsovårdscentraler, bland annat genom rådgivning för injektionsmissbrukare och om nödvändigt genom utbyten av sprutor och andra redskap. I Luxemburg regleras det nationella programmet för utdelning av sprutor genom ett dekret från december 2003, där det fastställs vilka institutioner och yrkesgrupper som får dela ut sprutor till missbrukare. Trenden fortsätter alltså mot att tillåta innehav och tillhandahållande av rena sprutor genom uttrycklig lagstiftning ⁽¹⁷⁾ som stöds av EU:s handlingsplan 2000–2004, där det fanns krav på en utveckling av tillhandahållandet av profylaktiska medel. Mer information om lagstiftning finns under rubriken "Legal framework of needle and syringe programmes" ⁽¹⁸⁾ i ELDD.

Den brittiska lagen om narkotikamissbruk ändrades i augusti 2003 för att göra det möjligt för läkare, farmaceuter och personer som arbetar inom missbrukarvården att lagligt tillhandahålla rengöringskompresser, steriliserat vatten, vissa redskap (däribland skedar, skålar, koppar och fat) och citronsyra för missbrukare som har skaffat sig narkotikaklassade droger utan läkarrecept. I juni 2004 antog det norska stortinget en tillfällig lag om ett försöksprogram med droginjiceringsrum som skall pågå i tre år. Enligt lagen kommer personer som använder ett injiceringsrum inte att bestraffas för innehav och användning av en enda narkotikados och ett särskilt injiceringsrum öppnades i februari 2005.

I Tjeckien erbjuder flera icke-statliga organisationer tester av tableter för att minska risken att personer konsumerar

⁽¹⁵⁾ *Young people and drugs: a legal overview* (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5620>).

⁽¹⁶⁾ *Drug law and young people 2000–2004* (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=9937>).

⁽¹⁷⁾ Sju länder har lagstiftat sedan 1999: Belgien, Finland, Frankrike, Luxemburg, Polen, Portugal och Slovenien.

⁽¹⁸⁾ <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5036>

okända eller oförutsedda ämnen, men det är en mycket omdebatterad fråga huruvida den här typen av program är lagliga. Det förekom inga åtal under 2003 och det enda ärendet som polisen hittills har drivit (från 2002) ogillades av den allmänna åklagaren. Överåklagaren har sedan dess utfärdat riktlinjer på området.

I linje med denna utveckling på lagstiftningsområdet erkänns insatser för att minska skadeverkningarna allmänt i den nya EU-strategin och handlingsplanen som ett bra sätt att hantera efterfrågan på ökad tillgång till sprututbyten för att minska de narkotikarelaterade riskerna för den enskildes hälsa och samhället som helhet.

Straff

Förutom de ändringar av narkotikalagstiftningen som beskrivs ovan och som specifikt rörde unga människor ändrade många länder också straffen för olika brott. Förra året rapporterades till exempel att Belgien och Förenade kungariket i praktiken sänkte straffet för oproblematiskt innehav av cannabis. Undantagen från dessa lindrigare straff fastställdes i ett belgiskt direktiv som utfärdades i februari 2005, där det görs klart att ärenden som rör "störande av den allmänna ordningen" måste leda till åtal. Sådana ärenden kan till exempel handla om innehav av cannabis på eller i närheten av platser där skolbarn samlas (skolor, parker, busshållplatser) och även "flagrant" innehav på offentliga platser eller i offentliga byggnader. I Danmark fastställdes genom en ändring av lagen om euforiserande ämnen i maj 2004, i kombination med en rundskrivelse från den allmänna åklagaren, att innehav av narkotika för eget bruk normalt skall leda till böter snarare än som tidigare till en varning.

Detta följer det mönster som har framträtt de senaste åren, och som har rapporterats av ECNN⁽¹⁹⁾, där de möjliga straffen för missbrukare och langare ändras. År 2003 införde till exempel Belgien en ny brottskategori som innebär att personer som är skyldiga till oproblematiskt cannabisbruk inte behöver åtalas, medan Grekland sänkte maximistraffet för bruk av narkotika från fem till ett år och Ungern avskaffade narkotikabruk som ett brott i sin brottsbalk. År 2002 avkriminaliserade Estland upprepat bruk eller innehav av en liten mängd narkotika för eget bruk (och maximistraffet på tre års fängelse). Litauen beslutade å andra sidan att innehav skall vara ett brott enligt brottsbalken och kunna leda till högst två års fängelse. Användning av cannabis avkriminaliserades och fängelsestraffet för oproblematiskt narkotikaanvändning som inte är förbunden med förvärrande omständigheter avskaffades i Luxemburg 2001. Samtidigt införde Finland straffbart bruk av narkotika, vilket kan medföra högst ett

kortare fängelsestraff och vara föremål för ett förenklat rättsligt förfarande av åklagaren. År 2000 införde Portugal administrativa påföljder för narkotikaanvändning, medan Polen samma år tog bort det undantag från bestraffning som tidigare kunde beviljas för innehav. Detta mönster beror emellertid inte på att kontrollen av narkotikaanvändningens effekter på samhället har minskat, vilket framgår av temakapitlet om olägenhet för allmänheten och de tidigare beskrivna restriktionerna för innehav i närheten av unga människor.

När det gäller personer som misstänks för narkotikahandel går trenden i riktning mot högre straffskalor. I Danmark höjdes maximistraffen för narkotikahandel med över 50 % i mars 2004. I början av 2004 införde Estland strängare straff för de flesta narkotikarelaterade brott, särskilt om det föreligger försvårande omständigheter. I Förenade kungariket har maximistraffet för handel med klass C-narkotika skärpts från fem till 14 års fängelse. Sedan ett par år tillbaka läggs också större tonvikt vid straff för försäljning till unga människor (ovan) och narkotikahandel. Så skedde i Grekland 2001, i Litauen 2000 och i Irland 1999. Denna genomgående höjning av straffen för narkotikahandel märks i rådets rambeslut från oktober 2004, som innehåller minimibestämmelser för brottsrekvisit och påföljder för olaglig narkotikahandel.

Narkotika på arbetsplatser

Två länder rapporterade om åtgärder för att lagstifta om narkotika på arbetsplatser. I Finland skall lagen om integritetsskydd i arbetslivet (759/2004) reglera och stärka integritetsskyddet för anställda i samband med narkotikatester i arbetslivet. Enligt lagen måste arbetsgivaren och personalavdelningen upprätta ett antidrogprogram för arbetsplatsen, däribland planer för förebyggande åtgärder och behandlingsalternativ, samt fastställa för vilka befattningar det krävs ett drogtest. Under anställningsförfaranden får en arbetsgivare bara kräva att den arbetssökande som erbjuds anställning skall uppvisa ett intyg om drogtest. Arbetsgivaren har rätt att använda informationen i detta intyg om befattningen förutsätter noggrannhet, tillförlitlighet, självständig omdömesförmåga eller god reaktionsförmåga och utförandet av arbetsuppgifterna under påverkan av narkotika eller beroende av narkotika kan äventyra arbetstagarens eller andras liv och hälsa eller medföra betydande skador. Medan ett arbetsavtalsförhållande pågår kan arbetstagaren bara bli skyldig att visa upp ett intyg om arbetsgivaren har grundad anledning att misstänka att arbetstagaren är narkotikapåverkad i arbetet eller är beroende av narkotika.

⁽¹⁹⁾ För mer information, se ECNN:s temarapport *Illicit drug use in the EU: legislative approaches* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7079>).

I Irland offentliggjordes i juni 2004 lagen om säkerhet, hälsa och välfärd i arbetslivet. Enligt en paragraf i denna lag måste arbetstagare garantera att de vid utförandet av sina arbetsuppgifter inte är påverkade av berusningsmedel i en sådan grad att de äventyrar sin egen eller andras säkerhet, hälsa eller välfärd i arbetslivet. Enligt lagen är arbetstagare också skyldiga att uppfylla skäliga krav från arbetsgivarens sida om uppvisande av ett lämpligt, skäligt och proportionerligt test utfört av en behörig person.

Preventiva insatser i särskilda miljöer, till exempel arbetsplatser, tas numera upp i EU:s nya handlingsplan.

Den ökade tonvikten på riktad prevention kan vara en motvikt till den allmänna utvecklingen mot sänkta straff för narkotikamissbrukare och är kanske en följd av oron över narkotikabrukets utbredning och frekvens i EU. Det finns emellertid inga säkra siffror som visar hur stort detta fenomen egentligen är, och drogtester som gäller något annat än faktisk påverkan kan enligt vissa nationella och internationella lagar leda till komplicerade rättsliga frågeställningar rörande integritetsskydd. Samtidigt fortsätter privata investeringar som syftar till att göra testerna mer exakta och användarvänliga.

Den olägenhet som narkotikamissbruk innebär för allmänheten: trender inom politik och förebyggande åtgärder, i ECNN:s årsrapport för 2005: temakapitel

Inom den politiska debatten om narkotika på både nationell och europeisk nivå har den olägenhet som narkotikamissbruk innebär för allmänheten i allt högre grad kommit att bli en fråga som ger upphov till oro. Beteenden och aktiviteter som oftast omfattas av termen "olägenhet som narkotikamissbruk innebär för allmänheten" har länge funnits i de flesta medlemsstater, kandidatländer och Norge. Det handlar alltså inte om något nytt fenomen, utan snarare om en ny tendens inom narkotikapolitiken, som är tydlig i åtminstone några medlemsstater, och som går ut på att kategorisera och samla dessa fenomen under ett paraplykoncept och att ha som mål att minska deras förekomst.

I vilken utsträckning är denna tendens gemensam för de europeiska länderna? Finns det en gemensam definition för det här konceptet? Hur skall fenomenets karaktär och

omfattning bedömas? Vilka åtgärder strävar man efter att uppnå och vilka slags insatser genomförs, oavsett om de är specifikt och uttalat utformade för att minska den olägenhet som narkotikamissbruk innebär för allmänheten eller ej? Finns det redan nu tillgängliga utvärderingsresultat och har kvalitetsnormer för insatser inrättats? Dessa är några av de centrala frågor som behandlas i det här temakapitlet.

ECNN vill genom att presentera en granskning av den aktuella utvecklingen när det gäller den olägenhet som narkotikamissbruk innebär för allmänheten i den politiska debatten i Europa informera politiska beslutsfattare och allmänheten om fenomenets karaktär samt om trender och åtgärder inom det här området av narkotikapolitiken.

Det här temakapitlet finns endast på engelska i tryckt version ("Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures", *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*) och på Internet (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



Kapitel 2

Skolor, ungdomar och narkotika

Jämförbara uppgifter om ungdomars användning av alkohol och narkotika härrör främst från enkäter bland skolelever i åldern 15–16 år. Projektet för europeiska skolundersökningar (ESPAD) genomförde enkäter 1995, 1999 och senast 2003. Enkäten 2003 (Hibell m.fl., 2004) ger jämförbara uppgifter för 22 EU-medlemsstater, Norge och tre kandidatländer (Bulgarien, Rumänien och Turkiet). Även andra skolenkäter (i t.ex. Nederländerna, Norge och Sverige) och undersökningar av skolbarns hälsovanor (*Health Behaviours in School-aged Children*, HBSC) ger information om narkotikaanvändning bland skolelever och resultaten är överlag mycket likartade.

Projektet för europeiska skolundersökningar om alkohol och andra droger (ESPAD): en växande resurs för att förstå trender när det gäller unga människors narkotika- och alkoholanvändning

ESPAD är en viktig källa till information om narkotika- och alkoholanvändning bland europeiska skolelever och ett ovärderligt verktyg när det gäller att dokumentera trender över tid. ESPAD:s undersökningar genomfördes 1995, 1999 och 2003. Användningen av standardiserade metoder och instrument bland nationellt representativa urval skolelever i åldern 15–16 ger en jämförbar uppsättning uppgifter av hög kvalitet. Deltagandet i ESPAD har ökat för varje undersökning och såväl EU:s medlemsstater som länder utanför EU deltar. År 1995 deltog sammanlagt 26 europeiska länder (inklusive tio länder som blev medlemmar i EU i maj 2004). 1999 ökade siffran till 30 och vid undersökningen för år 2003 deltog hela 35 länder, varav 23 EU-medlemsstater (inklusive de tio länder som blev medlemmar i EU år 2004) och tre kandidatländer (Bulgarien, Rumänien och Turkiet) samt Norge. Spanien deltog inte i undersökningen, men ESPAD-rapporten för 2003 innehåller nationella uppgifter från de spanska skolornas undersökning (PNSD).

Jämförbarheten i ESPAD:s skolundersökning bygger på standardisering av målgrupp för ålder samt metod och tidpunkt för insamling av uppgifter, användning av slumpmässigt urval, att enkäten är stabilt utformad och att anonymiteten garanteras.

Frågorna i undersökningen är inriktade på alkoholanvändning (om eleverna någon gång använt det,

Narkotikaanvändningens prevalens och mönster

Cannabis

De senaste ESPAD-uppgifterna från 2003 visar att livstidsprevalensen för cannabisanvändning (andel personer som någon gång har prövat cannabis) bland skolelever i åldern 15–16 år är högst i Tjeckien (44 %) (figur 1). Livstidsprevalensen är lägst (under 10 %) i Cypern, Grekland, Norge, Rumänien, Sverige och Turkiet. Bland de länder som har en andel på över 25 % finns

om de använt det under de senaste tolv månaderna eller om de använt det under de senaste 30 dagarna, genomsnittlig användning, berusningsdrickande) och användning av olagliga droger (om eleverna någon gång använt sådana, om de använt dem under de senaste tolv månaderna eller om de använt dem under de senaste 30 dagarna, inklusive uppgifter om hur ofta droganvändning skedde under dessa tidsintervaller).

Här följer några av de viktigaste resultaten från undersökningen för 2003 i EU:s medlemsstater, kandidatländer och Norge:

- Cannabis är med bred marginal den olagliga drog som används mest.
- Ecstasy är den näst vanligaste olagliga drogen, men erfarenheten är relativt låg.
- Erfarenheten av amfetamin, LSD och andra hallucinogener är låg.
- Även om användningen av magiska svampar är relativt låg är de den typ av hallucinogener som oftast används i tolv av EU:s medlemsstater.
- Övriga ämnen som används av skolelever är bland annat lugnande medel utan läkarrecept (med en högsta rapporterad nationell nivå på 17 %) och inhalationsmedel (med en högsta nationell siffra på 18 %).
- Omfattningen av berusningsdrickande under 30 dagar (vilket definieras som att dricka minst fem drinkar i rad) varierar avsevärt mellan olika länder.

Information om ESPAD och den nya rapporten finns på ESPAD:s webbplats (<http://www.ESPAD.org>).

Italien, Nederländerna, Slovakien, Slovenien och Tyskland (27 % och 28 %), medan livstidsprevalensen är högst, mellan 32 % och 40 %, i Belgien, Frankrike, Förenade kungariket och Irland. I de flesta länder har antalet skolelever som någon gång har testat cannabis⁽²⁰⁾ ökat stadigt sedan 1995. Det finns dock markanta skillnader mellan länderna.

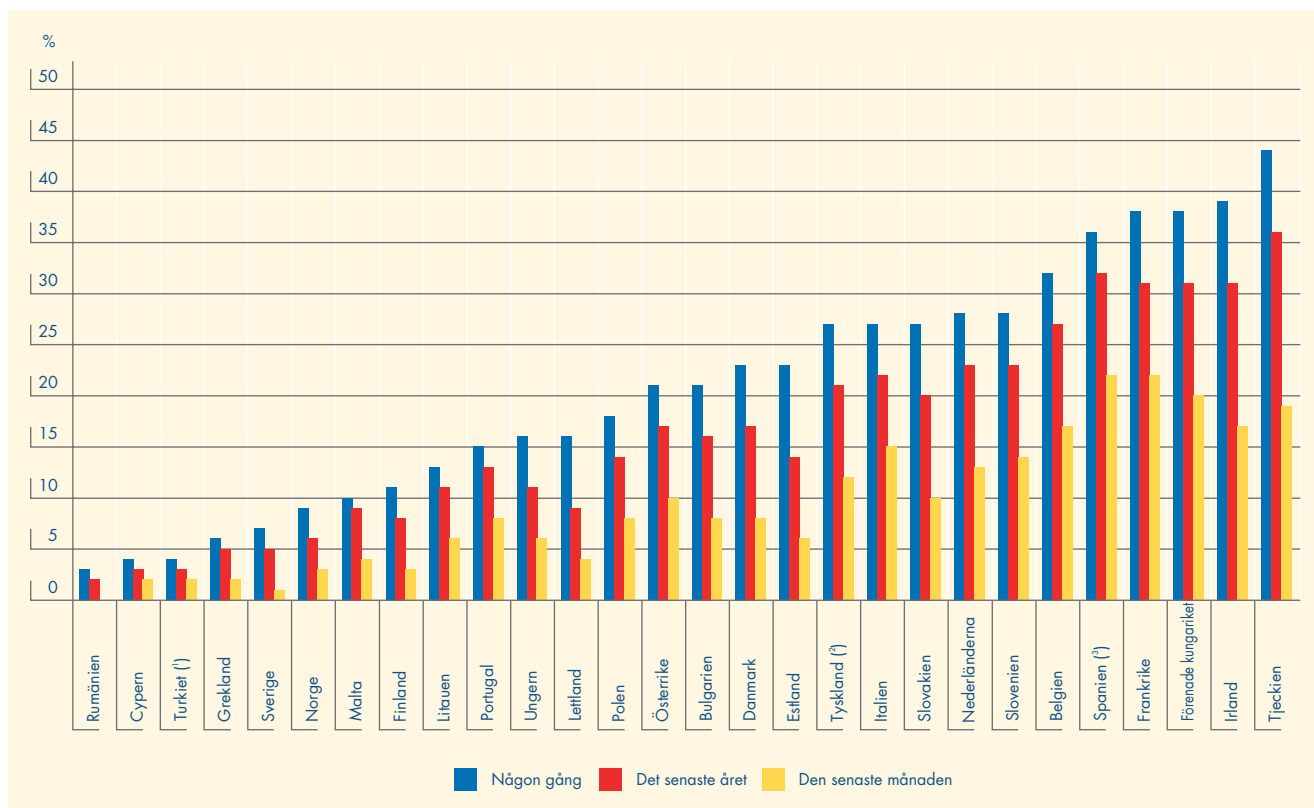
Nya uppgifter från 2003 års ESPAD-enkäter bland skolelever i åldern 15–16 år visar att livstidsprevalensen för cannabisanvändning ligger på mellan 3 % och 44 %. Mellan 2 % och 36 % av skoleleverna säger sig ha använt cannabis någon gång under de senaste tolv månaderna, medan andelen som har använt cannabis den senaste månaden varierade från 0 % i vissa länder till 19 % i andra⁽²¹⁾ (figur 1). Det finns relativa variationer mellan de olika prevalenserna. Livstidsprevalensen är till exempel högst i Tjeckien, medan andelen som har använt cannabis den senaste månaden är högst i Frankrike och Spanien (22 %).

I nästan alla länder är bruket av cannabis vanligare bland pojkar än bland flickor. Könsskillnaderna är tydligare bland elever som säger sig ha använt cannabis vid 40 eller fler tillfällen⁽²²⁾.

Äldre elever (17–18 år) omfattades av nationella skolundersökningar i elva medlemsstater och Bulgarien. I denna åldersgrupp varierade livstidsprevalensen från under 2 % i Cypern till 56 % i Tjeckien, medan andelen som hade använt cannabis den senaste månaden varierade från under 1 % i Cypern till nästan 30 % i Frankrike. I alla länder som genomförde undersökningar, utom Cypern, var de uppskattade prevalenstalen högre bland äldre elever än bland elever i åldern 15–16 år⁽²³⁾.

Mellan 1999 och 2003 ökade andelen skolelever i Tjeckien som sade sig ha testat cannabis vid 13 års ålder eller tidigare med 5 %. Tretton andra EU-länder rapporterade mindre ökning (1–3 %) (24). Minskningar

Figur 1: Andelen skolelever i åldern 15–16 som någon gång har använt cannabis, som har använt cannabis det senaste året och som har använt cannabis den senaste månaden



(1) De turkiska siffrorna har hämtats från sex storstäder i sex olika regioner (Adana, Ankara, Diyarbakir, Istanbul, Izmir och Samsun).

(2) De tyska uppgifterna har endast hämtats från sex regioner (Bayern, Brandenburg, Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern och Thüringen).

(3) Spanien deltog inte i ESPAD:s undersökning. De uppgifter som ingår här bygger på en spansk undersökning som utfördes under november–december 2002. Frågorna om narkotikaanvändning kan jämföras med ESPAD:s frågor, men andra aspekter av metoden innebär att de spanska uppgifterna inte är strikt jämförbara med ESPAD:s uppgifter.

Källa: Hibell m.fl., 2004.

(20) Se figurerna EYE-1 (del ii) och EYE-1 (del ix) i statistikbulletinen för 2005.

(21) Se kapitel 3 för en mer ingående redogörelse av bruket av cannabis bland skolelever.

(22) Se figur EYE-1 (del iii) i statistikbulletinen för 2005.

(23) Se tabellerna EYE-1 och EYE-3 i statistikbulletinen för 2005.

(24) Se figur EYE-1 (del vii) i statistikbulletinen för 2005.

(med 1 %) rapporterades endast i Nederländerna och Förenade kungariket.

Enligt en nyare Eurobarometerundersökning (2004) ⁽²⁵⁾ ökade antalet ungdomar i åldern 15–24 år som säger sig ha blivit erbjudna cannabis från 46 % 2002 till 50 % 2004. Under samma period steg även antalet unga människor som sade sig känna personer som har använt cannabis från 65 % till 68 %.

ESPAD-undersökningarna visar att det finns ett starkt samband mellan skolelevs föreställningar om cannabis, om dess risker och tillgänglighet, och andelen elever som någon gång har prövat. Riskmedvetande och prevalens står i omvänd proportion till varandra ⁽²⁶⁾, dvs. om medvetenheten om riskerna är hög är andelen användare låg och vice versa, medan föreställningar om tillgänglighet står i direkt samband med livstidsprevalensen ⁽²⁷⁾.

I länder där de uppskattade prevalenstalen är högre än genomsnittet är det möjligt att ungdomar i högre grad betraktar cannabisbruk som något "normalt". De flesta länder som rapporterar relativt höga siffror när det gäller andelen personer som någon gång har använt cannabis rapporterar också relativt höga siffror när det gäller berusningsdrickande (definierat som fem drinkar eller mer i rad) under de senaste 30 dagarna ⁽²⁸⁾, vilket tyder på att dessa två beteenden eventuellt ingår i samma livsstil. Undantagen är Bulgarien, Frankrike och Italien, där bruket av cannabis är relativt utbrett, men berusningsdrickandet relativt lågt.

Andra droger

Ecstasy var vanligare än amfetamin i 14 av de EU-länder och kandidatländer som ingick i ESPAD-undersökningen från 2003 ⁽²⁹⁾. Andelen personer som någon gång har använt ecstasy var lägst (2 % eller lägre) i Cypern, Danmark, Finland, Grekland, Litauen, Malta, Norge, Rumänien, Sverige och Turkiet. Högre andelar, på mellan 3 % och 4 %, rapporterades i Belgien, Bulgarien, Frankrike, Italien, Lettland, Polen, Portugal, Slovenien, Slovakien, Tyskland och Österrike. Högst livstidsprevalenstal hade Tjeckien (8 %) och Estland, Förenade kungariket, Irland, Nederländerna och Spanien (samtliga 5 %).

När det gäller prevalensen över olika tidsperioder var den högsta livstidsprevalensen år 2003 8 %, jämfört med 5 %

för användning de senaste tolv månaderna och 2 % för användning den senaste månaden.

Fortlöpande undersökningar visar att livstidsprevalensen för ecstasyanvändning bland skolelever i åldern 15–16 år generellt ökade under perioden 1995–2003 och att de största ökningarna ägde rum i Tjeckien och de flesta av de nya medlemsstaterna ⁽³⁰⁾. Siffror om livstidsprevalensen från ESPAD-undersökningen 1999 uppvisar dock fluktuationer i en del länder. Nedgången i ecstasyanvändningen i Förenade kungariket inträffade före 1999 och kan delvis bero på att ecstasyrelaterade dödsfall fick stor uppmärksamhet i massmedierna i slutet av 1990-talet.

Psilocin och psilocybin – magiska svampar

Psilocin och psilocybin, som är de psykoaktiva ingredienserna i s.k. "magiska svampar", är upptagna i förteckning 1 i FN-konventionen från 1971 och är därmed narkotikaklassade i alla medlemsstater. Magiska svampars rättsliga status skiftar dock mellan medlemsstaterna, liksom även i vilken utsträckning eventuella rättsliga restriktioner för odling och konsumtion av svamparna upprätthålls. Det innebär att svamparna kan vara narkotikaklassade, icke narkotikaklassade eller narkotikaklassade om de är "bearbetade", ett tillstånd som inte är helt juridiskt klarlagt.

ESPAD-undersökningen rapporterade om användning av "magiska svampar" första gången 2003. Andelen skolelever i åldern 15–16 år som hade använt "magiska svampar" var större eller lika stor som andelarna som hade använt LSD eller andra hallucinogena droger i de flesta länder som deltog ⁽³¹⁾. Jämfört med andelen skolelever som någon gång har använt ecstasy var livstidsprevalensen för magiska svampar högre i Belgien, Frankrike och Tyskland och lika stor i Danmark, Italien, Nederländerna, Polen och Tjeckien. Livstidsprevalensen för magiska svampar var noll i Cypern, Finland och Rumänien, 4 % i Förenade kungariket, Irland och Tyskland och 5 % i Belgien, Frankrike och Nederländerna. Prevalensen är högst i Tjeckien (8 %). Det finns inga trenduppgifter tillgängliga för användningen av magiska svampar.

⁽²⁵⁾ En andra Eurobarometerundersökning (Eurobarometer, 2004), Unga människor och droger, genomfördes 2004. Denna undersökning av ett icke-slumpmässigt urval omfattade 7 659 unga personer i åldern 15–24 år i de 15 medlemsstater som ingick i den förra undersökningen 2002.

⁽²⁶⁾ Se figur EYE-1 (del v) i statistikbulletinen för 2005.

⁽²⁷⁾ Se figur EYE-1 (del vi) i statistikbulletinen för 2005.

⁽²⁸⁾ Se figur EYE-1 (del viii) i statistikbulletinen för 2005.

⁽²⁹⁾ Se figur EYE-2 (del iv) i statistikbulletinen för 2005.

⁽³⁰⁾ Se figur EYE-2 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

⁽³¹⁾ Se figur EYE-2 (del v) i statistikbulletinen för 2005.

Den senaste utvecklingen inom prevention

Individens värderingar och beteende påverkas av vad han eller hon uppfattar som normalt i sin sociala miljö. Detta gäller inte minst unga människor. Om de uppfattar det som "normalt" och socialt accepterat att testa cannabis (genom att drogen inte anses medföra några större risker och är lätt att få tag på) kan detta på ett väsentligt sätt påverka deras värderingar och beteende när det gäller cannabisanvändning (Botvin, 2000). Utmaningen för det preventiva arbetet är att ge unga människor sociala och kognitiva strategier så att de kan hantera denna påverkan. Det är därför inte realistiskt att bedöma preventionsstrategiers effektivitet utifrån uppgifter om narkotikaanvändningen bland unga människor, särskilt inte uppskattningar av experimentell användning, eftersom de speglar samhällsnormer och inte ett verkligt problembeteende.

Det preventiva arbetet bör i stället utvärderas mot ett antal tydliga kriterier: väldefinierade mål, målgrupper och insatser i nationella strategier som bygger på den internationella kunskapsbasen; kvalitetskontrollåtgärder; utvecklingen av riktade preventiva åtgärder och familjebaserat preventivt arbete; samt reglering av lagliga droger för att påverka sociala normer som innebär att man tolererar eller godtar vissa konsumtionsbeteenden.

När det gäller utvärderingar av preventionsstrategier visar de nya nationella strategierna i Frankrike och Italien att det har skett betydande framsteg jämfört med tidigare strategier, genom att det preventiva arbetets roll nu är bättre definierad, vilket även gäller vikten av strukturerade program och prioriterade insatsområden. I nästan alla medlemsstater märks en tendens mot mer strategiska arbetsmetoder och allt större hänsyn tas till sårbara grupper i den övergripande planeringen.

Normativa och strukturella åtgärder

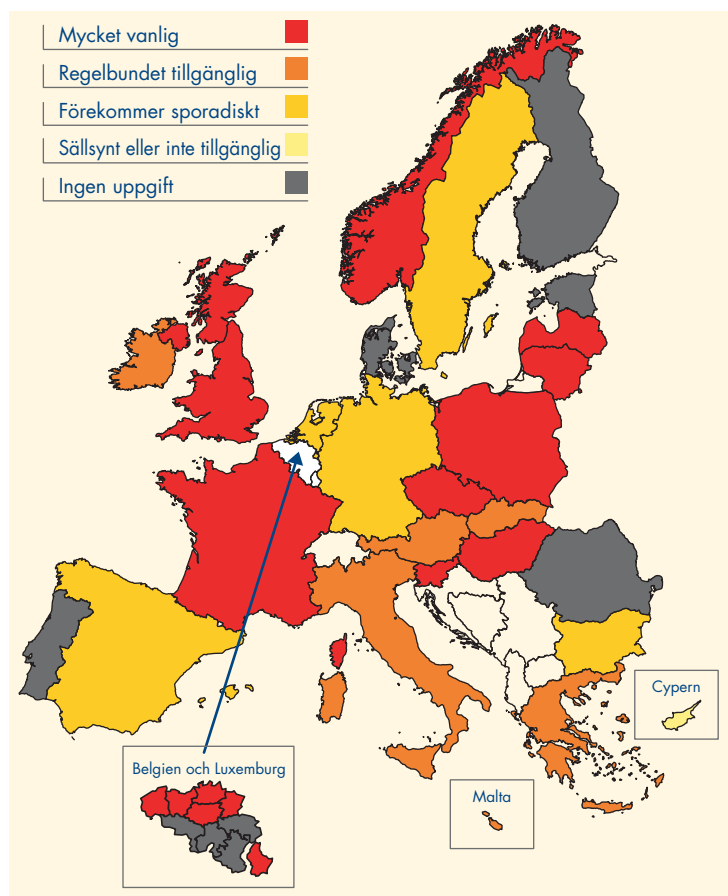
Kontrollen av lagliga droger bidrar till att lägga en normativ grund för andra preventiva åtgärder. Samhällsnormer som tolererar tobaks- och alkoholanvändning och deras inflytande på människors beteende är välkända riskfaktorer för en överseende inställning till och användning av narkotika (Becoña, 2002). Tvärtom vad folk tror påverkas samhällets normer mer av kontrollåtgärder än av massmediekampanjer och utbildningsinsatser (Hawks m.fl., 2002; Canning m.fl., 2004). Eurostat (2002) jämförde tobakskontroll och rökning bland barn/ungdomar i EU-medlemsstaterna och upptäckte att det fanns en koppling mellan tobakskontrollens stränghet (förbud mot reklam,

åldersgräns för köp, restriktioner etc.) och rökvanorna. Rökningen var mer utbredd bland ungdomar i länder med relativt milda bestämmelser (t.ex. Danmark, Förenade kungariket och Tyskland) än i länder med strängare kontroll (t.ex. Frankrike, Norge och Sverige). Man vet att preventiva insatser får begränsad effekt om de motverkas, eller inte får stöd, av samhällets normer och politik. EU:s och WHO:s initiativ (Aspect Consortium, 2004) på detta område har vunnit terräng och medlemsstaterna kopplar nu alltmer samman tobakskontroll och narkotikaprevention.

Prevention i skolorna

Skolor betraktas i alla medlemsstater som den viktigaste miljön för allmänprevention och den vikt som läggs vid prevention i skolorna har ökat påtagligt i de nationella strategierna och i det strukturerade genomförandet. Detta framgår av att det blir allt vanligare att skolor har en drogpolicy (figur 2) och att det har utformats särskilda narkotikapreventionsprogram för skolor och bättre utbildning för lärare.

Figur 2: Utveckling av skolpolicy



Anm.: Tyskspråkiga Belgien = förekommer sporadiskt.
Källa: Nationella Reitox-kontaktpunkter.

Mer strukturerade preventionsprogram har införts (i Danmark, som har sitt första skolbaserade livskunskapsprogram), utvidgats (i Tyskland) eller planeras (i Frankrike och Italien, i de nationella strategierna) av fler länder än tidigare. Under 2003 genomfördes till exempel preventionsprogram i 60 % av de polska skolorna.

Grekland är ett bra exempel på hur preventionspolicyn rör sig bort från traditionella informationsbaserade och individuella (rådgivnings)metoder och utvecklas mer till en folkhälsostrategi som genom det programbaserade tillvägagångssättet omfattar så många som möjligt. Antalet skolbaserade preventionsprogram i Grekland mer än fördubblades mellan 2000 och 2003, medan antalet familjebaserade program tredubblades under samma period. Förenade kungariket och Malta gav också programbaserade tillvägagångssätt en större roll i sina preventionsstrategier: Blueprint-programmet går ut på att fastställa hur internationell forskning om effektiv narkotikaprevention kan tillämpas inom det brittiska skolsystemet och baseras på bevis som tyder på att en kombination av narkotikaupplysning i skolor och föräldraengagemang, mediekampanjer, lokala hälsoinitiativ och samarbeten på lokal nivå är effektivare än enbart insatser i skolorna. Programmet har fått ett anslag på 6 miljoner pund (8,5 miljoner euro) för en femårsperiod ⁽³²⁾.

Övervakning och kvalitetskontroll

För att kunna kontrollera och förbättra kvaliteten på det preventiva arbetet krävs att man har överblick över dagens aktiviteter och deras innehåll. Medlemsstaterna lägger därför allt större vikt vid övervakning av preventionsprogrammen, vilket framgår av de nya planerna i Norge ⁽³³⁾ och Tyskland ⁽³⁴⁾, och av det ungerska forskningsprojektet "Ljus och skuggor", som samlade information om skolbaserade preventionsprogramms innehåll, mål, metoder, målgrupper och täckning. Övervakning genomförs även i Tjeckien, samt genom Ginger i Flandern. Spanien har tyvärr övergivit Idea Prevención, som i många år var det mest utvecklade övervaknings- och kvalitetssystemet för preventiva insatser i Europa.

Tack vare informationssystemen om prevention blir det också möjligt att spåra ineffektiva metoder och programkomponenter. Det är till exempel fortfarande vanligt i många medlemsstater med informationsmöten

eller föredrag av experter eller poliser som sker vid ett enda tillfälle, trots att forskare entydigt har kommit fram till att den typen av insatser i bästa fall är ineffektiva och kanske till och med motverkar sitt syfte (Canning m.fl., 2004).

Bara en systematisk registrering av preventionsaktiviteter gör det möjligt att granska preventionsprogrammets innehåll, så att de kan baseras på aktuella kunskaper om effektivitet och inriktas på specifika befolkningsgrupper. Det behövs riktlinjer eller standarder för genomförandet av preventionsprogram, särskilt i länder där preventionsarbetet är starkt decentraliserat.

Programinnehåll och aktiviteter

Tack vare att det programbaserade tillvägagångssättet har blivit mer utbrett och informationsinsamlingen mer standardiserad har det blivit möjligt att granska och jämföra preventionspolitikens innehåll och utvecklingstendenser inom hela EU. Informationen kommer normalt från nationella experter eller expertgrupper som har överblick över sina länders situation och därför kan presentera standardiserade uppskattningar, eller från kvantitativa uppgifter om övervakade, programbaserade insatser som finns tillgängliga i vissa medlemsstater, däribland Grekland och Ungern.

De flesta medlemsstater har till exempel som en preventiv åtgärd infört kurser i personlig och social utveckling i skolor. Kurserna handlar om sådant som att kunna fatta beslut, hantera svåra situationer, sätta upp mål, stå på sig, kommunicera och visa empati. Denna evidensbaserade teknik, som har hämtats från sociala inlärningsteorier ⁽³⁵⁾, verkar numera vara en viktig metod i de flesta medlemsstater, även i länder där programbaserade metoder inte existerar (Frankrike, Luxemburg och Sverige) (tabell 2). Estland rapporterar att en bok om sociala färdigheter används i mycket stor omfattning.

Information har fortfarande en central roll i narkotikapreventionen i många medlemsstater (se tabell 2). Bara långsamt börjar insikten om att information har ett begränsat värde i narkotikaprevention att sprida sig (se t.ex. Sveriges nationella rapport). Även metoder som enbart baseras på hälsoupplysning påverkar bara de kognitiva processerna och saknar ofta konkreta komponenter av beteendeträning och träning i social interaktion. Men trots de kunskaper som vi nu har om

⁽³²⁾ <http://www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint>

⁽³³⁾ <http://www.forebyggingstiltak.no>

⁽³⁴⁾ PrevNet (<http://www.preynet.de>).

⁽³⁵⁾ Beteendet anses vara ett resultat av social inlärning av förebilder, normer, attityder hos "viktiga andra personer" (Bandura, 1977). En negativ inställning till narkotikaanvändning och självbevarelsesdrift är saker som kan läras ut eller betingas. Det är denna tanke som ligger bakom kamratmodeller och den specifika livskunskapsmodellen.

effektiv narkotikaprevention är sådana metoder fortfarande vanliga i en del länder.

Det finns två förklaringar till varför sådana metoder fortfarande används. Den ena förklaringen är det instinktiva och traditionella antagandet att information om narkotika och riskerna med narkotikaanvändning har en

avskräckande inverkan. Den andra förklaringen har att göra med en mycket ny trend som har inspirerats av försöken att minska skadeverkningarna. Den bygger på övertygelsen att kognitiva färdigheter är viktigare än beteendetekniker för att lära unga människor att fatta bra beslut och göra kloka val i livet. De som förespråkar denna teknik anser att beteendetekniker inom

Tabell 2: Prevention i skolor i Europa

	Kvalitetsnormer/riktlinjer (!)			Personlig social kompetens	Mål	
	Finns	Obligatoriska	Förutsättning för att få ekonomiska medel		Primära	Sekundära
Belgien flamländska	Ja	Ja	Ja	Mycket vanligt	Social träning	Information
Belgien franska	Ja	Ja	Ja	i.u.	Skyddande miljö	Utbildningsförhållande
Tjeckien	Planeras		Ja	Mycket vanligt	Självkänsla	Skyddande miljö
Danmark	Nej			Nej	Information	
Tyskland	Nej			Mycket vanligt	Social träning	Information
Estland	Nej			Sporadiskt	i.u.	
Grekland	Ja	Ja	Ja	Mycket vanligt	Social träning	Utbildningsförhållande
Spanien	Planeras	Ja	Ja	Mycket vanligt	Social träning	Självkänsla
Frankrike	Ja			Sällsynt	Information	Social träning
Irland	Ja	Ja		Mycket vanligt	Social träning	Självkänsla
Italien	Ja			Regelbundet	Information	Social träning
Cypern	Planeras	Ja	Ja	Sporadiskt	Skyddande miljö	Social träning
Lettland	Planeras			Sporadiskt	Information	Social träning
Litauen	Nej			Regelbundet	Information	
Luxemburg	Ja		Ja	Regelbundet	Utbildningsförhållande	Social träning
Ungern	Planeras			Regelbundet	Information	Social träning
Malta	Nej			Mycket vanligt	Information	Social träning
Nederländerna	Ja			Nej	Information	
Österrike	Ja		Nej	Sporadiskt	Social träning	Skyddande miljö
Polen	Nej			Regelbundet	Social träning	Information
Portugal	Ja	Ja	Ja	Sporadiskt	Information	Social träning
Slovenien	Planeras			Sporadiskt	Information	Social träning
Slovakien	Nej			Sällsynt		
Finland	i.u.			i.u.	Tillhandahållande av välfärdstjänster	Information
Sverige	Nej			Regelbundet	Skyddande miljö	Social delaktighet
Förenade kungariket	Ja			Mycket vanligt	Information	Social träning
Norge	Nej			Regelbundet	Information	Självkänsla
Bulgarien	i.u.			Sporadiskt	Information	Skyddande miljö
Rumänien	i.u.			Sporadiskt		

Anm.: i.u. = Ingen uppgift.

(!) Det bör komma ihåg att det inte finns någon gemensam europeisk definition av "kvalitetsnormer och riktlinjer" och att detaljnivån kan variera, vilket påverkar jämförbarheten.

narkotikaprevention, att till exempel förbättra livskunskaper, är nedlåtande och demoniserar narkotikaanvändning (Ashton, 2003; Quensel, 2004) och att det bästa sättet att ge unga människor de kognitiva verktyg de behöver är att ge dem information. Trots skillnaderna i tradition utgår båda metoderna från att hälsovanor, och särskilt narkotikaanvändning, är en fråga om personliga och rationella val, medan den allmänna meningen inom hälsovetenskaperna är att sociala faktorer (bostadsområde, kamratgrupper, normer) och personliga faktorer (temperament, akademiska och känslomässiga färdigheter) spelar en större roll för att forma hälso- och narkotikavanor än enbart kognition.

En felaktig syn på narkotikaanvändning som något normalt och socialt accepterat inom kamratgruppen är den viktigaste kognitiva faktor som kan påverkas av prevention. Om livstidsprevalensen för cannabisanvändning bland unga vuxna är 30 % innebär detta i själva verket att mer än två tredjedelar av denna befolkningsgrupp aldrig har använt cannabis, och det är detta som är det faktiska "normalförhållandet". Trots att metoder som går ut på att ändra unga människors normativa övertygelser (Reis m.fl., 2000; Taylor, 2000; Cunningham, 2001; Cuijpers m.fl., 2002) bevisligen har positiva effekter används de dock sällan i Europa.

Riktad prevention

Preventiva åtgärder som uttryckligen inriktas på sårbara grupper blir allt vanligare i nationella narkotikastrategier och handlingsplaner. Detta fenomen är ännu tydligare i de nya medlemsstaterna: Cypern, Estland (gatubarn, sårskolor), Malta, Polen (försummade barn och unga människor från problemfamiljer), Slovenien och Ungern.

Eftersom de sårbara grupper som är målgrupper för den riktade preventionen ofta har betydande erfarenhet av lagliga och olagliga droger, utgörs den riktade preventionen mestadels av särskilt anpassad information, individuell rådgivning och alternativa konstnärliga eller idrottsrelaterade fritidssysselsättningar. Det är emellertid viktigt att komma ihåg att de metoder som används i de övergripande allmänpreventiva programmen för social påverkan kan vara lika effektiva eller till och med ännu effektivare inom den riktade preventionen. Det har till exempel visat sig mycket effektivt bland unga personer i riskzonen att förändra normer (genom att t.ex. visa att majoriteten av deras jämnåriga ogillar narkotikaanvändning), att träna dem i att stå på sig, att arbeta med motivation och målformulering, samt att slå hål på myter (Sussman m.fl., 2004), men trots detta används dessa metoder sällan inom den riktade preventionen i EU.

Arbetet i nöjesmiljöer (se "Insatser i nöjesmiljöer", s. 48) sker dock mestadels i form av riktad information.

Riktad prevention i skolor

Den riktade preventionen i skolor är främst inriktad på insatser i krissituationer och på tidig upptäckt av elever med problem. Målet är att hitta lösningar ute på skolorna för att undvika att elever i riskzonen lämnar eller avstängs från skolan och därmed hamnar i en ännu värre situation. Programbaserade metoder finns i Irland, Luxemburg, Tyskland och Österrike (Leppin, 2004), medan Finland och Polen erbjuder lärare utbildning och vägledning i hur man upptäcker elever med problem, till exempel narkotikamissbruk, och vidtar lämpliga åtgärder. Till de traditionella individualiserade metoderna hör kontakter med skolpsykolog (i t.ex. Cypern och Frankrike), vilket förutsätter att eleven remitteras eller själv tar kontakt. Irland har en ny socialvårdsmyndighet inriktad på utbildningsväsendet som skall arbeta med skolor och familjer i missgynnade områden för att se till att barnen går i skolan.

Metoder inriktade på särskilda grupper

När det gäller metoder som är inriktade på särskilda grupper handlar det oftast om försök att nå unga människor som rör sig ute. I de nordiska länderna engageras föräldrar i "Farsor och morsor på stan" för att patrullera gatorna. Österrike har gjort stora satsningar för att uppnå en balans mellan narkotikaprevention, social träning och socialarbete genom kurser, kvalitetsriktlinjer och gemensamma seminarier, till exempel för socialarbetare som arbetar med ungdomar i nöjesmiljöer. Syftet är också att socialarbetsstrukturerna skall användas för professionella narkotikapreventiva insatser. I samma anda uppmuntrar Norge samarbete och ökar det tvärdisciplinära arbetet mellan skolor, barnavårdsnämnder och socialtjänsten. RAR-metoder (*rapid assessment and response*)⁽³⁶⁾ – dvs. att snabbt samla in information (statistiskt material) kombinerat med intervjuer (frågeformulär, fokusgrupper) eller observationer av problemområden – används i dessa projekt i Norge, men även i Nederländerna och Tyskland.

Insatser inriktade på högriskområden har traditionellt gjorts i Förenade kungariket, Irland och, i liten utsträckning, i Nederländerna och Portugal. Nu har emellertid även Frankrike och Tyskland (Stöver och Kolte, 2003, hänvisning i Tysklands nationella rapport) föreslagit denna typ av åtgärder. Det är första gången dessa länder riktar in narkotikapreventionen mot särskilda geografiska områden utifrån sociala kriterier.

⁽³⁶⁾ Världshälsoorganisationen (WHO): *The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and especially vulnerable young people* (<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/acknowledgements.html>).

Medlemsstaterna siktar också alltmer in sig på etniska grupper i sin riktade prevention (t.ex. Irland, Luxemburg och Ungern). Fokuseringen på etnicitet är till exempel en viktig aspekt i Ungern, där romernas ogynnsamma levnadsvillkor i kombination med sociala och kulturella faktorer gör att de löper stor risk att drabbas av narkotikarelaterade problem. Träning i kamratstöd, självhjälpgrupper, övervakning, olika preventionsprogram och lågröskelvård för romer bedrivs av icke-statliga organisationer.

Utsatta familjer

Allmän familjebaserad prevention, som mestadels sker i form av arrangemang, föreläsningar, seminarier och workshops för föräldrar som äger rum kvällstid, är fortfarande populära i många medlemsstater (Cypern, Finland, Frankrike och Tyskland) trots att det saknas bevis för att detta är en effektiv metod (Mendes m.fl., 2001). I Grekland, Irland, Norge och Spanien har det dock skett en intressant utveckling inom den riktade preventionen bland familjer genom införandet av innovativa koncept som inte bara fokuserar på familjer/föräldrar med narkotikaproblem utan även tar hänsyn till sociala, ekonomiska och kulturella faktorer. I Nederländerna visade en utvärdering av narkotikaprojekt riktade till invandrarföräldrar att insatser som erbjuds via invandrarnätverk, och som hanterar kvinnor och män var för sig, kan vara en tänkbar ny idé (Tarweij och van Wamel, 2004). I Norge har föräldrakurser (*Parent Management Training*, Oregonmodellen), som ursprungligen var en träningsmetod avsedd för föräldrar till barn med allvarliga beteendestörningar, genomförts och utvärderats i tre kommuner. I två andra länder har lowaprogrammet, som går ut på att stärka familjer, genomförts. Detta intensiva familjebehandlingsprogram för riskfamiljer kombinerar undervisningsmetoder för elever

(10–14 år) med ett utbildningsprogram för föräldrarna och går ut på att förhindra narkotikaanvändning genom att stärka familjens kompetens och familjebanden (Kumpfer m.fl., 2003).

Behovet av individualprevention

Individualprevention är inriktad på individer som bedöms uppvisa riskfaktorer för narkotikaproblem, till exempel ADHD. Narkotikaprevention riktad till unga människor med ADHD rapporteras dock bara från Sverige och Tyskland. I Tyskland tyder aktuella uppskattningar av förekomsten av ADHD på att 2–6 % av befolkningen i åldern 6–18 år är drabbade, vilket gör det till en av de vanligaste kroniska kliniska åkommorna bland barn och ungdomar. I Sverige omfattar den preventiva strategin för dessa barn kognitiv och social träning och metoderna sprids genom utbildning av personer som arbetar med prevention. Eftersom nästan alla förskolebarn kommer i kontakt med primärvården och de flesta går i primärskola kunde de flesta barn i riskzonen upptäckas genom systematisk screening som följdes upp med individuella insatser.

I den italienska handlingsplanen läggs stor vikt vid psykopatologiska tillstånd och allvarliga beteendeproblem hos barn och ungdomar som, om de nonchaleras i ett tidigt skede, kan vara prediktiva faktorer för användning och missbruk av narkotika. Bland de problem som identifieras finns beteendeproblem; hyperaktivitet och uppmärksamhetsstörning; oro tillsammans med humörstörningar; bulimi och psykogen fetma; personlighetsstörningar; interpersonella kommunikationsproblem; posttraumatiska stresstörningar; och panikattacker. För att hantera dessa problem planeras både allmän och riktad prevention.



Kapitel 3

Cannabis

Prevalens och mönster

Cannabis är den absolut vanligaste olagliga drog som används i Europa. Nyare befolkningsundersökningar visar att mellan 3 % och 31 % av vuxna invånare (i åldern 15–64) åtminstone någon gång har testat cannabis (livstidsprevalens). Andelen invånare som någon gång har använt cannabis är lägst i Malta (3,5 %), Portugal (7,6 %) och Polen (7,7 %), medan andelen är högst i Frankrike (26,2 %), Förenade kungariket (30,8 %) och Danmark (31,3 %). I de flesta länder (15 av 23 länder för vilka det finns tillgängliga uppgifter) är livstidsprevalensen mellan 10 % och 25 %.

Mellan 1 % och 11 % av vuxna invånare säger sig ha använt cannabis de senaste tolv månaderna, med de lägsta talen i Grekland, Malta och Sverige och de högsta talen i Frankrike, Förenade kungariket, Spanien och Tjeckien. För de flesta länder (14) låg andelen invånare som använt cannabis de senaste tolv månaderna på mellan 3 % och 7 %.

En uppskattning av det totala antalet vuxna (15–64 år) som använder cannabis i EU som helhet kan göras utifrån tillgängliga nationella uppskattningar. Uppskattningen tyder på att ca 20 % av invånarna totalt, eller mer än 62 miljoner människor, någon gång har testat cannabis. Siffran sjunker till ca 6 % av de vuxna, eller över 20 miljoner människor, när det gäller användning av cannabis de senaste tolv månaderna. Som jämförelse kan nämnas att i Förenta staternas nationella undersökning om droger (SAMHSA, 2003) 2003 uppgav 40,6 % av de vuxna (12 år och äldre) att de minst en gång hade testat cannabis eller marijuana, och 10,6 % sade sig ha använt drogen under de senaste tolv månaderna. Bland invånarna i åldern 18–25 år var motsvarande siffror 53,9 % (använt någon gång), 28,5 % (använt de senaste tolv månaderna) och 17 % (använt den senaste månaden) ⁽³⁷⁾.

Precis som när det gäller andra droger är det genomgående en högre andel unga vuxna som säger sig använda cannabis. Mellan 11 % och 44 % av Europas

Bedömningar av narkotikabruk bland befolkningen

Narkotikabruket bland befolkningen i allmänhet bedöms genom undersökningar som levererar skattningar av antalet personer som använt narkotika under vissa bestämda tidsperioder: om de någon gång använt narkotika (experimenterande), om de använt det under de senaste tolv månaderna eller under de senaste 30 dagarna ⁽¹⁾.

ECNN har utformat en rad vanliga centrala frågor ("Europeisk modellenkät", EMQ) som genomförs i eller som är jämförbara med de flesta undersökningar i EU:s medlemsstater. EMQ ingår i en rapport som finns på ECNN:s webbplats ⁽²⁾. "Användning någon gång" kan ha ett begränsat värde som indikator för den aktuella situationen bland vuxna (men skulle kunna vara en bra indikator bland skolbarn), men i samband med andra åtgärder kan den ge insyn i aspekter som rör missbruksmönster (fortsättning eller upphörande av användning) och generationsdynamik när det gäller spridningen av narkotikabruk. "Användning de senaste tolv månaderna" ger en antydning om narkotikabruket under senare tid, fast denna typ av användning sker oftast vid enstaka tillfällen och "användning de senaste 30 dagarna" ger en antydning om aktuell användning, inklusive de personer som använder drogen regelbundet.

⁽¹⁾ Mer information om metoderna i befolkningsundersökningarna och de metoder som använts i varje nationell undersökning finns i statistikbulletinen för 2005.

⁽²⁾ Handbok för undersökningar om narkotikabruk bland befolkningen i allmänhet (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380>).

invånare i åldern 15–34 år säger sig ha testat cannabis någon gång. Andelen är lägst i Grekland, Polen och Portugal och högst i Frankrike (39,9 %), Förenade kungariket (43,4 %) och Danmark (44,6 %). Bland unga vuxna sade sig 3–22 % ha använt cannabis de senaste tolv månaderna. Siffrorna var lägst i Grekland, Polen, Portugal och Sverige och högst i Förenade kungariket (19,5 %), Frankrike (19,7 %) och Tjeckien (22,1 %). Elva länder rapporterade siffror på mellan 7 % och 15 % när det gäller användning de senaste tolv månaderna.

⁽³⁷⁾ Observera att åldersintervallet i den amerikanska undersökningen (12 år och äldre) är större än det åldersintervall som används i ECNN:s rapportering för EU-undersökningar (15–64 år). Åldersintervallet för unga vuxna (18–25 år) är å andra sidan mindre än det som används i de flesta EU-undersökningar (15–24 år).

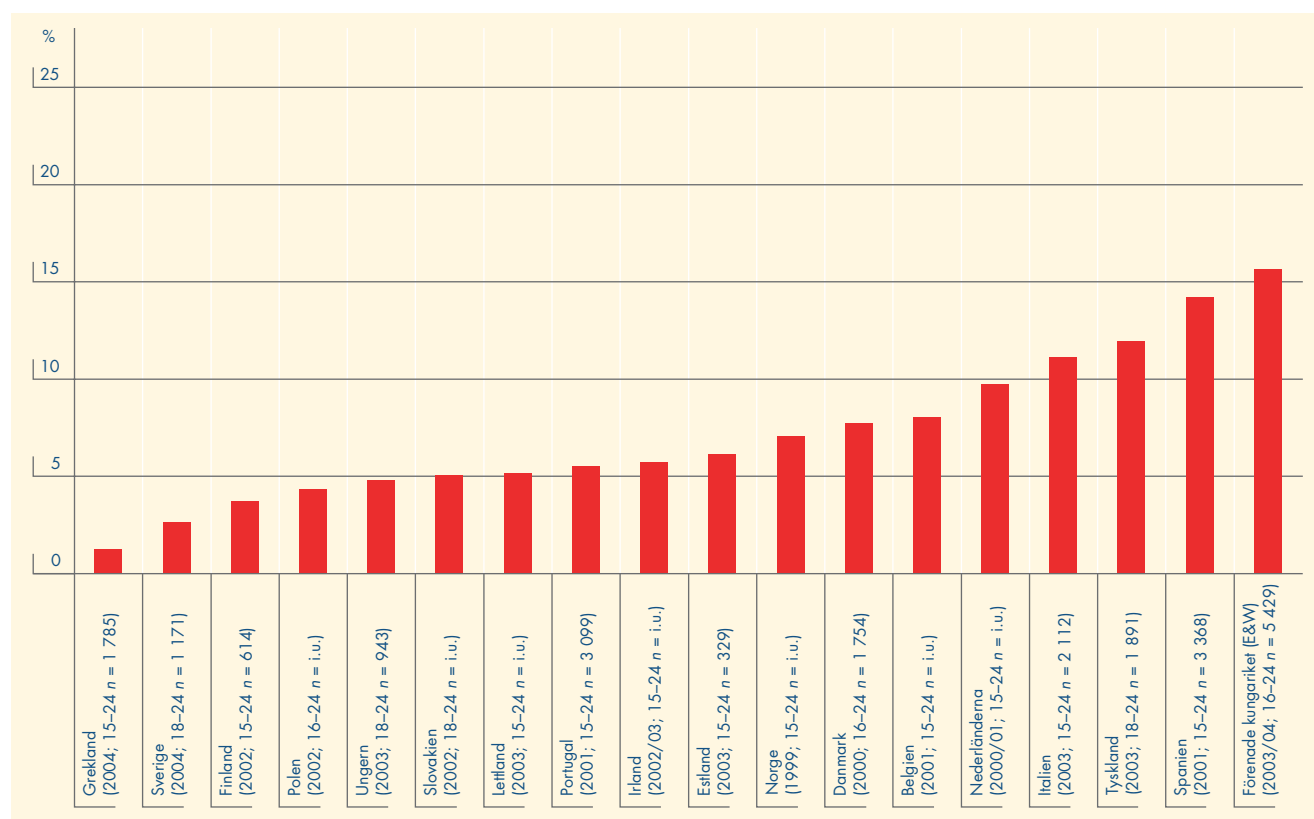
Bland Europas invånare i åldern 15–24 år uppgav 9–45 % att de hade testat cannabis, med en andel kring 20–35 % i de flesta länder. Andelen invånare som uppgav att de hade använt cannabis de senaste tolv månaderna låg på 4–32 %, och de flesta länder hade en andel kring 9–21 % ⁽³⁸⁾.

Precis som i fråga om andra olagliga droger var cannabisanvändning betydligt vanligare bland män än bland kvinnor, även om denna skillnad varierar i storlek mellan länderna. När det gäller livstidsprevalens är förhållandet män–kvinnor allt ifrån 1,25:1 till 4:1 (1,25 till 4 män för varje kvinna) och när det gäller användning den senaste månaden allt ifrån ca 2:1 till 6:1. Undersökningar visar också att cannabisanvändning är vanligare i städer och tätbefolkade områden. De nationella skillnaderna kan därför delvis bero på skillnader i graden av urbanisering, även om det har gjorts gällande att rekreationell droganvändning håller på att spridas från städer till landsbygdsområden.

Det faktum att andelarna när det gäller användning de senaste tolv månaderna och användning den senaste månaden är avsevärt lägre än livstidsprevalensen visar att cannabisanvändning tenderar att vara tillfällig eller avbrytas efter en viss tid. I de flesta EU-länderna rapporterar 20–40 % av vuxna som någon gång har använt cannabis att de har använt drogen de senaste tolv månaderna, och ungefär 10–20 % att de har använt cannabis de senaste 30 dagarna.

I nyare undersökningar var andelarna när det gäller användning den senaste månaden 0,5–9 % av alla vuxna (i de flesta länder 2–4 %), 1,5–13 % av unga vuxna (i de flesta länder 3–8 %) och 1,2–16 % av ungdomar i åldern 15–24 år (i de flesta länder 5–10 %) (figur 3). En mycket grov uppskattning är att en av 10–20 unga européer har använt cannabis den senaste månaden. Andelen var lägst i Finland, Grekland, Malta, Polen och Sverige, medan Förenade kungariket och Spanien hade de högsta andelarna.

Figur 3: Andel unga vuxna (i åldern 15–24) som har använt cannabis den senaste månaden, uppmätt genom nationella undersökningar



Anm.: Uppgifterna har hämtats från de senaste tillgängliga nationella undersökningarna i respektive land. Åldersintervallet är från 15 till 18 till 24. Skillnader i åldersintervall kan orsaka smärre diskrepanser mellan länder.

Källa: Nationella Reitox-rapporter (2004), hämtat från befolkningsundersökningar, rapporter eller vetenskapliga artiklar. Se även tabell GPS-0 i statistikbulletinen för 2005.

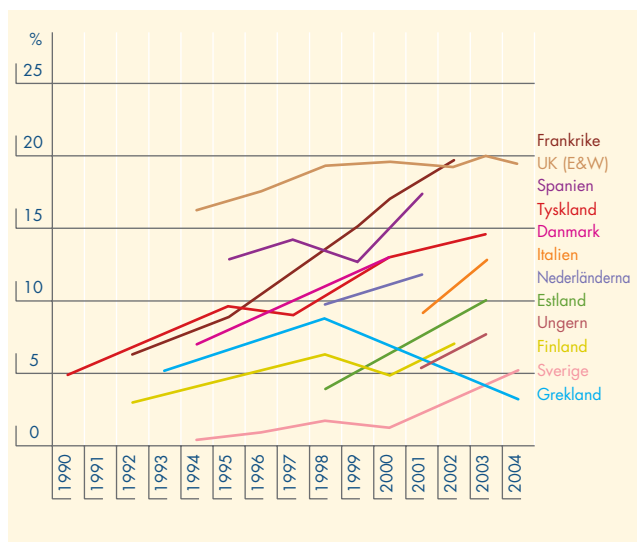
⁽³⁸⁾ Se figur GPS-2 i statistikbulletinen för 2005.

I årsrapporten 2004 (ECNN, 2004a) visade uppgifterna om hur ofta cannabis hade använts de senaste 30 dagarna att ungefär en fjärdedel (19–33 %) av dem som hade använt cannabis den senaste månaden hade gjort det dagligen eller nästan dagligen⁽³⁹⁾ och att merparten var unga män. Det uppskattades att 0,9–3,7 % av Europas invånare i åldern 15–34 år använde cannabis dagligen och att ungefär 3 miljoner människor i Europa använder denna drog dagligen eller nästan dagligen.

Trender när det gäller användning av cannabis

Eftersom det i de flesta EU-länderna saknas långa serier av enhetliga undersökningar är det svårt att med säkerhet urskilja narkotikatrender. Många länder genomför visserligen fortlöpande undersökningar, men de är inte serier i egentlig mening, eftersom metoder och urvalsstorlekar, trots framsteg i harmoniseringen, skiljer sig åt mellan undersökningarna, som dessutom inte alltid genomförs med jämna mellanrum. Undersökningarna genomförs dessutom olika år i olika länder, vilket gör det svårt att kartlägga trenderna i Europa. Det bästa vore om

Figur 4: Trender när det gäller unga vuxna (i åldern 15–34) som det senaste året har använt cannabis, uppmätt genom nationella undersökningar⁽¹⁾



(1) Urvalsstorlekar (antal svarande) för åldersgruppen 15–34 för varje land och år redovisas i tabell GPS-4 i statistikbulletinen för 2005.

Anm.: Uppgifterna kommer från tillgängliga nationella undersökningar i respektive land. Siffer- och metoduppgifter om de enskilda undersökningarna finns i tabell GPS-4 i statistikbulletinen för 2005.

För unga vuxna använder ECNN intervall 15–34 år (Danmark och Förenade kungariket från 16; Estland (1998), Tyskland och Ungern från 18). I Frankrike var åldersintervallet 25–34 år 1992 och 18–39 år 1995.

Källa: Nationella Reitox-rapporter (2004), hämtat från befolkningsundersökningar, rapporter eller vetenskapliga artiklar. Se även tabell GPS-0 i statistikbulletinen för 2005.

nationella befolkningsundersökningar genomfördes i alla medlemsstater samtidigt. Det skulle göra det betydligt lättare att jämföra resultaten på nationell nivå (över tiden) och på europeisk nivå (mellan länder) och därmed göra det möjligt att utvärdera resultaten av den europeiska handlingsplanen mot narkotika.

Tillgängliga resultat från olika typer av undersökningar (nationella eller lokala hushållsundersökningar, bland värnpliktiga och i skolor) visar att cannabisanvändningen ökade markant under 1990-talet i nästan alla EU-länder, särskilt bland unga människor, och att cannabisanvändningen har fortsatt att öka de senaste åren i en del länder (figur 4). I Förenade kungariket, som fram till 2000 uppvisade de högsta siffrorna, var cannabisanvändningen bland unga vuxna relativt oförändrad mellan 1998 och 2003/04, medan andra länder (Frankrike och Spanien⁽⁴⁰⁾) kom ikapp. I Grekland rapporterades en minskning mellan 1998 och 2004.

Bland de nya medlemsstaterna tyder tillgängliga uppgifter, framför allt från skolundersökningar, på att cannabisanvändningen i många av dem har ökat kraftigt de senaste åren. Det skedde framför allt en ökning efter mitten av 1990-talet, främst i städer och bland män och unga vuxna. I Estland och Ungern har fortlöpande undersökningar bland vuxna gjort det möjligt att urskilja trenderna på senare tid (figur 4).

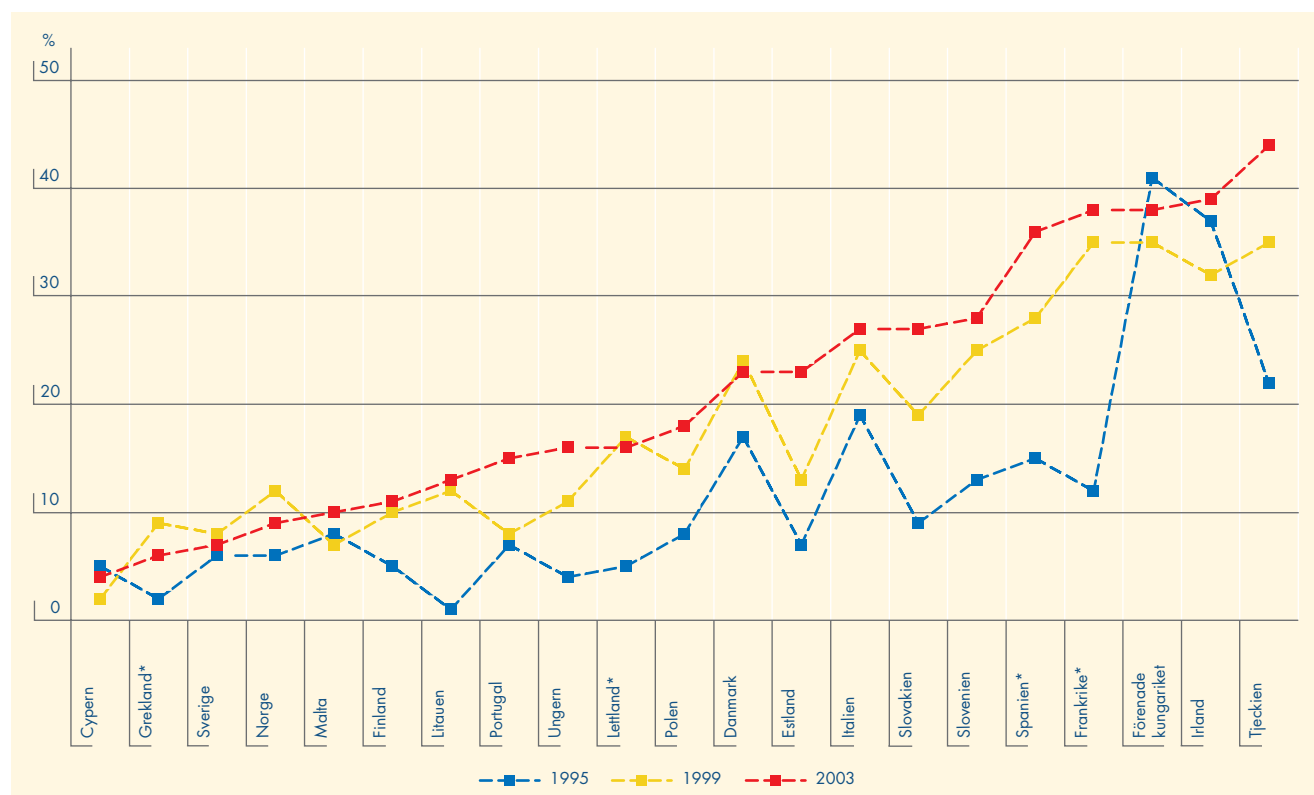
En jämförelse av resultaten av ESPAD-undersökningarna i skolor 1995, 1999 och 2003 (Hibell m.fl., 2004) visar att livstidsprevalensen för cannabisanvändning bland skolelever i åldern 15–16 år ökade med 2 % eller mer (figur 5) i nästan alla medlemsstater och kandidatländer. I mer än hälften av dessa länder har den uppskattade prevalensen fördubblats eller tredubblats sedan 1995. De största relativa ökningarna inträffade i medlemsstater i Östeuropa som hade rapporterat prevalenstal under 10 % år 1995. I inget av de länder som omfattades av ESPAD-undersökningarna minskade livstidsprevalensen för cannabisanvändning stadigt eller märkbart under de tre undersökningarna.

Skolundersökningarna visar att EU-medlemsstaterna kan indelas i tre olika grupper när det gäller utvecklingen av rekreationell och tillfällig användning av cannabis. I den första gruppen (som omfattar Förenade kungariket och Irland) är livstidsprevalensen hög (omkring 38–39 %), men har samtidigt varit oförändrad de senaste åtta åren. Dessa länder har en lång historia av cannabisanvändning och prevalenstalen nådde höga nivåer under 1980- och 1990-talet. I den andra gruppen länder har livstidsprevalensen för cannabisanvändning bland skolelever

(39) Se årsrapporten 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Uppgifterna avser "användning under minst 20 av de senaste 30 dagarna", vilket även betecknas som "daglig eller nästan daglig användning".

(40) Information som inkom för sent för att tas med i rapporten visade att andelen unga vuxna som använt cannabis det senaste året uppgick till 20,1 % i undersökningen 2003.

Figur 5: Andelen skolelever i åldern 15–16 som någon gång använt cannabis som rapporterats i 1995, 1999 och 2003 års undersökningar från ESPAD



Anm.: År 1995 var undersökningarna i de länder som är märkta med en asterisk inte strikt jämförbara med ESPAD:s undersökningar. Spanien deltog inte i ESPAD:s undersökning. De uppgifter som ingår här bygger på en rad spanska undersökningar som utfördes 1996, 1998 och 2002. Frågorna om narkotikaanvändning kan jämföras med ESPAD:s frågor, men andra aspekter av metoden innebär att de spanska uppgifterna inte är strikt jämförbara med ESPAD:s uppgifter.

Källa: Hibell m.fl., 2004.

stigit avsevärt under perioden (med upp till 26 procentenheter). Denna grupp omfattar alla de nya östeuropeiska medlemsstaterna samt Danmark, Frankrike, Italien, Portugal och Spanien. I den tredje gruppen har den uppskattade livstidsprevalensen bland skolelever fortsatt att vara relativt låg (omkring eller under 10 %). Denna grupp omfattar medlemsstater i både norra och södra Europa (Finland, Norge och Sverige samt Cypern, Grekland och Malta).

Bland vuxna är bilden inte lika tydlig eftersom det inte finns lika mycket tillgänglig information och den information som finns är mer heterogen, men ett liknande mönster framträder ändå, där andelen som har använt cannabis det senaste året är hög men stabil i Förenade kungariket, medan några länder (exempelvis Danmark, Estland, Frankrike, Spanien och Tyskland) uppvisar stora ökningarna de senaste åren och andra länder har lägre uppskattad prevalens och inte lika tydliga trender (exempelvis Finland, Grekland och Sverige). Nya undersökningar i skolor och bland vuxna de närmaste 2–3 åren kommer att kasta mer ljus över den komplicerade frågan om narkotikaanvändningens utveckling.

Förebyggande av cannabisanvändning

I vissa länder har oron över stigande cannabiskonsumtion bland unga människor lett till diskussioner om drogtester som en meningsfull kontrollåtgärd. En del länder har tagit steg i denna riktning, men drogtester är fortfarande ovanliga. I Tjeckien har det förekommit rapporter i medierna om urinprover och narkotikahundar i skolor. Även om det finns en del stöd för dessa åtgärder har en expertpanel slagit fast att sådana metoder inte bör ingå i en effektiv primärpreventionsstrategi. I Förenade kungariket behandlas i nyligen lanserade riktlinjer för skolor flera viktiga frågor som man måste ta ställning till innan man inför drogtestprogram. Det handlar bland annat om att se till att föräldrar (och ibland elever, om de anses vara i stånd att fatta beslut själva) ger sitt samtycke, att överväga om drogtester är förenligt med skolans omsorgsuppdrag och att ta hänsyn till tillgången till andra lämpliga former av stöd. Eventuella beslut om att eleverna skall drogtestas måste finnas med i skolans narkotikapolicy. På ECNN:s webbplats finns en kortfattad rapport om drogtester i skolor inom EU ⁽⁴¹⁾.

(41) <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7022>

Cannabis ingår nästan alltid i allmänna (icke riktade) preventionsprogram mot narkotika. Den massmediala uppmärksamheten kring den ökade cannabisanvändningen bland unga, och de tecken som finns att cannabisanvändning alltmer betraktas som "normalt", understryker hur viktigt det är att ta itu med unga människors normativa övertygelser. Oron över den växande acceptansen för cannabisanvändning bland unga människor har lett till preventiva program som går ut på att försöka påverka deras övertygelser om vad som utgör normalt eller acceptabelt uppträdande. Frågan diskuteras mer ingående i kapitel 2. Många insatser går främst ut på att informera om cannabis genom annonskampanjer, broschyrer eller webbplatser. Det finns dock en del intressanta exempel på riktad prevention som har samlats i ECNN:s databas över utvärderade preventionsprojekt, EDDRA⁽⁴²⁾. Dessa program är mestadels inriktade på unga cannabisanvändare som har begått narkotikabrott och omfattar rådgivning, träning i egenkompetens och stöd från flera olika myndigheter. Exempel på sådana program är FRED (Tyskland), MSF-Solidarité Jeunes (Luxemburg), Ausweg (Österrike) och YOT (Youth Offending Teams) i Förenade kungariket.

Den höga prevalensen för cannabisanvändning bland unga människor innebär att användningen av denna drog är en viktig fråga för personer som arbetar med barn i skolåldern. En potentiellt lovande riktad skolbaserad preventionsmetod är Steg-för-steg-programmet, som har genomförts i Tyskland och Österrike. Programmet hjälper lärare att identifiera och hantera narkotikakonsumtion och problembeteenden bland eleverna⁽⁴³⁾.

En svår fråga för dem som deltar i arbetet mot cannabisanvändning är var man skall dra gränsen mellan ett förebyggande perspektiv och ett behandlingsperspektiv. Cannabisanvändning påverkas av sociala och personliga faktorer och av jämnårigas beteende och dessa faktorer spelar en viktig roll för individens risk att utveckla ett långvarigt narkotikaproblem. Det förebyggande arbetet är därför ofta mer inriktat på dessa saker än på själva drogen (Morral m.fl., 2002). En utvärdering av Ausweg-projektet i Österrike visade till exempel att unga människor som anmäls för förstagångsförbrytelser där cannabis är inblandat inte uppvisar personlighetsbrister i den utsträckning som förväntades, vilket visar att

situationsrelaterade, sociala faktorer och jämnårigas inflytande spelar en större roll än individuella psykologiska problem (Rhodes m.fl., 2003; Butters, 2004). Samtidigt är flera projekt inriktade på cannabis och på att ge unga människor råd om hur de kan minska sin narkotikaanvändning. Ett exempel från Tyskland är webbplatsen "Quit the Shit" (<http://www.drugcom.de>), som är ett innovativt webbplatserat rådgivningsprogram för personer som använder cannabis.

Uppgifter om efterfrågan på behandling

Bland de ungefär 480 000 personer som efterfrågade behandling uppges cannabis vara primärdrog i omkring 12 % av fallen, vilket innebär att det är den näst vanligaste drogen efter heroin. Under de åtta åren mellan 1996 och 2003 ökade andelen cannabis klienter bland nya klienter som sökte behandling för alla droger med åtminstone det dubbla i många länder⁽⁴⁴⁾, och en liknande ökning skedde i fråga om antalet klienter. Denna analys bör dock tolkas med försiktighet eftersom den baseras på det begränsade antal länder som kan lämna de uppgifter som krävs för en jämförelse av tidstrender.

Cannabis är totalt sett också den näst vanligaste drogen efter heroin som nämns i rapporter om nyintagna för missbruksbehandling⁽⁴⁵⁾. Det finns stora skillnader mellan länderna. I Bulgarien och Polen nämns cannabis av 2–3 % av alla klienter, men i Danmark, Finland, Tyskland och Ungern av mer än 20 % av alla klienter⁽⁴⁶⁾. I alla länder för vilka det finns tillgängliga uppgifter är andelen klienter som söker behandling för cannabismissbruk högre bland nya klienter än bland klienterna totalt, utom i några få fall, där andelarna är ungefär lika stora⁽⁴⁷⁾. Under de åtta åren mellan 1996 och 2003 ökade emellertid andelen klienter som sökte behandling för cannabismissbruk bland klienter som sökte behandling för alla typer av narkotikamissbruk från 9,4 % till 21,9 %⁽⁴⁸⁾. Denna analys bör dock tolkas med försiktighet eftersom den baseras på det begränsade antal länder som kan lämna de uppgifter som krävs för en jämförelse av tidstrender.

Bland personer som genomgår missbruksbehandling är antalet män betydligt högre än antalet kvinnor. Förhållandet män–kvinnor är störst bland nya klienter som söker behandling för cannabismissbruk (4,8:1).

⁽⁴²⁾ <http://eddra.emcdda.eu.int>

⁽⁴³⁾ Se EDDRA:s webbplats för mer information: *Step by Step* (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36) och *Early detection and intervention with regard to problematic drug use and addiction* (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2088).

⁽⁴⁴⁾ Se tabellerna TDI-2 (del i) och TDI-3 (del iii) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁴⁵⁾ Se även temakapitlet om efterfrågan på behandling för cannabismissbruk i ECNN:s årsrapport 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/>). När det gäller allmän spridning och trender baseras uppgiftsanalysen på klienter som söker behandling på alla behandlingshem, och när det gäller klienternas profiler och missbruksmönster på behandling inom öppenvården.

⁽⁴⁶⁾ Se tabellerna TDI-2 (del ii) och TDI-5 (del ii) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁴⁷⁾ Se tabellerna TDI-4 (del ii) och TDI-5 (del ii) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁴⁸⁾ Se tabell TDI-3 (del iii) i statistikbulletinen för 2005.

Indikator på behandlingsefterfrågan

Uppgifter om hur många som söker behandling för 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) ⁽¹⁾ ⁽²⁾ 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. Framför allt varierar antalet länder som rapporterar varje år och därför måste trender som fastställs på europeisk nivå tolkas med försiktighet. Dessutom bör det faktum att uppgiftstäckningen kan ändras efter land (uppgifter om enheter som täcks rapporteras i statistikbulletinen) och att uppgifter om efterfrågan på behandling delvis återspeglar tillgången på missbruksbehandling i länderna hållas i åtanke.

För att underlätta tolkningen och jämförelsen av uppgifter om efterfrågan på behandling bör följande punkter hållas i åtanke:

- Klienter som påbörjar behandling mot narkotikamissbruk för första gången kallas "nya klienter". Den här gruppen betraktas som en analytiskt viktigare indikator över trender när det gäller

narkotikamissbruk. Analyser rapporteras också för alla klienter. I den här gruppen ingår såväl nya klienter som sådana som har avbrutit eller upphört med behandling under tidigare år och återupptagit den under det år som rapporten avser. Uppgifter om klienter som under rapportperioden utan avbrott fortsatte med behandling som påbörjats under tidigare år registreras inte.

- Två typer av uppgifter samlas: sammanfattande uppgifter om alla typer av behandlingscentrum och detaljerade uppgifter efter centrumtyp (behandlingscentrum inom öppenvården, behandlingscentrum inom slutenvården, lågtröskelvård, allmänläkare, behandlingsenheter i fängelser, andra typer av centrum). För de flesta länder är dock uppgifterna om andra centrumtyper än behandlingscentrum inom öppenvården och slutenvården ofullständiga. Eftersom tillgången till uppgifter om behandlingscentrum inom öppenvården är bäst begränsas analyserna ofta till dessa.
- För att underlätta tolkningen av TDI-uppgifterna ingår även kvalitativ information och bakgrundsinformation som hämtats från de nationella Reitox-rapporterna för 2004.

⁽¹⁾ Utförligare information om efterfrågan på behandling finns på ECNN:s webbplats (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420>) och länken till Joint Pompidou Group – ECNN:s indikator på behandlingsefterfrågan, protokollversion 2.0.

⁽²⁾ Information om uppgiftskällor efter land finns i tabell TDI-1 i statistikbulletinen för 2005.

Skillnaderna är större i Cypern, Slovakien, Tyskland och Ungern, och mindre i Finland, Slovenien, Sverige och Tjeckien. Att situationen skiftar mellan olika länder kan bero på kulturella faktorer eller möjligen på skillnader i organisationen av missbrukarvården ⁽⁴⁹⁾.

Personer som behandlas för cannabismissbruk är i regel relativt unga. Så gott som alla cannabisklienter som behandlas för första gången är under 30 år. Tonåringar som genomgår specialiserad missbruksbehandling uppges oftare ha ett primärt cannabismissbruk än klienter i andra åldersgrupper. Cannabismissbruk svarar för 65 % av behandlingsefterfrågan bland personer under 15 år och för 59 % bland personer i åldern 15–19 år ⁽⁵⁰⁾.

Det finns markanta skillnader mellan länderna när det gäller hur ofta nya klienter använder cannabis. Andelen nya cannabisklienter som använder drogen varje dag är högst i Danmark och Nederländerna, medan andelen tillfälliga användare eller personer som inte har använt cannabis månaden före behandlingen är högst i Grekland

och Tyskland ⁽⁵¹⁾, vilket förmodligen beror på skillnader i remitteringen till behandling. I Tyskland har ungefär en tredjedel av de nya klienterna använt cannabis vid enstaka tillfällen eller inte alls under månaden före behandlingen, men på andra håll utgör denna grupp omkring 11 % av klienterna och ungefär 60 % använder cannabis dagligen.

Beslag och marknadsinformation

Produktion och handel

Även 2003 var cannabis i fråga om produktion och handel den mest utbredda olagliga drogen i världen. Eftersom produktionen av cannabis är spridd över hela världen och det är svårt att övervaka den är det inte lätt att uppskatta hur mycket som produceras (UNODC, 2003a).

Den storskaliga produktionen av hasch är koncentrerad till några få länder, särskilt Marocko, medan handeln är utbredd över ett stort antal länder (CND, 2004, 2005).

⁽⁴⁹⁾ Se tabell TDI-22 i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁵⁰⁾ Se tabell TDI-10 (del ii) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁵¹⁾ Se tabell TDI-18 (del iv) i statistikbulletinen för 2005.

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 de nationella och internationella strategierna för att minska tillgången kommer åt de personer som ägnar sig åt narkotikahandel. De mängder som beslagtas kan variera kraftigt från år till år, till exempel om några av beslagen under ett år är mycket stora. Av den anledningen anses det i många länder att antalet beslag är en bättre trendindikator. I alla länderna står små beslag i missbrukarledet för en stor del av antalet beslag. Om man känner till var den beslagtagna narkotikan kommer från och vart den skall, kan det ge en fingervisning om handelsvägar och produktionsområden, men denna information finns inte alltid tillgänglig. Renhetsgraden och priset på narkotikan i missbrukarledet rapporteras av de flesta 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.

På grundval av en undersökning av cannabisproduktionen i Marocko som genomfördes av UNODC och den marockanska regeringen (2003) uppskattas Rif-regionen ha svarat för ungefär 40 % av den globala haschproduktionen 2003 (INCB, 2005). Merparten av det hasch som konsumeras i EU har sitt ursprung i Marocko och förs mestadels in i Europa via Iberiska halvön, även om Nederländerna är ett betydande sekundärt distributionscentrum för vidare spridning till EU-länderna (Bovenkerk och Hogewind, 2002). Andra länder som nämndes 2003 som ursprungsländer för det hasch som har beslagtagits i EU är Afghanistan, Albanien, Indien, Iran, Nepal och Pakistan (Nationella Reitox-rapporter, 2004; INCB, 2005).

Den globala marijuanaproduktionen fortsätter att vara utspridd över världen och den potentiella produktionsvolymen uppskattades till minst 40 000 ton (CND, 2005). Den marijuana som beslagtogs i EU under 2003 uppges ha sitt ursprung i flera olika länder, främst Albanien och Nederländerna, men även Afrika (Malawi, Nigeria, Sydafrika) och Förenta staterna (Nationella Reitox-rapporter, 2004). En viss odling och produktion

(inomhus eller utomhus) av cannabisprodukter sker dessutom lokalt i de flesta av EU:s medlemsstater (Nationella Reitox-rapporter, 2004).

Beslag

I hela världen beslagtogs totalt 1 347 ton hasch och 5 821 ton marijuana under 2003. För de största haschbeslagen stod Väst- och Centraleuropa (70 %) och Främre Orienten, Mellanöstern och Sydostasien (21 %), medan marijuanabeslagen koncentrerades till Nord- och Sydamerika (68 %) och Afrika (26 %) (CND, 2005). När det gäller antal beslag är cannabis den drog som beslagtas mest i alla EU-länderna utom Estland och Lettland, där antalet amfetaminbeslag var högre 2003. Även i fråga om mängd är cannabis normalt den mest beslagtagna drogen i EU, även om mängderna av andra beslagtagna droger under 2003 rapporterades ha ökat i ett par länder – amfetamin i Estland och Luxemburg, heroin i Ungern och kokain i Polen. Historiskt sett har de flesta cannabisbeslagen i EU skett i Förenade kungariket, följt av Spanien och Frankrike, vilket förmodligen fortfarande är fallet⁽⁵²⁾. När det gäller beslagtagna mängder har Spanien dock under de senaste fem åren stått för mer än hälften av beslagen i EU. I EU totalt har antalet cannabisbeslag⁽⁵³⁾ haft en mer eller mindre stigande trend sedan 1998, även om den ofullständiga rapporteringen av uppgifter från ett par länder innebär att detta är osäkert, medan de beslagtagna mängderna⁽⁵⁴⁾ verkar ha ökat sedan 2000.

Pris och styrka

År 2003 var det genomsnittliga haschpriset i missbrukarledet inom EU mellan 1,4 euro per gram i Spanien och 21,5 euro per gram i Norge, medan priset på marijuana var mellan 1,1 euro per gram i Spanien till 12 euro per gram i Lettland⁽⁵⁵⁾.

En cannabisprodukts styrka beror på halten av tetrahydrocannabinol (THC), som är den viktigaste verksamma beståndsdel. År 2003 uppgavs halten THC i hasch i missbrukarledet i genomsnitt vara mellan under 1 % (Polen) och 25 % (Slovakien), medan styrkan i marijuana var mellan 1 % (Finland, Ungern) och 20 % (hemmaodlad i Nederländerna)⁽⁵⁶⁾.

⁽⁵²⁾ Detta bör kontrolleras mot de uppgifter som saknas för 2003 när dessa blir tillgängliga. Uppgifter om antal cannabisbeslag 2003 saknades för Cypern, Italien, Nederländerna och Rumänien; uppgifter om både antal cannabisbeslag och beslagtagna cannabismängder 2003 saknades för Förenade kungariket och Irland.

⁽⁵³⁾ Se tabell SZR-1 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁵⁴⁾ Se tabell SZR-2 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁵⁵⁾ Se tabell PPP-1 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁵⁶⁾ Se tabell PPP-5 (del i) i statistikbulletinen för 2005.



Kapitel 4

Stimulantia av amfetamintyp, LSD och andra syntetiska droger

I fråga om prevalens är någon form av syntetisk drog den näst vanligaste drogen i nästan alla länder. Användningen av dessa droger inom befolkningen som helhet är normalt liten, men prevalensen betydligt högre i yngre åldersgrupper och inom vissa sociala miljöer och/eller subkulturer.

Bland de syntetiska droger som används i Europa finns både stimulantia och hallucinogener. Bland de sistnämnda är LSD (lysergic acid diethylamide) den mest kända, men den totala LSD-konsumtionen har länge varit låg och tämligen oförändrad. Det finns en del tecken som tyder på ett växande intresse för naturligt förekommande hallucinogener, vilket behandlas längre fram i denna rapport.

Både amfetaminer och ecstasydroger tillhör kategorin stimulantia av amfetamintyp. Amfetaminer är en generisk beteckning för flera kemiskt besläktade droger som stimulerar det centrala nervsystemet, varav de två viktigaste på den europeiska narkotikamarknaden är amfetamin och metamfetamin. Av dessa är amfetamin absolut lättast att få tag på, även om metamfetaminanvändningen globalt håller på att öka. Än så länge verkar metamfetaminanvändning i en mer betydande utsträckning bara förekomma i Tjeckien, även om sporadiska rapporter från andra platser understryker vikten av att övervaka situationen, eftersom man vet att metamfetamin är förknippat med flera allvarliga hälsoproblem.

Den mest välkända drogen i ecstasygruppen är 3,4-metylendioximetamfetamin (MDMA), men ecstasytabletter innehåller ibland även andra besläktade analoga föreningar. Dessa droger kallas ibland entaktogener, vilket betyder "beröra inuti", och omfattar syntetiska ämnen som är kemiskt besläktade med amfetaminer men i någon mån skiljer sig från dessa i fråga om verkan, eftersom de kombinerar några av de effekter som normalt återfinns hos hallucinogener.

Prevalens och mönster

Befolkningsundersökningar har traditionellt visat att amfetaminer är den näst vanligaste olagliga drogen efter cannabis, även om prevalensen för amfetaminanvändning

är påtagligt lägre än för cannabisanvändning. Enligt nyare befolkningsundersökningar och skolundersökningar verkar detta mönster i många länder nu förändras och ecstasy gå förbi amfetaminer som den näst vanligaste drogen efter cannabis. ESPAD-undersökningarna 2003 (Hibell m.fl., 2004) visade till exempel att den uppskattade livstidsprevalensen för ecstasyanvändning var högre än för amfetamin i 14 av länderna inom EU, samt i Norge och kandidatländerna⁽⁵⁷⁾. Det är emellertid viktigt att hålla i åtanke att ecstasy blev populärt först under 1990-talet, medan amfetaminer har en längre historia. Detta framkommer i nyare undersökningar bland vuxna som har visat högre siffror när det gäller livstidsprevalens för amfetamin i elva länder och för ecstasy i tio länder, men en högre andel personer som har använt ecstasy de senaste tolv månaderna i 15 länder och amfetamin i bara fem länder (i två länder var siffrorna lika).

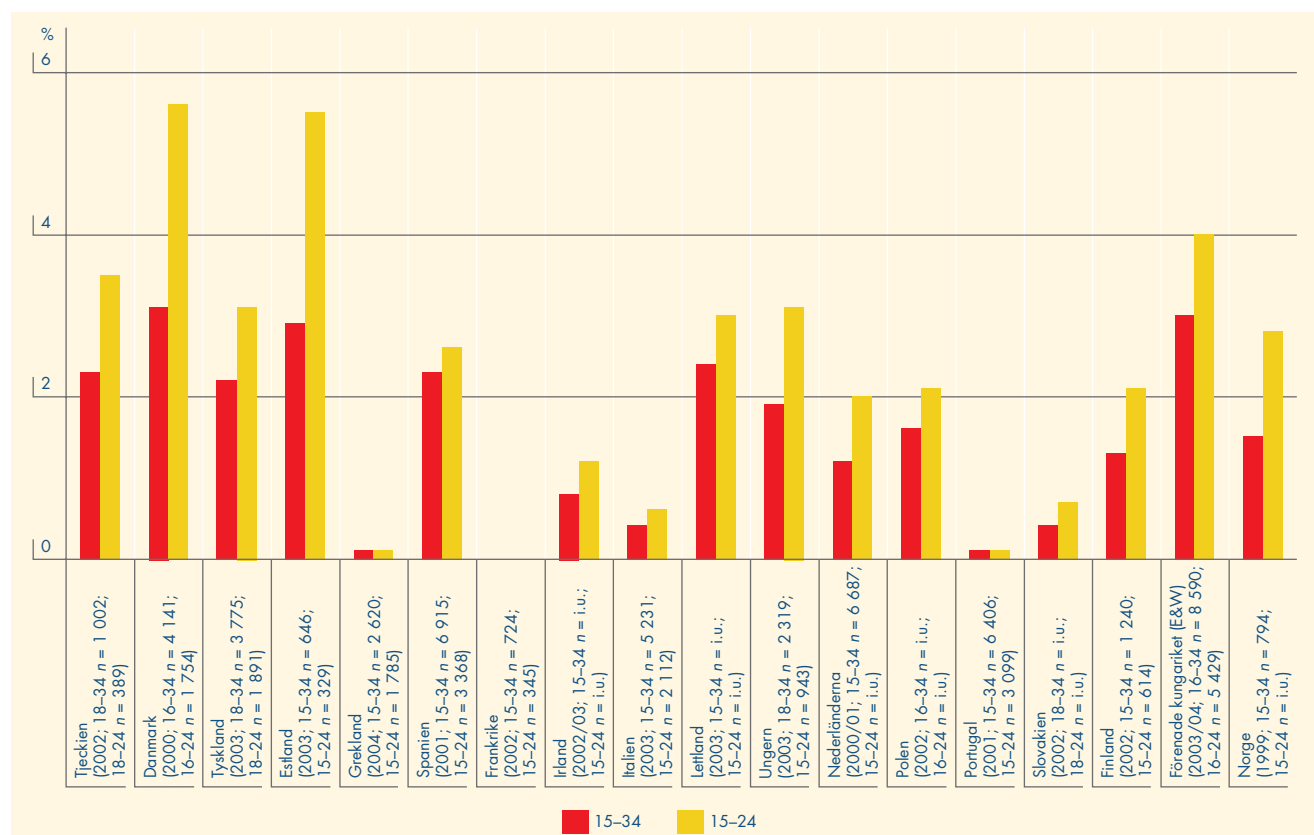
Enligt nyare undersökningar har mellan 0,1 % och 6 % av alla vuxna invånare (15–64 år) i EU:s medlemsstater någon gång testat amfetamin, utom i Förenade kungariket där siffran är hela 12 %. När det gäller användning de senaste tolv månaderna är siffran betydligt lägre, mellan 0 % och 1,5 %, med de högsta andelarna i Danmark, Estland och Förenade kungariket.

En liknande bild framträder i befolkningsundersökningar när det gäller unga vuxna (15–34 år), där livstidsprevalensen för amfetaminanvändning är mellan 0,1 % och 10 %, med ett exceptionellt högt tal i Förenade kungariket på 18,4 %. När det gäller användning de senaste tolv månaderna ligger siffran på mellan 0 % och 3 %, även här med de högsta talen i Danmark, Estland och Förenade kungariket (figur 6). Även om livstidsprevalensen för amfetaminanvändning är betydligt högre i Förenade kungariket än i andra länder är andelen när det gäller användning de senaste tolv månaderna ungefär densamma som i andra länder och totalt sett på nedgång.

Nya uppgifter om användning av amfetaminer bland skolelever i åldern 15–16 år redovisas i ESPAD-undersökningarna 2003⁽⁵⁸⁾. Livstidsprevalensen för amfetaminanvändning bland skolelever är allt ifrån under

⁽⁵⁷⁾ Se figur EYE-2 (del iv) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁵⁸⁾ Se kapitel 2 för en närmare analys av resultaten av ESPAD-skolundersökningarna 2003.

Figur 6: Andel unga vuxna i åldrarna 15–34 respektive 15–24 som det senaste året har använt amfetaminer, uppmätt genom befolkningsundersökningar

Anm.: Uppgifterna kommer från de senaste tillgängliga nationella undersökningarna i respektive land (se tabell GPS-4 för åldersgruppen 15–34).

Åldersintervall är från 15 till 18 till 24. Skillnader i åldersintervall kan orsaka större diskrepanser mellan länder.

Källa: Nationella Reitox-rapporter (2004), hämtat från befolkningsundersökningar, rapporter eller vetenskapliga artiklar. Se även tabell GPS-0 i statistikbulletinen för 2005.

1 % till 7 %. När det gäller användning de senaste tolv månaderna och de senaste 30 dagarna är de högsta nationella talen 4 % respektive 3 %.

Ungefär 0,2–6,5 % av den vuxna befolkningen har testat ecstasy, med siffror i intervallet 1–4 % i de flesta länderna. Bland vuxna säger sig 0–2,5 % ha använt ecstasy de senaste tolv månaderna. Andelen är högst i Förenade kungariket, Spanien och Tjeckien.

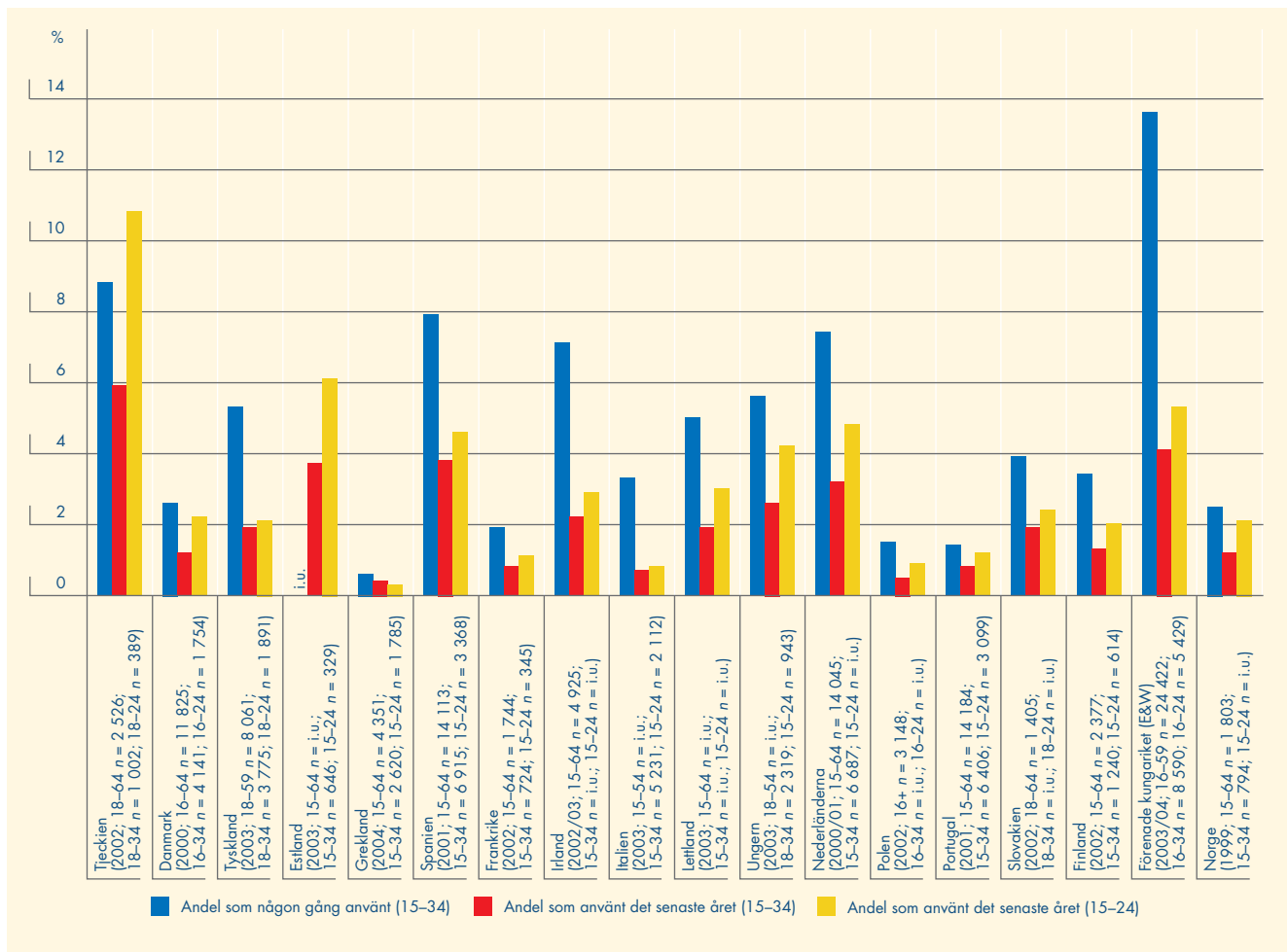
Bland unga vuxna (15–34 år) säger sig 0,6–13,6 % ha testat ecstasy. När det gäller användning de senaste tolv månaderna säger sig 0,4–6 % ha använt ecstasy. Andelen är högst i Estland, Förenade kungariket, Spanien och Tjeckien (figur 7).

Eftersom ecstasy framför allt förekommer bland ungdomar kan det vara meningsfullt att analysera användningen bland personer i åldern 15–24 år och skolelever i åldern 15–16 år. I åldersgruppen 15–24 år är livstidsprevalensen mellan 0,4 % och 13 %, medan andelen som har använt

ecstasy de senaste tolv månaderna ligger på mellan 0,3 % och 11 %. I denna åldergrupp är narkotikaanvändning vanligare bland män än bland kvinnor och de flesta länder rapporterar en livstidsprevalens bland män mellan 4–16 %, medan andelen män som har använt ecstasy de senaste tolv månaderna ligger på mellan 2 % och 8 %. Sju länder rapporterade siffror om andelen personer som har använt ecstasy de senaste 30 dagarna, vilket inkluderar regelbunden användning, och dessa låg på mellan 2 % och 5 %, vilket tyder på att 1 av 20–50 män i åldern 15–24 år använder ecstasy regelbundet. Dessa siffror är sannolikt högre i städer och särskilt bland personer som frekventerar diskotek, klubbar eller dansevenemang (Butler och Montgomery, 2004).

Den uppskattade prevalensen för ecstasyanvändning är betydligt lägre bland skolelever i åldern 15–16 år än bland personer i åldern 15–24 år. Livstidsprevalensen för ecstasyanvändning bland skoleleverna var mellan 0 % och 8 %, och talen var ännu lägre beträffande användning de

Figur 7: Andel unga vuxna i åldrarna 15–34 respektive 15–24 som någon gång eller som det senaste året har använt ecstasy, uppmätt genom befolkningsundersökningar



Anm.: Uppgifterna kommer från de senaste tillgängliga nationella undersökningarna i respektive land (se statistikbulletinen för 2005, tabellerna GPS-2 för användning någon gång och GPS-4 för användning under det senaste året i åldersgruppen 15–34). Åldersintervallet är från 15 till 18 till 24. Skillnader i åldersintervall kan orsaka smärre diskrepanser mellan länder.
 Källa: Nationella Reitox-rapporter (2004), hämtat från befolkningsundersökningar, rapporter eller vetenskapliga artiklar. Se även tabell GPS-0 i statistikbulletinen för 2005.

senaste tolv månaderna (0–4 %) och de senaste 30 dagarna (0–3 %). I de flesta länder är den uppskattade andelen när det gäller användning de senaste 30 dagarna mellan 1 % och 2 %, med små skillnader mellan kvinnor och män (Hibell m.fl., 2004).

Som jämförelse kan nämnas att i Förenade staternas nationella undersökning 2003 (SAMHSA, 2003) var livstidsprevalensen bland vuxna (12 år och äldre) 4,6 %, medan andelen som hade använt ecstasy de senaste tolv månaderna uppgick till 0,9 %. Bland personer i åldern 18–25 år som deltog i samma undersökning var livstidsprevalensen 14,8 %, andelen som hade använt ecstasy de senaste tolv månaderna 3,7 % och andelen som hade använt ecstasy de senaste 30 dagarna 0,7 %⁽⁵⁹⁾.

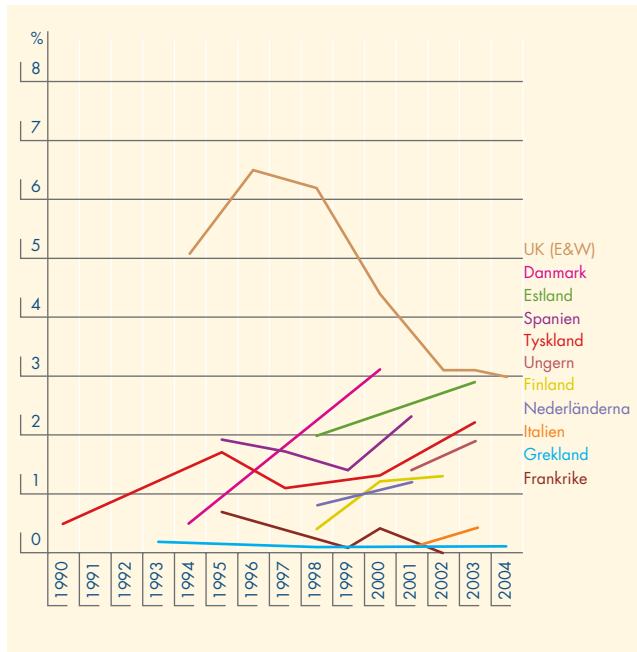
Trender

Befolkningsundersökningar visar att andelen personer som har använt amfetamin (figur 8) och ecstasy (figur 9) de senaste tolv månaderna har ökat bland unga vuxna i de flesta länder som har information från fortlöpande undersökningar. När det gäller ecstasy är Grekland och Tyskland undantag. I dessa länder har användningen inte ökat och i Förenade kungariket har användningen av dessa droger stabiliserats på senare tid (2002/03), om än på ganska höga nivåer (figur 9).

Som redan nämnts är användningen av ecstasy i många länder nu större än användningen av amfetamin. Detta betyder emellertid inte att amfetaminanvändningen har minskat. I de flesta länder som kunde lämna information

⁽⁵⁹⁾ Observera att åldersintervallet i den amerikanska undersökningen (12 år och äldre) är större än det åldersintervall som används i ECNN:s rapportering för EU-undersökningar (15–64 år). Åldersintervallet för unga vuxna (18–25 år) är å andra sidan mindre än det som används i de flesta EU-undersökningar (15–24 år).

Figur 8: Trender när det gäller unga vuxna (i åldern 15–34) som det senaste året har använt amfetaminer, uppmätt genom befolkningsundersökningar (1)



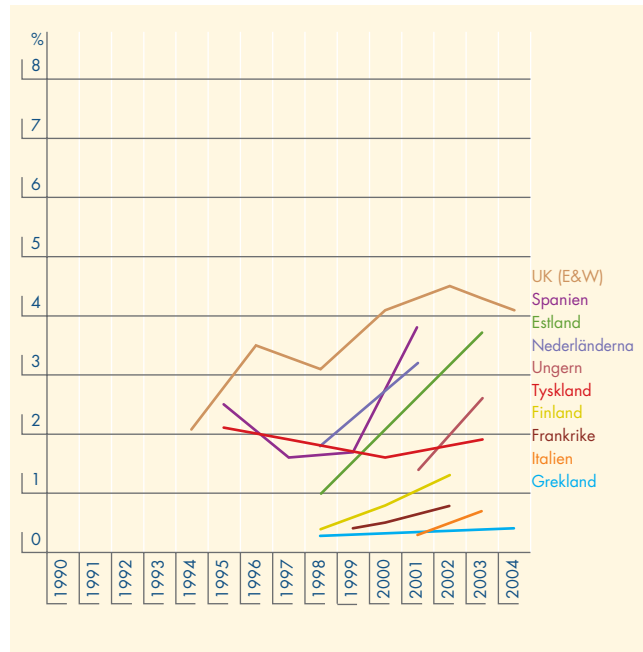
(1) Urvalsstorlekar (antal svarande) för åldersgruppen 15–34 för varje land och är redovisas i tabell GPS-4 i statistikbulletinen för 2005.
 Anm.: Uppgifterna kommer från tillgängliga nationella undersökningar i respektive land. Siffer- och metoduppgifter om de enskilda undersökningarna finns i tabell GPS-4 i statistikbulletinen för 2005.
 För unga vuxna använder ECNN intervallet 15–34 år (Danmark och Förenade kungariket från 16, Estland (1998), Tyskland och Ungern från 18). I Frankrike var åldersintervallet 18–39 år 1995.
 Källa: Nationella Reitox-rapporter (2004), hämtat från befolkningsundersökningar, rapporter eller vetenskapliga artiklar. Se även tabell GPS-O i statistikbulletinen för 2005.

från fortlöpande undersökningar har amfetaminanvändningen (användning de senaste tolv månaderna bland unga vuxna) i själva verket ökat. Ett tydligt undantag är Förenade kungariket, där en kraftig minskning av amfetaminanvändningen har kunnat iaktas sedan 1998. Detta kan vara förklaringen till varför livstidsprevalensen är hög jämfört med den mer måttliga andelen personer som har använt amfetamin de senaste tolv månaderna. En gissning är att minskningen av amfetaminanvändningen i viss utsträckning har uppvägs av en ökad användning av kokain och ecstasy (se figurerna 8 och 9).

Uppgifter om efterfrågan på behandling

Användning av stimulantia av amfetamintyp är sällan huvudskälet till att personer genomgår missbruksbehandling. Det finns dock undantag: i Tjeckien, Finland och Sverige anges stimulantia av amfetamintyp, och mer specifikt amfetaminer snarare än ecstasy, som

Figur 9: Trender när det gäller unga vuxna (i åldern 15–34) som det senaste året har använt ecstasy, uppmätt genom befolkningsundersökningar (1)



(1) Urvalsstorlekar (antal svarande) för åldersgruppen 15–34 år för varje land och är redovisas i tabell GPS-4 i statistikbulletinen för 2005.
 Anm.: Uppgifterna kommer från tillgängliga nationella undersökningar i respektive land. Siffer- och metoduppgifter om de enskilda undersökningarna finns i tabell GPS-4 i statistikbulletinen för 2005.
 För unga vuxna använder ECNN intervallet 15–34 år (Danmark och Förenade kungariket från 16, Estland (1998), Tyskland och Ungern från 18).
 Källa: Nationella Reitox-rapporter (2004), hämtat från befolkningsundersökningar, rapporter eller vetenskapliga artiklar. Se även tabell GPS-O i statistikbulletinen för 2005.

primärdrog i allt ifrån 18 % till över 50 % av behandlingsefterfrågan. I Tjeckien avser mer än 50 % av den redovisade behandlingsefterfrågan i första hand missbruk av metamfetamin. Detta märks även i behandlingsefterfrågan från nya klienter, där situationen är densamma i Slovakien (60). Bland nya klienter i Europa som söker behandling uppger dessutom 11 % stimulantia av amfetamintyp som sekundärdrog (61).

En jämförelse av uppgifter från 2002 och 2003 visar att den uppåtgående trenden i antalet missbrukare av stimulantia av amfetamintyp fortsatte (+ 3,5 %). Mellan 1996 och 2003 steg antalet klienter som sökte behandling för missbruk av stimulantia av amfetamintyp från 2 204 till 5 070 i tolv EU-länder.

Bland nya klienter som söker behandling inom öppenvården för missbruk av stimulantia av amfetamintyp använder 78,5 % amfetaminer och 21,4 % MDMA (ecstasy) (62). Andelen ecstasyklienter är högst i Förenade kungariket, Nederländerna och Ungern.

(60) Se tabellerna TDI-4 (del ii) och TDI-5 (del ii) i statistikbulletinen för 2005.

(61) Se tabell TDI-24 i statistikbulletinen för 2005.

(62) Se tabell TDI-23 i statistikbulletinen för 2005.

Nästan en tredjedel av missbrukarna av stimulantia av amfetamintyp är i åldern 15–19 år och ytterligare en tredjedel är mellan 20 och 24 år ⁽⁶³⁾. De allra flesta missbrukare av stimulantia av amfetamintyp börjar använda drogen mellan 15 och 19 års ålder ⁽⁶⁴⁾.

Bland missbrukare som genomgår behandling är det lika många som missbrukar vid enstaka tillfällen som dagligen. I länder med en högre andel amfetaminmissbrukare använder de flesta drogen 2–6 gånger i veckan ⁽⁶⁵⁾.

Amfetaminer och ecstasy intas i första hand oralt (58,2 %), även om ca 15 % av klienterna injicerar drogen. I vissa länder injicerar mer än 60 % av klienterna amfetamin (Finland och Tjeckien) ⁽⁶⁶⁾.

Ecstasyrelaterade dödsfall

Jämfört med opiatrelaterade dödsfall är de ecstasyrelaterade dödsfallen relativt sällsynta, men i en del länder samtidigt inte försumbara och övervakningen av dessa dödsfall kan bli bättre. Termen "ecstasyrelaterade dödsfall" kan betyda att ecstasy nämndes i dödsattesten eller påträffades vid den toxikologiska analysen (ofta tillsammans med andra droger) ⁽⁶⁷⁾.

Även om rapporteringen inte har harmoniserats tyder uppgifter från 2004 års nationella Reitox-rapporter på att ecstasyrelaterade dödsfall i de flesta EU-länder är sällsynta, särskilt dödsfall som uteslutande beror på ecstasy. Under 2003 rapporterade flera länder ecstasyrelaterade dödsfall: Frankrike (8 fall med koppling till ecstasy), Förenade kungariket (ecstasy "nämns" i 49 dödsattester 2000, 76 år 2001 och 75 år 2002), Portugal (ecstasy förekom i 2 % av narkotikarelaterade dödsfall), Tjeckien (1 dödsfall som förmodligen berodde på en överdos av MDMA), Tyskland (2 fall som enbart var kopplade till ecstasy och 8 där ecstasy förekom i kombination med andra droger – motsvarande siffror 2002 var 8 respektive 11) och Österrike (1 dödsfall som uteslutande berodde på ecstasy). Nederländerna rapporterade 7 dödsfall till följd av akut förgiftning med psykostimulantia, men det angavs inte vilket ämne det var fråga om.

Få länder lämnar uppgifter om akut sjukhusvård där ecstasy är inblandat. I Amsterdam var antalet akutfall (Nederländernas nationella rapport) till följd av ecstasyanvändning stabilt mellan 1995 och 2003 (liksom akutfall med koppling till amfetaminer), medan antalet akutfall orsakade av hallucinogena svampar och

gammahydroxybutyrat (GHB) ökade. I Danmark (nationell rapport) steg antalet sjukhuskontakter till följd av förgiftning med stimulantia från 112 fall 1999 till 292 fall 2003. Av dessa steg antalet sjukhuskontakter med koppling till ecstasy markant från 1999 till 2000 för att därefter inte följa någon tydlig trend, medan antalet kontakter till följd av amfetaminanvändning ökade stadigt under samma period.

Prevention

Mobila preventionsprojekt håller på att anpassa sig till den fragmenterade "ravekulturen" så att det fortfarande går att nå ut till målgruppen av unga rekreationella droganvändare, till exempel genom kontaktpunkter för alla olika "scener". Bland de länder som utförde tablettanalyser har dessa upphört i Portugal och Tyskland. I Nederländerna utförs tablettanalyser bara i laboratorier och i Frankrike har det föreslagits att tablettanalyser på platsen skall upphöra. Några av skälen till detta är att förekomsten av utspädda tabletter i Västeuropa har minskat och att det fortfarande finns tvivel om sådana analyser är lagliga. I Tjeckien fortsatte dock tablettanalyserprojekten och var föremål för debatter i medierna.

Insatser i nöjesmiljöer

De nya medlemsstaterna rapporterar alltmer om riktade preventionsprojekt i nöjesmiljöer, särskilt Polen (mobil informationsenhet på uteställen), Slovenien, Tjeckien och Ungern (tre organisationer).

I fråga om innehåll är insatserna normalt oförändrade och likartade i de flesta medlemsstater. De handlar om antidrogsdiskon, uppträdanden, teater, mediestöd (filmer, serier etc.), seminarier, reseutställningar och resor (Luxemburgs nationella rapport).

Strukturella arbetssätt spelar fortfarande en viktig roll. I Italien, Nederländerna och Skandinavien anses nätverk vara en förutsättning för narkotikaprevention och målet vara att påverka nattlivskulturen. Personer som arbetar med narkotikaprevention etablerar därför kontakter med ägare till nöjeslokaler som ofta används för rekreationell droganvändning (däribland "coffee shops" i Nederländerna) och andra aktörer i utelivet, till exempel dörrvakter och barpersonal. I Sverige håller sådana insatser på att lanseras i andra större städer än Stockholm. En studie av liknande program i Nederländerna kom fram

⁽⁶³⁾ Se tabellerna TDI-11 (del i) och TDI-11 (del v) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁶⁴⁾ Se tabellerna TDI-10 (del i) och TDI-10 (del v) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁶⁵⁾ Se tabell TDI-18 (del iii) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁶⁶⁾ Se tabell TDI-17 (del iii) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁶⁷⁾ Se ECNN:s årsrapport 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/sv/page038-sv.html>) för en mer ingående diskussion om ecstasyrelaterade dödsfall.

till att "besökare och arrangörer av fester uppträder betydligt mer ansvarsfullt när det gäller olagliga droger än väntat" (Pijlman m.fl., 2003). Integrerade angreppssätt som dessa har också den fördelen att de avleder allmänhetens uppmärksamhet från incidenter och akutfall som involverar olagliga droger på stora fester och i stället riktar uppmärksamheten mot de allmänna riskerna i klubbmiljöer. Denna kategori insatser omfattar riktlinjer för ett säkrare nattliv, men sådana riktlinjer är ännu inte utbredda i Europa (Calafat et al., 2003).

Individuell online-rådgivning via webbplatser är en relativt ny metod som har införts i Tyskland och Österrike (<http://www.drugcom.de>). I Österrike finns möjlighet att få rådgivning via e-post på Wiens nya droghjälpscenter, och kvalitetsstandarder har utvecklats (FSW, 2004). De flesta webbplatser för narkotikaprevention handlar dock uteslutande om att sprida råd från experter och omfattar inte diskussionsforum, eftersom det saknas starka bevis för att sådana användarstyrda kontakter är effektiva (Eysenbach m.fl., 2004).

Beslag och marknadsinformation ⁽⁶⁸⁾

Som FN:s organ för narkotika- och brottslighetsfrågor (UNODC, 2003a) rapporterar är det svårt att kvantifiera tillverkningen av stimulantia av amfetamintyp – "syntetiska droger, inbegripet de kemiskt besläktade ämnena amfetamin, metamfetamin och ecstasy" (*synthetic drugs including the chemically related amphetamine, methamphetamine and ecstasy*) – eftersom "den utgår från lättillgängliga kemikalier och sker i laboratorier som är lätta att dölja" (*it starts with readily available chemicals, in easily concealed laboratories*). Den årliga globala produktionen uppskattas emellertid till omkring 520 ton (UNODC, 2003b). De globala beslagen nådde en rekordnivå år 2000 på 46 ton och började efter en nedgång åter att öka 2003 till 34 ton (CND, 2004, 2005).

Amfetamin

Att döma av antalet oskadliggjorda laboratorier är den globala amfetaminproduktionen fortfarande koncentrerad till Europa. Under 2003 upptäcktes amfetaminlaboratorier i åtta EU-länder (Belgien, Estland, Förenade kungariket, Litauen, Luxemburg, Nederländerna, Polen och Tyskland).

Merparten av det amfetamin som beslagtogs i EU 2003 kom från Nederländerna, följt av Polen och Belgien. Det finns dessutom rapporter om att amfetamin tillverkas i Estland och Litauen för marknaderna i de nordiska länderna. Handeln med amfetamin är fortfarande främst regional (Nationella Reitox-rapporter, 2004; CND, 2005).

Även de flesta amfetaminbeslagen äger rum i Europa. Väst- och Centraleuropa svarade för 82 % av den totala beslagtagna mängden amfetamin i världen 2003, medan östra och sydöstra Europa svarade för 13 % och länderna i Främre Orienten och Mellanöstern för 3 % (CND, 2005). Under de senaste fem åren har de största amfetaminbeslagen ägt rum i Förenade kungariket ⁽⁶⁹⁾. I EU som helhet nådde antalet amfetaminbeslag ⁽⁷⁰⁾, som tidigare uppvisat en stigande trend, en topp 1998, medan de beslagtagna mängderna amfetamin ⁽⁷¹⁾ nådde en topp 1997. Antalet amfetaminbeslag ökade återigen 2001 och 2002, men trenderna i de länder för vilka det finns tillgängliga uppgifter tyder på att de kan ha stabiliserats eller minskat under 2003. Även de beslagtagna mängderna har fluktuerat, men verkar ha ökat sedan 2002 ⁽⁷²⁾.

Genomsnittspriset för amfetamin i missbrukarledet varierade 2003 mellan mindre än 10 euro per gram i Belgien, Estland, Grekland, Lettland, Nederländerna, Slovakien och Ungern, och 37,5 euro per gram i Norge ⁽⁷³⁾. Amfetaminets genomsnittliga grad av renhet i missbrukarledet låg 2003 på mellan 7,5 % (Tyskland) och 50 % (Norge) ⁽⁷⁴⁾.

Metamfetamin

I fråga om framställda och sålda kvantiteter är det metamfetamin som globalt är den viktigaste av alla stimulantia av amfetamintyp. Även 2003 framställdes och beslagtogs de största kvantiteterna i Ost- och Sydostasien (Filippinerna, Kina, Myanmar, Thailand), följt av Nordamerika (Förenade staterna) (CND, 2005). I Europa sker metamfetaminproduktion i mycket mindre skala. Under 2003 upptäcktes och rapporterades hemliga metamfetaminlaboratorier i Litauen, Slovakien, Tjeckien och Tyskland (Nationella Reitox-rapporter, 2004; CND, 2005). Metamfetaminproduktion har rapporterats i Tjeckien sedan början av 1980-talet (UNODC, 2003a). Merparten är avsedd för lokal konsumtion, men en del smugglas till Tyskland och Österrike (Tjeckiens nationella

⁽⁶⁸⁾ Se "Tolkning av uppgifter om beslag och marknadsinformation", s. 42.

⁽⁶⁹⁾ Denna situation bör kontrolleras mot de brittiska uppgifterna för 2003 när dessa blir tillgängliga. Uppgifter om antal amfetaminbeslag 2003 saknades för Cypern, Italien, Nederländerna och Rumänien; uppgifter om både antal amfetaminbeslag och beslagtagna amfetaminmängder 2003 saknades för Förenade kungariket och Irland.

⁽⁷⁰⁾ Se tabell SZR-7 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁷¹⁾ Se tabell SZR-8 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁷²⁾ Detta bör kontrolleras mot de uppgifter som saknas för 2003 – särskilt för Förenade kungariket – när dessa blir tillgängliga.

⁽⁷³⁾ Se tabell PPP-4 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁷⁴⁾ Se tabell PPP-8 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

rapport, 2004). År 2003 rapporterade de tjeckiska myndigheterna att produktionen av "pervitin" (lokalt metamfetamin) med hjälp av läkemedelsprodukter hade ökat på grund av bristen på efedrin (prekursor till metamfetamin) på den lokala svarta marknaden. Även om uppgifter om metamfetaminbeslag inte samlas in systematiskt av ECNN rapporterar Litauen, Norge, Tjeckien och Tyskland att sådana beslag gjordes under 2003. Danmark rapporterade dessutom att metamfetamin blir allt vanligare på narkotikamarknaden och Lettland rapporterade att mängden beslagtagna efedrin (0,8 ton) ökade 2003 (jämfört med 2002) (Nationella Reitox-rapporter, 2004).

Under 2003 uppgavs priset på "pervitin" i missbrukarledet i Tjeckien ligga på mellan 16 euro och 63 euro per gram ⁽⁷⁵⁾, medan renhetsgraden låg på mellan 50 % och 75 % ⁽⁷⁶⁾.

Ecstasy

Globalt sett är Europa fortfarande centrum för framställningen av ecstasy, även om dess relativa betydelse tycks minska i takt med att ecstasy på senare år har börjat framställas i andra delar av världen, framför allt i Nordamerika samt Ost- och Sydostasien (CND, 2005, INCB, 2005). Under 2003 sjönk antalet upptäckta ecstasylaboratorier i världen (CND, 2005). Inom EU upptäcktes laboratorier i Belgien, Estland, Litauen och Nederländerna (Nationella Reitox-rapporter, 2004, CND, 2005). Den ecstasy som beslagtas i EU rapporteras främst ha sitt ursprung i Nederländerna, följt av Belgien, men även Estland och Förenade kungariket nämns som ursprungsländer i flera rapporter (Nationella Reitox-rapporter, 2003).

Ecstasyhandeln är fortfarande starkt koncentrerad till Västeuropa, även om den i likhet med framställningen på senare år har spridit sig över världen (UNODC, 2003a). När det gäller beslagtagna mängder svarade västra och centrala Europa år 2003 för 58 % och Nordamerika för 23 % (CND, 2005). År 2002 gick Nederländerna för första gången om Förenade kungariket som det EU-land som gör störst beslag av ecstasy ⁽⁷⁷⁾.

Antalet ecstasybeslag ⁽⁷⁸⁾ i EU som helhet ökade snabbt under perioden 1998–2001. Sedan 2002 har antalet beslag emellertid minskat och trenderna i de länder för vilka det finns tillgängliga uppgifter tyder på att denna minskning även fortsatte under 2003. Mängden beslagtagna ecstasy ⁽⁷⁹⁾ ökade kraftigt från 1998 till 2000 och även därefter, om än i långsammare takt. Under 2003 minskade dock de beslagtagna kvantiteterna i de flesta av de länder som har inkommit med uppgifter. Nedgången i beslagen av ecstasy (i fråga om såväl antal som mängd) inom EU under 2003 måste dock kontrolleras mot de uppgifter för 2003 som saknas – i synnerhet uppgifter för Förenade kungariket – så snart de finns tillgängliga.

Under 2003 var genomsnittspriset för en ecstasytablett på gatan allt ifrån mindre än 5 euro (Nederländerna, Ungern) till 20–30 euro (Grekland, Italien) ⁽⁸⁰⁾.

Under 2003 visade analyser att de flesta tabletter som såldes som narkotika endast innehöll ecstasy (MDMA, det aktiva ämnet) och ecstasyliknande ämnen (MDEA, MDA) som psykoaktiva beståndsdelar. Så var fallet i Danmark, Nederländerna, Norge, Slovakien, Spanien och Ungern, där mer än 95 % av de analyserade tabletterna innehöll dessa ämnen. Två länder, Estland och Litauen, rapporterade dock att en stor andel (94 % respektive 74 %) av de analyserade tabletterna innehöll amfetamin och/eller metamfetamin som de enda psykoaktiva ämnena. MDMA-halten i ecstasytabletter varierar avsevärt mellan olika partier (och även mellan tabletter som bär samma symbol), både mellan och inom länder. År 2003 var den genomsnittliga halten av MDMA i ecstasytabletter mellan 54 och 78 mg ⁽⁸¹⁾. Andra psykoaktiva ämnen som påträffades i tabletter som såldes som ecstasy 2003 var MDA, MDE, PMA, PMMA, DOB, 5 MeO-DIPT, 4-MTA och 1-PEA (Nationella Reitox-rapporter, 2004).

LSD

Framställningen av och handeln med LSD är betydligt mindre än för stimulantia av amfetamintyp. Fram till 2000 skedde de flesta EU-beslagen av LSD i Förenade kungariket, men därefter är det Tyskland ⁽⁸²⁾ som har stått för de flesta beslagen ⁽⁸³⁾. Under perioden 1998–2002

⁽⁷⁵⁾ Se tabell PPP-4 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁷⁶⁾ Se tabell PPP-8 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁷⁷⁾ Detta bör kontrolleras mot uppgifter som saknas för 2003 när dessa blir tillgängliga. Uppgifter om antal ecstasybeslag 2003 saknades för Cypern, Italien, Nederländerna och Rumänien; uppgifter om både antal ecstasybeslag och beslagtagna ecstasymängder 2003 saknades för Förenade kungariket och Irland.

⁽⁷⁸⁾ Se tabell SZR-9 (del iv) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁷⁹⁾ Se tabell SZR-10 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁸⁰⁾ Se tabell PPP-4 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁸¹⁾ Detta intervall baseras på uppgifter från endast ett fåtal länder, nämligen Danmark, Frankrike, Luxemburg, Nederländerna och Tyskland.

⁽⁸²⁾ Det begränsade antalet LSD-beslag bör beaktas så att skillnader från ett år till ett annat inte övertolkas.

⁽⁸³⁾ Detta bör kontrolleras mot de uppgifter som saknas för 2003 när dessa blir tillgängliga. Uppgifter om antal LSD-beslag 2003 saknades för Cypern, Italien, Nederländerna och Polen; uppgifter om både antal LSD-beslag och beslagtagna LSD-mängder 2003 saknades för Bulgarien, Förenade kungariket, Irland, Malta, Rumänien och Slovenien.

sjönk både antalet beslag ⁽⁸⁴⁾ och beslagtagna kvantiteter ⁽⁸⁵⁾ stadigt inom EU totalt – med undantag för en topp 2000. Under 2003 ökade dock både antalet beslag och beslagtagna kvantiteter för första gången på nio år. Exceptionellt stora kvantiteter beslagtogs i Frankrike, Polen och Spanien. Detta kan tyda på att handeln (och eventuellt konsumtionen) av LSD inom EU har ökat. År 2003 var genomsnittspriset för en enhet LSD mellan 4 euro i Förenade kungariket och 25 euro i Italien ⁽⁸⁶⁾.

Information från förvarningssystemet

Huvudsyftet med det europeiska förvarningssystemet är att inom ramen för EU:s gemensamma åtgärd beträffande nya syntetiska droger ⁽⁸⁷⁾ från 1997 snabbt samla in, analysera och utbyta information om nya syntetiska droger så snart de dyker upp på den europeiska narkotikamarknaden. Det europeiska förvarningssystemet lyder under ECNN genom Reitox-nätverket och har ett nära samarbete med Europol, som tillhandahåller relevant information om brottsbekämpning via sitt nätverk av nationella enheter.

År 2004 anmälde medlemsstater sex nya syntetiska droger till ECNN, vilket innebär att mer än 25 ämnen för närvarande står under övervakning. Det handlar om ring-substituerade fenetylaminer (mestadels från 2C-gruppen samt TAM-2, 4-MTA, PMMA etc.), tryptaminer (såsom DMT, AMT, DIPT och olika derivat) och piperaziner (däribland BZP, mCCP). Även information om diverse andra ämnen, däribland vissa katinoner (t.ex. substituerade pyrrolidiner) samlades in och utbyttes. Europeiska kommissionen och Europeiska rådet ombads emellertid inte godkänna riskbedömningar av nya ämnen, eftersom det inte fanns tillräckliga bevis för deras risker för enskilda, folkhälsan eller samhället.

Ketamin och GHB, som båda var föremål för riskbedömningar 2000, står fortfarande under övervakning via förvarningssystemet. Det finns tecken som tyder på att användningen av dessa två ämnen i nöjesmiljöer skulle kunna öka betydligt, men ännu är bevisen inte tillräckliga för att man skall kunna kvantifiera deras utbredning eller identifiera trender på EU-nivå.

Rapporter om upptäckter av ketamin kom från Belgien, Danmark, Frankrike, Förenade kungariket, Grekland, Nederländerna, Norge, Sverige och Ungern. De flesta av beslagen gällde vitt pulver, men Frankrike och Förenade

kungariket rapporterade också beslag av ketamin i flytande form. Det största antalet upptäckter i kroppsvätskor och prover rapporterades av Norge och Sverige (51 respektive 30), men i dessa länder gjordes ingen åtskillnad mellan medicinsk och olaglig användning.

Beslag av GHB, inklusive prekursorerna GBL och 1,4-BD (kemikalier som är tillgängliga i handeln) rapporterades från Belgien, Danmark, Estland, Finland, Frankrike, Förenade kungariket, Nederländerna, Norge, Sverige och Tjeckien. GHB har beslagtogs i både pulverform och flytande form.

Under de två sista månaderna 2004 rapporterades flera fall av förgiftning till följd av konsumtion av kokain utspätt med relativt höga doser atropin ⁽⁸⁸⁾ i Belgien, Frankrike, Italien och Nederländerna. Så snart risken för kombinerad kokain- och atropinförgiftning blev uppenbar utfärdade ECNN en varning till förvarningssystemets parter och uppmanade dem att informera sina nätverk och i synnerhet relevanta hälsomyndigheter om symptomen på kokain- och atropinförgiftning, så att rätt diagnos kan ställas på ett tidigt stadium. Det fick också till följd att flera medlemsstater valde att utfärda varningar till sina nätverk och hälsomyndigheter.

I maj 2005 förstärktes förvarningssystemet ytterligare genom rådets beslut (2005/387/RIF), som ersatte 1997 års gemensamma åtgärd. Genom rådets beslut utvidgas insatsområdet till alla nya psykoaktiva ämnen (både narkotiska och syntetiska preparat). Det blir också möjligt att inbegripa läkemedel i utbytet av information om nya psykoaktiva ämnen.

Internationella insatser mot framställning av och handel med syntetiska droger

Samarbetet inom EU och internationellt inriktas alltmer på övervakning och kontroll av de prekursorer som behövs för att framställa narkotikaklassade ämnen. En ökad vaksamhet när det gäller kemikalier som behövs i framställningen av exempelvis heroin, kokain och ecstasy kan göra det möjligt att vidta åtgärder för att strypa eller begränsa tillgången. Det finns för närvarande tre stora internationella program på detta område: Operation Purple, som är inriktat på kaliumpermanganat, som

⁽⁸⁴⁾ Se tabell SZR-11 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁸⁵⁾ Se tabell SZR-12 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁸⁶⁾ Se tabell PPP-4 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

⁽⁸⁷⁾ I den gemensamma åtgärden från 1997 om informationsutbyte, riskbedömning och kontroll av syntetiska droger (EGT L 167, 26.6.1997) definieras nya syntetiska droger som "syntetiska droger som inte finns upptagna i någon av förteckningarna till 1871 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 begränsat terapeutiskt värde". Den avser slutprodukter till skillnad från prekursorer.

⁽⁸⁸⁾ Atropin, som är ett antikolinergiskt ämne, är en naturligt förekommande alkaloid i *Atropa belladonna*. Allvarlig förgiftning kan ha dödlig utgång.

används i framställningen av kokain; Operation Topaz, som övervakar den internationella handeln med ättiksyraanhydrid, en prekursor som används i framställningen av heroin; och projektet Prism, som är inriktat på att fastställa ursprunget för prekursorer till stimulantia av amfetamintyp som beslagtogs i tullhamnar eller olagliga laboratorier. Totalt 20 227 transaktioner har anmälts till INCB och granskats inom ramen för dessa program de senaste två åren och det finns bevis för att de verkligen har haft en inverkan på narkotikaframställningen.

Projektet Prism är särskilt viktigt när det gäller framställningen av syntetiska droger inom EU. Det är ett svårhanterligt område eftersom det bland de många kemikalier som kan användas för framställning av stimulantia av amfetamintyp även finns många ämnen som behövs för eller är biprodukter av laglig kommersiell verksamhet. Projektet Prism är bland annat inriktat på att övervaka den internationella handeln med safrol, som används för framställning av ecstasy; att förhindra avledning av farmaceutiska preparat som innehåller pseudoefedrin; samt att hitta laboratorier som är inblandade i den olagliga tillverkningen av 1-fenyl-2-propanon. Trots att det är svårt att verka inom detta område verkar Prism ha bidragit till ett bättre internationellt samarbete som har lett till flera förbud. Ett exempel som noterades av INCB (2005) i en rapport nyligen var samarbetet mellan Kina och Polen som ledde till upptäckten av ett stort fall av smuggling av 1-fenyl-2-propanon till Polen.

Insatser mot framställning av och handel med syntetiska droger i Europa

I enlighet med genomförandeplanen för att motverka tillgången till syntetiska droger sammanställde kommissionen, i samarbete med Europol, i december 2003 en rapport som visade hur långt man hade kommit med de stora multilaterala projekten för att kartlägga distributionsnäten och vilka erfarenheter som hade gjorts inom detta område i EU, medlemsstaterna och kandidatländerna. Rapporten pekade på centrala inslag i sådana projekt som tycks vara en förutsättning för att de skall lyckas. Rapporten slog också fast att det kan vara en

fördel att slå ihop information och underrättelser från flera områden som rör syntetiska droger inom ramen för en inkluderande och integrerad strategi.

I december 2004 slog Europol ihop projekten CASE och GENESIS till projektet Synergy, som omfattar ett register för analysändamål (AWF) som stöds av 20 medlemsstater och en del tredjeländer, *Europol Illicit Laboratory Comparison System* (EILCS) och *Europol Ecstasy Logo System* (EELS). Projektet fortsätter att stödja *Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe* (CASE), som är ett svenskt initiativ för profilering av amfetamin, plus *European Joint Unit on Precursors* (EJUP), med experter från sex medlemsstater.

AWF-komponenten gör det möjligt att samla in och analysera underrättelser om brott som rör syntetiska droger och prekursorer. Utredningar inriktas i första hand på kriminella grupperingar och/eller vanliga tillvägagångssätt.

EILCS sammanställer fotografisk och teknisk information från anläggningar för framställning av syntetiska droger och tillhörande anläggningar för kemiskt avfall, vilket möjliggör utredningar av kopplingar mellan utrustning, material och kemikalier som beslagtogs, informationsutbyte, utredningar för att fastställa ursprung, kriminaltekniska undersökningar för bevisändamål och identifiering och fokusering av insatser mot personer som främjar verksamheten och kriminella grupperingar. Europol är via EILCS den europeiska kontaktpunkten för projektet Prism – Equipment, som är INCB:s globala program för att härleda tablettmaskiner och annan utrustning som används i framställningen av syntetiska droger.

EELS sammanställer fotografisk och grundläggande kriminalteknisk information från stora beslag som gör det möjligt att identifiera matchningar mellan beslagtagna partier och präglingar på beslagtagna tabletter, inleda informationsutbyte mellan brottsbekämpande myndigheter, annan utredningsrelaterad och kriminalteknisk profilering för bevisändamål och att rikta in insatserna på kriminella grupperingar.

Europol Synthetic Drug Production Equipment Catalogue och *Europol Ecstasy Logo Catalogue* uppdateras och offentliggörs regelbundet.



Kapitel 5

Kokain och crack-kokain

Prevalens och mönster

Enligt nyare nationella befolkningsundersökningar uppgår mellan 0,5 % och 6 % av den vuxna befolkningen att de någon gång har testat kokain. Andelen är högst i Förenade kungariket (6,8 %), Italien (4,6 %) och Spanien (4,9 %). Andelen vuxna som säger sig ha använt kokain under de senaste tolv månaderna uppgår i allmänhet till mindre än 1 % och ligger i de flesta länder mellan 0,3 % och 1 %. I Förenade kungariket och Spanien har mer än 2 % använt kokain de senaste tolv månaderna.

Även om prevalensen för kokainanvändning är mycket lägre än för cannabisanvändning kan den vara mer omfattande bland unga vuxna än bland befolkningen som helhet. Livstidsprevalensen för kokainanvändning bland personer i åldern 15–34 år är mellan 1 % och 11,6 %, och även här är andelen högst i Förenade kungariket (11,6 %) och Spanien (7,7 %). När det gäller användning de senaste tolv månaderna är andelen 0,2–4,6 %. Danmark, Irland, Italien och Nederländerna har en andel på omkring 2 %, medan Förenade kungariket och Spanien har en andel på över 4 %.

Kokain används mer av män än av kvinnor. Undersökningar från Danmark, Förenade kungariket, Italien, Nederländerna, Spanien och Tyskland har till exempel visat att livstidsprevalensen bland män i åldern 15–34 år var mellan 5 % och 13 %. I sex länder var andelen beträffande användning de senaste tolv månaderna över 3 %, och i Förenade kungariket och Spanien var den 6–7 % (figur 10).

I den allmänna populationen brukar användning av kokain antingen upphöra efter en tids experimenterande i början av vuxenlivet eller ske vid enstaka tillfällen, främst på helger och i nöjesmiljöer (på barer och diskotek). Men i en del länder är det möjligt att det förekommer ett inte obetydligt regelbundet bruk. Bland unga män i åldern 15–34 år säger sig 1,5–4 % av de unga männen i Förenade kungariket, Italien, Nederländerna och Spanien ha använt kokain de senaste 30 dagarna.

I städer är användningen av kokain förmodligen betydligt mer utbredd.

I en nyare undersökning av flera städer sniffade majoriteten (95 %) av dem som definierades som socialt integrerade användare (som rekryterats på diskon, klubbar eller genom privata kontakter) kokain. Bara en bråkdel av dem hade någonsin rökt eller injicerat drogen (Prinzleve m.fl., 2004).

En mycket grov uppskattning av användningen av kokain de senaste tolv månaderna som utgår från antagandet av ungefär 1 % av alla vuxna någon gång har använt kokain ger en siffra på mellan 3 och 3,5 miljoner människor i Europa. En liknande uppskattning av antalet personer som har använt kokain de senaste 30 dagarna ger en siffra på omkring 1,5 miljoner personer ⁽⁸⁹⁾.

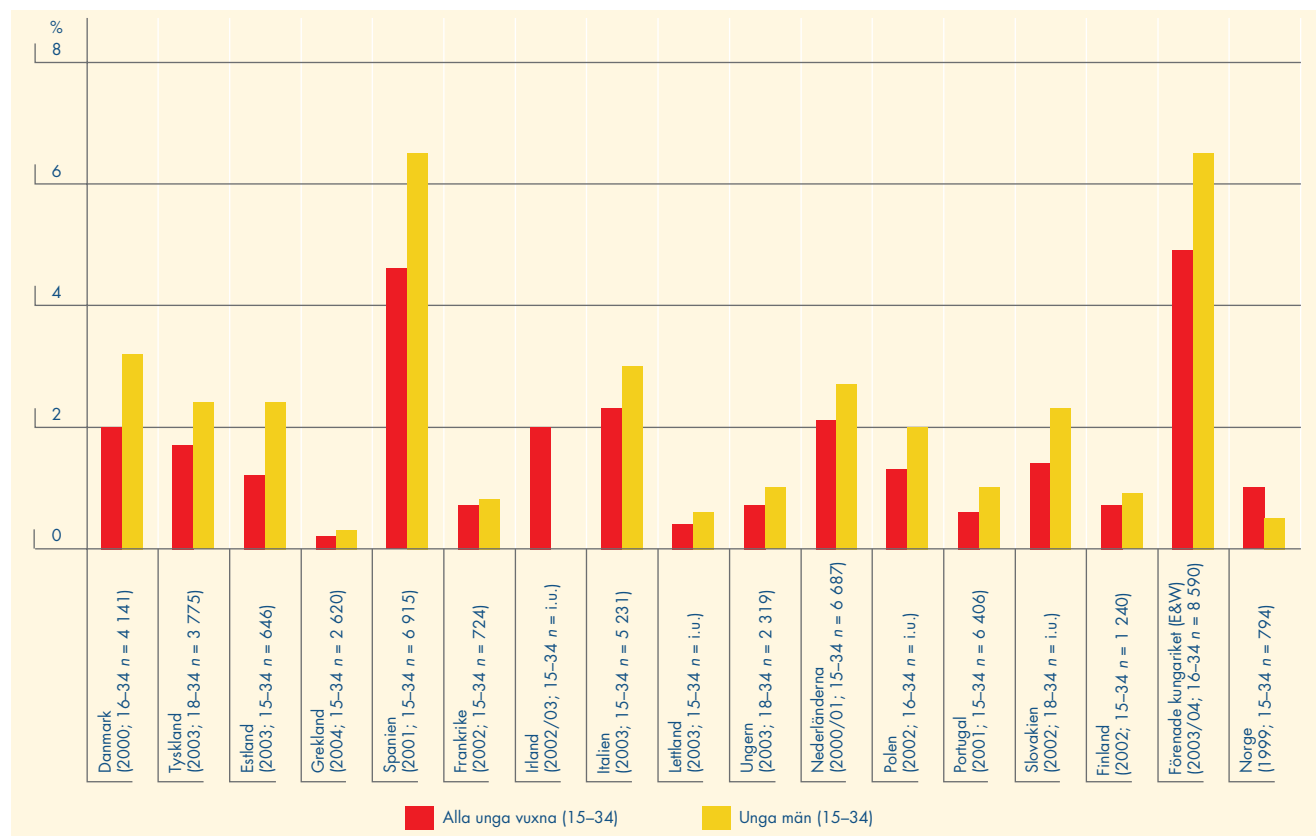
Som jämförelse kan nämnas att i Förenta staternas nationella undersökning av hälsa och narkotikaanvändning 2003 (SAMHSA, 2003) var livstidsprevalensen för kokainanvändning 14,7 % bland vuxna invånare (i åldern 12 år och äldre), medan 2,5 % uppgav att de hade använt kokain de senaste tolv månaderna ⁽⁹⁰⁾. Bland personer i åldern 18–25 år var motsvarande siffror 15 % (använt någon gång), 6,6 % (använt de senaste tolv månaderna) och 2,2 % (använt den senaste månaden). Bland män i åldern 18–25 år var siffrorna 17,4 %, 8,2 % respektive 2,9 %. Livstidsprevalensen är totalt sett högre bland den allmänna populationen i Förenta staterna än i de länder som har den högsta prevalensen i Europa. Denna skillnad är dock inte lika tydlig när det gäller måtten på användning av kokain på senare tid och en del europeiska länder rapporterar nu uppskattningar som är högre än de amerikanska siffrorna.

Trender när det gäller användning av kokain

Det är fortfarande svårt att på grundval av befolkningsundersökningar identifiera tydliga europeiska trender när det gäller användning av kokain (se avsnittet om trender när det gäller användning av cannabis). Det

⁽⁸⁹⁾ Dessa mycket grova uppskattningar baseras helt enkelt på prevalensvärdena i mitten av intervallet av nationella prevalenstal (se tabell GPS-1 i statistikbulletinen för 2005). Observera att flera länder med stora befolkningar (Förenade kungariket, Italien, Nederländerna, Spanien och Tyskland) har relativt höga tal, i flera fall högre än det intervall som har använts för jämförelsen.

⁽⁹⁰⁾ Observera att åldersintervallet i den amerikanska undersökningen (12 år och däröver) är större än det åldersintervall som används i ECNN:s rapportering för EU-undersökningar (15–64 år). Åldersintervallet för unga vuxna (18–25 år) är å andra sidan mindre än det som används i de flesta EU-undersökningar (15–24 år).

Figur 10: Andel unga vuxna och unga män som det senaste året har använt kokain, uppmätt genom nationella undersökningar

Anm.: Uppgifterna kommer från de senaste tillgängliga nationella undersökningarna i respektive land (se tabell GPS-4 i statistikbulletinen för 2005). Åldersintervallet är från 15 till 18 till 24. Skillnader i åldersintervall kan orsaka smärre diskrepanser mellan länder.

Källa: Nationella Reitox-rapporter (2004), hämtat från befolkningsundersökningar, rapporter eller vetenskapliga artiklar. Se även tabell GPS-0 i statistikbulletinen för 2005.

har dock kommit varningar från flera håll om att kokainanvändningen i Europa håller på att öka, bland annat lokala rapporter, riktade undersökningar av dansmiljöer, rapporter om höjningar av indikatorer för beslag och en del höjningar av problemindikatorer (dödsfall, akutfall).

Kokainanvändningen de senaste tolv månaderna ökade betydligt bland unga människor i Förenade kungariket mellan 1996 och 2000, men har sedan dess varit relativt oförändrad, även om måttliga ökning har noterats på senare år, och i Spanien ⁽⁹¹⁾ mellan 1999 och 2001. Mindre markanta ökning noterades i Danmark, Italien, Nederländerna, Ungern och Österrike (i lokala undersökningar) och, med vissa svängningar under 1990-talet, i Tyskland (figur 11).

Kokainrelaterade dödsfall

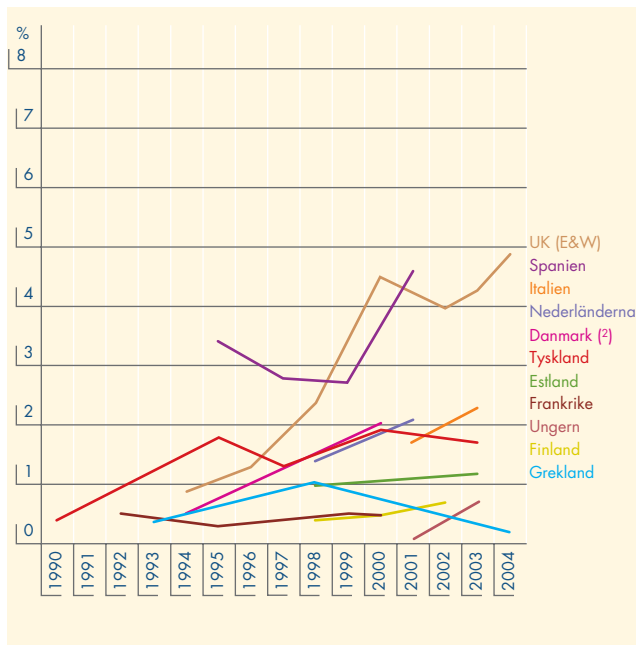
Det har funnits en växande oro över kokainets hälsorisker, särskilt mot bakgrund av det ökande rekreationella bruk som har kunnat iaktas i vissa länder, inte minst på ställen (diskotek, klubbar) som frekventeras av ungdomar. Trots

svårigheterna att beräkna antalet kokainrelaterade dödsfall kan detta mått vara en värdefull indikator på ökade risker och bidra till att klarlägga riskabla användningsmönster. Även om akuta dödsfall där kokain förekommer utan opiater verkar vara ovanliga i Europa är den nuvarande statistiken över kokainrelaterade dödsfall förmodligen ofullständig. Den tillgängliga informationen om kokainrelaterade dödsfall i Europa totalt sett är begränsad och rapporteras i olika forum. Kokainanvändning är vanlig bland opiatmissbrukare och kokain påträffas ofta i toxikologiska analyser i samband med opiatöverdos, vid sidan om andra ämnen som alkohol och benzodiazepiner.

Flera länder rapporterade uppgifter om kokainrelaterade dödsfall 2003 (Nationella Reitox-rapporter): Frankrike (10 dödsfall som tillskrevs enbart kokain och 1 dödsfall som tillskrevs ett läkemedel), Förenade kungariket ("omnämningarna" av kokain i dödsattester ökade från 85 år 2000, till 115 år 2001 och 171 år 2002, och ökade med åtta gånger under perioden 1993–2001). Grekland (2 fall som tillskrevs kokain), Nederländerna (17 dödsfall som tillskrevs kokain under 2003, med en stigande trend

⁽⁹¹⁾ Information som inkom för sent för att tas med i rapporten tyder på en stabilisering i undersökningarna 2003 (förra årets siffra om användningen bland unga vuxna var 4,8 % jämfört med 4,6 % 2001).

Figur 11: Trender när det gäller andelen unga vuxna (i åldern 15–34) som det senaste året har använt kokain, uppmätt genom befolkningsundersökningar



(¹) Urvalsstorlekar (antal svarande) för åldersgruppen 15–34 år för varje land och år redovisas i tabell GPS-4 i statistikbulletinen för 2005.

(²) Det danska värdet för 1994 avser "tunga droger".

Anm.: Uppgifterna kommer från tillgängliga nationella undersökningar i respektive land. Siffer- och metoduppgifter om de enskilda undersökningarna finns i tabell GPS-4 i statistikbulletinen för 2005.

För unga vuxna använder ECNN intervallet 15–34 år (Danmark och Förenade kungariket från 16, Estland (1998), Tyskland och Ungern från 18). I Frankrike var åldersintervallet 25–34 år 1992 och 18–39 år 1995.

Källa: Nationella Reitox-rapporter (2004), hämtat från befolkningsundersökningar, rapporter eller vetenskapliga artiklar. Se även tabell GPS-0 i statistikbulletinen för 2005.

mellan 1994, 2 fall, och 2002, 37 fall), Portugal (kokain påträffades i 37 % av de drogrelaterade dödsfallen), Tyskland (25 fall där enbart kokain förekom och 93 där kokain förekom i kombination med andra droger; år 2002 var motsvarande siffror 47 och 84), Ungern (4 dödsfall till följd av kokainöverdoser) och Österrike (kokain påträffades i 30 % av de drogrelaterade dödsfallen, men bara 3 fall tillskrevs enbart kokain och 1 fall kokain i förening med gas). I sin nationella Reitox-rapport för 2003 rapporterade Spanien att kokain förekom i 54 % av alla drogrelaterade dödsfall 2001; i 39 fall (8 % av alla drogrelaterade dödsfall) inträffade döden utan att det fanns opiater med i bilden och i 21 av dessa fall var orsaken enbart kokain, medan 5 orsakades av kokain och alkohol.

Trots den tillgängliga informationens begränsningar verkar kokain ha spelat en avgörande roll i mellan 1 % och 15 % av de drogrelaterade dödsfallen i länder där det går att

skilja mellan de droger som orsakade dödsfallen, och flera länder (Frankrike, Spanien, Tyskland och Ungern) rapporterade siffror kring 8–12 % av de drogrelaterade dödsfallen. Även om det är mycket svårt att extrapolera dessa resultat till hela Europa kan det betyda att det sker flera hundra kokainrelaterade dödsfall varje år i EU som helhet. Trots att siffrorna är betydligt lägre än för dödsfall orsakade av opiater är kokainrelaterade dödsfall ett allvarligt och möjligen växande problem. I de få länder där det går att urskilja en trend tenderar den att visa på en ökning.

Kokain kan dessutom vara en bidragande faktor i dödsfall till följd av kardiovaskulära problem (arytmi, myokardial infarkt och hjärnblödningar; se Ghuran och Nolan, 2000), särskilt hos personer med predisponerande tillstånd, och många av dessa dödsfall kanske inte rapporteras.

Uppgifter om efterfrågan på behandling (⁹²)

Efter opiater och cannabis är kokain den drog som personer som påbörjar en missbruksbehandling oftast uppger som huvuddrog. Den svarar för ungefär 10 % av den totala behandlingsefterfrågan i EU. Bakom denna totala siffra döljer sig dock stora skillnader mellan länderna: i de flesta länder gäller en ganska liten del av behandlingsefterfrågan kokainmissbruk, men i Nederländerna och Spanien är andelen klienter som söker behandling för kokainmissbruk 38 % respektive 26 % (⁹³). I de flesta länder är andelen nya klienter som söker behandling för ett primärt kokainmissbruk högre än bland klienter totalt (⁹⁴). Kokain uppges också som sekundärdrog av 13 % av nya klienter som söker behandling inom öppenvården (⁹⁵).

Många länder rapporterar att kokainmissbruket har ökat bland klienter som söker behandling. Mellan 1996 och 2003 ökade andelen nya klienter som sökte behandling för kokainmissbruk från 4,8 % till 9,3 %, och antalet nya klienter som sökte behandling för ett primärt kokainmissbruk steg från 2 535 till 6 123.

I Nederländerna var antalet nya klienter som sökte behandling för kokainmissbruk 2003 för första gången högre än antalet nya klienter som sökte behandling för opiatmissbruk. En analys av behandlingsuppgifter som togs fram i London under perioden 1995/96–2000/01 visade att antalet klienter som använde kokain mer än fördubblades (GLADA, 2004), om än från en låg utgångsnivå (735 till 1 917).

(⁹²) När det gäller allmän spridning och trender baseras uppgiftsanalysen på klienter som söker behandling på alla behandlingshem, och när det gäller klienternas profiler och missbruksmönster på behandling inom öppenvården.

(⁹³) Se tabell TDI-5 (del ii) i statistikbulletinen för 2005. Uppgifterna för Spanien avser 2002.

(⁹⁴) Se tabell TDI-4 (del ii) i statistikbulletinen för 2005.

(⁹⁵) Se tabell TDI-24 i statistikbulletinen för 2005.

Dessa uppgifter påverkas förmodligen av ett litet men växande problem med crack-kokain (rökbar kokainbas) som har börjat framträda i både Nederländerna och Förenade kungariket, där antalet klienter som använder crack-kokain har ökat de senaste åren. Även om antalet problematiska missbrukare är lågt tenderar de att vara koncentrerade till några få större städer och är därför synliga i rapporter som bygger på övervakning i städer.

Användare av crack-kokain har oftast en annan social bakgrund än användare av pulverkokain. Användare av crack-kokain är oftare socialt missgynnade och det finns en del tecken som tyder på att etniska minoriteter kan vara särskilt sårbara för problem med crack-kokain: två tredjedelar av svarta personer som söker missbruksbehandling i London har ett primärt crack-kokainmissbruk (GLADA, 2004) och 30 % av crack-kokainklienterna i Nederländerna är av icke-nederländskt ursprung. Trots oron över crack-kokain och det faktum att denna drog är förknippad med särskilt skadliga konsekvenser för både de individuella missbrukarna och de samhällen de lever i, är det viktigt att komma ihåg att detta problem fortfarande är mycket lokalt i Europa. Det bör påpekas att det främst är två länder (Förenade kungariket och Nederländerna) som rapporterar om klienter som missbrukar crack-kokain.

Totalt sett gäller merparten av efterfrågan på behandling för kokainmissbruk inte crack-kokain. Ungefär 70 % bland nya kokainklienter använder kokainhydroklorid (pulverkokain), som i huvudsak sniffas, och resterande 30 % använder crack-kokain. Ungefär 5 % bland nya kokainklienter säger sig injicera kokain.

Nya klienter som söker behandling för ett primärt kokainmissbruk är huvudsakligen män (förhållandet män–kvinnor är 3,7:1). Det finns skillnader mellan länderna när det gäller könsfördelningen⁽⁹⁶⁾. En kvalitativ forskningsstudie som utfördes i Italien på klienter som sökte behandling för missbruk av stimulantia, huvudsakligen kokain, rapporterade att det fanns nästan lika många kvinnor som män bland missbrukarna, men att antalet män var betydligt större än antalet kvinnor bland personer som sökte behandling (Macchia m.fl., 2004).

Nya klienter som använder kokain som primär drog är i genomsnitt äldre än andra narkotikamissbrukare (medelåldern är 30 år, och majoriteten är 20–34 år). En mindre, men betydande, andel klienter sägs vara mellan 35 och 39 år⁽⁹⁷⁾.

Kokain används ofta i kombination med andra droger, till exempel cannabis (40 %) eller alkohol (37 %). Lokala undersökningar av injektionsmissbrukare tyder på att kombinationen heroin och kokain i injektioner på vissa håll håller på att öka i popularitet (en kombination som av

injektionsmissbrukare ibland kallas "speedballing"). Om så är fallet märks detta inte i uppgifterna om den totala behandlingsefterfrågan från de flesta länder, där bara en liten andel av klienterna säger sig använda en kombination av heroin och kokain. Detta gäller emellertid inte alla länder. I Nederländerna tyder en analys av uppgifterna om behandlingsefterfrågan bland kokainmissbrukare exempelvis på att många kokainklienter missbrukar flera droger och att den största gruppen består av personer som använder både kokain och heroin (Mol m.fl., 2002).

Behandling av problematiskt kokainmissbruk

Det saknas väletablerade och utbredda farmakologiska behandlingar för kokainmissbrukare av det slag som finns för opiatmissbrukare. Systematiskt lindrande läkemedel kan ibland skrivas ut till kokainmissbrukare, men det sker oftast för en kort tid och för att lindra problem till följd av kokainmissbruket, såsom oro eller sömnstörningar. Mer långsiktiga behandlingar av kokainmissbrukare sker oftast på allmänna behandlingshem. Behandlingsalternativen för personer med kokainproblem verkar dock vara dåligt utvecklade (Haasen, 2003). Detta kan vara på väg att förändras i takt med att en del länder börjar utveckla nya behandlingar inriktade på personer med kokainproblem, där ett exempel är utvecklingen av särskilda behandlingshem för missbrukare av crack-kokain i England (NTA, 2003).

Merparten av den vetenskapliga litteraturen om behandling av kokainproblem härrör från amerikanska studier och speglar kanske därför inte den europeiska verkligheten. Tyvärr finns det fortfarande få utvärderingar av behandlingar för problematiskt kokainmissbruk i EU, vilket delvis beror på att kokainmissbruk historiskt sett har varit relativt sällsynt inom missbrukarvården. En europeisk systematisk genomgång av litteraturen om behandling av kokainmissbruk (Rigter m.fl., 2004) noterade att personer med problematiskt kokainmissbruk normalt har en låg behandlingsfölsamhet och en hög återfallsprocent. Det finns vissa belägg för att psykoterapi kan bidra till att minska konsumtionen. Det saknas övertygande bevis för att akupunktur är en effektiv behandling för kokainproblem. Dessa slutsatser bör dock på det hela taget ses mot bakgrund av att det helt enkelt saknas en stark europeisk bevisgrund som kan vägleda de terapeutiska insatserna på detta område. Det är till exempel inte ens helt klarlagt om specifika insatser inriktade på kokain är effektivare än att kokainmissbrukarna skrivs in i mer allmänna icke-drogspecifika behandlingsprogram. Det är också fortfarande en öppen fråga huruvida det går att utveckla en farmakologisk behandling för personer med ett problematiskt kokainmissbruk som kan bli en

⁽⁹⁶⁾ Se tabell TDI-22 i statistikbulletinen för 2005 och *Differences in patterns of drug use between women and men* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7293>).

⁽⁹⁷⁾ Se tabell TDI-10 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

”standardbehandling” på samma sätt som metadon och buprenorfin har blivit standardmetoder i behandlingen av problematiskt opiatmissbruk. Det bör påpekas att det finns stora skillnader mellan de mekanismer genom vilka opiater och stimulantia som kokain verkar i kroppen, vilket innebär att de terapeutiska alternativen för att behandla missbruksproblem sannolikt måste vara olika. En del intressant arbete pågår för närvarande i Förenta staterna för att utveckla insatser som tillfälligt kan blockera kokainets effekt på missbrukaren och det blir intressant att se huruvida detta arbete i framtiden leder fram till nya behandlingsalternativ.

Att minska skador på hälsan

Under de senaste åren har insatser för att förhindra och minska skador på hälsan till följd av användning av kokain och crack-kokain ökat snabbt i omfattning, och ny information som specifikt handlar om kokain och crack-kokain har tagits fram, särskilt på Internet. Telefonjourer i Belgien, Frankrike och Portugal har tagit emot fler frågor om kokain och crack-kokain än någonsin tidigare, även om dessa samtal fortfarande är betydligt färre till antalet än de samtal som rör lagliga läkemedel och cannabis. Mer utbildning om hur man lämpligen hanterar problem till följd av missbruk av kokain och crack-kokain i olika miljöer där detta är ett nytt fenomen (veckoslutskulturen i Dublin eller teknokulturen i Wien) finns tillgänglig för personer som arbetar inom missbrukarvården.

Särskild rådgivning och erbjudanden om behandling för missbrukare av kokain och crack-kokain finns i stora städer, till exempel i Frankfurt (Suchthilfzentrum Bleichstrasse: <http://www.drogenberatung-ij.de>), Barcelona (Hospital Vall d’Hebron: <http://www.vhebron.es>), Wien (ChEck iT!: <http://www.checkyourdrugs.at>) och London (<http://www.cracklondon.org.uk>).

Beslag och marknadsinformation ⁽⁹⁸⁾

Produktion och handel

Colombia är den absolut största producenten i världen av illegal koka, följt av Peru och Bolivia. Den globala kokainproduktionen år 2003 har uppskattats till 655 ton, varav Colombia stod för 67 %, Peru för 24 % och Bolivia för 9 % (CND, 2005). Merparten av det kokain som beslagtogs i Europa kommer direkt från Sydamerika (Colombia) eller via

Centralamerika och Västindien. Under 2003 rapporterades särskilt Brasilien och Venezuela vara transitländer för kokain som förs in i EU, vid sidan om Argentina, Costa Rica och Curaçao (Nationella Reitox-rapporter, 2004; CND, 2005). Andra transitområden var södra och västra Afrika (INCB, 2005). De viktigaste införselländerna i EU var fortfarande Nederländerna, Portugal och Spanien (Nationella Reitox-rapporter, 2004; CND, 2005; INCB, 2005).

Beslag

Uppgifterna om beslag visar att kokain är den tredje största drogen i den internationella narkotikahandeln efter marijuana och hasch. Uttryckt i beslagtagna volymer – 490,5 ton över hela världen år 2003 – skedde merparten av handeln med kokain år 2003 fortfarande i Nord- och Sydamerika (82 %) och Europa. Av de totala mängder kokain som beslagtogs över hela världen svarade Europa för 17 %, vilket var en ökning från föregående år (CND, 2005). Inom Europa beslagtogs merparten av kokainet i Västeuropa. De senaste fem åren har Spanien konsekvent varit det EU-land som gjort de största beslagen av kokain. År 2003 stod Spanien för mer än hälften av såväl antalet beslag som beslagtagna mängder i EU ⁽⁹⁹⁾.

Under perioden 1998–2002 ökade antalet kokainbeslag ⁽¹⁰⁰⁾ i alla länder utom i Portugal och Tyskland. Under samma period fluktuerade kvantiteterna beslagtogs kokain i EU ⁽¹⁰¹⁾, även om trenden har varit stigande. På grundval av trenderna i de länder för vilka det finns tillgängliga uppgifter tycks antalet kokainbeslag i EU totalt dock ha minskat 2003 (särskilt i Spanien), samtidigt som mängden beslagtogs kokain ökade väsentligt (särskilt i Nederländerna och Spanien). Under 2003 tycks beslag av särskilt stora partier kokain ha ägt rum i EU.

Även om några EU-länder har rapporterat beslag av crack-kokain görs det ibland ingen åtskillnad mellan dessa och kokainbeslag. Trenderna när det gäller kokainbeslag kan därför tänkas inbegripa beslag av crack-kokain.

Pris och renhetsgrad

Genomsnittspriset ⁽¹⁰²⁾ på kokain i missbrukarledet varierade avsevärt inom EU år 2003: från 34 euro per gram i Spanien till 175 euro per gram i Norge.

Jämfört med heroin har kokain i missbrukarledet i genomsnitt en hög renhetsgrad. År 2003 varierade kokainets renhetsgrad mellan 32 % i Tjeckien och Tyskland och 83 % i Polen ⁽¹⁰³⁾.

⁽⁹⁸⁾ Se ”Tolkning av uppgifter om beslag och marknadsinformation”, s. 42.

⁽⁹⁹⁾ Detta bör kontrolleras mot de uppgifter som saknas för 2003 när dessa blir tillgängliga. Uppgifter om antal kokainbeslag 2003 saknades för Cypern, Italien, Nederländerna och Rumänien; uppgifter om både antal kokainbeslag och beslagtagna kokainmängder 2003 saknades för Förenade kungariket och Irland.

⁽¹⁰⁰⁾ Se tabell SZR-5 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹⁰¹⁾ Se tabell SZR-6 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹⁰²⁾ Se tabell PPP-3 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹⁰³⁾ Se tabell PPP-7 (del i) i statistikbulletinen för 2005. Observera att den uppskattade genomsnittliga renhetsgraden i Polen och Tjeckien 2003 baseras på ett litet urval ($n = 5$ respektive 6).



Kapitel 6

Heroin samt injektionsmissbruk av narkotika

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

"Problematiskt narkotikamissbruk" definieras operationellt som "injektionsanvändning eller långvarig/vanemässig användning av opiater, kokain och/eller amfetaminer" ⁽¹⁰⁴⁾. 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.

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 EU-länderna, och problematiskt missbruk av stimulantia, som dominerar i Finland och Sverige, där de flesta problemmissbrukarna har amfetaminer som primär drog. Även i Tjeckien har metamfetaminmissbrukarna länge utgjort en betydande del av problemmissbrukarna.

Det problematiska narkotikamissbruket blir allt mer varierat. 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 det har skett en ökning av de kokainrelaterade missbruksproblemen, men tillförlitliga tidstrender för

problemmissbruk som omfattar problemmissbrukare av kokain finns inte. Nederländerna och Tyskland redovisar en växande andel missbrukare av crack-kokain bland sina problemmissbrukare, även om totalskattningen av antalet problemmissbrukare i Nederländerna inte har ändrats.

Prevalens

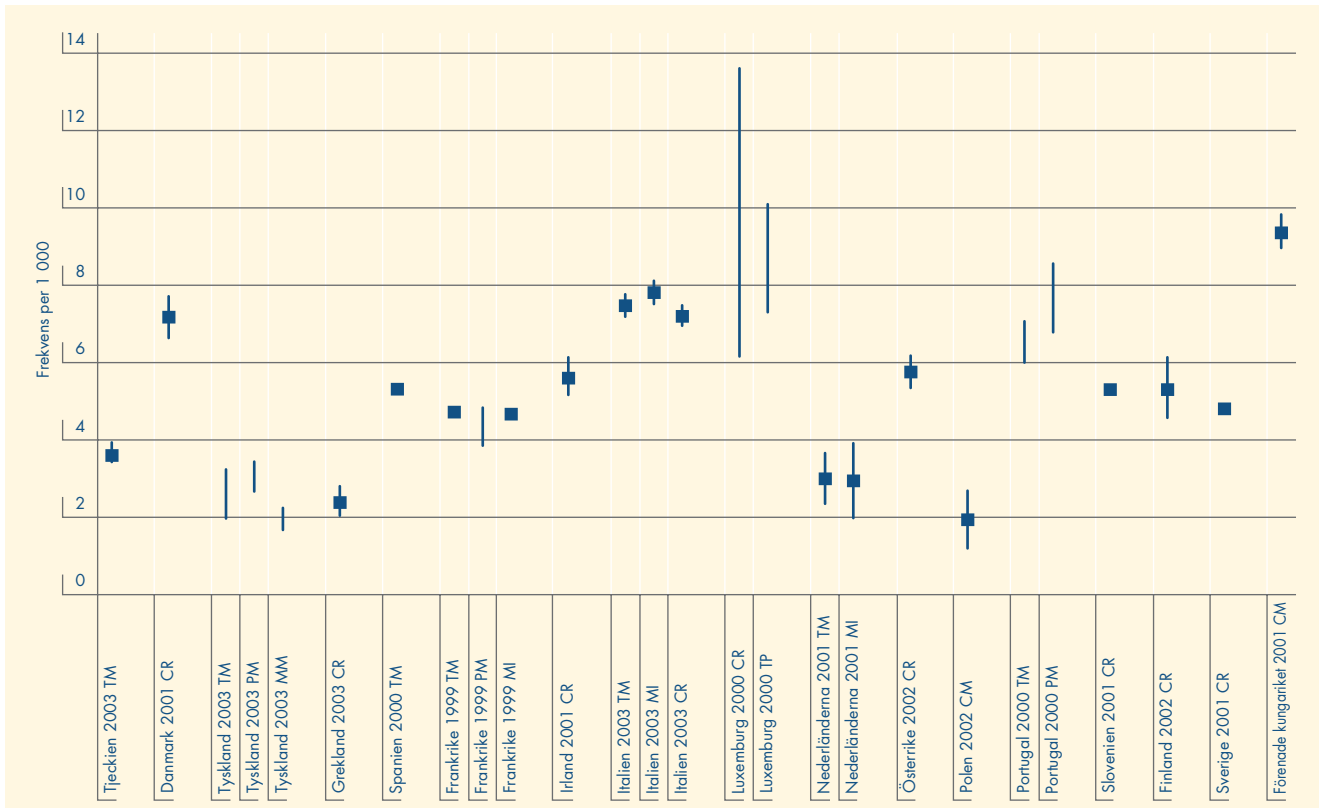
Skattningarna av det problematiska narkotikamissbrukets omfattning på nationell nivå under perioden 1999–2003 ligger i intervallet 2–10 fall per 1 000 invånare i åldern 15–64 år (baserat på skattningsintervallens mittpunkter) eller upp till 1 % av den vuxna befolkningen ⁽¹⁰⁵⁾.

Prevalensen tycks skilja sig mycket från land till land, men när olika metoder har använts i samma land är resultaten i stort sett konsekventa. Relativt höga värden redovisas av Danmark, Förenade kungariket, Irland, Italien, Luxemburg, Portugal, Spanien och Österrike (6–10 fall per 1 000 invånare i åldern 15–64 år), medan relativt låga värden redovisas av Grekland, Nederländerna, Polen och Tyskland (färre än 4 fall per 1 000 invånare i åldern 15–64 år) (figur 12). Bland de nya EU-länderna och kandidatländerna är det bara Polen, Slovenien och Tjeckien som redovisar väldokumenterade skattningar, och i samtliga dessa länder ligger andelen problemmissbrukare i mellanskiktet: 3,6; 1,9 respektive 5,3 fall per 1 000 invånare i åldern 15–64 år. 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 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.

Lokala och regionala skattningar tyder på att det problematiska narkotikamissbrukets omfattning kan variera stort mellan städer och regioner. De högsta lokala skattningarna av det problematiska narkotikamissbrukets omfattning under perioden 1999–2003 kommer från Förenade kungariket, Irland och Portugal som redovisade

⁽¹⁰⁴⁾ Utförligare uppgifter finns i metoanmärkningarna om problematiskt narkotikamissbruk (*methodological notes on problem drug use*) i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹⁰⁵⁾ Se tabell PDU-1 i statistikbulletinen för 2005.

Figur 12: Skattningar av prevalensen av det problematiska narkotikamissbruket 1999–2003 (frekvens per 1 000 invånare i åldern 15–64 år)

Anm.: CR, capture–recapture (fångst–återfångst); TM, treatment multiplier (multiplikator metod med uppgifter från behandlingsorgan); PM, police multiplier (multiplikator metod med uppgifter från polisen); MI, multivariate indicator (metod som baseras på flera indikatorer); TP, truncated Poisson (trunkerad poisson); CM, combined methods (kombinerade metoder). För mer information se tabellerna PDU-1, PDU-2 och PDU-3 i statistikbulletinen för 2005. Symbolen anger en punktberäkning och ett fält anger ett osäkerhetsintervall som antingen kan vara ett konfidensintervall på 95 % eller ett intervall som bygger på sensitivitetsanalys (se tabell PDU-3). Målgrupperna kan variera något beroende på olika metoder och uppgiftskällor, och jämförelser bör därför göras med försiktighet. I den spanska skattningen ingår inte problematiskt kokainmissbruk. En högre skattning finns i tabellerna PDU-2 och PDU-3 där denna grupp medräknats. Denna skattning är kanske inte lika tillförlitlig.

Källa: De nationella kontaktpunkterna. Se även ECNN (2003).

följande antal fall per 1 000 invånare: 16 (Dublin), 17 (Beja), 24 (Aveiro) och 25 (delar av London), upp till 29 (Dundee) och 34 (Glasgow) (figur 13). De geografiska skillnaderna är dock stora på lokal nivå. I en annan del av London uppskattas exempelvis omfattningen till 6 fall per 1 000 invånare. Detta tyder på att det behövs fler tillförlitliga lokala skattningar i många andra länder där den lokala eller regionala omfattningen kan vara särskilt hög (eller låg), men inte mäts.

Skattningsmetoderna har visserligen förbättrats avsevärt, men bristen på tillförlitliga och konsekventa uppgifter avseende längre tidsperioder gör det fortfarande besvärligt att bedöma trenderna för problemmissbruket. Rapporterna 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 (ECNN, 2004a). I vissa länder tycks det dock ha stabiliserats under de senaste åren. Upprepade skattningar finns tillgängliga för 1999–2003 från 16 länder (inklusive Danmark och Sverige med uppgifter från 1998–2001 och

Förenade kungariket med uppgifter för 1996–2001). Sex av dessa 16 länder rapporterade att det problematiska narkotikamissbruket ökat (Danmark, Finland, Förenade kungariket, Norge, Sverige och Österrike), fem rapporterade att prevalensen var stabil eller hade minskat (Grekland, Irland, Slovenien, Tjeckien och Tyskland) och fem (Italien, Luxemburg, Nederländerna, Portugal och Spanien) redovisade olika trender, som delvis kan gälla olika målgrupper av problemmissbrukare, beroende på vilken skattningsmetod som använts ⁽¹⁰⁶⁾.

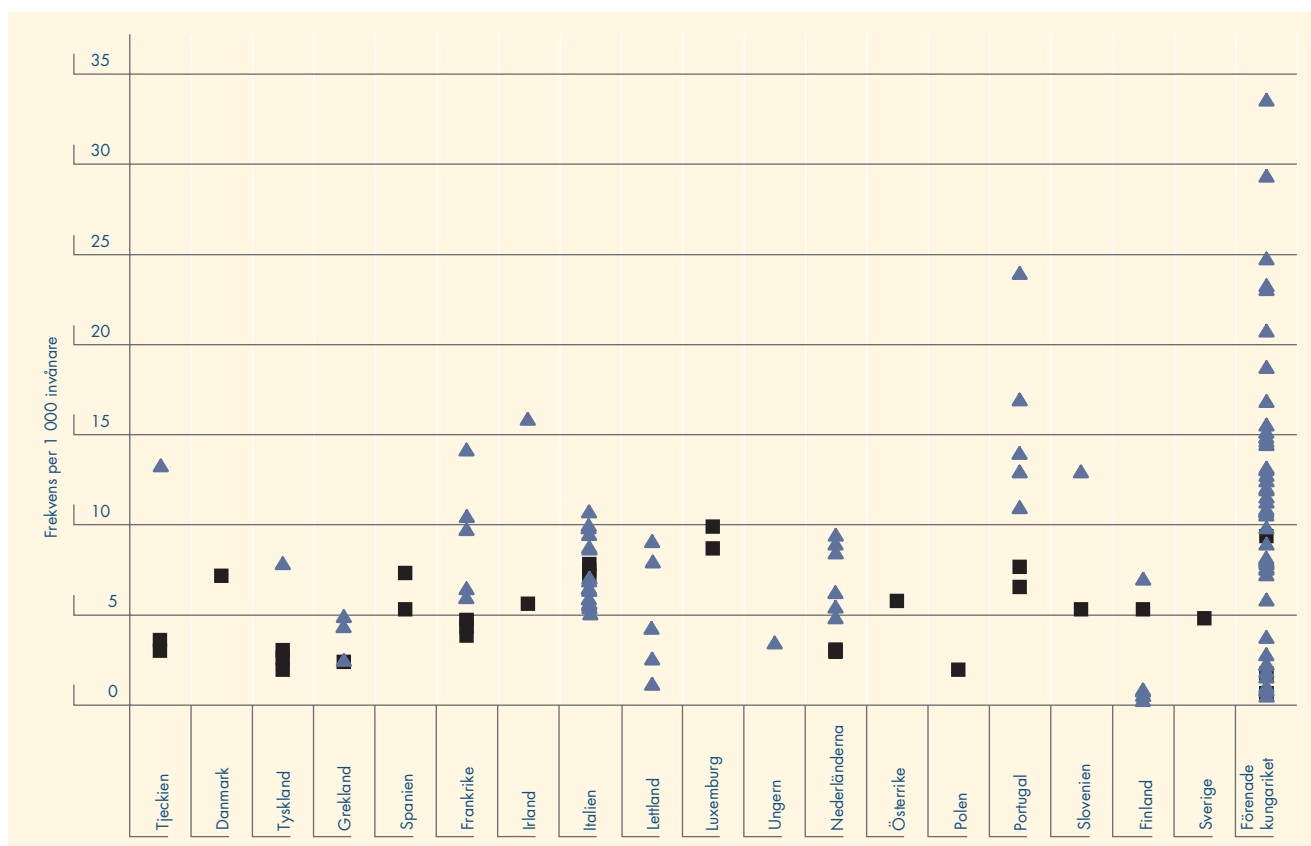
Injektionsmissbruk av narkotika

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.

Trots injektionsmissbrukets inverkan på folkhälsan är det få länder som lämnar nationella eller lokala skattningar av det. De tillgängliga skattningarna på nationell nivå ligger i

⁽¹⁰⁶⁾ Se figur PDU-4 i statistikbulletinen för 2005.

Figur 13: Nationella och lokala skattningar av det problematiska narkotikamissbrukets omfattning, 1999–2003 (frekvens per 1 000 invånare i åldern 15–64)



Anm.: Svart fyrkant = urval med nationell täckning; blå triangel = urval med lokal/regional täckning. Målgrupperna kan variera något beroende på olika metoder och uppgiftskällor, och jämförelser bör därför göras med försiktighet. För mer information se tabellerna PDU-1, PDU-2 och PDU-3 i statistikbulletinen för 2005. Mönstret i lokala skattningar av omfattning beror till stor del på tillgången till undersökningar och var dessa har utförts. Om lokala skattningar är tillgängliga kan de emellertid visa på en omfattning som skiljer sig från det nationella genomsnittet i specifika städer eller regioner. Källa: De nationella kontaktpunkterna. Se även ECNN (2003).

intervallet 1–6 fall per 1 000 invånare i åldern 15–64, vilket tyder på att det finns stora skillnader mellan länderna när det gäller injektionsmissbrukets omfattning ⁽¹⁰⁷⁾. Luxemburg redovisar de högsta nationella skattningarna av injektionsmissbruk, med ca 6 fall per 1 000 invånare i åldern 15–64, och Grekland redovisar de lägsta skattningarna av injektionsmissbruk, med endast 1 fall per 1 000 invånare. Även om skattningarna av injektionsmissbrukets prevalens är få finns det tecken som tyder på ökad prevalens efter 1999 i Norge, medan olika skattningsmetoder i Portugal tyder på olika trender ⁽¹⁰⁸⁾.

En analys av uppgifterna om heroinmissbrukare i behandling tyder på att länderna skiljer sig markant åt när det gäller omfattningen och dessutom verkar trenderna variera över tiden ⁽¹⁰⁹⁾. I några länder (Nederländerna, Portugal och Spanien) injicerar en relativt liten andel av heroinmissbrukarna drogen, medan injicering av heroin

fortfarande är det normala i andra länder. I några av de länder som har varit EU-medlemmar under en lång tid och som kan redovisa uppgifter (Danmark, Frankrike, Förenade kungariket, Grekland, Italien och Spanien), har injektionsmissbruket bland heroinmissbrukare i behandling minskat. I de flesta nya medlemsstaterna är nästan alla heroinmissbrukare i behandling injektionsmissbrukare, åtminstone i de länder som redovisat uppgifter.

Uppgifter om efterfrågan på behandling

60 % av de klienter som sökte behandling ville ha behandling mot opiatmissbruk, men i många fall har primärdrögen inte uppgetts. Mer än hälften (54 %) av opiatklienterna är kända injektionsmissbrukare och 10 % har okänd injektionsstatus. Enligt de uppgifter som redovisats är opiater dessutom sekundär drog för omkring 10 % av de nya klienterna ⁽¹¹⁰⁾.

⁽¹⁰⁷⁾ Se figur PDU-2 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹⁰⁸⁾ Se figur PDU-5 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹⁰⁹⁾ Se figur PDU-3 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹¹⁰⁾ Se tabell TDI-24 i statistikbulletinen för 2005.

I många länder är det fortfarande opiatier (främst heroin) som klienterna oftast söker behandling för, men det finns betydande skillnader mellan länderna. En grovindeling av EU:s medlemsstater och kandidatländerna i tre grupper med avseende på hur stor del av klienterna i behandling som kännetecknas av heroinproblem ger följande siffror:

- Under 40 % – Finland, Nederländerna, Polen, Sverige, Tjeckien;
- 50–70 % – Cypern, Danmark, Irland, Lettland, Rumänien, Slovakien, Spanien, Tyskland;
- Över 70 % – Bulgarien, Frankrike, Förenade kungariket, Grekland, Italien, Litauen, Luxemburg, Malta, Slovenien ⁽¹¹¹⁾.

Antalet opiatklienter som genomgår behandling under många år uppges öka, medan ny efterfrågan på behandling mot opiatmissbruk minskar (Nationella Reitox-rapporter, 2004; Drug Misuse Research Division, 2004). I vissa länder kan trender inom heroinmissbruk bland nya klienter i behandling spåras från 1996–2003 och dessa visar på en totalminskning i absoluta tal när det gäller antalet klienter som söker behandling.

Den relativa andelen av antalet förstagångsklienter som söker behandling mot opiatmissbruk har minskat mer markant på grund av att antalet klienter vars problem i första hand är relaterade till andra droger har ökat. Detta kan i sin tur bero på att vissa opiatklienter har övergått från heroin till kokain (Ouweland m.fl., 2004). Det kan dock också bero på differentieringen i behandlingssystemen, som har inneburit att dessa har blivit mer tillgängliga för andra problemmissbrukare, eller på den minskade nyrekryteringen av problemmissbrukare (Nederländernas nationella rapport).

Det finns skillnader mellan länderna när det gäller denna trend under det senaste decenniet. Antalet heroinklienter har kraftigt minskat i Danmark, Finland, Nederländerna, Slovakien och Tyskland medan det har skett en viss ökning i Bulgarien och Förenade kungariket ⁽¹¹²⁾.

En analys av uppgifterna om nya klienter som behandlas på behandlingscentrum inom öppenvården ger en mer detaljerad beskrivning av opiatmissbrukarnas profil. Det går 2,8 män på varje kvinna som söker behandling för primärt opiatmissbruk. Könsfördelningen varierar dock avsevärt mellan olika länder, från 5:1 till 2:1, med

undantag för Cypern där antalet män i förhållande till antalet kvinnor är mycket högt (11:1), och Sverige där det är mycket lågt (0,9:1) och där fler kvinnliga än manliga opiatmissbrukare söker behandling ⁽¹¹³⁾.

De flesta opiatmissbrukare är i åldern 20–34, och i åldersgruppen 30–39 söker mer än hälften av klienterna behandling för opiatmissbruk. Den redovisade trenden tyder på att opiatklienterna blir äldre. I exempelvis Nederländerna är omkring 40 % av de nya opiatmissbrukarna äldre än 40 år. Undantagen är Rumänien och Slovenien där det finns många mycket unga (15–19 år) opiatklienter ⁽¹¹⁴⁾.

De flesta opiatklienterna uppger att de var mellan 15 och 24 år första gången de använde opiatier och omkring 50 % av klienterna var under 20 år första gången de använde drogen ⁽¹¹⁵⁾. En jämförelse mellan debutåldern och den ålder då klienten första gången får behandling visar att tidsintervallet mellan dessa vanligen är mellan 5 och 10 år. En tidig debutålder för opiatmissbruk kopplas ofta till en rad beteendeproblem och social utsatthet (Förenade kungarikets nationella rapport).

I de flesta länder använder mellan 60 % och 90 % av opiatklienterna drogerna dagligen, medan vissa klienter inte har använt opiatier under den senaste månaden eller endast använt dem sporadiskt, vilket förmodligen beror på att de slutade använda drogerna innan de påbörjade behandlingen ⁽¹¹⁶⁾.

40 % av klienterna injicerar drogen och 40 % röker eller inhalerar den. När det gäller användningsmetod råder det skillnader mellan gamla och nya medlemsstater ⁽¹¹⁷⁾ (figur 14). I de nya medlemsstaterna är andelen opiatmissbrukare som injicerar drogen högre än 60 % och i de gamla medlemsstaterna är andelen lägre än 60 % (med undantag för Finland där andelen opiatmissbrukare som injicerar är 78,4 %). Andelen injektionsmissbrukare bland opiatklienter är lägst i Nederländerna (8,3 %) ⁽¹¹⁸⁾.

Många nya klienter använder både opiatier och andra droger, ofta cannabis (47 %) eller alkohol (24 %). Det finns dock markanta skillnader mellan länderna: I Slovakien och Tjeckien använder nästan hälften av klienterna opiatier tillsammans med annan stimulantia än kokain, i Grekland och Malta använder 18 respektive 29 % av klienterna opiatier med kokain som sekundärdrog, i Finland uppger 37 % av opiatmissbrukarna (främst de

⁽¹¹¹⁾ Se tabell TDI-5 (del ii) i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹¹²⁾ Se tabell TDI-3 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹¹³⁾ Se tabell TDI-22 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹¹⁴⁾ Se tabell TDI-10 (del iii) i statistikbulletinen för 2005.

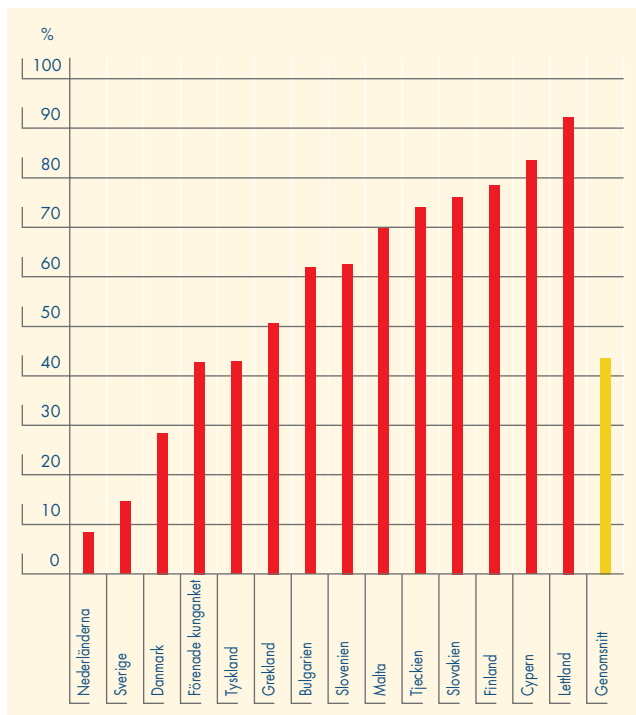
⁽¹¹⁵⁾ Se tabell TDI-11 (del ii) i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹¹⁶⁾ Se tabell TDI-18 (del i) i statistikbulletinen för 2005. Det är bara i Tyskland som 70 % av de nya klienterna uppger att de använder opiatier sporadiskt eller att de inte har använt dem under den senaste månaden.

⁽¹¹⁷⁾ Endast de länder som redovisat uppgifter.

⁽¹¹⁸⁾ Se tabell TDI-17 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

Figur 14: Nya klienter inom öppenvården som injicerar opiater som en andel av det totala antalet nya opiatklienter efter land, 2003



Anm.: Endast länder där det finns klienter som har opiater som primärdrog och/eller länder som lämnat uppgifter redovisas.
Källa: Nationella Reitox-rapporter (2004).

som använder buprenorfin) att de använder sömmedel och lugnande medel (främst bensodiazepiner) som sekundärmedel⁽¹¹⁹⁾.

Narkotikarelaterade infektionssjukdomar

Hiv och aids

Nya trender när det gäller rapporterade hiv-fall

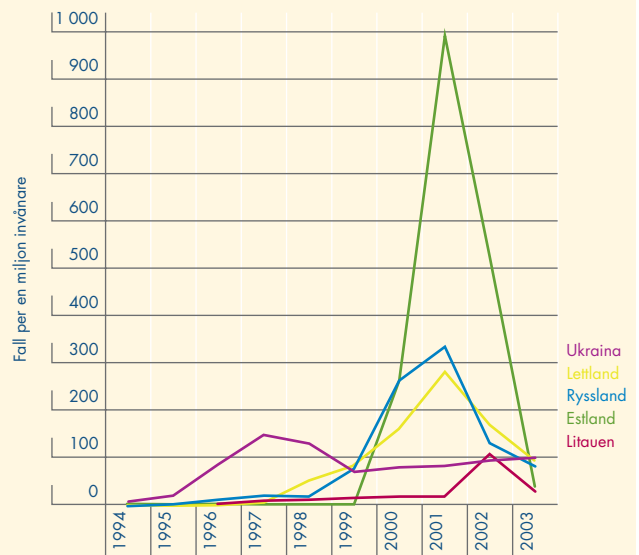
De kraftiga epidemierna i Östeuropa har medfört en epidemisk hiv-spridning bland injektionsmissbrukarna i EU:s nya medlemsstater i Östersjöregionen (EuroHIV, 2004) (se rutan "Hiv och aids i Östeuropa"). Antalet nydiagnostiserade fall nådde en topp i Estland och Lettland år 2001 och i Litauen år 2002, men på senare tid har siffrorna minskat dramatiskt. Detta mönster är typiskt för hiv-epidemier bland injektionsmissbrukare. Mönstret uppstår eftersom den centrala högriskgruppen av injektionsmissbrukare smittas under en kort tidsperiod, vilket följs av att incidensen sjunker på grund av att det saknas mottagliga injektionsmissbrukare. Därefter stabiliseras incidensen på en nivå som avgörs av rekryteringstakten av nya injektionsmissbrukare som löper

Hiv och aids i Östeuropa

Hiv-viruset har på senare tid haft en kraftig epidemisk spridning bland injektionsmissbrukarna i såväl Ryssland och Ukraina som EU:s medlemsstater i Östersjöregionen. 2001 nådde antalet nydiagnostiserade infektioner med koppling till intravenöst narkotikamissbruk en topp i Estland och Ryssland med 991 respektive 333 fall per en miljon invånare. I Ukraina nådde man redan år 1997 en topp med 146 fall per en miljon invånare, vilket var ett resultat av omfattande smitta med koppling till injektionsmissbruk. Därefter sjönk antalet nya hiv-diagnoser med koppling till injektionsmissbruk, men på senare tid har de ökat igen.

Aidsincidensen bland injektionsmissbrukare ökar snabbt i Lettland och Ukraina, vilket tyder på att tillgången och omfattningen av antiviral behandling förmodligen inte är tillräckligt stor (se "Högaktiv antiretroviral terapi i WHO:s europeiska region", s. 65).

Nydiagnostiserade hiv-infektioner bland injektionsmissbrukare i valda EU-länder, Ryssland och Ukraina, efter rapportår



Källa: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV) (2004).

hög risk att smittas. Det går dock inte heller att bortse från effekten av de beteendeförändringar som delvis kan vara resultatet av enskilda insatser (se "Prevention av narkotikarelaterade infektionssjukdomar", s. 67).

I EU-15-länderna har antalet nydiagnostiserade hiv-fall fortsatt att vara lågt under senare år, med undantag för Portugal. Jämförelserna på EU-nivå är dock ofullständiga eftersom uppgifter om anmälda hiv-fall fortfarande inte är tillgängliga (Italien och Spanien) eller just börjat bli tillgängliga (Frankrike) för några av de länder som är hårdast drabbade av aids. Portugal redovisade en mycket

⁽¹¹⁹⁾ Se tabell TDI-25 (del ii) i statistikbulletinen för 2005. Se även temakapitlet om buprenorfin. Varje klient kan uppge att han/hon använder upp till fyra sekundärmedel.

hög siffra, 88 fall per en miljon invånare år 2003, men även en kraftig minskning sedan år 2000 (då siffran var 245 fall per en miljon invånare). Minskningen måste tolkas försiktigt eftersom rapporteringen av europeiska uppgifter inte genomfördes förrän år 2000 i Portugal.

Hiv-seroprevalens

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

De senaste ökningarna av antalet anmälda hiv-fall bekräftas till stor del av de tillgängliga uppgifterna om seroprevalens. I Lettland ökade exempelvis prevalensen i nationella behandlingsurval av testade injektionsmissbrukare från 1,5 % (5/336) år 1997 till 14 % (302/2 203) år 2001 och sjönk sedan till 7 % (65/987) år 2003. I Österrike, där uppgifter om antalet anmälda hiv-fall bland injektionsmissbrukare saknas, tyder hiv-prevalensen i de nationella urvalen av (direkt) narkotikarelaterade dödsfall på en viss ökning, från 1 % (1/117) år 1998 till 7 % (11/163) år 2003, men siffrorna är låga och trenden är inte statistiskt signifikant.

År 2002 och 2003 visade hiv-prevalensen bland injektionsmissbrukare, varav de flesta genomgick missbruksbehandling, att det fanns stora skillnader mellan länderna. I Bulgarien, Slovakien, Slovenien och Ungern var siffran 0 % och i en stad i Italien uppmättes siffran 37,5 % (54/144) (2003, Bolzano – användare i behandling och fängelser) ⁽¹²⁰⁾. Italien, Lettland och Portugal redovisade de högsta prevalenstalen i nationella urval (över 10 % år 2002–2003) ⁽¹²¹⁾. I Spanien tyder uppgifterna för 2001 på en mycket hög prevalens, men nya uppgifter saknas ⁽¹²²⁾. Italien, Lettland, Polen och Spanien redovisade de högsta prevalenstalen i regionala och lokala urval (över 20 % år 2002–2003) ⁽¹²³⁾, men nya uppgifter saknas från vissa länder och områden som haft hög prevalens tidigare år. Den mycket höga prevalensen bland unga injektionsmissbrukare i Lettland och Polen som redovisas i lokala undersökningar tyder på att de hiv-smittats på senare tid ⁽¹²⁴⁾. När det gäller den polska

studien bekräftas detta av en prevalens på 23 % i ett urval 127 nya injektionsmissbrukare ⁽¹²⁵⁾.

Tidstrenderna när det gäller prevalens skiljer sig från land till land. Även om det har utbrutit nya epidemier i Östersjöregionen tyder uppgifterna om hiv-seroprevalens från urval av injektionsmissbrukare på att det i några av de mest drabbade länderna (Frankrike, Italien och Spanien) skett en minskning sedan mitten av 1990-talet som följts av en stabilisering på senare år ⁽¹²⁶⁾. Om seroprevalensen är hög och stabil kommer dock smittan förmodligen fortsätta att spridas. Uppgifter om nya injektionsmissbrukare tyder på att smitta förekom och till och med ökade i Spanien mellan åren 1999 och 2000. I vissa andra länder (Frankrike 2001–2003, Portugal 1999–2000) tyder lokala och regionala uppgifter om nya och unga injektionsmissbrukare på viss (ökad) smitta, men urvalen är för små för att trenderna skall vara statistiskt signifikanta ⁽¹²⁷⁾. Å andra sidan bör det noteras att hiv-prevalensen bland injektionsmissbrukare i flera länder fortsatte att vara mycket låg under 2002–2003. Hiv-prevalensen var mindre än 1 % i Bulgarien, Finland, Grekland (nationella uppgifter), Norge (uppgifter för Oslo), Rumänien (uppgifter endast för 2001), Slovakien, Slovenien, Tjeckien och Ungern. I vissa av dessa länder (exempelvis Ungern) är både hiv-prevalensen och hepatit C-virusprevalensen (HCV) bland de lägsta i hela EU, vilket tyder på låga risker med injektionsmissbruk (se avsnittet "Hepatit B och C" nedan).

Högaktiv antiretroviral terapi i WHO:s europeiska region

WHO:s skattningar av täckningen när det gäller högaktiv antiretroviral terapi (ART) tyder på att mer än 75 % av de personer inom EU och större delen av Centraleuropa som behöver behandling har tillgång till ART.

I Estland och Litauen beräknas täckningen emellertid vara "svag" (25–50 %) och i Lettland beräknas den vara "mycket svag" (under 25 %). Täckningen beräknas vara "mycket svag" i de flesta länder i Östeuropa.

Det finns inga specifika skattningar för injektionsmissbrukare, men undersökningar visar att dessa ofta löper en högre risk att inte få tillgång till ART än människor som smittats på annat sätt.

Källa: WHO Regional Office for Europe, Health for All Database (<http://www.euro.who.int/hfad>) (öppnad den 8 mars 2005).

⁽¹²⁰⁾ Se figur INF-3 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹²¹⁾ Eftersom uppgifterna för Italien och Portugal inte är begränsade till injektionsmissbrukare kan de ge en underskattning av prevalensen bland injektionsmissbrukare.

⁽¹²²⁾ Se tabellerna INF-1 och INF-8 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹²³⁾ Se tabell INF-8 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹²⁴⁾ Injektionsmissbrukare under 25 år: 33 % smittade av 55 unga injektionsmissbrukare i Polen och 20 % av 107 unga injektionsmissbrukare i Lettland.

⁽¹²⁵⁾ Se tabell INF-10 och figurerna INF-4 och INF-5 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹²⁶⁾ Se figur INF-16 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹²⁷⁾ Se figurerna INF-26 och INF-27 i statistikbulletinen för 2005.

Aidsincidens

I Lettland ökade aidsincidensen som är relaterad till injektionsmissbrukare från 0 fall år 1997 till uppskattningsvis 19 fall per en miljon invånare både år 2002 och 2003 ⁽¹²⁸⁾. Portugal, med 33 fall per en miljon invånare, är dock fortfarande det EU-land där incidensen är högst, även om denna siffra har minskat sedan år 1999. Inom EU nådde aidsincidensen som orsakas av injektionsmissbruk en topp i början av 1990-talet och minskade sedan. Tidigare var Spanien det hårdast drabbade landet med en incidens som nådde en topp på 124 fall per en miljon invånare år 1994, men år 2003 hade denna siffra minskat till uppskattningsvis 16 fall per en miljon invånare.

Minskningen av aidsincidensen i slutet av 1990-talet är ett resultat av den mycket aktiva antiretrovirala terapin (ART) som infördes år 1996. Denna förhindrar att människor som är hiv-smittade utvecklar aids (se rutan om ART). När det gäller injektionsmissbrukare kan även hiv-preventiva åtgärder ha spelat en viktig roll och i vissa länder kan det faktum att antalet injektionsmissbrukare minskat haft betydelse (se "Injektionsmissbruk av narkotika", s. 61).

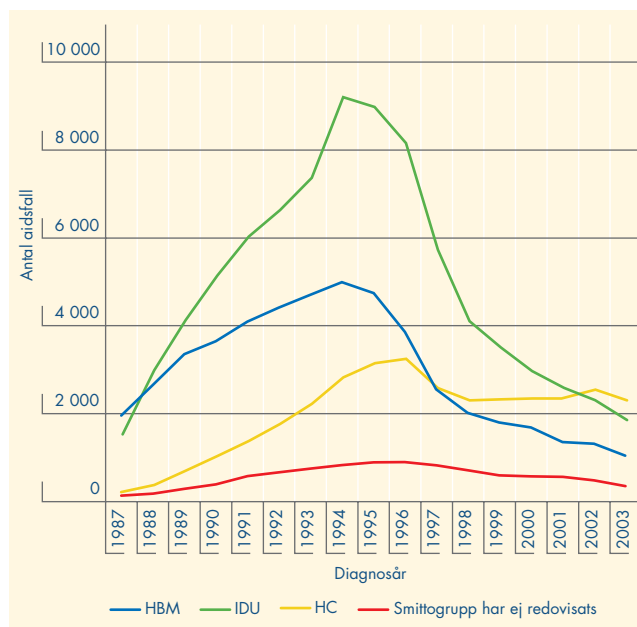
Årliga incidensuppgifter visar att det största antalet nya aidsfall inom EU fram till år 2002 orsakades av intravenöst narkotikamissbruk. Senare blev heterosexuell sex en vanligare smittoväg, vilket återspeglar förändringar i epidemiologin för hiv under de föregående åren (figur 15). Det bör dock noteras att mönstren när det gäller smitta kan se mycket olika ut i enskilda länder ⁽¹²⁹⁾.

Hepatit B och C

Prevalensen av antikroppar mot hepatit C-virus (HCV) ligger i allmänhet extremt högt bland injektionsmissbrukare, även om det finns stora skillnader både inom länder och mellan länder ⁽¹³⁰⁾. Bland urval av injektionsmissbrukare redovisar Belgien, Estland, Grekland, Italien, Norge, Polen och Portugal en prevalens på över 60 % för år 2002–2003 medan Belgien, Finland, Förenade kungariket, Grekland, Slovakien, Slovenien, Tjeckien, Ungern och Österrike redovisar urval med prevalens på under 40 % (figur 16) ⁽¹³¹⁾.

Prevalensuppgifter från unga injektionsmissbrukare (under 25 år) finns endast tillgängliga från ett fåtal länder, och i vissa fall är urvalsstorlekarna små. Bland de länder där uppgifter finns tillgängliga för år 2002–2003 var

Figur 15: Antal aidsfall efter smittogrupp och diagnosår (1987–2003) som justerats efter försenade rapporter, EU



Anm.: Uppgifter för de tre huvudsakliga smittogrupperna och för fall där ingen smittogrupp redovisats. HBM = homosexuella och bisexuella män, IDU = injektionsmissbrukare, HC = heterosexuella kontakter. De länder som inte har medräknats är Frankrike och Nederländerna (uppgifter för hela perioden saknas) och Cypern (inga uppgifter tillgängliga).

Källa: EuroHIV; uppgifter som redovisats fram till den 31 december 2003.

prevalensen högst bland unga injektionsmissbrukare (över 40 %) i urval från Grekland, Polen och Österrike och lägst (under 20 %) i urval från Finland, Förenade kungariket, Slovenien och Ungern ⁽¹³²⁾. När det gäller HCV-prevalens bland nya injektionsmissbrukare (som injicerat under kortare tid än 2 år) finns det ännu färre uppgifter men den information som är tillgänglig för 2002–2003 visar att den högsta prevalensen (över 40 %) finns i urval från Belgien och Polen och den lägsta prevalensen (under 20 %) finns i urval från Grekland, Slovenien och Tjeckien ⁽¹³³⁾. Antalet anmälda hepatit C-fall för perioden 1992–2003 tyder på att injektionsmissbrukarna utgör den stora majoriteten av anmälda hepatit C-fall i de länder som redovisat uppgifter (de anmälda fallen gäller främst diagnostiserade fall av akut infektion) (figur 17).

Prevalensen av markörer för hepatit B-virus (HBV) skiljer sig också stort både inom länder och från land till land ⁽¹³⁴⁾. De mest fullständiga uppgifterna gäller anti-HBC, vilket tyder på att infektioner förekommit och att de som testar

⁽¹²⁸⁾ Se figur INF-1 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹²⁹⁾ Se figur INF-2 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹³⁰⁾ Se tabellerna INF-2 och INF-11 i statistikbulletinen för 2005.

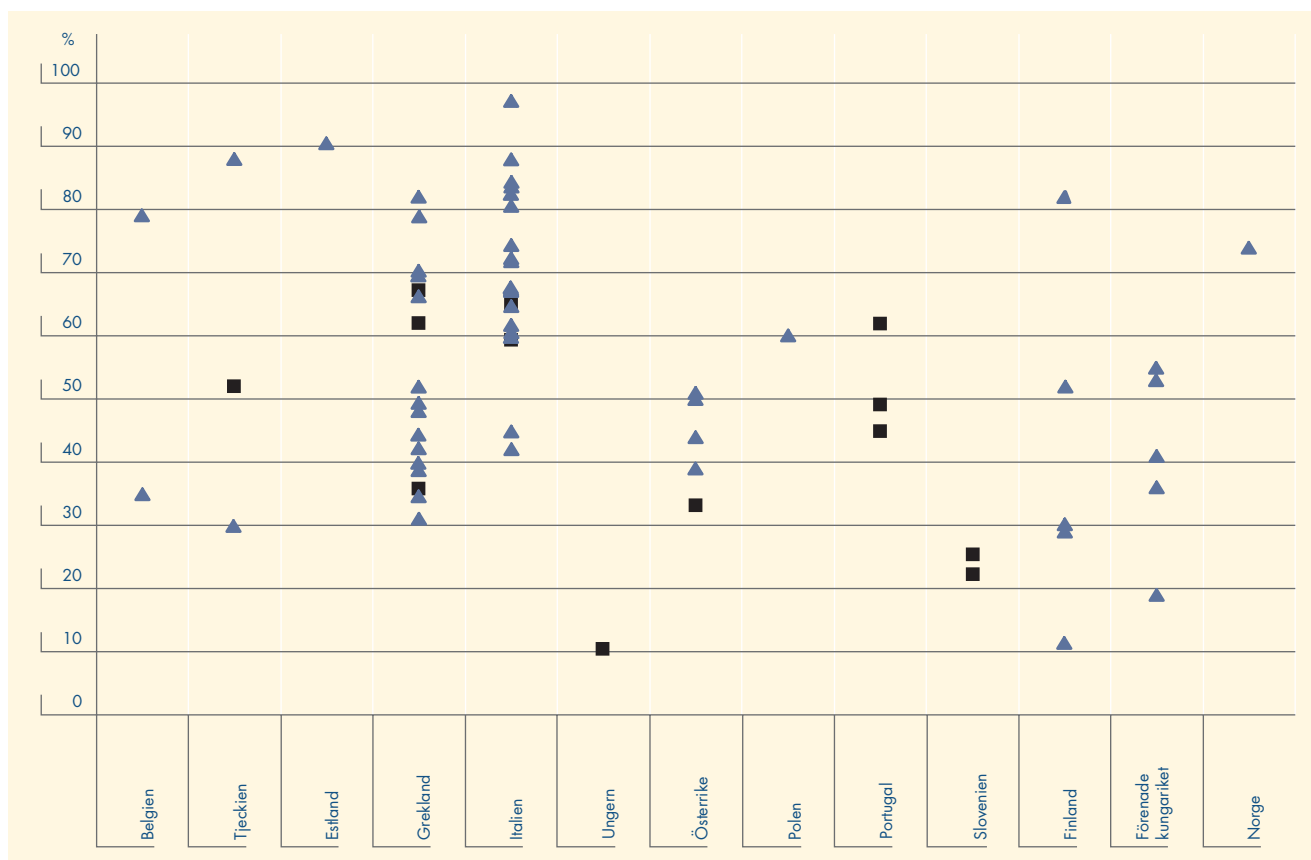
⁽¹³¹⁾ Se även figur INF-21 i statistikbulletinen för 2005 och Matheï m.fl., 2005.

⁽¹³²⁾ Se tabell INF-12 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹³³⁾ Se tabell INF-13 och figurerna INF-7 och INF-8 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹³⁴⁾ Se tabellerna INF-3, INF-14 och INF-15 i statistikbulletinen för 2005.

Figur 16: Nationella och lokala skattningar av HCV-prevalensen bland injektionsmissbrukare, 2002–2003



Anm.: Svart fyrkant = urval med nationell täckning; blå triangel = 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 urvalsstrategierna. Uppgifterna för Portugal och Spanien och vissa uppgifter för Tjeckien omfattar icke-injektionsmissbrukare och kan därför vara en underskattning av prevalensen bland injektionsmissbrukare (andelen icke-injektionsmissbrukare i urvalen är ökad). Uppgifterna för Portugal, Slovakien och Slovenien avser endast prevalensen bland injektionsmissbrukare i behandling och är kanske inte representativa för prevalensen bland injektionsmissbrukare som inte befinner sig i behandling.

Källa: Nationella Reitox-kontaktpunkter (2004). För primärkällor, uppgifter om undersökningen och uppgifter före 2002, se tabell INF-11 i statistikbulletinen för 2005.

negativt har möjlighet att vaccinera sig. Under 2002–2003 redovisade Belgien, Estland och Italien urval av injektionsmissbrukare med prevalens över 60 %, medan Belgien, Förenade kungariket, Italien, Portugal, Slovenien, Spanien och Österrike redovisade urval med prevalens under 30 %⁽¹³⁵⁾. Antalet anmälda hepatit B-fall för perioden 1992–2003, för de länder som kan redovisa uppgifter, tyder på att andelen injektionsmissbrukare har ökat⁽¹³⁶⁾. I Norden är det injektionsmissbrukare som står för de allra flesta akuta fallen av hepatit B. Epidemier av hepatit B har sammanfallit med ökning av injektionsmissbruket i flera länder (Blystad m.fl., 2005).

En kortfattad diskussion om andra narkotikarelaterade infektionssjukdomar finns i årsrapporten för 2004 (<http://annualreport.emcdda.eu.int/sv/page074-sv.html>).

Prevention av narkotikarelaterade infektionssjukdomar

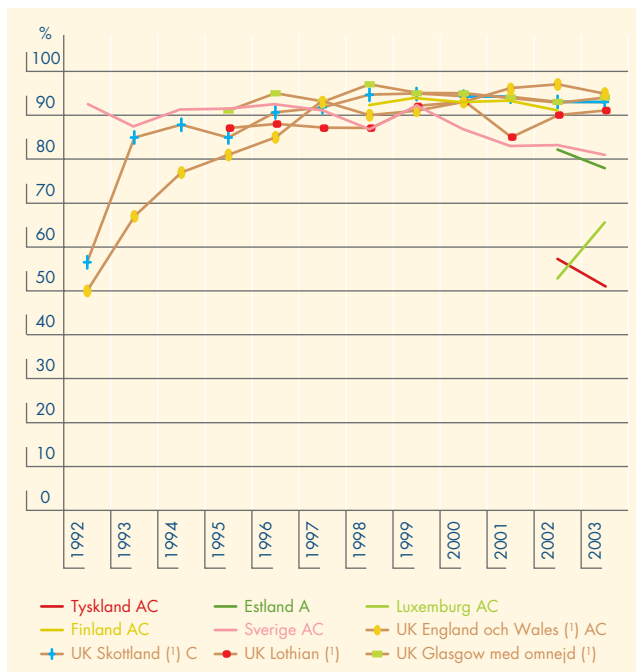
Även om de olika medlemsstaternas nationella politik skiljer sig åt sinsemellan, på grund av att situationen när det gäller narkotika och det politiska sammanhanget är olika i de olika länderna, finns det allt fler tecken på att det råder samsyn på europeisk nivå när det gäller hur en effektiv strategi för att bekämpa hiv och andra infektionssjukdomar bland injektionsmissbrukare bör se ut⁽¹³⁷⁾. Exempel på lämpliga åtgärder är ökad tillgång till missbruksbehandling (WHO, 2005), utveckling av lågtröskelvård samt tillhandahållande av steril utrustning och utbildningsprogram, även om det bör noteras att det råder stora skillnader mellan länderna när det gäller hur mycket man satsar på de olika åtgärderna. Det är särskilt viktigt att oral substitutionsbehandling för injicerande

⁽¹³⁵⁾ Se figurerna INF-9, INF-10, INF-22 och INF-23 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹³⁶⁾ Se figur INF-14 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹³⁷⁾ Vid två konferenser på senare tid har europeiska regeringsrepresentanter bekräftat att de inlett ett partnerskap i kampen mot hiv/aids och fastställt åtgärder för att stärka sina strategier på detta område (Dublindeklarationen, februari 2004, och Vilniusdeklarationen, september 2004). Alla viktiga EU-dokument om hiv/aids finns på Europeiska kommissionens webbplats för folkhälsa (http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/keydocs_aids_en.htm).

Figur 17: Antal anmälda fall av hepatit C, andelen fall som rapporterats som injektionsmissbrukare 1992–2003



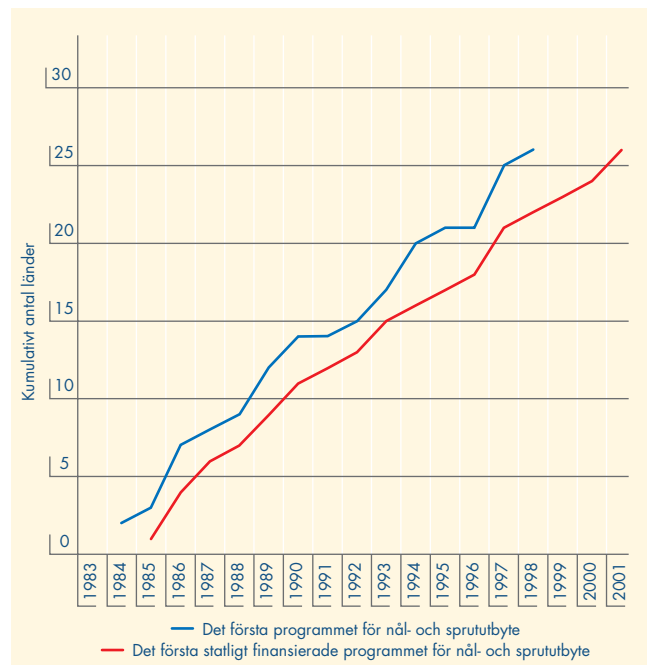
(!) Uppgifterna gäller inte den nationella nivån.
 Anm.: A, akuta fall; AC, akuta och kroniska fall; C, kroniska fall.
 Källa: Nationella Reitox-kontaktpunkter.

opioidmissbrukare finns tillgänglig eftersom denna typ av behandling avsevärt minskar det narkotikarelaterade beteendet med en hög risk att smittas av hiv (Gowing m.fl., 2005; Sullivan m.fl., 2005).

Tillgång på nålar och sprutor

Som en direkt motåtgärd mot hotet av en hiv-epidemi bland injektionsmissbrukare inleddes i mitten av 1980-talet program för nål- och sprututbyte inom EU. Programmets omfattning ökade snabbt under 1990-talet (figur 18). Redan 1993 fanns statligt finansierade program i mer än hälften av EU:s nuvarande 25 medlemsstater och Norge. I dag finns program för nål- och sprututbyte i Bulgarien, Norge och Rumänien samt i alla EU-länder utom Cypern där man dock kan få steril utrustning kostnadsfritt på apotek och där man överväger att införa ett officiellt program för nål- och sprututbyte (¹³⁸). Om sådana program införs i ett land ökar den geografiska täckningen för program för nål- och sprututbyte vanligtvis kontinuerligt. Många länder har nu uppnått fullständig geografisk täckning och i flera medlemsstater är apotek en viktig samarbetspartner. I Sverige är dock de två program för nål- och sprututbyte som inleddes 1986 i den södra delen av landet fortfarande de enda och i Grekland är antalet program begränsat och finns endast i Aten (¹³⁹).

Figur 18: Införande av program för nål- och sprututbyte i 23 EU-länder samt Bulgarien och Norge



Källa: Nationella Reitox rapporter (2004).

Program för nål- och sprututbyte integreras oftast inom lågröskelvården (se rutan "Göra tjänster mer tillgängliga"), den uppsökande verksamheten och vården för hemlösa i EU-länderna och Norge. Eftersom lågröskelvården är framgångsrik när det gäller att nå dolda aktiva narkotikamissbrukare kan den bli en viktig startpunkt för kontakt, prevention, utbildning och rådgivning samt för remittering till behandling. Lågröskelvård blir dessutom alltmer erkänt som en viktig plattform för grundläggande sjukvård, test av smittsamma sjukdomar, vaccination samt antiviralbehandling till de medborgare som av olika skäl har svårt att komma i kontakt med den traditionella vården.

Programmen för nål- och sprututbyte beskrivs som den dominerande insatsen för att förhindra smittsamma sjukdomar bland narkotikamissbrukare i 16 av EU:s medlemsstater och Norge. De är även vanligt förekommande i ytterligare sex länder och betraktas som en prioriterad politisk strategi mot smittsamma sjukdomar bland narkotikamissbrukare i två tredjedelar av EU:s medlemsstater (¹⁴⁰).

Tecken på hur effektiva program för nål- och sprututbyte är

Ända sedan 1980-talet har det genomförts forskning om hur effektiva program för nål- och sprututbyte är när det

¹³⁸ Se tabell Nål- och sprututbytesprogram-2 i statistikbulletinen för 2005.

¹³⁹ Se "Tillgång på nålar och sprutor" i statistikbulletinen för 2005.

¹⁴⁰ På ECNN:s webbplats finns en översikt över nationella motåtgärder mot smittsamma sjukdomar (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10212>).

Göra tjänster mer tillgängliga

Termen "lågtröskel" beskriver en miljö vars syfte är att göra det lättare för narkotikamissbrukare att få tillgång till socialtjänst och sjukvård. För att förenkla tillgången placeras myndigheterna på specifika platser och får öppettider som anpassas till deras klienters behov, inklusive sena kvällar eller nätter. Myndigheter som erbjuder lågtröskelvård erbjuder ofta även sina tjänster via uppsökande verksamhet. Myndigheternas tjänster, som ofta är kostnadsfria, är inte byråkratiska och det ställs inga krav på att klienten blir drogfri. Myndigheterna riktar sig till användare som aldrig tidigare har varit i kontakt med annan missbruksvård och sådana som har förlorat kontakten med vården. Tjänsterna riktar sig till de grupper som är svåra att nå och specifika högriskgrupper av missbrukare och de som experimenterar med narkotika (exempelvis genom att myndigheterna erbjuder sina tjänster på klubbar, diskotek och andra partymiljöer). Lågtröskelvård kan erbjudas på fältet, vid dagcenter med drop in-mottagning samt på akuthärbärgen. Tack vare att de är så enkla att nå kan dessa myndigheter få en viktig roll inom ett heltäckande vårdssystem när det gäller att nå de grupper av narkotikamissbrukare som är dolda eller svåra att nå. Förutom att motivera missbrukare att söka behandling och remittera erbjuder de ofta överlevnadsinriktad vård, inklusive mat, kläder, husrum, steril injektionsutrustning och sjukvård. De är centrala när det gäller att sprida hälsofrämjande åtgärder och öka kunskapen om säker användning bland dem som antingen experimenterar med narkotika, är beroende eller problemmissbrukare. I allt högre utsträckning erbjuder de även behandling.

gäller att minska hiv/aids bland injektionsmissbrukare ⁽¹⁴¹⁾. En granskning av litteraturen som WHO offentliggjorde år 2004 visar att det finns tydliga belegg för att ökad tillgång på och användning av steril injektionsutrustning för injektionsmissbrukare minskar hiv-smittan avsevärt och att det inte finns några tecken på större ej önskvärda negativa konsekvenser (WHO, 2004). I granskningen drogs dock slutsatsen att programmen för nål- och sprututbyte inte i sig är tillräckliga för att få kontroll över hiv-smittan bland och från injektionsmissbrukare, utan att de måste kompletteras med en rad andra åtgärder. De Wit och Bos (2004) undersökte hur kostnadseffektiva programmen för nål- och sprututbyte är och drog slutsatsen att programmen tycks vara kostnadseffektiva när det gäller att hindra spridningen av hiv och att de dessutom har andra fördelar,

exempelvis när det gäller att få de narkotikamissbrukare som är svåra att nå att komma i kontakt med sjukvård och socialtjänst.

Prevention av hepatit

Injektionsmissbrukare löper en mycket hög risk för att smittas av HBV och HCV. 50–80 % av missbrukarna blir smittade inom fem år efter att de har börjat injicera, vilket kan leda till kroniska infektioner som kan skada och i slutändan förstöra levern (ECNN, 2004b). Det finns för närvarande inget vaccin mot hepatit C, men hepatit B kan effektivt förhindras genom vaccination ⁽¹⁴²⁾.

Flera EU-länder har under det senaste decenniet infört eller återinfört hepatit B i de nationella vaccinationsprogrammen och denna vaccination ingår nu i vaccinationsprogrammen för barn i de flesta EU-länder. Än så länge är det bara Danmark, Förenade kungariket, Nederländerna, Norge och Sverige som inte följer WHO:s rekommendation ⁽¹⁴³⁾.

Även om det kommer att dröja några decennier tills det inte längre finns några större riskgrupper kvar genomförs för närvarande riktade vaccinationsprogram för narkotikamissbrukare i de flesta EU-länder och Norge. För att nå målgrupperna har vaccination blivit tillgänglig för narkotikamissbrukare vid kontaktpunkter som är lätta att nå och allt oftare även i fängelser ⁽¹⁴⁴⁾.

Kampanjerna för hepatit B-vaccination kombineras ofta med hepatit A-vaccination samt med hepatit C-rådgivning, testning och remittering. Även om hepatit C-behandling erbjuds i alla länder kan det i praktiken vara svårt för narkotikamissbrukare att få tillgång till den. Eftersom officiella medicinska riktlinjer betraktas som ett viktigt verktyg när det gäller att styra tillhandahållandet av hepatit C-behandling analyserades dessa under år 2003–2004 av ECNN ⁽¹⁴⁵⁾. De flesta riktlinjer rekommenderar att narkotikamissbrukare behandlas efter att de har genomgått drogavvänjning eller oral substitutionsbehandling under mellan tre månader och två år. Ju nyare riktlinjerna är, desto mer sannolikt är det att de tar hänsyn till forskningen som visar fördelarna för narkotikamissbrukare som behandlas med en flerdisciplinär behandlingsmetod av hepatologer och missbruksspecialister. Ökningen av nationella riktlinjer på senare tid kommer sannolikt att förbättra behandlingsalternativen och resultaten för narkotikamissbrukare.

⁽¹⁴¹⁾ På ECNN:s webbplats finns en lista över viktiga granskningar (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5777>).

⁽¹⁴²⁾ Mer information om hepatit finns på ECNN:s webbplats (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴³⁾ *Report on the 14th Global Advisory Group: Expanded Programme on Immunization*, 14–18 oktober 1991, Antalya, Turkiet, rekommenderat av Världshälsoförsamlingen (World Health Assembly) 1992.

⁽¹⁴⁴⁾ Se Hepatit B-vaccinationstabell (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴⁵⁾ *Consultant study on hepatitis C treatment guidelines for injecting drug users* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5826>).

Narkotikarelaterade dödsfall

Heroinrelaterade dödsfall

I det här avsnittet avser termen "narkotikarelaterade dödsfall" dödsfall som orsakas av konsumtion av en eller flera droger och som vanligen inträffar kort tid efter det att narkotikan konsumerats. Dessa dödsfall kallas "överdoser", "förgiftningar" eller "droginducerade dödsfall" ⁽¹⁴⁶⁾.

Opiater förekommer i de flesta "narkotikarelaterade dödsfall" orsakade av olagliga ämnen som anmäls i EU, även om man ofta påträffar även andra ämnen vid den toxikologiska undersökningen, framför allt alkohol, bensodiazepiner och, i vissa länder, kokain ⁽¹⁴⁷⁾.

Mellan 1990 och 2002 redovisade EU-länderna 7 000–9 000 dödsfall orsakade av överdoser varje år ⁽¹⁴⁸⁾, vilket innebar fler än 100 000 dödsfall under denna period. Dessa siffror kan betraktas som en minimiuppskattning eftersom underrapportering sannolikt sker i många länder.

Överdoser med opiater är en av de vanligaste dödsorsakerna bland ungdomar i Europa, framför allt bland män i storstadsområden (ECNN, 2004c). För närvarande är överdoser även den vanligaste dödsorsaken bland opiatmissbrukare i EU som helhet. Under år 2001 redovisade exempelvis EU-15-medlemsstaterna 8 347 narkotikarelaterade dödsfall, jämfört med 1 633 dödsfall orsakade av aids bland injektionsmissbrukare (EuroHIV, 2004) ⁽¹⁴⁹⁾. Man bör dock inte bortse från kostnaderna och de eventuellt mer långvariga problemen med hiv-smitta.

Majoriteten av de narkotikamissbrukare som tar överdoser är män och utgör 60–100 % av fallen och i de flesta länder är andelen mellan 75 och 90 %. De flesta som dör av överdoser är i åldern 20–40 och medelåldern ligger mellan 30 och 40 (intervallet 22–45 år). Medelåldern är lägst i flera av de nya medlemsstaterna (Estland, Lettland, Litauen och Rumänien). I flera av dessa länder är andelen överdoser bland personer som är yngre än 25 år relativt hög, vilket kan tyda på att heroinmissbrukarna är yngre i dessa länder ⁽¹⁵⁰⁾.

Metadonrelaterade dödsfall

I de nationella Reitox-rapporterna för 2004 rapporterade flera länder att metadon förekommit i en stor del av de narkotikarelaterade dödsfallen. Informationen har lämnats i enlighet med nationell terminologi och i vissa fall är det svårt att bedöma exakt vilken betydelse metadonet hade för dödsfallet. Vissa fall är rena metadonförgiftningar, men i andra fall noteras det endast att drogen förekommer. Danmark rapporterade att metadon förekom vid 49 % av de dödsfall som orsakats av förgiftning (97 av 198 fall, varav metadon var den enda substansen i 64 fall). Tyskland rapporterade att 23 % av fallen tillskrivs "substitutionsämnen" och av dessa orsakades 3 % endast av sådana ämnen (55 fall). 20 % orsakades av substitutionsämnen i kombination med alkohol och narkotika (354 fall), medan dessa siffror var 30 % totalt (7 % endast substitutionsämnen och 23 % i kombination med annat) år 2002. Förenade kungariket redovisade 418 fall där metadon "omnämns", men detta innebär inte att metadon orsakade dödsfallet. Andra länder rapporterade en lägre frekvens av metadon i narkotikarelaterade dödsfall: Frankrike (8 fall orsakade av enbart metadon eller i kombination med annat), Portugal (hittades i 3 % av fallen), Slovenien (4 dödsfall orsakade av metadon) och Österrike (hittades i 10 % av dödsfallen). I de nationella Reitox-rapporterna för 2003 redovisade även Irland och Norge ett stort antal fall där metadon förekommit.

Liksom alla andra opiater kan metadon vara giftigt, men forskningen visar att substitutionsbehandling minskar risken att dö av en överdos. Det finns flera studier som tyder på att de dödsfall där metadon är inblandat oftare hänger samman med olaglig än läkarförskrivna 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 hög kvalitet.

Fentanyl- och buprenorfinrelaterade dödsfall

De senaste åren har Östersjöländerna redovisat några dödsfall där fentanyl förekommit och upptäckts i den toxikologiska undersökningen, ofta i kombination med heroin. I Sveriges nationella rapport redovisade landet 13 fentanylrelaterade dödsfall bland injektionsmissbrukare

⁽¹⁴⁶⁾ Detta är den definition som ECNN:s grupp av nationella experter enats om: se metadonmärkningarna "Drug-related death EMCDDA definition" i statistikbulletinen för 2005 och DRD Standard protocol, version 3.0 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>). De flesta länder tillämpar definitioner som för närvarande är desamma som ECNN:s eller relativt lika dessa, men vissa länder inkluderar fall som orsakas av psykoaktiva mediciner eller dödsfall som inte beror på överdoser, vanligen som en begränsad del (se "Nationella definitioner av narkotikarelaterade dödsfall" [National definitions of drug-related deaths] i statistikbulletinen för 2005).

⁽¹⁴⁷⁾ Se tabell DRD-1 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹⁴⁸⁾ Se tabellerna DRD-2 och DRD-3 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹⁴⁹⁾ Siffran över aidsrelaterade dödsfall gäller den västra delen av WHO Europa och inkluderar dödsfall i flera länder som inte är medlemmar i EU, exempelvis Island, Israel och Schweiz.

⁽¹⁵⁰⁾ Se figur DRD-2 i statistikbulletinen för 2005.

år 2003, att jämföra med endast ett fåtal fall tidigare år. Information om buprenorfinets roll vid narkotikarelaterade dödsfall finns i temakapitlet om buprenorfin.

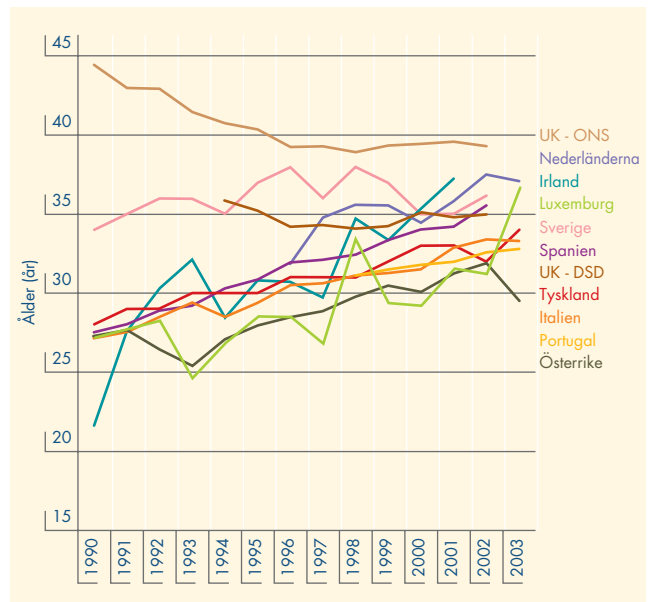
Trender för akuta narkotikarelaterade dödsfall

Trenderna för de narkotikarelaterade dödsfallen varierar från land till land ⁽¹⁵¹⁾, och från region till region. Detta beror på skillnaderna i heroinepidemins förlopp, i användningens omfattning, i riskbeteenden (exempelvis andelen injektionsmissbrukare, blandmissbruk), i tillhandahållandet av behandling och stöd för narkotikamissbrukare och kanske även i tillgången på heroin och heroinets egenskaper. Skillnader i den medicinska akutvårdens organisation och strategier kan också spela en viktig roll.

Med detta i åtanke kan vissa trender fastställas för EU, framför allt för EU-15-medlemsstaterna där längre och mer systematiska uppgiftsserier finns tillgängliga. Totalt sett konstaterades det en markant ökning av de narkotikarelaterade dödsfallen under 1980-talet och början av 1990-talet. Under perioden 1990–2000 fortsatte den övergripande uppåtgående trenden i Europa – trots minskningar i vissa länder – även om ökningstakten var långsammare. År 2000 redovisades 8 930 dödsfall, att jämföra med 6 426 år 1990 (en ökning med 40 %) ⁽¹⁵²⁾. I de flesta länder som har varit EU-medlemmar länge blir de som dör av överdoser allt äldre. Detta tyder på att medelåldern i missbrukargruppen stiger, vilket kan bero på att nyrekryteringen av unga missbrukare minskat (figur 19).

Sedan år 2000 har dock många EU-länder rapporterat att antalet narkotikarelaterade dödsfall minskar. Bland EU-15-medlemsstaterna och Norge sjönk det sammanlagda antalet från 8 930 år 2000 till 8 394 år 2001 (en minskning med 6 %) och 7 122 fall år 2002 ⁽¹⁵³⁾ (en minskning med ytterligare 15 %). Endast tio länder redovisade information om år 2003 och därför bör slutsatser om trender inom EU dras med försiktighet. I dessa tio länder skedde dock en minskning med 5 % år 2003, vilket endast är en tredjedel av den minskning som skedde år 2002. Av de tio länder som redovisat information om 2003 rapporterade tre att det skett ökning, ett rapporterade att ingen förändring skett och sex rapporterade att det skett minskningar. Av dessa kan Grekland (22 %) och Italien (17 %) betraktas som betydande ⁽¹⁵⁴⁾. Denna utveckling bör ge upphov till viss oro eftersom de faktorer som låg bakom minskningen av

Figur 19: Trender när det gäller medelålder för de akuta narkotikarelaterade dödsfallen i vissa EU-15-medlemsstater, 1990–2001/03



Anm.: Siffran bygger på uppgifter från länder som redovisade medelålder för offer de flesta åren under rapportperioden. Informationen bygger på de "nationella definitioner" som presenteras i tabell DRD-6 i statistikbulletinen för 2005. I England och Wales används "narkotikastrategins definition" (*drug strategy definition*).
Källa: Nationella Reitox-rapporter (2004), hämtat från nationella dödsorsaksregister eller specialregister (rättsmedicinska register eller polisregister).

antalet narkotikarelaterade dödsfall mellan år 2000 och 2002 (en minskning med nästan 20 %) upphävdes år 2003. Detta är särskilt viktigt eftersom narkotikarelaterade dödsfall fortfarande ligger på historiskt höga nivåer – ungefär samma som i början av 1990-talet (figur 20).

Totalt sett har antalet narkotikarelaterade dödsfall hos personer som är yngre än 25 minskat relativt stadigt sedan 1996, vilket tyder på en möjlig minskning av antalet unga injektionsmissbrukare (figurerna 19 och 20), som i sin tur beror på en minskande eller stabil trend i de flesta av EU-15-medlemsstaterna, med undantag för Frankrike, Norge och Sverige. I flera av de nya medlemsstaterna skedde det emellertid en markant ökning av andelen offer som är yngre än 25 från mitten av 1990-talet och fram till 2000–2002, vilket tyder på att det skett en nyrekrytering av unga missbrukare ⁽¹⁵⁵⁾. Den minskning som har skett på EU-15-nivå sedan år 2000 har dessutom främst skett bland män (en minskning med 21,9 %). Kvinnorna står för en betydligt mindre minskning (14,5 %) och under 2003 har

⁽¹⁵¹⁾ Se figur DRD-7 i statistikbulletinen för 2005.

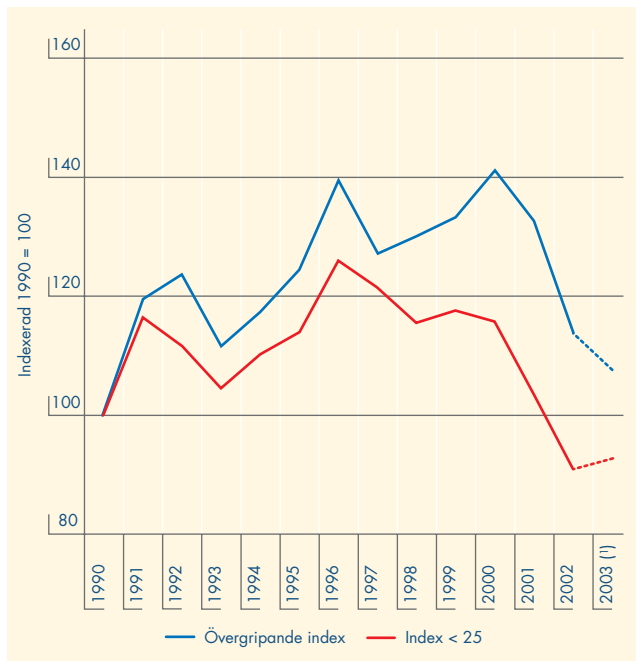
⁽¹⁵²⁾ Se figur DRD-8 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹⁵³⁾ Siffrorna för Belgien och Irland år 2002 har inte medräknats (88 fall förekom i Irland år 2001).

⁽¹⁵⁴⁾ Med utgångspunkt i en enkel statistisk Poisson-modell. Uppgifter från den norska polisen tyder dessutom på att det skett en markant minskning under 2003.

⁽¹⁵⁵⁾ Se figur DRD-9 i statistikbulletinen för 2005.

Figur 20: Övergripande trend för akuta narkotikarelaterade dödsfall i EU-15-medlemsstaterna och trend för andelen narkotikarelaterade dödsfall under 25 år, 1990–2003



(*) Siffran för 2003 är prognos eftersom endast tio länder redovisade uppgifter för 2003. Siffran för 2003 bygger på de länder som redovisade uppgifter för både 2002 och 2003.

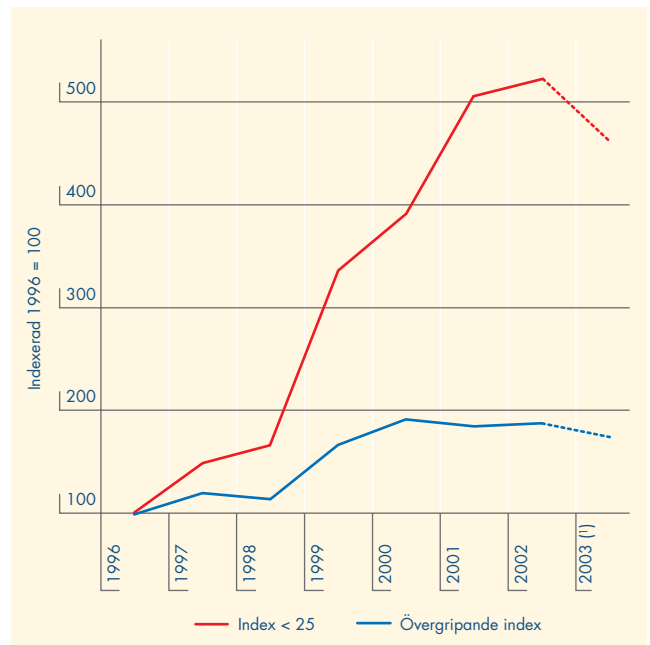
Anm.: Index: 1990 = 100. Antal fall per land och år presenteras i tabell DRD-2 (del i och v) i statistikbuletinen för 2005. Belgien redovisade inte uppgifter för 1998–2001 och Irland redovisade inte uppgifter för 2002. En uträkningsmetod som definieras i ECNN (2001) har använts för att rätta till denna situation.

Källa: Nationella Reitox-rapporter (2004), hämtat från nationella dödsorsaksregister eller specialregister (rättsmedicinska register eller polisregister), som bygger på de nationella definitioner som presenteras i tabell DRD-6 i statistikbuletinen för 2005.

den nedåtgående trenden förefallit att vända, till skillnad från när det gäller männen ⁽¹⁵⁶⁾.

Eftersom det endast finns begränsat med information tillgänglig är det svårt att urskilja trender i de nya medlemsstaterna. Även om det finns skillnader från land till land tyder den tillgängliga informationen på att de narkotikarelaterade dödsfallen började öka mer markant i början och mitten av 1990-talet. Något som också talar för detta är att andelen offer som är yngre än 25 ökade i mitten av 1990-talet och 1999–2000 i de flesta av de länder som redovisat information ⁽¹⁵⁷⁾. I de nya medlemsstater som redovisat uppgifter ökade antalet offer som är yngre än 25 avsevärt mycket mer än det sammanlagda antalet från 1996 fram till för en kort tid sedan (figur 21), vilket stöder tesen att det rör sig om en ny spridning. Sedan år 2000 har antalet dödsfall orsakade av olagliga ämnen stabiliserats eller minskat i Bulgarien, Lettland (år 2003), Tjeckien ⁽¹⁵⁸⁾ och Ungern. Totalt sett

Figur 21: Övergripande trend för akuta narkotikarelaterade dödsfall i de nya medlemsstaterna och kandidatländerna och trend för andelen offer under 25 år, 1996–2003



(*) Siffran för 2003 är prognosisk.

Anm.: De länder som ingår är Bulgarien, Estland, Lettland, Litauen, Malta, Slovenien, Tjeckien och Ungern. Index: 1996 = 100. Antal fall per land och år presenteras i tabell DRD-2 (del ii) i statistikbuletinen för 2005. Det är viktigt att komma ihåg att index har beräknats utifrån uppgifter från ett begränsat antal länder. Notera även att en avsevärd andel av offren under 25 kommer från Estland och Tjeckien. Estland redovisade inte uppgifter för 1996 och 2003, Ungern för 2002 och Tjeckien för 1996–2000. Beräkningsmetoden beskrivs i detalj i ECNN (2001).

Källa: Nationella Reitox-rapporter (2004), hämtat från nationella dödsorsaksregister eller specialregister (rättsmedicinska register eller polisregister), som bygger på de nationella definitioner som presenteras i tabell DRD-6 i statistikbuletinen för 2005.

tycks det ha skett en viss stabilisering de senaste åren, men dessa uppgifter måste tolkas med försiktighet eftersom rapporteringens kvalitet och täckning fortfarande är begränsade i många länder. Den ökning av heroinmissbruket som troligen skedde under 1990-talet i många av de nya medlemsstaterna kan ha kompenseras av att tillgången på behandling har förbättrats under senare år, eller av andra faktorer, men det är svårt att förutse framtida trender (figur 21).

Trots att utvecklingen under åren 2000–2002 har varit positiv, vilket kan bero på att injektionsmissbruket minskar bland opiatmissbrukare i ett antal länder och att behandlingen har byggts ut, och att antalet opiatmissbrukare eventuellt har stabiliserats eller minskat så ligger de aktuella siffrorna fortfarande högt i ett mer långsiktigt perspektiv. Det finns dessutom tecken på att förbättringen inte kommer att fortgå.

⁽¹⁵⁶⁾ Se figur DRD-6 i statistikbuletinen för 2005.

⁽¹⁵⁷⁾ Se figur DRD-9 i statistikbuletinen för 2005.

⁽¹⁵⁸⁾ Endast fall i ECNN:s "Urval D", där illegala droger ingår, har beaktats. I den nationella definitionen ingår många fall som orsakats av psykoaktiva mediciner (75 %).

Den övergripande dödligheten bland opiatmissbrukare

Den övergripande dödligheten bland opiatmissbrukare är upp till 20 gånger högre än hos befolkningen som helhet i samma ålder. Den ökade dödligheten är särskilt hög bland injektionsmissbrukare. Trots den låga prevalensen av opiatmissbruk har detta tillstånd en betydande inverkan på dödligheten för unga vuxna i Europa (Bargagli m.fl., 2004).

Dödligheten bland opiatmissbrukare beror inte bara på överdoser utan även på aids och andra smittsamma sjukdomar och externa dödsorsaker (olyckor, våld, självmord etc.). Den vanligaste dödsorsaken bland kohorter med låg prevalens av hiv-smitta är överdoser. Tack vare att tillgången på ART-behandling har ökat sedan 1995 (ovan finns de övergripande siffrorna för Europa) har antalet dödsfall orsakade av aids minskat avsevärt under de senaste åren, även bland kohorter med hög prevalens av hiv-smitta ⁽¹⁵⁹⁾.

I takt med att opiatmissbrukarna åldras ökar dödligheten allt mer eftersom det förutom de dödsfall som orsakas av överdoser och externa orsaker såsom självmord och våld även förekommer dödsfall som orsakas av kroniska tillstånd (exempelvis skrumplever, cancer, sjukdomar i andningsvägarna, endokardit, aids) (Nederländernas nationella rapport).

Dessutom kan levnadsförhållandena i övrigt och andra faktorer än själva narkotikamissbruket (hemlöshet, psykisk sjukdom, våld, undernäring etc.) vara bidragande orsaker till den höga dödligheten bland narkotikamissbrukare. Studier visar att dödligheten bland psykiatripatienter är fyra gånger högre än hos befolkningen som helhet (Korkeila, 2000) och att dödligheten bland hemlösa är tre till fyra gånger högre än hos befolkningen som helhet (Hwang, 2001).

Åtgärder för att minska antalet narkotikarelaterade dödsfall

Åtgärder

Medlemsstaterna var till stor del positiva till EU:s politiska mål för 2000–2004 om att minska de narkotikarelaterade dödsfallen avsevärt. Åtta av EU-15-medlemsstaterna (Finland, Förenade kungariket, Grekland, Irland, Luxemburg, Portugal, Spanien och Tyskland) samt fyra av de nya medlemsstaterna (Cypern, Lettland, Litauen och Polen) har lagt till en minskning av antalet narkotikarelaterade dödsfall i sina nationella strategidokument ⁽¹⁶⁰⁾. Ett stort hinder mot att inrätta en

lämplig åtgärdsolitik kvarstår dock eftersom flera nya medlemsstater fortfarande saknar tillförlitlig information om antalet narkotikarelaterade dödsfall.

I den nya narkotikastrategin för EU (2005–2012) prioriteras förbättrad tillgång på tjänster som kan minska morbiditeten och dödligheten som är kopplade till narkotikamissbruk. Vidare har antalet narkotikarelaterade dödsfall utsetts till en av de viktigaste indikatorerna mot detta mål i handlingsplanen för de första fyra åren (2005–2008) ⁽¹⁶¹⁾.

Insatser

Tillgången på behandling, framför allt substitutionsbehandling (WHO, 1998; ACMD, 2000; Brugal m.fl., 2005) är något av det viktigaste när det gäller att minska antalet narkotikarelaterade dödsfall. Substitutionsbehandlingen utökades snabbt under 1980-talet och i ännu högre grad under 1990-talet i Europa, framför allt i de EU-medlemsstater som har en hög prevalens av injektionsmissbruk av heroin. För närvarande är mer än en halv miljon heroinmissbrukare i EU (vilket utgör mellan en fjärdedel och hälften av den beräknade målgruppen heroinmissbrukare) registrerade i substitutionsbehandlingsprogram.

I länder där mer än hälften av narkotikamissbrukarna genomgår substitutionsbehandling kommer sannolikt narkotikamissbruket och det riskbeteende som är förknippat med detta att minska, vilket i sin tur leder till en minskning av antalet dödsfall orsakade av överdoser.

År 2003 rekommenderade Europeiska rådet en rad åtgärder för att minska antalet narkotikarelaterade dödsfall i EU:s medlemsstater ⁽¹⁶²⁾. Några exempel på åtgärder är tillhandahållande av behandling mot narkotikamissbruk, bättre utbildning och spridning av information om överdosrisker och hantering bland narkotikamissbrukare, deras vänner och familjer samt förebyggande strategier för att nå dem som förlorat kontakten med myndigheterna genom uppsökande verksamhet och lättillgänglig och attraktiv missbruksvård. Graden av genomförande och effekter med rekommendationen granskas ingående av kommissionen och en rapport om detta förväntas under år 2006.

Den demografiska profilen hos dem som dör av överdoser visar att äldre heroinmissbrukare som inte har genomgått behandling löper störst risk för att dö av en överdos. En specifik åtgärd som är effektiv när det gäller att nå denna prioriterade grupp är att inrätta bemannade lokaler för narkotikakonsumtion ⁽¹⁶³⁾. För närvarande finns sådana

⁽¹⁵⁹⁾ Dödlighet för narkotikamissbrukare inom EU: samordning av genomförandet av nya kohortstudier, uppföljning och analys av befintliga kohortstudier och utveckling av nya metoder och åtgärder. ECNN:s rapport CT.00.EP.13, 2002 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

⁽¹⁶⁰⁾ Se översiktstabellen: Strategier och vissa åtgärder för att minska de narkotikarelaterade dödsfallen (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1333>).

⁽¹⁶¹⁾ Se EU:s strategi mot narkotika för 2005–2012 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=6790>).

⁽¹⁶²⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5173&pluginMethod=eldd.showlegaltexdetail&id=2603&lang=en&T=2>

⁽¹⁶³⁾ Europeiska rapporten om narkotikakonsumtionsrum (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1327>).

lokaler i 15 tyska och 15 nederländska städer samt i Madrid, Barcelona och Bilbao (Spanien) och Oslo (Norge).

Behandling mot opiatmissbruk

De behandlingsalternativ som finns tillgängliga för problemmissbruk av opiater kan grovt sett delas in i tre huvudsakliga kategorier: behandling med läkemedel, drogfri behandling och avvänjning (det sista alternativet undersöks inte här). Hantering av beroende och avvänjning är emellertid bara en aspekt av en framgångsrik behandling av opiatproblem. När det gäller att säkerställa ett positivt resultat på lång sikt är det förmodligen lika viktigt att hjälpa personen att komma tillbaka till samhället genom social integrering, dvs. att hitta arbete och ett säkert boende samt att utveckla nödvändiga sociala egenskaper för att förhindra återfall. Ett stort antal studier har visat att opiatmissbrukare ofta har flera behandlingskontakter och att målen med behandlingen, framför allt abstinens, inte alltid uppnås vid individens första behandlingskontakt, utan först efter flera behandlingsinsatser.

Behandling med läkemedel

I behandling med läkemedel ingår både substitutionsbehandling med agonister (metadon, buprenorfin, dihydrokodein, heroin, morfin med långsam frisättning) och behandling med antagonist (exempelvis naltrexon), även om denna typ av behandling förekommer betydligt mer sällan.

Metadon finns tillgängligt i nästan alla medlemsstater (se tabell 3) och är fortfarande den oftast förskrivna substitutionsbehandlingen i Europa. På senare år har dock nya behandlingsalternativ tillkommit. Buprenorfin finns nu i 18 av de 26 länder som information finns tillgänglig för. Behandling med andra agonister samt behandling med antagonist (naltrexon, naloxon eller klonidin) används mer sällan inom EU. En undersökning om införandet av heroinförskrivning pågår för närvarande i Belgien och i Österrike har ett expertutlåtande om heroinbehandling av kroniska opiatmissbrukare som bygger på resultaten i befintliga internationella program lämnats.

De senaste siffrorna visar att fler än 450 000 genomgick substitutionsbehandling under år 2003 vid specialiserade enheter inom EU (tabell 4) och att fler än 90 % av dessa fick metadon. Förutom dessa fanns det även klienter som fick andra typer av substitutionsbehandling (exempelvis dihydrokodein, morfin med långsam frisättning eller heroin) och sådana som fick substitutionsbehandling av

exempelvis sin allmänläkare. Dessvärre saknas tillförlitliga uppgifter om dessa aspekter av substitutionsbehandling för närvarande i många medlemsstater och därför går det inte att fastställa samlade siffror för EU som helhet.

I vissa länder finns det dock tillförlitliga uppgifter eller skattningar av antalet klienter som får substitutionsbehandling från allmänläkare. Dessa uppgifter tillför viktig information till de övergripande skattningarna över klienter som får substitutionsbehandling inom EU. Antalet klienter som fick metadonbehandling av sin allmänläkare uppgick år 2003 till 8 500 i Frankrike, 2 682 i Irland, 851 i Luxemburg och 930 i Nederländerna. I Frankrike och Tjeckien behandlades 70 000 respektive 1 200 klienter med buprenorfin av sin allmänläkare. Man beräknar att totalt 81 743 klienter fick substitutionsbehandling av sin allmänläkare i dessa fem länder. Eftersom fler än 450 000 klienter får substitutionsbehandling vid specialiserade enheter har det totala antalet klienter som får substitutionsbehandling nu passerat halvmiljonstrecket och uppgår till omkring 530 000. Eftersom informationen är ofullständig är siffran 530 000 även här en minimiskattning över antalet narkotikamissbrukare som får substitutionsbehandling.

Tillgången på substitutionsbehandling skiljer sig markant mellan EU-15-medlemsstaterna och de nya medlemsstaterna och kandidatländerna. Även om klienterna som får substitutionsbehandling i de nya medlemsstaterna och kandidatländerna utgör mer än 20 % av befolkningen som helhet utgör de endast 1,3 % av alla klienter i substitutionsbehandling (förutom Turkiet där uppgifter om substitutionsbehandling saknas). Av de nya medlemsstaterna är det endast två, Slovenien och Tjeckien, som lämnar skattningar över det problematiska narkotikamissbrukets omfattning och i båda dessa länder finns substitutionsbehandling tillgänglig för en mindre del av problemmissbrukarna (26 % respektive 16 %) än genomsnittet för EU-15-medlemsstaterna (35 %). Trots bristen på skattningar av det problematiska narkotikamissbrukets omfattning i andra nya medlemsstater och kandidatländer ligger man långt efter EU-15-medlemsstaterna när det gäller nivån för substitutionsbehandling. Med tanke på den höga risken för spridning av smittsamma sjukdomar i vissa länder och den förebyggande roll som behandling med läkemedel kan spela när det gäller att begränsa detta (se exempelvis UNODC, 2002), ger situationen upphov till oro.

Två olika trender inom behandling med läkemedel har uppstått under de senaste åren. Den första är en fortsättning på trenden med ökad tillgång på substitutionsbehandling, även om ökningen blir mindre uttalad. Dessutom har det skett en differentiering när det

Tabell 3: Använda ämnen inom behandling med läkemedel i Europa (inklusive försök)

Land	Metadon	Buprenorfin	Dihydrokodein	Morfin med långsam frisättning	Heroin	Naltrexon/naloxon	Klonidin
Belgien	X	X	X			X	X
Tjeckien	X	X					
Danmark	X	X					
Tyskland	X	X	X		X	X	
Estland	X	X					
Grekland	X	X				X	
Spanien	X	X			X		
Frankrike	X	X		X			
Irland	X						
Italien	X	X				X	X
Cypern							
Lettland	X						
Litauen	X	X				X	
Luxemburg	X	X		X			
Ungern	X						
Malta	X		X			X	X
Nederländerna	X	X			X	X	X
Österrike	X	X	X	X			
Polen	X						
Portugal	X	X				X	X
Slovenien	X						
Finland	X	X					
Sverige	X	X					
Förenade kungariket	X	X	X		X	X	X
Bulgarien	X			X			
Rumänien	X						
Norge	X	X					

Anm.: Ingen uppgift för Slovakien eller Turkiet.

Källa: Standardtabell om tillgång till narkotikarelaterad behandling.

gäller de ämnen som tillhandahålls. Exempelvis har antalet länder som rapporterar om användning av buprenorfin ökat till 14 under 2003, jämfört med sex under 1999/2000.

En tredje mindre tydlig trend är att i större utsträckning anlita allmänläkare vid behandling med läkemedel. Under 2000/2001 rapporterade endast tre av de 15 medlemsstaterna (Belgien, Frankrike, Förenade kungariket) att allmänläkare anlåtats (Solberg m.fl., 2002), men numera förekommer det i tio av EU-15-medlemsstaterna (Belgien, Frankrike, Förenade kungariket, Irland, Italien, Luxemburg, Nederländerna, Sverige, Tyskland och Österrike) samt i tre av de nya medlemsstaterna (Malta, Slovenien och Tjeckien).

Drogfri behandling

Vid drogfri behandling använder man psykosociala och pedagogiska tekniker för att få klienten att långsiktigt avhålla sig från droger. Det kan förekomma att läkemedel används för att lindra abstinenssymptom. I dag sker vården ofta på behandlingshem.

Till skillnad från behandling med läkemedel, där det finns centrala nationella register i många medlemsstater, är register över drogfribehandling sällsynta och därför är det ont om tillförlitliga, tydliga och kvantitativa uppgifter om denna behandlingsmetod. Även om det inte går att göra en korrekt jämförelse med behandling med läkemedel tyder rapporter från medlemsstaterna på att behandling med läkemedel är

Tabell 4: Skattningar av klienter i substitutionsbehandling i Europa år 2003

Land	Klienter som genomgår metadon-behandling vid specialiserade enheter	Klienter som genomgår buprenorfin-behandling vid specialiserade enheter	Totalt antal klienter som genomgår substitutionsbehandling vid specialiserade enheter
Belgien	1 922	48	1 970
Tjeckien	368	204	572
Danmark	4 971	484	5 455
Tyskland	65 000	9 000	74 000
Estland	60	13	73
Grekland	2 018	275	2 293
Spanien	88 678	36	88 714
Frankrike	15 000	13 000	28 000
Irland (¹)	5 561	0	5 561
Italien	79 065	7 113	86 178
Cypern	0	0	0
Lettland	67	0	67
Litauen	332	i.u.	332
Luxemburg	133	10	143
Ungern	750	0	750
Malta	698	0	698
Nederländerna	12 000	i.u.	12 000
Österrike (²)	1 796	1 667	6 413 (³)
Polen	865	0	865
Portugal	9 765	2 743	12 508
Slovenien	1 909	0	1 909
Finland	170	430	600
Sverige	800	1 300	2 100
Förenade kungariket	128 000	i.u.	128 000
Bulgarien	380	0	380
Rumänien	400	0	400
Norge	1 947	484	2 431
Totalt (⁴)	422 655	36 807	462 412 (⁵)

(¹) Detta är antalet fall snarare än individer som behandlats under året.

(²) I Österrike får omkring 46 % av klienterna annan substitutionsbehandling än metadon och buprenorfin. Denna siffra har lagts till för att få rätt totalantal. Den proportionerliga fördelningen bygger på första behandling.

(³) Det högre sammanlagda totalantalet beror på det uppskattade antalet 2 950 klienter i substitutionsbehandling som behandlas med andra droger än metadon och buprenorfin i Österrike (främst morfin med långsam frisättning).

(⁴) i.u. = Ingen uppgift. Vid beräkningen av totalantalet har "ingen uppgift" fått värdet 0 och därför är de siffror som presenteras minimivärden.

Anm.: Ingen uppgift för Slovakien eller Turkiet.

Källa: Standardtabell om tillgång till narkotikarelaterad behandling.

den vanligaste behandlingsformen för problemmissbrukare av opiater i majoriteten av EU:s medlemsstater och på samlad EU-nivå. I vissa länder rapporteras det dock att drogfribehandling i allmänhet föredras framför behandling med läkemedel (Cypern, Estland, Finland, Litauen och Polen). I flera länder, framför allt i Grekland, Norge och Spanien, tycks nivåerna för behandling med läkemedel och drogfri behandling vara lika höga.

Ny utveckling inom kvalitetssäkring

Flera länder (Portugal, Tyskland och Österrike) har utformat handböcker för vårdpersonal som arbetar med narkotikarelaterad behandling. Insatser som gjorts inom ramen för Förenade kungarikets regerings narkotikastrategi visar att man genom att investera i budget, organisation, övervakning och personal kan

minska väntelistorna så att fler problemmissbrukare kan få tillgång till och fortsätta genomgå behandling. I England var 41 % fler problemmissbrukare i kontakt med missbruksvården år 2003–2004 än år 1998–1999 och väntetiderna har minskat med två tredjedelar sedan 2001. År 2003–2004 hade 72 % av klienterna antingen framgångsrikt genomgått strukturerad behandling eller genomgick fortfarande behandling, jämfört med 57 % år 2002–2003 (NTA, 2004).

De miljöer där drogfri behandling erbjuds är sinsemellan mycket olika. I en grupp länder (Cypern, Frankrike, Förenade kungariket, Grekland, Luxemburg, Nederländerna, Polen, Slovenien, Spanien, Tyskland) sker drogfri behandling av problemmissbrukare av opiater främst inom öppenvården, medan en mindre grupp länder rapporterar att slutenvård är vanligast (Irland, Italien, Österrike). I vissa andra länder är inte någon av dessa vårdtyper vanligare än någon annan (Norge, Sverige).

Återintegrering i samhället

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

Återintegrering i samhället är en mindre väletablerad motåtgärd mot problemmissbruk än vad behandling är, och följaktligen är övervakningen och rapporteringen mer ofullständig. Vissa länder redovisar kvalitativa bedömningar av sina insatser på området återintegrering i samhället. Inget land redovisar dock god täckning. De länder som redovisar detta (Estland, Irland, Malta, Nederländerna, Norge, Rumänien och Sverige) har alla upptäckt bristfälligheter i sina tjänster och/eller program för återintegrering i samhället. Ett undantag är Grekland där det både är ett ganska brett urval program för återintegrering i samhället och tillförlitliga uppgifter om antalet klienter som nås.

Beslag och marknadsinformation ⁽¹⁶⁴⁾

Produktion av, handel med och beslag av opiater

Afghanistan har med bred marginal blivit det land som producerar mest olagligt opium, framför allt eftersom det totala odlingsområdet fortsatte att öka under 2004. Den globala produktionen av olagligt opium år 2004 har uppskattats till omkring 4 850 ton (4 766 ton år 2003),

varav Afghanistan stod för 87 % och Myanmar för 8 %. 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. Den potentiella heroinproduktionen har uppskattats till 485 ton år 2004 (477 ton år 2003) (CND, 2005).

Större delen av det heroin som konsumeras i EU framställs i Afghanistan (och detta blir allt vanligare) eller längs handelsvägarna för opium, framför allt i Turkiet (UNODC, 2003a; INCB, 2005), 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 Grekland, före detta 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. INCB (2005) rapporterar att den nordliga grenen av Balkanrutten blev den vanligaste för heroinhandeln år 2003. Sedan mitten av 1990-talet har allt mer heroin smugglats till Europa längs "silkesvägen" via Centralasien, Kaspiska havet, Ryssland, Vitryssland och Ukraina (Nationella Reitox-rapporter, 2004; UNODC, 2003; CND, 2005; INCB, 2005). Även om dessa rutter är de viktigaste gjorde flera länder i östra och västra Afrika samt Nord- och Sydamerika år 2003 heroinbeslag som var avsedda för Europa (CND, 2005; INCB, 2005).

Vid sidan av det importerade heroinet finns det en inhemsk produktion av vissa opiatdroger i EU. Det rör sig främst om den begränsade produktionen av hemmagjorda vallmoprodukter (t.ex. "poppy straw", vallmokoncentrat framställt av krossade stjälkar eller frukter av vallmo) i ett antal östliga EU-länder, bl.a. Estland, Lettland och Litauen. (Nationella Reitox-rapporter, 2004). Framför allt dessa produkter tycks ha återfått sin popularitet i Estland under år 2003.

I fråga om beslagtagna mängder var det även 2003 i Asien (56 %) och Europa (34 %) som den största delen av heroinbeslagen i världen skedde. Europas andel ökar, framför allt eftersom heroinbeslagen ökar i östra och sydöstra Europa (CND, 2005). Sedan 1998 har Förenade kungariket varit ledande bland EU-länderna när det gäller både antalet heroinbeslag och beslagtagna heroinmängder, med Spanien på andra plats när det gäller antalet beslag och Italien på andra plats när det gäller beslagtagna mängder ⁽¹⁶⁵⁾. 2002 låg Förenade

⁽¹⁶⁴⁾ Se "Tolkning av uppgifter om beslag och marknadsinformation", s. 42.

⁽¹⁶⁵⁾ Detta bör dock kontrolleras mot de saknade uppgifterna för 2003 när dessa blir tillgängliga. Uppgifter om antalet heroinbeslag under 2003 saknades för Cypern, Italien, Nederländerna och Rumänien; uppgifter om såväl antalet heroinbeslag som de beslagtagna heroinmängderna under 2003 saknades för Förenade kungariket och Irland.

kungariket bakom omkring 30 % av både heroinbeslagen och den totala mängden beslagttaget heroin inom EU.

De beslagtagna heroinmängderna ⁽¹⁶⁶⁾ inom EU har ökat under de senaste fem åren med en plåtå 2000–2002, även om antalet beslag totalt sett har minskat under samma period. Att döma av trenderna i de länder som har redovisat uppgifter förefaller både heroinbeslagen och mängden beslagttaget heroin i EU att ha minskat under år 2003 ⁽¹⁶⁷⁾.

År 2003 rapporterades det återigen om beslag av fentanyl och metylfentanyl (syntetiska opiater som är upp till hundra gånger starkare än heroin) i Estland medan Lettland redovisade sitt första beslag av 3-metylfentanyl år 2003 och Österrike sitt första beslag av fentanyl i januari 2004. I Estland har dessa två syntetiska opiater med namnen "China White", "Persian White" eller "syntetiskt heroin" kompenserat för den låga kvaliteten på heroinet på den lokala marknaden sedan 2002 (Nationella Reitox-rapporter, 2004).

ECNN samlar inte systematiskt in uppgifter om beslag av bensodiazepiner (som ofta används som substitut av

heroinmissbrukare), men Litauen, Norge, Spanien och Sverige har rapporterat att de gjort sådana beslag (framför allt av Rohypnol) under 2003.

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 2003 uppgavs genomsnittspriset på brunt heroin i missbrukarledet variera inom EU mellan 27 euro per gram i Belgien och 144 euro per gram i Sverige, medan priset på vitt heroin låg mellan 25 (Slovakien) och 216 (Sverige) euro per gram ⁽¹⁶⁸⁾. Denna prisskillnad avspeglar sannolikt renhetsgraden hos den sålda drogen.

Den genomsnittliga renhetsgraden i missbrukarledet för brunt heroin inom EU låg år 2003 mellan 6 % i Österrike och 40 % i Malta. Endast ett fåtal länder redovisade uppgifter om renhetsgraden för vitt heroin ⁽¹⁶⁹⁾. Det låg mellan i genomsnitt 6 % i Finland och 70 % i Norge ⁽¹⁷⁰⁾.

Buprenorfin: behandling, missbruk och receptförfaranden, i ECNN:s årsrapport för 2005: temakapitel

Under de senaste tio åren har buprenorfin kommit att bli ett allt vanligare alternativ till metadon när det gäller behandling av opiatberoende i Europa. Buprenorfin användes tidigare som smärtstillande medel, och i slutet av 1970-talet föreslog man att det skulle användas inom behandling av opiatmissbruk. Införandet av buprenorfin i opiatbehandling inom EU-15-medlemsstaterna och ökningen av användningen i dessa länder och de nya medlemsstaterna beskrivs.

Jämförelser görs mellan buprenorfin och metadon när det gäller effektivitet och kostnader. Tillhandahållandet av buprenorfinbehandling i Europa beskrivs och jämförelser görs mellan de medlemsstater där buprenorfin är det huvudsakliga ämnet i behandlingen av opiatberoende och de där behandling med läkemedel främst sker med metadon. Resultaten visar bland annat att omkring 20 % av klienterna som behandlas med läkemedel inom EU i dag behandlas med buprenorfin, och att de flesta av dessa klienter finns i ett land (Frankrike). Totalt sett har användningen av buprenorfin spridit sig till många länder,

men det faktiska antalet klienter är fortfarande begränsat i de flesta medlemsstater.

Buprenorfin kan missbrukas. Det mesta tyder på att missbruk av buprenorfin endast förekommer i ett fåtal länder och att det är ovanligt på andra platser. Det finns vissa tecken som kopplar missbruk av buprenorfin till specifika befolknings- eller åldersgrupper eller försök att identifiera specifika grupper av buprenorfinmissbrukare. Även om dödsfall som orsakas av buprenorfin är mycket sällsynta har några dödsfall rapporterats i vetenskaplig litteratur och av några europeiska länder. Rapporter om dödsfall som är relaterade till buprenorfinmissbruk jämförs med dem som är relaterade till metadonmissbruk.

I temakapitlet dras slutsatser om buprenorfinets och metadonets relativa fördelar vid behandling av opiatmissbruk. Buprenorfin betraktas som en möjlighet att göra behandling med läkemedel mer tillgänglig och lättare att nå.

Det här temakapitlet finns endast på engelska i tryckt version ("Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices", EMCDDA annual report 2005: Selected issues) och på Internet (<http://issues05.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁶⁶⁾ Se tabell SZR-4 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹⁶⁷⁾ Se tabell SZR-3 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹⁶⁸⁾ Se tabell PPP-2 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹⁶⁹⁾ Se tabell PPP-6 (del i) i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹⁷⁰⁾ Lågt urvalstal för Norge (n = 8).



Kapitel 7

Brottslighets- och fängelsefrågor

Narkotikarelaterad brottslighet

Med narkotikarelaterad brottslighet menas brott som begås under narkotikapåverkan, brott som begås för att finansiera narkotikamissbruk, brott som begås inom ramen för marknaderna för olagliga droger och brott mot narkotikalagstiftningen. Det finns endast rutindata för EU när det gäller den sistnämnda typen av brott – narkotikabrott.

Antalet "rapporterade fall" ⁽¹⁷¹⁾ av narkotikabrott återspeglar skillnader mellan olika länders lagar, de olika sätt som lagarna tillämpas och tolkas på samt 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 svårt att göra jämförelser mellan EU-länder.

Mellan 1998 och 2003 ökade antalet "rapporterade fall" av narkotikabrott i de flesta EU-länderna. Ökningarna var särskilt stora (minst en fördubbling) i Estland och Polen. Antalet "rapporterade fall" minskade dock 2003 i Belgien, Italien (sedan 2001), Malta, Slovenien (sedan 2002), Spanien, Ungern och Österrike ⁽¹⁷²⁾.

I de flesta EU-medlemsstaterna fortsatte majoriteten av de rapporterade narkotikabrotten att avse användning eller innehav för användning av narkotika ⁽¹⁷³⁾ – från 39 % av alla narkotikabrott i Polen till 87 % i Förenade kungariket och Österrike. I Luxemburg och Tjeckien avsåg 46 % respektive 91 % av de rapporterade narkotikabrotten langning eller handel, och i Italien och Spanien – där användning och innehav för användning av narkotika inte utgör brott – avsåg alla narkotikabrotten langning eller

Narkotikamissbruk och brottslighet: vissa uppgifter

I en undersökning som genomfördes år 2004 i Tjeckien bedömde poliserna som arbetar vid regionala huvudkontor att omkring 40 % av de vanliga stölderna och omkring 30 % av inbrotten begicks för att kunna köpa narkotika. I samma land visar rutindata om anmäld brottslighet att 0,7 % av alla brott år 2003 begicks av brottslingar som var påverkade av narkotika eller psykotropa ämnen (alkohol har ej medräknats) (Tjeckiens nationella rapport).

I Finland var andelen mord och misshandelsfall som begicks av brottslingar som var påverkade av olagliga droger mycket lägre än den andel som begicks av brottslingar som var påverkade av alkohol (6 % jämfört med 64 % av morden och 2 % jämfört med 71 % av misshandelsfallen) (Lehti och Kivivuori; citeras i Finlands nationella rapport). Även om förekomsten av narkotika vid rån tycks ha ökat under det senaste decenniet är förekomsten av alkohol vid rån fortfarande vanligare (i 43 % av rånen är alkohol inblandat, i jämförelse med 9 % för narkotika).

I Tyskland minskade antalet "direkt ekonomiskt motiverade brott" – brott som begås för att få tag i narkotika, substitut, eller alternativa droger – år 2003 till 2 568 fall, varav fler än 70 % var relaterade till förfalskade recept eller stölder av receptblanketter (BKA, 2004).

I Lettland visar rutindata från inrikesministeriet att 2,8 % av alla brott som upptäcktes år 2003 (3,1 % år 2002) begicks av brottslingar som var påverkade av narkotika (Lettlands nationella rapport).

handel. I Norge ⁽¹⁷⁴⁾ och Portugal ⁽¹⁷⁵⁾ avsåg 59 % av brotten användning av och handel med narkotika.

I alla länder som redovisat uppgifter, utom Portugal, ökade narkotikabrotten som avsåg användning eller innehav för användning av narkotika sin andel av samtliga narkotikabrott under femårsperioden 1998–2003 ⁽¹⁷⁶⁾.

⁽¹⁷¹⁾ 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 enskilda länderna finns i metodanmärkningarna om definitionerna av "rapporterade fall" (reports) av narkotikabrott i statistikbulletinen för 2005. (Anm.: I årsrapporterna t.o.m. 2001 användes termen "arresteringar".)

⁽¹⁷²⁾ Se tabell DLO-1 (del i) i statistikbulletinen för 2005. Uppgifter om "rapporterade fall" av narkotikabrott 2003 saknades för Danmark, Förenade kungariket, Irland, Lettland, Slovakien och Tyskland.

⁽¹⁷³⁾ Se tabell DLO-2 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹⁷⁴⁾ I Norge görs det ingen åtskillnad mellan enbart "langning av/handel med narkotika" och "användning/langning av och handel med narkotika". Därför avser de återstående narkotikabrotten enbart "användning av narkotika".

⁽¹⁷⁵⁾ I Portugal avser de återstående narkotikabrotten "langning av och handel med narkotika" eftersom användning och innehav för användning av narkotika avkriminaliserades i juli 2001.

⁽¹⁷⁶⁾ Se tabell DLO-4 i statistikbulletinen för 2005.

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⁽¹⁷⁷⁾. Under 2003 rapporterade Luxemburg, Slovenien, Tjeckien och Österrike att minskningar skett.

I de flesta medlemsstater fortsatte cannabis att vara den olagliga drog som förekom oftast i samband med de rapporterade narkotikabrotten⁽¹⁷⁸⁾. I dessa länder stod de cannabisrelaterade brotten år 2003 för mellan 39 % (Italien) och 87 % (Frankrike) av samtliga narkotikabrott. I Nederländerna var "tunga droger"⁽¹⁷⁹⁾ den typ av narkotika som var vanligast vid brott (58 %), medan amfetamin förekom vid de flesta narkotikabrott i Tjeckien (48 %). Den relativa andelen narkotikabrott som är kopplade till någon särskild drog påverkas av ett antal faktorer, bland annat de operationella prioriteringar som följs inom brottsbekämpningen och uttalade eller underförstådda strategiska beslut för att tackla olika typer av narkotikabrott med olika metoder.

Sedan 1998 har den andel av narkotikabrott där cannabis förekommer⁽¹⁸⁰⁾ ökat i Frankrike, Irland, Litauen, Luxemburg, Malta, Portugal, Spanien och Tyskland, men totalt sett varit stabil i Belgien, Förenade kungariket, Nederländerna, Slovenien, Sverige och Tjeckien och minskat i Italien och Österrike⁽¹⁸¹⁾.

Under samma period minskade de heroinrelaterade brotten andel i alla EU-länder som har redovisat uppgifter, utom i Förenade kungariket och Österrike där andelen ökade⁽¹⁸²⁾. Däremot har de kokainrelaterade brotten andel av samtliga narkotikabrott ökat sedan 1998 i alla länder som har redovisat uppgifter utom i Tyskland, som har redovisat nedåtgående trender⁽¹⁸³⁾.

Narkotikamissbrukarna och fängelserna

Narkotikamissbrukare i fängelserna

Det är sällsynt med rutinmässigt insamlad nationell information om typerna och mönstren för

narkotikamissbruket bland interner och den information som finns är bristfällig. Många av de uppgifter som finns inom EU kommer från enstaka studier som bygger på urval av varierande storlek och vars resultat (och trender) är mycket svåra att extrapolera.

Narkotikamissbrukare är kraftigt överrepresenterade bland internerna i fängelserna om man jämför med befolkningen som helhet. Enligt de flesta undersökningarna inom EU har fler än 50 % av internerna någon gång använt narkotika. Andelen varierar emellertid stort – från 22 % till 86 % – mellan olika grupper av interner, fängelser och länder⁽¹⁸⁴⁾. Inom EU uppger 8–73 % av internerna att de regelbundet konsumerade eller var beroende av narkotika innan de kom till fängelset⁽¹⁸⁵⁾.

De flesta narkotikamissbrukare minskar eller upphör med sitt missbruk när de kommer till fängelset. Många fortsätter dock att missbruka och andra börjar med narkotika (och/eller injektionsmissbruk) under tiden i fängelset. De studier som finns visar att mellan 8 % och 60 % av internerna uppger sig ha använt droger medan de har suttit i fängelse, och 10–42 % uppger sig ha gjort detta regelbundet⁽¹⁸⁶⁾.

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 (Österrike 1999, England och Wales 1997–1998) 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⁽¹⁸⁷⁾. Utifrån ett flertal studier inom EU har Bird och Rotily (2002) visat att omkring en tredjedel av de vuxna manliga internerna är injektionsmissbrukare. Uppgifter från Reitox-kontaktpunkterna visar att mellan 0,2 % och 34 % av internerna⁽¹⁸⁸⁾ har 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.

⁽¹⁷⁷⁾ Lagen om avkriminalisering av användning och innehav för användning av narkotika antogs i november 2000 och trädde i kraft i juli 2001.

⁽¹⁷⁸⁾ Se tabell DLO-3 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹⁷⁹⁾ I Nederländerna definieras "tunga droger" som droger som medför oacceptabla risker för folkhälsan, t.ex. heroin, kokain, ecstasy och LSD.

⁽¹⁸⁰⁾ Följande länder redovisade uppgifter om hur narkotikabrotten under olika år har fördelat sig mellan olika droger: Belgien, Frankrike, Förenade kungariket, Irland, Italien, Litauen, Luxemburg, Malta, Nederländerna (bara "lätta droger"/cannabis och "tunga droger"), Portugal, Slovenien, Spanien, Sverige, Tjeckien, Tyskland och Österrike.

⁽¹⁸¹⁾ Se tabell DLO-5 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹⁸²⁾ Se tabell DLO-6 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹⁸³⁾ Se tabell DLO-7 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹⁸⁴⁾ Se tabell DUP-1 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹⁸⁵⁾ Se tabell DUP-5 (bilaga) i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹⁸⁶⁾ Se tabell DUP-3 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹⁸⁷⁾ Se tabell DUP-2 i statistikbulletinen för 2005.

⁽¹⁸⁸⁾ Se tabell DUP-4 i statistikbulletinen för 2005.

Hjälp och behandling till narkotikamissbrukare i fängelser

Alla medlemsstater och kandidatländer har någon typ av system för att hjälpa narkotikamissbrukare i fängelser. Hur vården ser ut och hur stor tillgången är varierar dock avsevärt. Det är uppenbart att det har blivit ett allt mer erkänt faktum att interner har samma rättigheter som den övriga befolkningen när det gäller tillgång till vård, inklusive hjälp och behandling till narkotikamissbrukare (WHO Regional Office for Europe, 2002; Finlands, Irlands och Litauens nationella rapporter). Förebyggande strategier, inklusive drogfria program, avgiftning, metadonbehandling och behandling med andra ämnen, rådgivning och utbildning är några exempel på vård som bör finnas tillgängligt för interner.

Länderna redovisar dock flera olika problem med att tillhandahålla lämplig hjälp. Exempelvis är tillgången till vård osäker i Estland, ingen speciell vård finns tillgänglig för narkotikamissbrukare i Lettland, i Polen är det långa väntelistor för behandling, i Sverige är fängelserna överfulla och det är brist på personal och i Rumänien saknas lämplig lagstiftning. Även om det inte finns något integrerat stödprogram för narkotikamissbrukare i fängelserna på Cypern vidtas vissa förebyggande åtgärder.

Utbildningsaktiviteter är exempel på vanliga förebyggande strategier. I de flesta EU-länder och kandidatländer har sådana aktiviteter genomförts både för narkotikamissbrukare i fängelserna och för fängelsepersonal. Cypern, Estland, Rumänien, Slovenien, Spanien och Ungern är några av de länder som rapporterat om sådana aktiviteter (Nationella Reitox-rapporter).

Ett annat exempel på en förebyggande åtgärd är inrättandet av drogfria enheter i fängelserna. Deltagandet är frivilligt och sker oftast under förutsättning att den fängslade narkotikamissbrukaren undertecknar ett skriftligt intyg om att denne godkänner vissa villkor, exempelvis regelbundna urinprov. Dessa enheter finns i alla EU-15-medlemsstaterna. I de flesta av de "nya" medlemsstaterna har drogfria enheter inrättats. En utvärdering av den drogfria zonen i ett österrikiskt fängelse visade att det var mycket mer sällsynt att de interner som släpptes ut därifrån hamnade i fängelse igen jämfört med

internerna från normala enheter i fängelset (35 % jämfört med 62 %).

Den vanligaste behandlingsformen i fängelser är drogfri behandling som förekommer i alla medlemsstater (utom Cypern och Lettland), även om tillgången varierar. I många länder, exempelvis Belgien, Förenade kungariket, Grekland, Luxemburg och Tjeckien erbjuds stöd, behandling och eftervård på behandlingscentrum ute i samhället.

I de flesta länder är inte tillgången på underhållsbehandling med substitution i fängelserna lika bra som utanför fängelserna. Det är bara i Spanien som underhållsbehandling är vanligt förekommande och där 18 % av alla interner eller 82 % av alla problemmissbrukare i fängelserna får denna behandling. Luxemburg har också en hög täckning. Frankrike, där buprenorfin är vanligast, och Irland är två av de länder som redovisar avsevärda öknings i tillgången på behandling med läkemedel (Nationella Reitox-rapporter). I Nederländerna är behandling med läkemedel endast tillgänglig för kortvarigt häktade personer som använde metadon innan de fängslades. I Polen introducerades det första programmet med metadonbehandling med 14 klienter i ett ungdomsfängelse.

Framsteg när det gäller bekämpningen av spridningen av smittsamma sjukdomar i fängelser

I Estland förbättrades situationen när det gäller att förebygga spridningen av hiv under 2003. Antalet primära hiv-test ökade 2,6 gånger jämfört med 2002, även om antalet positiva tester endast ökade något. Rådgivningstjänster före och efter testet förbättrades också såväl kvantitativt som kvalitativt. I Rumänien utvecklades program i samarbete med några internationella icke-statliga organisationer som syftar till att förhindra spridningen av hiv/aids på kriminalvårdsanstalter och bland interner.

Spanien är det enda land där program för nål- och sprututbyte systematiskt genomförs i fängelser. År 2003 delades sammanlagt 18 260 sprutor ut inom ramen för dessa program. Man förutser inte att liknande program kommer att genomföras i andra medlemsstater och kandidatländer.

Alternativ till fängelse för narkotikamissbrukande brottslingar i EU, i *ECNN:s rapport för 2005: temakapitel*

Fängelser är en särskilt skadlig miljö för problemmissbrukare och det råder en bred politisk samsyn när det gäller principen om behandling som ett alternativ till fängelse. Narkotikamissbrukande brottslingar kan erbjudas alternativa påföljder som kan skjuta upp, undvika, ersätta eller komplettera fängelsestraffen för de narkotikamissbrukare som har begått ett brott som normalt ger fängelsestraff enligt nationell lagstiftning. Temakapitlet är inriktat på de åtgärder som har en narkotikarelaterad behandlingsdel.

Sedan 1960-talet har avtal, strategier och handlingsplaner från FN och EU flera gånger befast och stärkt principen om att behandling, utbildning och rehabilitering skall tillhandahållas som ett alternativ till straff för narkotikarelaterade brott. Denna princip har omvandlats till nationell lagstiftning inom EU:s medlemsstater och de straffrättsliga systemen samt vård och socialtjänst har anpassats i enlighet med detta. Unga narkotikamissbrukare är särskilt utsatta när det gäller att hamna i en ond cirkel av narkotika och brott och det är särskilt viktigt att unga brottslingar inte hamnar i fängelse.

Det är emellertid svårt att genomföra alternativ till fängelse på grund av de olika administrativa system och underliggande principer som är involverade. Det görs insatser för att överbrygga klyftan mellan det juridiska systemet samt vård- och socialtjänstsystemet genom samordningsstrukturer och initiativ, det vill säga mellan

polis, domstolar och fängelser samt missbrukarvård. Ofta har informellt samarbete på lokal nivå banat väg för mer stabila och institutionaliserade former.

Tillämpningen av alternativ till fängelse har ökat under de senaste decennierna i EU-15-medlemsstaterna, men har på senare tid stagnerat i vissa. Lagstiftningen och genomförandet av alternativen skedde senare i de "nya" medlemsstaterna. Oftast tillämpas det vanliga behandlingssystemet för att se till att brottslingar med problemmissbruk får behandling. I de flesta länder ges behandling i bostadsområden, men det finns även möjlighet att genomgå behandlingsprogram inom öppenvården.

Europeiska utvärderingsstudier av behandling som ett alternativ till fängelse är sällsynta och delvis ofullständiga. I linje med annan behandlingsforskning visar det sig dock att behandlingsfullföljande är en mycket viktig framgångsindikator och att avhoppsfrekvenserna är ett av de största problemen när det gäller alternativ till fängelse. Det finns tecken som tyder på att det som avgör om behandlingen lyckas är kvaliteten på behandlingen snarare än klientens väg till behandling. Behandling som ett alternativ till fängelse tycks fungera bäst om missbrukarna är motiverade, om vårdinrättningarna följer goda kliniska normer och har tillräckligt med utbildad personal.

Det här temakapitlet finns endast på engelska i tryckt version ("*Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU*", *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*) och på Internet (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



Referenser

- ACMD (2000), *Reducing drug-related deaths. A Report by The Advisory Council on the Misuse of Drugs*, The Stationery Office, London.
- ACPO (2003), *Cannabis enforcement guidance*, ACPO, London.
- Ashton, M. (2003), "The American STAR comes to England", *Drug and Alcohol Findings* 8, s. 21–6.
- ASPECT Consortium (2004), *Tobacco or Health in the European Union*, Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer, Luxemburg (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf).
- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bargagli, A. M. m.fl. (2004), *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries*, 6th Europad Conference, Paris.
- Becoña, E. (2002), *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.
- 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).
- BKA (Bundeskriminalamt) (2004), *Polizeiliche Kriminalstatistik 2003 Bundesrepublik Deutschland*. BKA, Wiesbaden.
- Blystad, H., Blad, L., Tulisov, A. och Aavitsland, P. (2005), "Hepatitis B in northwest Russia and the Nordic and Baltic countries: recent trends and prevention activities", *Eurosurveillance Weekly* 10: 050310 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050310.asp>).
- Botvin, G. J. (2000), "Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors", *Addictive Behaviours* 25, s. 887–97.
- Bovenkerk, F. och Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*, Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R. m.fl. (2005), "Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and Aids in a cohort of heroin users in Spain", *Addiction*, under tryckning.
- Butler, G. K. L. och Montgomery, A. M. J. (2004), "Impulsivity, risk taking and recreational 'ecstasy' (MDMA) use", *Drug and Alcohol Dependence* 76, s. 55–62.
- Butters, J. E. (2004), "The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education", *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11, s. 381–90.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. m.fl. (2003), *Enjoying the nightlife in Europe: the Role of moderation*, IREFREA España, Palma de Mallorca (<http://www.irefrea.org>).
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. och Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, London.
- CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Kommissionen för narkotiska droger, FN:s ekonomiska och sociala råd, Wien.
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Kommissionen för narkotiska droger, FN:s ekonomiska och sociala råd, Wien.
- Cuijpers, P. m.fl. (2002), "The effects of drug abuse prevention at school: the healthy school and drugs project", *Addiction* 97, s. 67–73.
- Cunningham, J. A. (2001), "Impact of normative feedback on problem drinkers: a small-area population study", *Journal of Studies on Alcohol* 62, s. 228–33.
- de Wit, A. och Bos, J. (2004) "Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature", *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, EMCDDA Monographs 7, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon, s. 329–43.
- Drug Misuse Research Division (2004), "Trends in treated problem opiates use in the seven health board areas outside the Eastern Regional Health Authority, 1998 to 2002", *Occasional Paper nr 13/2004*, Drug Misuse Research Division, Dublin.
- ECNN (2001), "Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths", projekt CT.99.RTX.04, samordnat av Trimboos-institutet, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2003), "National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000", CT.00.RTX.23, samordnat av Institut für Therapieforschung, München, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).
- ECNN (2004a), *Årsrapport för 2004: Situationen på narkotikaområdet i Europeiska unionen och Norge*, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2004b), "Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options", EMCDDA Monographs 7, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=428>).

- ECNN (2004c), *Fokus på narkotika 13. Överdosis – en viktig orsak till dödsfall som kan undvikas bland unga människor*, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- Eurobarometer (2004), "Young people and drugs", *Flash Eurobarometer 158*, Taylor Nelson Sofres, Generaldirektoratet för press och kommunikation, Europeiska kommissionen, Bryssel.
- EuroHIV (European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS) (2004), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report, 2003, nr 70*, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.
- Eurostat (2002), *Health statistics: Key data on health 2002*, Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer, Luxemburg, s. 58.
- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M. m.fl. (2004), "Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions", *BMJ* 328, s. 1166.
- FSW (Fonds Soziales Wien) (2004), *Jahresbericht 2003*, Fonds Soziales Wien, Wien.
- Ghuran, A. och Nolan, J. (2000), "Recreational drug misuse: issues for the cardiologist", *Heart* 83, s. 627–33.
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R. och Ali, R. (2005), "Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection" (review), *The Cochrane Library*, 2005, Issue 2 (<http://www.thecochranelibrary.com>).
- GLADA (Greater London Alcohol and Drug Alliance) (2004), *An evidence base for London crack cocaine strategy*, Greater London Alcohol and Drug Alliance, London (http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs_and_alcohol/docs/coc_strategy_evidence.pdf).
- Haasen, C. (2003), Tal vid "Conference on treatment monitoring in the EU and the EU action plan on drugs 2000–2004" vid ECNN, november 2003.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N. m.fl. (2002), *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*, Världshälsoorganisationen, Genève.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. m.fl. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European Countries*, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) och Europarådets Pompidougrupp.
- Hwang, S. (2001), "Mental illness and mortality among homeless people", *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, s. 81–2.
- INCB (2005), *Report of the International Narcotics Control Board 2004*, Internationella narkotikakontrollstyrelsen: New York.
- Korkeila, J. (2000), *Measuring aspects of mental health*, Themes 6/2000, STAKES: Helsingfors.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R. och Whiteside, H. O. (2003), "Family-based interventions for substance use and misuse prevention", *Substance Use and Misuse* 38, s. 1759–87.
- Leppin, A. (2004), Vortrag zur schulischen Suchtprävention im Rahmen der Fachtagung "Qualität schulischer Suchtprävention" am 20.04.04 in Kärnten (<http://www.schule.at/community>).
- Macchia, T., Giannotti, F. C. och Taggi, F. (2004), *I servizi e le sostanze ricreative: una rilevazione clinica in Italia*, FrancoAngeli, Milan.
- Mathei, C., Robaey, G., van Damme, P. m.fl. (2005), "Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences", *Epidemiology and Infection* 133, s. 127–36.
- Mendes, F., Relvas, A. P., Olaio, A. m.fl. (2001), *The challenge of prevention of drug use*, IREFREA España, Palma de Mallorca (<http://www.irefrea.org>).
- Mol, A., van Vlaanderen, J. L. och de Vos, A. (2002), *Ontwikkeling van de cocaïne hulpvraag in de ambulante verslavingszorg 1994–2000*, IVZ, Houten.
- Morril, A. R., McCaffrey, D. F. and Paddock, S. M. (2002), "Reassessing the marijuana gateway effect", *Addiction* 97, s. 1493–504.
- National Treatment Agency (NTA) (2003), "New guidance on injectable heroin and injectable methadone treatment for opiate misusers", pressmeddelande av den 13 juni 2003 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- National Treatment Agency (NTA) (2004), "54 per cent more drug misusers get treatment in England", pressmeddelande av den 30 september 2004 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- Ouweland, A., van Alem, V., Mol, A. och Boonzajer Flaes, S. (2004), *Key figures addiction care 2003*, IVZ, Houten (<http://www.sivz.nl>).
- Pijlman, F. T. A., Krul, J. och Niesink, R. J. M. (2003), *Uitgaan en Veiligheid: Feiten en Fictie over Alcohol, Drugs en Gezondheidsverstoringen*, Trimbos-instituut, Utrecht.
- Prinzleve M., Haasen C., Zurhold H. m.fl. (2004), "Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups", *European Addiction Research* 10, s. 147–55.
- Quensel, S. (2004), *Das Elend der Suchtprävention*, Verlag für Sozialwissenschaften (VS), Wiesbaden.
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L. och Baer, J. (2000), "Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education", *Journal of Drug Education* 30, s. 399–421.
- Nationella Reitox-rapporter (2004) (<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. 303–29.
- Rigter, H., van Gageldonk, A., Ketelaars, T. och van Laar, M. (2004), "Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004", Trimbos Institute/National Drug Monitor (NDM), Utrecht.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, 2003 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Solberg, U., Burkhart, G. och Nilson, M. (2002), "An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway", *International Journal of Drug Policy* 13, s. 477–84.
- Sullivan, L. E., Metzger, D. S., Fudala, P. J. och Fiellin, D. A. (2005), "Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users", *Addiction* 100, s. 150–8.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T. m.fl. (2004), "The motivation, skills and decision-making model of 'drug abuse' prevention", *Substance Use and Misuse* 39, s. 1971–2016.

Taylor, B. J. (2000), "Modeling prevention program effects on growth in substance use: analysis of five years of data from the Adolescent Alcohol Prevention Trial", *Prevention Science* 1, s. 183–97.

Terweij, M. och van Wamel, A. (2004), *Ouders aan zet: opvoedingsondersteuning en verslavingspreventie voor allochtonen: succes- en faalfactoren*, GGZ Nederland, Utrecht.

UNODC (2002), *Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base*, FN:s organ för narkotika- och brottslighetsfrågor, Wien.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, FN:s organ för narkotika- och brottslighetsfrågor, Wien.

UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global Survey 2003*, FN:s organ för narkotika- och brottslighetsfrågor, Wien.

UNODC och Marockos regering (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, FN:s organ för narkotika- och brottslighetsfrågor, Wien.

WHO (1998), *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*, Världshälsoorganisationen, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Genève.

WHO (2004), "Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users", *Evidence for action technical papers*, WHO, Genève.

WHO (2005), "Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users", *Evidence for action technical papers*, final draft, March 2005, WHO, Genève.

WHO Regional Office for Europe (2002), *Prisons, Drugs and Society, A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices*, WHO Regional Office for Europe, Genève.

Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk

Årsrapport 2005: Situationen på narkotikaområdet i Europa

Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer
2005 — 87 s. — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-233-0

FÖRSÄLJNING OCH PRENUMERATION

Publikationsbyrån ger ut publikationer för försäljning, och de kan beställas genom något av våra försäljningsombud runtom i världen. En lista över försäljningsombuden får du genom att

- Gå in på publikationsbyråns webbplats: <http://publications.eu.int>, eller
- be om en lista via fax: (352) 29 29-42758.

Om ECNN

Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN) är ett av Europeiska unionens decentraliserade organ. Narkotikacentrumet, som inrättades 1993, är baserat i Lissabon och är den centrala källan till heltäckande information om narkotika och narkotikamissbruk i Europa.

ECNN samlar in, analyserar och sprider objektiv, tillförlitlig och jämförbar information om narkotika och narkotikamissbruk. Genom att göra detta ger ECNN sin publik en faktabaserad bild av narkotikasituationen på europeisk nivå.

Narkotikacentrumets publikationer är en viktig informationskälla för många olika aktörer, däribland politiska beslutsfattare och deras rådgivare, forskare och yrkesverksamma på narkotikaområdet samt – mer generellt – massmedia och allmänheten.

Årsrapporten redovisar ECNN:s årliga översikt över narkotikasituationen i EU, och den är ett oundgängligt referensmaterial för den som vill ta del av de senaste rönen om narkotika i Europa.