



Europeiska centrumet för kontroll
av narkotika och narkotikamissbruk

ISSN 1609-6207

ÅRSRAPPORT 2009

SITUATIONEN PÅ NARKOTIKAOMRÅDET
I EUROPA



Europeiska centrumet för kontroll
av narkotika och narkotikamissbruk

ÅRSRAPPORT 2009

SITUATIONEN PÅ NARKOTIKAOMRÅDET
I EUROPA

Rättsligt meddelande

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

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

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

Avgiftsfritt telefonnummer (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Vissa mobiltelefonoperatörer ger inte tillgång till 00800-nummer eller avgiftsbelägger dem.

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

Kataloguppgifter finns i slutet av publikationen.

Luxemburg: Europeiska unionens publikationsbyrå, 2009

ISBN 978-92-9168-397-0

© Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, 2009

Kopiering tillåten med angivande av källan.

Printed in Luxembourg

TRYCKT PÅ ICKE KLORBLEKT PAPPER



Europeiska centrumet för kontroll
av narkotika och narkotikamissbruk

Cais do Sodré, 1249-289 Lissabon, Portugal
Tfn +351 211210200 • Fax +351 218131711
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Innehåll

Förord	5
Tack till medverkande	7
Till läsaren	9
Kommentar: Att träffa ett rörligt mål – utmaningen med att utveckla ett pragmatiskt politiskt svar på ett föränderligt narkotikaproblem	11
Kapitel 1: Politik och lagstiftning	
Politiken på internationell nivå och EU-nivå • Nationella narkotikastrategier • Offentliga utgifter • Nationell lagstiftning • Forskning på narkotikaområdet	18
Kapitel 2: Olika sätt att hantera narkotikaproblem i Europa – en översikt	
Prevention • Behandling • Åtgärder för att minska skadeverkningarna • Återintegrering i samhället • Narkotikabekämpning och narkotikarelaterade brott • Hälsovård och socialvård i fängelser	26
Kapitel 3: Cannabis	
Tillgång och tillgänglighet • Prevalens och mönster för användningen • Behandling	38
Kapitel 4: Amfetaminer, ecstasy och hallucinogena ämnen	
Tillgång och tillgänglighet • Prevalens och mönster för användningen • Amfetamin och ecstasy i nöjesmiljöer: användning och åtgärder • Behandling	50
Kapitel 5: Kokain och crack-kokain	
Tillgång och tillgänglighet • Prevalens och mönster för användningen • Hälsoeffekter av kokainanvändning • Missbruk och efterfrågan på behandling • Behandling och åtgärder för att minska skadeverkningarna	61
Kapitel 6: Opiatmissbruk och injektionsmissbruk	
Tillgång och tillgänglighet • Problematisering av opiatanvändning • Injektionsmissbruk • Behandling	72
Kapitel 7: Narkotikarelaterade infektionssjukdomar och narkotikarelaterade dödsfall	
Infektionssjukdomar • Hantering av infektionssjukdomar • Dödsfall och dödlighet • Åtgärder för att minska dödsfallen	82
Kapitel 8: Nya droger och framväxande trender	
EU:s åtgärder mot nya droger • "Spice" och besläktade syntetiska cannabinoider • Internetbutiker • Uppföljning av ämnen	93
Hänvisningar	98



Förord

I denna rapport ges en aktuell och detaljerad bedömning av situationen på narkotikaområdet i Europa, och vi vill tacka vår personal som har arbetat hårt för att sammanställa den. Vi måste dock erkänna att dokumentets styrka inte bara bottnar i det arbete som utförts här i Lissabon, utan framför allt i de insatser som genomförs i medlemsstaterna för att utarbeta ett välfungerande och heltäckande informationssystem. Vi anser att detta övervakningssystem, förutom att i hög grad bidra till en mogen och välgrundad debatt om narkotikaproblemet, även leder till bättre och ändamålsenligare strategier.

I takt med att utmaningarna på området blir mer komplexa ökar även nödvändigheten av sådana strategier. En röd tråd i rapporten är narkotikaproblemet föränderliga karaktär, och vi måste se till att vårt synsätt anpassas till de skiftande förhållanden vi ställs inför.

I år är det 15 år sedan Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN) började samlas in information och rapportera om narkotikasituationen i Europa. För att uppmärksamma detta anordnade vi en konferens som handlade om fastställande av Europas informationsbehov för att effektivisera narkotikapolitiken. Konferensen gav forskare, yrkesverksamma och politiska beslutsfattare från hela Europa och andra delar av världen tillfälle att komma till Lissabon och hjälpa oss kartlägga och utvärdera den befintliga kunskapsbasen på narkotikaområdet och fastställa dagens och framtidens informationsbehov.

Konferensen visade att Europa har utvecklat ett imponerande laboratorium för att studera och förstå narkotikamissbruk och narkotikarelaterade åtgärder. Det ger oss i dag stora möjligheter till kollektivt lärande och utbyte av kunskap. Ingen annanstans finns en så stor grupp kulturellt olika länder som gemensamt vill förbättra sin förståelse av och sina svar på detta komplexa sociala problem. Det framgår av utvecklingen av ett tvärgående narkotikaövervakningssystem som omfattar över 30 länder med en sammanlagd befolkning på mer än en halv miljard invånare. Det framgår likaså av EU:s narkotikastrategi och handlingsplan, som är utformade för att man ska kunna få en uppfattning om den tillgängliga informationen och på grundval av den utarbeta praktiska och kollektiva åtgärder. Detta är särskilt viktigt i dag, när våra medlemsstater står inför svåra finansieringsbeslut och är extra måna om att få maximal avkastning på sina investeringar. Vi är övertygade om att den här rapporten bidrar till denna process. Dessutom åtar vi oss att göra fastställandet av vad

som är ändamålsenlig praxis på narkotikaområdet till en allt viktigare del av ECNN:s framtida verksamhet.

Vid konferensen fastställdes även en rad viktiga frågor som behandlas i den föreliggande analysen. Våra informationssystem måste bli bättre på att fastställa, följa och rapportera nya trender. Samtidigt är det viktigt att rapporteringen förblir korrekt, välgrundad och inte sprider oro. Behovet av att i analysen förena frågor på både tillgångs- och efterfrågesidan betonades också. I årets rapport ger vi en mer framträdande plats åt analysen av indikatorer på tillgångssidan och narkotikamarknaden. Vi gör detta med försiktighet, eftersom det ännu inte har gjorts tillräckligt för att förbättra kvaliteten, pålitligheten och jämförbarheten av de europeiska uppgifterna på området. Detta är nu allmänt erkänt, och vi tänker samarbeta med våra nationella och europeiska partner för att ta itu med problemet.

Ett av resultaten i årets rapport är insikten om att man, för att kunna bedöma situationen på narkotikaområdet i Europa, behöver en samtidig förståelse av nationella särdrag, regionala särdrag och i ökande utsträckning gemensamma europeiska eller till och med globala trender. I framtiden måste vi kunna beskriva detta komplexa förhållande bättre, eftersom det kommer att hjälpa oss att inte bara förstå de faktorer som kan främja eller hämma tillväxten av narkotikarelaterade problem, utan även vägleda oss när vi tar fram lämpliga åtgärder.

Slutligen bör det framhållas att Europeiska unionen och Förenta nationerna nästan samtidigt har förnyat sina narkotikapolitiska dokument i slutet av 2008 och början av 2009. EU:s nya handlingsplan för narkotikabekämpning och FN:s nya politiska deklaration och handlingsplan speglar båda det internationella engagemanget för att minska narkotikamissbruket och dess skadeverkningar. Det är en stor utmaning att uppnå dessa mål och är möjligt endast om de planerade åtgärderna genomförs på bred front. Övervakning och utvärdering är centrala delar av denna process, eftersom det gör det möjligt att hålla den politiska kursen och kartlägga framstegen.

Marcel Reimen

Ordförande i ECNN:s styrelse

Wolfgang Götz

Direktör, ECNN



Tack till medverkande

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

- cheferna och personalen vid de nationella Reitox-kontaktpunkterna,
- de myndigheter och organ i de enskilda medlemsstaterna som samlade in rådata för rapporten,
- ledamöterna i ECNN:s styrelse och vetenskapliga kommitté,
- Europaparlamentet, Europeiska unionens råd – särskilt dess horisontella narkotikagrupp – och Europeiska kommissionen,
- Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC), Europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA) och Europol,
- Europarådets Pompidougrupp, FN:s organ mot brott och narkotika, Världshälsoorganisationens (WHO) regionala kontor för Europa, Interpol, Världstullorganisationen, ESPAD-projektet och det svenska Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN),
- Översättningscentrum för Europeiska unionens organ och Europeiska unionens publikationsbyrå.

De nationella Reitox-kontaktpunkterna

Reitox är ett europeiskt nätverk för information om narkotika och narkotikamissbruk. Nätverket består av nationella kontaktpunkter i EU:s medlemsstater, Norge, kandidatländerna och Europeiska kommissionen. Kontaktpunkterna är de nationella myndigheter som under respektive regerings ansvar lämnar information om narkotika och narkotikamissbruk till ECNN.

Kontaktuppgifter för de nationella kontaktpunkterna finns på Internet:

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



Till läsaren

Denna årsrapport bygger på den information som ECNN har fått i form av nationella rapporter från EU-medlemsstaterna, kandidatländerna Kroatien och Turkiet, och Norge. Den statistik som redovisas avser 2007 (eller det senaste år för vilket det finns uppgifter). Figurer och tabeller i rapporten kan avse enbart vissa av EU-länderna; urvalet har gjorts utifrån de länder för vilka det funnits uppgifter för den aktuella perioden.

Priser på droger som rapporteras till ECNN speglar priserna i missbrukarledet. Rapporter om renhetsgrad eller styrka har i de flesta länder baserats på ett urval av samtliga beslag; det är i allmänhet inte möjligt att hänföra rapporterade uppgifter till en särskild nivå i narkotikamarknaden. När det gäller renhetsgrad eller styrka och priser i missbrukarledet har analyserna baserats på rapporterade medel- eller typvärden eller, om sådana saknas, på medianvärden.

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

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

Analyser av trender baseras enbart på de länder som lämnat tillräckliga uppgifter för att beskriva förändringar under den specificerade tidsperioden. I trendanalyser av uppgifter om narkotikamarknaden kan siffror för 2006 ersätta saknade värden för 2007 medan saknade uppgifter kan interpoleras i analyser av andra trender. Pristendenser har anpassats för inflationen på nationell nivå.

Information om tillgången på och utbudet av olika verksamheter i Europa baseras i allmänhet på de välgrundade bedömningarna av nationella experter, vilka samlats in genom strukturerade frågeformulär.

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

En elektronisk version av årsrapporten finns tillgänglig på 23 språk och kan hämtas på webbsidan (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>).

I statistikbulletinen för 2009 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats09>) presenteras alla de källtabeller som legat till grund för den statistiska analysen i rapporten. Där finns även utförlig information om de metoder som har använts och cirka 100 ytterligare diagram.

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

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



Kommentar

Att träffa ett rörligt mål – utmaningen att utveckla ett pragmatiskt politiskt svar på ett föränderligt narkotikaproblem

Politiskt samförstånd möjliggör en mer målinriktad handlingsplan för narkotikabekämpning

I denna rapport behandlas en viktig period inom narkotikapolitiken, både i Europa och utanför. I Europeiska unionen utvärderades handlingsplanen mot narkotika för 2005–2008 – den femte sedan 1990. Samtidigt utarbetades och inleddes dess efterföljare, som avser 2009–2012. Även om man ofta uppmärksammar skillnaderna mellan medlemsstaternas narkotikapolitik är det ur ett historiskt perspektiv slående hur stor överensstämmelse som i dag råder i diskussionerna på EU-nivå. Medlemsstaterna kan fortfarande ha skilda politiska synsätt, som i viss utsträckning speglar skilda nationella förhållanden, men inte desto mindre tycks debatten på många områden vara alltmer mogen och samförståndsinriktad. Detta har gjort det möjligt för EU att lägga fram en ny handlingsplan som kan beskrivas som pragmatisk, kärnfull och målinriktad. Denna inställning illustreras konkret av den uppmärksamhet som ägnas bestämda verksamhetsområden, som prevention av narkotikarelaterade dödsfall, insatser i fängelser, samt förbättring av behandlingskvaliteten och andra åtgärder.

Internationellt har diskussionerna som utmynnade i antagandet av Förenta nationernas politiska deklaration och handlingsplan i kampen mot narkotikaproblemet i världen stimulerat ett avsevärt intresse från både allmänhetens och yrkespersoners sida. Diskussionerna föregicks av en översyn av målen som slogs fast 1998 under den extra sessionen i FN:s tjugonde generalförsamling (UNGASS). I denna diskussion har Europa starkt förespråkat en narkotikapolitik som är balanserad, vetenskapligt underbyggd och human, vilket bidrog till att de centrala progressiva delarna av de ursprungliga UNGASS-dokumenterna behölls i den slutliga överenskommelsen. Även om diskussionerna i FN ibland var livliga och ibland var ett uttryck för inrotade politiska och ideologiska ståndpunkter, fanns tecken på att en mer pragmatisk och motiverad angreppsmetod för att fastställa vad som utgör ändamålsenliga åtgärder kan vara på väg att vinna insteg. Till exempel blev USA välvilligare inställt till tillhandahållandet av steril injektionsutrustning för att

minska risken för blodburna infektioner, vilket är en följd av den avsevärda evidensbas på området som talar för att det är effektivt. På grundval av politiska uttalanden under senare tid verkar det mer allmänt som om USA håller på att närma sig den europeiska modellen. Genom UNGASS-mötet framkom även att det finns ett starkt samförstånd när det gäller behovet av effektiv global övervakning av narkotikafrågan, särskilt mot bakgrund av de fortsatt ökande problemen i utvecklings- och övergångsländer. Den rapporteringsmekanism som togs fram för att bedöma genomförandet av handlingsplanerna inom ramen för UNGASS har kritiserats. Men genom dess upphörande ligger viktiga arbetsområden, särskilt de som rör åtgärder för minskning av efterfrågan, utanför den befintliga globala rapporteringsramen. Denna fråga kommer troligen att bli ett viktigt tema vid narkotikakommissionens kommande session.

Brottsbekämpningen ställd inför motstridiga politiska mål

Bekämpning av narkotikabrott får mycket uppmärksamhet i den föreliggande årsrapporten; i ett temakapitel behandlas straff och andra följder för dem som åtalas för narkotikabrott. Antalet överträdelser av narkotikalagstiftningen som rapporteras i Europa fortsätter att växa. Och även om informationen är svårtolkad ger detta konstaterande upphov till frågor om i vilken grad brottsbekämpningen håller takten med de politiska målen på området.

I stort sett har den europeiska politiska debatten rört sig i riktning mot åsikten att ingripanden inriktade på distributionen snarare än användningen av narkotika bör prioriteras. Som en spegling av detta har i vissa länder de rättsliga påföljderna för leveransrelaterade brott skärpts, eller också har lägsta påföljd enligt straffskalan införts. Det är svårt att bedöma i hur pass hög grad detta skifte i tonvikt från användare till narkotikaleverantörer överförs till polisens verksamhet. Endast i några få länder är leveransrelaterade brott fler än brotten kopplade till narkotikainnehav. Sammantaget har antalet leveransrelaterade brott ökat, men likaså har antalet brott kopplade till innehav eller användning av narkotika ökat,

och det i ännu högre grad. I Europa är dessutom bilden för leveransrelaterade brott mer tvetydig. Hälften av de uppgiftslämnande länderna konstaterar en minskning av antalet på medellång sikt.

I den granskning av straff för narkotikarelaterade brott i Europa som åtföljer denna rapport utforskas vad som händer med dem som bryter mot narkotikalagstiftningen. Frihetsstraff är vanliga för leveransrelaterade brott, men tenderar att ligga i nedre delen av straffskalan, med i genomsnitt tre års fängelse eller kortare. Detta kan helt enkelt återspegla att många av dem som åtalas befinner sig i slutet på distributionskedjan, exempelvis gatulangare eller missbrukare som även säljer narkotika för att finansiera sitt missbruk. Detta rön får konsekvenser för utarbetandet av riktlinjer för minimistraff, om de ska avskräcka yrkeskriminella på hög nivå från att börja ägna sig åt narkotikahandel.

I de flesta länder utdöms sällan frihetsstraff för narkotikaanvändning eller narkotikainnehav. En liten andel av dem som hamnar inför rätta får dock ett omedelbart fängelsestraff, eventuellt på grund av försvårande omständigheter. Det innebär att ett ökande antal narkotikaanvändare kommer i kontakt med de rättsvårdande organen utan att få mer än en administrativ eller lindrigare påföljd. Bortsett från den möjliga avskräckande effekten hos denna typ av åtgärd ger det upphov till frågan om i vilken utsträckning denna kontakt med vissa grupper narkotikaanvändare innebär ett förlorat tillfälle för andra åtgärder för minskning av efterfrågan. Vissa länder har utvecklat nyskapande metoder på området, men generellt sett är dessa fortfarande sällsynta.

Eftersom de som åtalas för narkotikabrott troligtvis är en olikartad grupp, är det särskilt viktigt med behovsbedömning för att tjänsterna ska kunna utvecklas på området. När det gäller hälsorelaterade åtgärder omfattar dessa alltifrån prevention, utbildning och metoder för skademinskning, till kortvariga insatser och, när det är berättigat, remittering till specialiserad narkotikabehandling och sociala stödtjänster. Det är troligen en organisatorisk utmaning att utarbeta en genomförbar modell för att garantera passande remitteringsvägar. Portugal har tagit itu med problemet på ett lite annorlunda sätt. Narkotikaanvändning är inte längre underkastad straffrättsliga påföljder, utan de som påträffas med narkotika remitteras direkt till behovsbedömning vid en särskild tribunal, känd som en "kommissionen för avrådan från narkotikamissbruk". Tribunalen kan utfärda böter, men påföljder är inte dess huvudsakliga syfte. Denna ordning har nu fungerat i åtta år. De inledande farhågorna om att denna metod

skulle leda till en ökning av narkotikaturismen eller ökad användning tycks inte bekräftas av tillgängliga uppgifter.

Behandlings- och hälsoåtgärder: från universallösningar till en uppsättning olika riktade åtgärder

Tjänsterna för narkotikamissbrukare i Europa blir alltmer diversifierade och erbjuds som del av ett integrerat vårdpaket. Detta kan bekräftas både i teorin och i praktiken. Till exempel kopplas åtgärder för skademinskning och behandling allt oftare samman och erbjuds av samma tjänsteleverantörer. Trots att vikten av återintegrering i samhället har fått brett erkännande förblir detta ett underutvecklat område, så narkotikamissbrukarna har fortfarande mycket svårt att hitta jobb, lämpligt boende och utveckla intressen som inte är kopplade till narkotika.

Även om det har gjorts framsteg i behandlingen av narkotikamissbrukare i Europa är framstegen ojämna, både i fråga om olika droger och i fråga om geografisk täckning. De största framstegen har ägt rum på området för substitutionsbehandling av opiatmissbruk. Den behandlade populationen uppgår nu till omkring 650 000 personer och växer fortfarande. Östeuropa som helhet bidrar dock bara i mindre grad till denna siffra, vilket tyder på att det finns behov av att utvidga tjänsterna i vissa länder. Något som flera länder har lärt sig är att allmänpraktiserande läkares delaktighet kan bidra till att behandlingsutbudet utökas. Delade vårdinrättningar med specialiserade centrum ger inte bara de allmänpraktiserande läkarna stöd, utan garanterar även behandlingskvaliteten.

Trots att det i de flesta länder är teoretiskt möjligt att fortsätta eller inleda substitutionsbehandling i fängelse, är detta ofta svårt i praktiken. Med tanke på antalet narkotikaanvändare i fängelse i Europa finns ett trängande behov av att utvidga behandlingsmöjligheterna av alla typer i denna miljö. Detta tar man hänsyn till i EU:s handlingsplan, men det förblir i för närvarande ett försummat område i de flesta länder.

När det gäller annan narkotika än opiater är tillgången på tjänster och vår förståelse av vad som utgör verkningsfull vård mindre utvecklad i Europa. Detta problem har dock börjat uppmärksammas. Ett växande antal europeiska forskningsprojekt och pilotprogram är nu inriktade på stimulantia- och cannabissmissbrukares behov. Dessutom har utvecklingen inom neuroforskningen inte bara förbättrat vår förståelse av beroendets biologiska mekanismer, utan börjar även ge upphov till vissa nydanande metoder. Exempel på detta är ett vaccin mot kokainberoende som för närvarande genomgår ett

storskaligt försök i Europa. Den senaste utvecklingen inom informationstekniken har också underlättat innovationer, exempelvis Internetbaserade behandlingsprogram och användningen av textmeddelanden.

Nya belägg för minskande cannabismissbruk i Europa

Cannabismissbrukets popularitet ökade dramatiskt under 1990-talet, och det i sådan utsträckning att i dag nästan en fjärdedel av alla europeiska vuxna personer uppger att de har använt drogen minst en gång. Senare började läget stabiliseras och de senaste uppgifterna bekräftar tydligt analysen i förra årets rapport att användningen av drogen minskar generellt. Av särskilt intresse är de senaste resultaten från undersökningen European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (Projektet för europeiska skolundersökningar om alkohol och andra droger, ESPAD), som ger en uppfattning om tidstrender i narkotikaanvändning bland skolbarn. De mönster som fastställdes här kommer sannolikt senare att påverka

äldre åldersgrupper. Intressant nog tycks de tidigare tidsmönstren under den uppåtgående trenden för cannabisanvändning nu upprepas i omvänd riktning. Till exempel var Storbritannien, som var ett av de första länderna som redovisade högre prevalensnivåer, även ett av de första länderna som redovisade minskning i användningen. Detta mönster uppträder nu i de flesta andra västeuropeiska länder. I Östeuropa ökade användningen i de flesta länder fram till helt nyligen. Även i dessa länder finns dock tecken på stabilisering i ungdomspopulationen, och om den trend som konstaterats på andra håll upprepas bör man kunna förvänta sig en kommande nedgång.

Att förstå de faktorer som påverkar populariteten hos en drog som cannabis är uppenbarligen viktigt. Man bör dock akta sig för att sluta sig till några enkla orsaksförklaringar. Nationell politik och EU:s politik kan ha påverkat dessa trender, men användningen minskar även i USA och Australien, vilket tyder på att mer

Uppskattningar av narkotikaanvändningen i Europa – en snabböversikt

De uppskattningar som presenteras här avser den vuxna befolkningen (15–64 år) och är grundade på de senaste tillgängliga uppgifterna. Se den åtföljande statistikbulletinen för en fullständig uppsättning uppgifter och information om metod.

Cannabis

Livstidsprevalens: minst 74 miljoner (22 procent av alla europeiska vuxna).

Tolv månadersprevalens: omkring 22,5 miljoner europeiska vuxna personer eller en tredjedel av användarna under en livstid.

En månadsprevalens: omkring 12 miljoner européer.

Variation mellan länder i tolv månadersprevalens:
Allmänt intervall mellan 0,4 procent och 14,6 procent.

Kokain

Livstidsprevalens: ungefär 13 miljoner (3,9 procent av alla europeiska vuxna).

Tolv månadersprevalens: 4 miljoner europeiska vuxna personer eller en tredjedel av användarna under en livstid.

En månadsprevalens: omkring 1,5 miljoner.

Variation mellan länder i tolv månadersprevalens:
Allmänt intervall mellan 0,0 procent och 3,1 procent.

Ecstasy

Livstidsprevalens: ungefär 10 miljoner (3,1 procent av alla europeiska vuxna).

Tolv månadersprevalens: ungefär 2,5 miljoner eller en fjärdedel av användarna under en livstid.

En månadsprevalens: färre än 1 miljon.

Variation mellan länder i tolv månadersprevalens:
Allmänt intervall mellan 0,1 procent och 3,5 procent.

Amfetaminer

Livstidsprevalens: ungefär 12 miljoner (3,5 procent av alla europeiska vuxna).

Tolv månadersprevalens: omkring 2 miljoner eller en sjättedel av användarna under en livstid.

En månadsprevalens: färre än 1 miljon.

Variation mellan länder i tolv månadersprevalens:
Allmänt intervall mellan 0,0 procent och 1,3 procent.

Opiater

Problematiske opiatanvändare: uppskattas till 1,2–1,5 miljoner européer.

Dödsfall orsakade av narkotika stod för 4 procent av alla dödsfall bland européer i åldern 15–39 år; och opiatat uppträder i omkring tre fjärdedelar av fallen.

Primär drog i mer än 50 procent av alla behandlingsefterfrågningar för narkotikamissbruk.

Ungefär 650 000 opiatmissbrukare fick substitutionsbehandling under 2007.

allmänna sociokulturella faktorer spelar en viktig roll. En liten grupp länder, framför allt i norra och södra Europa, skiljer sig dock från de övriga europeiska länderna i det att cannabisanvändningens nivå har varit stabilt låg under en längre tid. Att förstå skyddsfaktorerna i dessa länder skulle också vara av stort intresse, men återigen måste man i analysen ta fullständig hänsyn till kulturella, sociala och historiska faktorer utöver effekterna av narkotika- och socialpolitiken.

Till skillnad från uppgifterna om generell användningsnivå är den senaste analysen av mönster för problematisk cannabisanvändning i Europa mer blandad och mindre uppmuntrande. En brasklapp här är att vi för närvarande saknar bra mått på beroende eller problematisk användning varför vi, även om det sker vissa framsteg i detta avseende, måste lita på mer indirekta mått. Det ser ut som om efterfrågan på behandling för cannabismissbruk nu håller på att stabiliseras efter en stadig uppgång under flera år. Men i hur pass hög grad detta speglar användningsmönster eller tjänsternas kapacitet förblir oklart. För närvarande får man fram den bästa beteendeindikatorn för problematisk cannabisanvändning genom extrapolering från uppskattningar av antalet dagliga användare av drogen. Trender i daglig användning är svåra att bedöma, men tillgängliga uppgifter pekar inte på någon generell nedgång. ECNN uppskattar att 2–2,5 procent av unga vuxna använder cannabis dagligen eller nästan dagligen. Mycket högre nivåer återfinns bland unga män. Detta utgör en stor riskpopulation, vilket betonar behovet av att bättre förstå tjänstebehoven hos denna grupp.

Heroin och kokain: inga tydliga tecken på ett minskande problem

Inte mycket talar för att situationen när det gäller användningen av heroin och kokain håller på att förbättras. Dessa båda ämnen utgör fortfarande kärnan av Europas narkotikaproblem. Att ge en tydlig bild på detta område är emellertid komplicerat på grund av svårigheter med att förena information från olika indikatorer. Detta problem är särskilt tydligt i fråga om kokain. Förutom en nedgång i uppskattad produktion har det beslagtagna kokainets volym i Europeiska unionen minskat enligt de senaste uppgifterna, vilket även gäller för drogens renhetsgrad på gatunivå i de flesta länder. I Storbritannien, ett land med en stor kokainmarknad, har renhetsgraden minskat avsevärt under senare tid. Dessa uppgifter skulle kunna tyda på minskande tillgång på kokain, men genom andra uppgifter ställs denna slutsats i tvivelsmål. Antalet beslag av drogen ökar fortfarande, priserna sjunker, och det finns tecken på en övergång till nya smugglingsrutten

genom Östeuropa, vilket kan ha hämmat ingripandena. Kokainanvändningen i Europa är fortfarande koncentrerad till västländerna, där trenden generellt sett är stabil eller uppåtgående. Det finns dock belägg för att drogen sprids till andra länder. Även behandlingsefterfrågan kopplad till kokain växer. På grundval av tillgängliga uppgifter kan man dra slutsatsen att den nuvarande konsumtionsnivån i etablerade områden är fortsatt hög utan att sjunka, och att den fortsätter att växa på andra håll. Samtidigt finns det tecken som tyder på att distributörerna kan ha svårt att möta konsumenternas efterfrågan på vissa större marknader. Mot bakgrund av nya rapporter om minskning av den totala kokainproduktionen kommer det att bli intressant att se om man i framtiden finner konkretare belägg för en minskning i tillgången på denna drog.

Heroin står fortfarande för den största andelen sjukdomstillstånd och dödsfall förknippade med narkotikamissbruk i Europa. Användningen av drogen minskade generellt från mitten och slutet på nittioalet, men i dag är bilden mindre tydlig och ger i vissa fall anledning till oro. Efter markanta minskningar har antalet nya behandlingsefterfrågningar sedan 2002 ökat. Ett betydande antal länder redovisar i dag öknings i både antalet och andelen behandlingsefterfrågningar förknippade med opiatdroger. Uppgifter om narkotikarelaterade dödsfall, som till större delen är kopplade till heroinmissbruk, tyder inte heller på en återgång till den nedåtgående trenden före 2004. Uppgifter om antalet narkotikabrott och beslag uppvisar också öknings. Det är oroande att några länder noterar att heroinproblem har observerats i vissa ungdomsgrupper, vilket tyder på att drogen kan vara på väg att spridas till nya delar av befolkningen. Sammantaget måste det betraktas som en besvikelse att den positiva nedåtgående trenden för heroinrelaterade problem inte längre fortsätter. Även om det för närvarande inte finns några belägg för en återgång till den epidemiska spridning av heroinmissbruk som konstaterats tidigare är de hälsorelaterade och sociala problem som denna drog ger upphov till avsevärda. Alla indikationer på att situationen kan vara på väg att förvärras, särskilt i en tid då Europa går in i en period av ekonomiska svårigheter, ger anledning till betydande oro.

Blandmissbruk och åtföljande alkoholproblem är i dag utmärkande för den europeiska narkotikaproblematiken

Inom den förebyggande verksamheten mot narkotikamissbruk har man länge vetat att problematisk droganvändning bäst bekämpas holistiskt samt kopplat till en hälsosam livsstil och välinformerade val. Däremot är ofta diskursen om narkotikamissbruk mer inriktad på drogerna i sig. Det är svårt att värja sig för slutsatsen att

detta endimensionella synsätt i allt mindre grad främjar förståelsen av missbruksmönstrens utveckling i Europa. Personer som använder droger begränsar nästan aldrig sin konsumtion till endast ett ämne. I dagens Europa är blandmissbruksmönster normen, och den kombinerade användningen av olika ämnen är orsaken till eller komplicerar de flesta problem som vi står inför. Detta leder till behov av att utarbeta ett mer allsidigt och integrerat synsätt inriktat på ett flertal ämnen, för att man ska bättre förstå situationen samt planera och utvärdera lämpliga åtgärder. Detta gäller i lika hög grad narkotikamarknaden. Åtgärder för att minska tillgången på en drog förlorar naturligtvis sitt värde om det leder till användning av ett ersättningsmedel som kan vara ännu skadligare.

Den föreliggande årsrapporten åtföljs av ett temakapitel om blandmissbruk, där man utforskar hur blandmissbruk påverkar olika grupper narkotikamissbrukare. Resultaten är oroande. Bland unga kan konsumtion av flera olika droger öka risken för akuta problem och förebådar kroniskt narkotikaberoende senare i livet. Bland äldre, regelbundna användare är blandmissbruk en vanlig orsak till narkotikaöverdos, vidare komplicerar det behandlingen och är förknippat med våld och brott. Konsumenterna i Europa har även tillgång till ett växande sortiment av droger. Vad som uppmärksammas i den föreliggande rapporten är det ökande antalet till större delen icke narkotikaklassade ämnen inriktade på cannabismarknaden, innovation i produktionen av syntetisk narkotika, och växande farhågor över missbruket av receptbelagda läkemedel. Dessutom har man insett att en bestämmande faktor för missbruksproblemen i Europa är åtföljande alkoholkonsumtion. Detta kan också observeras i alla åldersgrupper. De senaste uppgifterna pekar på ett starkt samband mellan festdrickande och narkotikaanvändning bland skolbarn. Festdrickande går dessutom ofta hand i hand med användning av narkotika i nöjessammanhang, vilket ökar risken för negativa konsekvenser bland unga vuxna. I populationen av kroniska narkotikamissbrukare är alkoholmissbruk så vanligt att det ofta inte ens behöver nämnas, och behovet av att ta itu med samtidigt alkoholberoende har blivit en allt viktigare fråga för behandlingscentrumen. Alkoholproblem kan vara särskilt skadliga för personer som är beroende av opiater, eftersom de redan kan ha leverproblem på grund av hepatitinfektion, och risken för överdos är större.

Innovation och tillgång på prekursorer: samverkande faktorer som har en växande inverkan på marknaden för syntetiska droger

ECNN observerar en alltmer komplex och labil situation när det gäller tillgången på och användningen av

syntetisk narkotika i Europa. Den olagliga marknaden och dess leverantörer visar prov på stor innovationsförmåga när det gäller produktionsprocesser, nya produkter och marknadsföringsmöjligheter. De uppvisar också en förmåga att snabbt anpassa sig till kontrollåtgärder. Det växande raffinemanget i marknadsföringen av "lagliga alternativ" till olagliga droger innebär dessutom en oroande utveckling.

Ett exempel på marknads labilitet är den senaste utvecklingen av tillgången på ecstasy. Fram till 2007 innehöll de flesta ecstasypiller som analyserades i Europa 3,4-metylendioximetamfetamin (MDMA) eller något annat ecstasyliknande ämne. De första uppgifterna från systemet för tidig varning från början av 2009 tyder på att detta kan vara på väg att förändras i vissa medlemsstater, exempelvis Danmark och Nederländerna. I upp till hälften av alla analyserade piller i dessa länder upptäcktes ingen MDMA eller någon av dess motsvarigheter. Pillererna innehöll oftare 1-(3-klorfenyl) piperazin (mCPP), antingen ensamt eller i kombination med ett annat psykoaktivt ämne. Även om mCPP inte tas upp i FN:s konventioner har ämnet narkotikaklassats i vissa medlemsstater. Orsakerna till dagens förändring på marknaden är inte helt klarlagda, men brist på 3,4-metylendioxyfenyl-2-propanon (PMK), en viktig prekursor för framställningen av MDMA, skulle kunna vara en möjlig förklaring. Det kan ännu inte avgöras om denna utveckling är en tillfällig avvikelse eller är ett tecken på en signifikant övergång på ecstasymarknaden. EU:s system för tidig varning har övervakat mCPP sedan 2005, och ECNN och Europol följer noga utvecklingen på området och kommer 2010 att lägga fram en rapport om marknaden.

Förändringarna på ecstasymarknaden kan tyda på att insatserna för att förhindra att prekursorkemikalier avleds är alltmer framgångsrika. Dessa insatser kan även få viktiga effekter när det gäller tillgången på och användningen av andra droger. Till exempel finns det vissa tecken som tyder på att metamfetamin håller på att ersätta amfetamin i delar av norra Europa. Återigen tycks marknadsfaktorer och prekursorkemikalier spela en viktig roll. Produktionsanläggningar för metamfetamin tycks nu finnas i Litauen, vars geografiska läge underlättar importen av prekursorer (i detta fall 1-fenyl-2-propanon – BMK), från länder utanför Europeiska unionen. Situationen i Norden bidrar till farhågorna för möjlig spridning av metamfetaminanvändningen från Tjeckien. I detta land finns metamfetaminproblemen sedan länge, men produktionen sker vanligtvis i liten skala för personligt eller lokalt bruk. Ett antal centraleuropeiska länder redovisar nu också viss användning av metamfetamin, och Europol

rapporterar att vissa större produktionsanläggningar har upptäckts och oskadliggjorts i andra delar av Europa. Det finns även belägg för att metamfetaminanvändningen växer i rask takt i vissa länder som gränsar till Europeiska unionen. Hittills har drogen inte tagit sig in på den stora marknaden för stimulantia i Västeuropa, där kokain- och amfetaminanvändningen fortfarande dominerar. Med tanke på hur förhållandevis lätt det är att framställa metamfetamin och de avsevärda negativa följder som drogen kan få för folkhälsan krävs ändå fortsatt vaksamhet. Slovakien är ett exempel på hur snabbt problemen kan utvecklas, vilket visas i en färsk fallstudie av ett land där metamfetaminanvändningen har ökat betydligt.

Internet och marknadsföring: ger "spice" en försmak av framtiden?

Få områden har i dag undgått att omvandlas av utvecklingen inom informationstekniken. Internet erbjuder nu inte bara en fri informationskälla, utan även en stor virtuell marknadsplats för utbyte av varor och tjänster. Det är därför inte förvånande att detta medium nu påverkar narkotikaområdet. I år inledde ECNN en första granskning av metoder för Internetbehandling. Det verkar som om de webbaserade metoderna har betydande potential för vissa former av prevention, behandling och skademinskande åtgärder. Det som är mindre positivt är att det uppenbarligen är svårt att reglera denna virtuella och globala företeelse, som kan användas för att främja användningen av psykoaktiva ämnen. Förutom oron över marknadsföringen online av alkohol och läkemedel finns en oro över uppträdandet av en rad förment "lagliga" alternativ till narkotikaklassade psykoaktiva ämnen.

ECNN övervakar nu regelbundet de psykoaktiva ämnen som erbjuds av detaljhandeln online. Denna marknad har växt under de senaste åren och innefattar i dag ett stort sortiment av växtbaserade produkter, framför allt växtblandningar, samt varor som innehåller syntetiska sammansättningar. De nya ämnen som uppträder på Internetmarknaden kan vara allt från narkotika

som används traditionellt i vissa delar av världen till experimentella kemikalier som är framställda på syntetisk väg i laboratorier och inte har testats på människor. Andra innovationer innefattar utvecklingen av bestämda märken och användningen av lockande förpackningar. Ett anmärkningsvärt exempel på detta är de växtblandningar som har marknadsförts med beteckningen "spice".

Det har påträffats ett antal olika "spice"-märken, med olika förpackningar och olika innehållsförteckningar. Kriminalteknisk analys har dock i många fall inte kunnat upptäcka de växtbaserade ämnen som anges på etiketterna, men man fann i vissa prov syntetiska cannabinoider som hade lagts till i blandningarna. Dessa ämnen fanns inte bland de angivna ingredienserna, och skulle därför ha konsumerats utan konsumentens vetskap. De påträffade cannabinoiderna är förhållandevis okända laboratorieföreningar. Vissa har ytterst kraftig verkan och man vet inte så mycket om deras effekter på människor.

Att försöka kringgå narkotikakontrollen genom att marknadsföra ämnen som inte är narkotikaklassad är inget nytt. Vad som är nytt är det stora utbudet av olika ämnen som i dag utforskas, den aggressiva marknadsföringen av produkter med avsiktligt missvisande etiketter, den ökande användningen av Internet, och den snabbhet med vilken marknaden reagerar på kontrollåtgärder. "Spice" kan också ge oss en varning om vad vi har att vänta oss i framtiden. Förmågan hos avancerade kemister, som ofta befinner sig utanför de europeiska rättskipningsområdena, att till låg kostnad genomföra organisk syntes, ger potentiellt upphov till ett stort antal psykoaktiva ämnen. Detta kan föra in helt nya kemiska grupper i bilden, vilka innehåller många besläktade analoga föreningar som kan vara svåra att upptäcka och innebär betydande svårigheter för kontrollstrategier baserade på individuella föreningar. Eftersom vissa av dessa ämnen kan ha lagliga användningsområden eller säljas för förment lagliga ändamål, kan de dessutom falla emellan narkotikaklassning och handelsreglering.



Kapitel 1

Politik och lagstiftning

Inledning

Två nya narkotikapolitiska dokument på EU-nivå och internationell nivå lades fram under det senaste året. I december 2008 presenterade Europeiska unionen sin nya handlingsplan för narkotikabekämpning (2009–2012). Denna följdes några månader senare av Förenta nationernas nya politiska deklaration och handlingsplan i kampen mot narkotikaproblemet i världen. Innehållet i de nya narkotikapolitiska dokumenten och hur det civila samhällets organisationer påverkade deras utformning behandlas i detta kapitel.

Den internationella politiska debatten innefattade diskussioner om olaglig narkotikahandel. Här ges en översikt över den senaste utvecklingen av lagstiftningen när det gäller minimistraff för olaglig narkotikahandel i Europa. Åtgärder för att minska skadeverkningarna var också en central fråga i den politiska debatten. Den rättsliga statusen för två viktiga verksamheter på området, nål- och sprututbyte och substitutionsbehandling, behandlas också i detta kapitel.

Andra ämnen som tas upp är nyligen antagna och utvärderade nationella narkotikastrategier och handlingsplaner, nya uppgifter och trender i fråga om narkotikarelaterade offentliga utgifter samt utvecklingen när det gäller forskning på narkotikaområdet i Europa.

Politiken på internationell nivå och EU-nivå

FN:s nya politiska deklaration och handlingsplan

FN:s nya politiska deklaration och handlingsplan ⁽¹⁾ antogs vid ett politiskt högnivåmöte under årets session i FN:s narkotikakommission (CND). Detta var resultatet av en ettårig reflektionsperiod inom ramen för tioårsöversynen av de framsteg som gjorts för att nå målen som fastställdes 1998 under den tjugonde extra sessionen i FN:s generalförsamling (UNGASS) om narkotikaproblemet i världen.

Europeiska unionen och dess medlemsstater hade en ledande roll i översynen av UNGASS. EU:s ståndpunkt

om FN:s narkotikapolitik, utarbetad som ett resultat av översynsprocessen, uttrycktes genom ett förslag till gemensam ståndpunkt som lades fram av Europeiska unionens råd. I dokumentet betonades vikten av folkhälsa som den första principen i det internationella systemet för narkotikakontroll och behovet av systemövergripande samstämmighet på narkotikaområdet mellan olika FN-organ (inklusive Internationella narkotikakontrollstyrelsen, FN:s organ mot brott och narkotika, Unids och Världshälsoorganisationen). Man ville också att en rad centrala inslag och prioriteringar skulle ingå i FN:s nya politiska deklaration. Bland dessa fanns kravet på övergripande, integrerad och balanserad narkotikapolitik. Att minska efterfrågan på narkotika gavs större vikt, åtgärder för att minska skadeverkningarna inkluderades. EU krävde att respekten för de internationella konventionerna om mänskliga rättigheter, inklusive rätten till hälsa, skulle vara en central del av den nya narkotikapolitiken och att utarbetandet av narkotikapolitiken skulle baseras på vetenskapliga bevis. EU argumenterade dessutom för att stödet till alternativ utveckling i syfte att bekämpa narkotikatillverkningen inte skulle vara beroende av om odlingen av olagliga grödor minskas.

Det nya FN-dokumentet liknar innehållsmässigt de ursprungliga UNGASS-deklarationerna och handlingsplanerna som man enades om 1998. I dokumentet ingår mycket av det som lagts fram av EU, vilket framgår i handlingsplanen, som innehåller en översyn över dagens narkotikapolitiska problem och en förteckning över de åtgärder som FN:s medlemsstater har åtagit sig att genomföra under det kommande årtiondet. Några centrala åtgärder och mål under rubriken för minskning av efterfrågan på narkotika är ökad respekt för mänskliga rättigheter, ökat behandlingsutbud och stärkt inriktning på utsatta grupper. Man kräver också bättre balans i narkotikapolitiken genom att det satsas mer på att minska efterfrågan på narkotika, evidensbaserade åtgärder, samt övervaknings- och kvalitetssäkringsmekanismer. I FN-dokumentet erkänns dock inte uttryckligen betydelsen av skademinskning, en metod som åtföljd av vetenskaplig granskning har använts i EU.

⁽¹⁾ Politisk deklaration och handlingsplan om internationellt samarbete för en integrerad och balanserad strategi i kampen mot narkotikaproblemet i världen.

Den globala marknaden för olaglig narkotika

Resultaten av en ny undersökning om den globala marknaden för olaglig narkotika, vilken bekostades av Europeiska kommissionen, lades fram vid 2009 års session för narkotikakommissionen i Wien ⁽¹⁾. I undersökningen fann man inga belägg för att det globala narkotikaproblemet hade minskat mellan 1998 och 2007. I vissa länder minskade problemet medan det förvärrades i andra, i vissa fall väsentligt.

Enligt undersökningen är marknaderna för olaglig narkotika inte vertikalt integrerade eller dominerade av större narkotikahandlare eller karteller. Även om försäljningen av olaglig narkotika uppskattas generera mer än 100 miljarder euro har den överlägsna majoriteten av dem som är delaktiga i narkotikahandeln blygsamma inkomster. Några få personer tjänar stora pengar, men dessa står för endast en liten del av de totala intäkterna.

I studien rapporteras att de nationella narkotikastrategierna allt mer närmar sig varandra. Det läggs större vikt vid att minska efterfrågan och åtgärder för minskning av skadeverkningarna blir mer accepterade. Inställningen mot försäljare och handlare har blivit hårdare.

Genomdrivandet av narkotikaförbud bedöms i studien ha lett till avsevärd oavsiktlig skada, av vilken en stor del kunde ha förutsetts (t.ex. den geografiska avledningen av produktion och handel).

⁽¹⁾ Europeiska kommissionen, "Report on global illicit drug markets, 2009" (tillgänglig på Internet: http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm).

EU:s handlingsplaner mot narkotika

I september 2008 offentliggjorde Europeiska kommissionen sin slutliga utvärdering av EU:s handlingsplan mot narkotika 2005–2008 ⁽²⁾. I utvärderingen granskas hur åtgärderna har genomförts och målen i handlingsplanen uppnåtts. I utvärderingen granskades även hur handlingsplanen påverkade EU-medlemsstaternas nationella narkotikapolitik. Samtidigt belystes de senaste trenderna när det gäller situationen på narkotikaområdet i Europa.

I utvärderingen framkom att även om inte alla åtgärder till fullo hade genomförts och alla mål inte hade uppnåtts, hade det gjorts framsteg på nästan alla områden i handlingsplanen. Att de flesta nationella narkotikapolitiska dokument innehåller mål som speglar målen i EU:s handlingsplan tolkades som ett tecken på större tillnärmning mellan de europeiska länderna på det narkotikapolitiska området. En relativ stabilisering av situationen på narkotikaområdet i Europa kunde också konstateras, men på vilket sätt EU:s handlingsplan påverkade denna trend kunde inte fastställas.

Trots vissa brister i genomförandet bedömde man att EU:s handlingsplan mot narkotika sammantaget hade bidragit med mervärde på tre olika områden: att medlemsstaterna och EU-institutionerna hade åtagit sig att uppnå gemensamma mål, att handlingsplanen gav en ram för samordning och utveckling av en sammanhängande

EU:s handlingsplan mot narkotika (2009–2012): nya inslag

Det civila samhällets deltagande i narkotikapolitiken får ökad uppmärksamhet i EU:s nya handlingsplan mot narkotika. Genom att i handlingsplanen ställa upp en "europeisk allians mot narkotika" vill man stimulera det europeiska civila samhällets engagemang i och åtgärder mot narkotikaproblem. I handlingsplanen uppmanas även medlemsstaterna att involvera det civila samhället på alla berörda narkotikapolitiska nivåer.

Inriktningen på åtgärdernas kvalitet i fråga om förebyggande åtgärder, behandling, skademinskning och återintegrering i samhället har stärkts genom åtgärder för utveckling och utbyte av riktlinjer, bästa metoder och kvalitetsstandarder, samt utveckling av minsta kvalitetsstandarder eller riktmärken i EU på dessa områden. Fängelsemiljöerna får i avsnittet om minskning av efterfrågan på narkotika också ökad uppmärksamhet. I åtgärderna uppmanas medlemsstaterna att tillhandahålla tjänster för narkotikamissbrukare som sitter i fängelse vilka motsvarar dem som finns utanför fängelset, att tillämpa uppföljande vård efter frisläppandet och överlag förbättra övervakningen av narkotikaproblemen och narkotikatjänsterna i denna miljö.

De flesta av åtgärderna för minskning av tillgången är inriktade på att förbättra brottsbekämpningen och det rättsliga samarbetet mellan medlemsstaterna, ofta genom ökad användning av EU-relaterade organ, projekt och instrument. Att minska avledningen av och den olagliga handeln med narkotikaprekursorer inom och utanför EU är ämnet för ytterligare sju olika åtgärder, med i huvudsak operativ inriktning.

Inom området internationellt samarbete betonas i högre grad alternativ utveckling. I tre åtgärder efterlyses ökat finansiellt och politiskt stöd till sådana program. Man strävar även efter att den balanserade strategin mellan att minska efterfrågan och minska tillgången på ett bättre sätt ska återspeglas i yttre avtal och program.

Under rubriken information, forskning och utvärdering efterlyser man i en ny åtgärd utveckling av huvudindikatorer och strategier för insamling av uppgifter om narkotikarelaterad brottslighet, olaglig odling, narkotikamarknader och interventioner för minskad tillgång. Att stärka forskningskapaciteten på narkotikaområdet och utveckla utvärderingen av narkotikapolitiken på nationell nivå och EU-nivå tillmäts också större betydelse.

⁽²⁾ 13407/08 ADD3 Cordroque 69 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st13/st13407-ad03.en08.pdf>).

strategi på narkotikaområdet, och att den utgjorde en politisk modell på internationell nivå.

Den slutliga utvärderingen av denna handlingsplan mot narkotika präglade dess efterföljare, EU:s handlingsplan mot narkotika (2009–2012), som godkändes av Europeiska rådet i december 2008 ⁽³⁾. Denna handlingsplan mot narkotika, den femte sedan 1990, är den andra inom ramen för den nuvarande EU-strategin mot narkotika (2005–2012). Dess generella mål är att på ett avgörande sätt minska prevalensen av narkotikamissbruk i befolkningen och minska de sociala och hälsomässiga skadorna orsakade av bruket av och handeln med olaglig narkotika.

I EU:s nya handlingsplan fastställs fem huvudprioriteringar som speglar dess åtgärdsområden: att förbättra samordningen, samarbetet och öka den allmänna medvetenheten, att minska efterfrågan på narkotika, att minska tillgången på narkotika, att förbättra det internationella samarbetet och att förbättra förståelsen av problemet. Den nya planen är mer koncentrerad än sin föregångare: den har endast omkring hälften så många mål (24) och färre åtgärder (72). Planen innehåller även mål och åtgärder som inte fanns i den tidigare handlingsplanen ⁽⁴⁾. En extern och oberoende evaluerare kommer att genomföra en slutlig utvärdering av den nuvarande handlingsplanen och strategin mot narkotika 2012, vilket kommer att följas av en reflektionsperiod inför EU:s nästföljande narkotikapolitiska dokument.

Det civila samhället och det narkotikapolitiska beslutsfattandet

Ikke-statliga organisationers delaktighet i de förberedande diskussionerna för EU:s och FN:s nya narkotikapolitiska dokument utgör ett viktigt steg i det civila samhällets delaktighet på detta politikområde. I maj 2008 behandlade Europeiska kommissionens civilsamhällesforum om narkotika de första resultaten från utvärderingen av EU:s handlingsplan mot narkotika (2005–2008) och diskuterade kraven på och det möjliga innehållet i den efterföljande handlingsplanen (Europeiska kommissionen, 2008a). Forumets 26 ikke-statliga organisationer föreslog att principerna om folkhälsa och mänskliga rättigheter skulle utgöra kärnan i EU:s narkotikapolitik, och att icke-stigmatisering och icke-diskriminering skulle betonas. De efterlyste också starkare inriktning på utsatta grupper, blandmissbruk, psykisk hälsa, situationen i fängelserna och förebyggandet av narkotikarelaterade dödsfall.

Bland de prioriterade åtgärder som fastställdes av forumet finns ökad samordning mellan staten och det civila samhället, utveckling av kvalitetsstandarder för minskning av efterfrågan på narkotika, förbättrade datainsamlingsmekanismer och stöd för alternativ utveckling i tredjeländer.

Med finansiellt stöd från Europeiska kommissionen och flera EU-medlemsstater granskade den ikke-statliga narkotikakommittén i Wien i vilken utsträckning de ikke-statliga organisationerna bidrog till arbetet att nå de mål som fastställdes vid UNGASS 1998. Processen inom ramen för "Beyond 2008" baserades på nio regionala samråd som avslutades med ett forum i Wien i juli 2008. I den slutliga deklaration och de tre resolutioner som antogs av forumet underströks de ikke-statliga organisationernas många verksamhetsområden och stärkta roll inom narkotikapolitiken ⁽⁵⁾. De ikke-statliga organisationerna uppmanade regeringarna och de internationella organisationerna att regelbundet rådfråga dem och ge dem ökat stöd. De många olika kraven på medlemsstaterna och de internationella organisationerna berörde flera områden. Till exempel efterlystes en heltäckande och balanserad narkotikapolitik baserad på mänskliga rättigheter, folkhälsa och vetenskapliga bevis, mer resurser till övervakning och utvärdering, att man utvecklar och sprider bästa metoder och i synnerhet FN:s vägledande principer för effektiv behandling, att narkotika som smärtstillande läkemedel ska finnas tillgängligt i tillräcklig utsträckning, alternativa påföljder för och åtgärder mot narkotikarelaterade brott, samt att de mänskliga rättigheterna för interner som är beroende av narkotika eller befinner sig i fängsligt förvar på grund av narkotikarelaterade brott respekteras.

Nationella narkotikastrategier och handlingsplaner

Den senaste utvecklingen

Narkotikastrategier och handlingsplaner är i dag viktiga instrument inom den nationella narkotikapolitiken i Europa. Med undantag för ett land har samtliga 30 länder som följs av ECNN antagit sådana dokument, som de regelbundet förnyar.

Under 2008 antogs nya narkotikapolitiska dokument ⁽⁶⁾ av Grekland, Frankrike och Storbritannien. Grekland har antagit en handlingsplan (2008–2012) som komplement

⁽³⁾ EUT C 326, 20.12.2008, s. 7.

⁽⁴⁾ Se "EU:s handlingsplan mot narkotika (2009–2012): nya inslag", s. 19.

⁽⁵⁾ http://www.vngoc.org/details.php?id_cat=8&id_cnt=56

⁽⁶⁾ Begreppet "nationellt narkotikapolitiskt dokument" innebär alla officiella dokument som godkänts av en regering i vilka generella principer och bestämda åtgärder eller mål definieras på narkotikaområdet och som officiellt läggs fram som en narkotikastrategi, handlingsplan, program eller annat politiskt dokument.

till sin befintliga narkotikastrategi. Ett av målen i den nya planen är större utbud av narkotikabehandlingar. Den nya franska handlingsplanen (2008–2011) berör olaglig narkotika, alkohol och tobak. En av huvudprioriteringarna i planen är att avråda ungdomar från att börja använda narkotika genom att man på nytt bekräftar förbudet mot narkotikaanvändning och genom att ungdomar och deras föräldrar informeras om dess risker. Den nya narkotikastrategin (2008–2018) och dess handlingsplan (2008–2011) som antagits av Storbritannien är inriktad på att begränsa tillgången och efterfrågan på olaglig narkotika, samtidigt man ägnar särskild uppmärksamhet åt att skydda familjer och stärka samhällen.

I tio andra EU-medlemsstater löpte nationella narkotikapolitiska dokument ut 2008. Spanien antog en ny narkotikastrategi i februari 2009, medan åtta andra länder (Bulgarien, Irland, Italien, Litauen, Cypern, Portugal, Rumänien och Slovakien) höll på att färdigställa och anta nya narkotikastrategier och handlingsplaner under första hälften av 2009. Lettland utvidgade sitt program för 2005–2008 med en ettårig handlingsplan. Nederländerna planerar under 2009 att ersätta 1995 års vitbok om narkotikapolitik. I flera länder löper minst ett narkotikapolitiskt dokument ut under detta år (Tjeckien, Luxemburg, Ungern, Slovenien, Kroatien och Turkiet).

Utvärdering

Omkring två tredjedelar av de europeiska länderna rapporterar att de gör en löpande eller årlig översyn av genomförandet av åtgärderna i de nationella narkotikapolitiska dokumenten. I de flesta fall lämnas en framstegsrapport baserad på uppgifter från tjänsteleverantörer och ministerier delaktiga i narkotikapolitiken in till regeringen eller parlamentet. De flesta länder har därmed redan börjat tillämpa åtgärd 70 i EU:s handlingsplan mot narkotika (2009–2012), i vilken medlemsstaterna uppmanas att regelbundet eller löpande utvärdera och finjustera sin nationella narkotikapolitik.

På liknande sätt är det med den slutliga utvärderingen av nationella narkotikastrategier och handlingsplaner. Fler än 20 länder uppger att de för närvarande förbereder eller nyligen har gjort en sådan utvärdering. I vissa fall är slutrapporten en sammanfattning av de årliga översynerna av genomförandet. I andra fall försöker man få djupare förståelse av genomförandet, av strategins ändamålsenlighet eller verkningar. Av de länder vars utvärdering går mer på djupet har två (Luxemburg och Cypern) beslutat att samarbeta med externa experter från utlandet.

En stor svårighet vid utvärderingen av narkotikapolitiken är att koppla narkotikastrategiernas eller handlingsplanernas

effekter till förändringar i narkotikasituationen. Bland annat är det svårt att bedöma effekterna av komplexa insatser. Man har även begränsad förståelse av centrala faktorer i sammanhanget, som narkotikamarknader eller trender i droganvändning och ungdomars livsstil. Vissa europeiska länder har dock försökt koppla samman narkotikastrategierna eller handlingsplanerna med indikatorer på narkotikasituationen. Detta bör bli vanligare i framtiden med EU:s nya handlingsplan mot narkotika (2009–2012), som efterlyser instrument som mäter narkotikapolitikens ändamålsenlighet och verkan. ECNN håller också på att utarbeta riktlinjer för att hjälpa medlemsstaterna att bedöma och tolka resultaten av de narkotikapolitiska åtgärderna.

Offentliga utgifter

Beslutsfattarna behöver detaljerad och pålitlig information om narkotikarelaterade offentliga utgifter för att kunna bedöma hur resurserna på området används samt narkotikapolitikens kostnadsnyttförhållanden. Att i ekonomiska termer uppskatta de resurser som satsas av staten för att bekämpa användningen av olaglig narkotika är därför ett viktigt steg i riktning mot att förstå narkotikaanvändningens inverkan i ett större perspektiv.

Beräkningarna av offentliga utgifter baseras på statsbudget och räkenskapsdokument. Att uppskatta de sammanlagda utgifterna för nationella narkotikastrategier är dock svårt, eftersom det innebär att man sammanför siffror för verksamhet som utförs på olika styrelsenivåer (t.ex. lokal, regional och nationell), vilken kan finansieras inom ramen för olika budgetrubriker och ofta inte specifikt betecknas som narkotikarelaterad.

De sammanlagda narkotikarelaterade offentliga utgifterna i Europa har uppskattats till 34 miljarder euro för 2005 (ECNN, 2008a). På grund av omfattande underrapportering är det inte möjligt att uppdatera denna uppskattning. Av de 23 länder som lämnade uppgifter för 2007 kunde endast Tjeckien lämna en klassificering av utgifterna på alla styrelsenivåer, vilket illustrerar svårigheterna med att samla in information på området. De flesta länder kunde lämna uppgifter om statliga utgifter; sju rapporterade även utgifterna på regional eller lokal nivå (Belgien, Danmark, Estland, Österrike, Finland och Kroatien) eller från försäkringskassan (Tyskland).

Betecknade och icke-betecknade utgifter

Betecknade utgifter är de planerade narkotikarelaterade offentliga utgifterna för statens offentliga sektor. De speglar statens frivilliga åtagande på narkotikaområdet

Tabell 1: Betecknade och obetecknade narkotikarelaterade offentliga utgifter under 2007 för de medlemsstater i EU som rapporterar enligt COFOG (ändamålsklassifikation av den offentliga sektorns slutliga konsumtion)

COFOG-kategori	Luxemburg miljoner euro (procentandel inom parentes)		Finland ⁽¹⁾ miljoner euro (procentandel inom parentes)		Storbritannien miljoner euro (procentandel inom parentes)
	Betecknade	Obetecknade ⁽²⁾	Betecknade	Obetecknade	Betecknade
Allmänna offentliga tjänster	–	–	–	–	50,4 (3,6)
Allmän ordning och säkerhet	4,7 (37,6)	15,1 (70,2)	–	62,3 (82,2)	358,9 (27,2)
Hälsa	7,8 (62,4)	6,4 (29,8)	14,3 (100)	3,8 (5,0)	958,2 (68,8)
Utbildning	–	–	–	9,7 (12,8)	15,2 (1,1)
Socialt skydd	–	–	–	–	10,5 (0,8)

⁽¹⁾ Uppgifter från 2006.
⁽²⁾ Fullständiga detaljer om modelleringsförfarandena som används för att erhålla uppskattningar av obetecknade utgifter ges av Luxemburg.
Källa: Reitox nationella rapporter (2008).

och kan spåras genom en detaljerad granskning av offentlig budget. Av de 23 länder som lämnade uppgifter för 2007 rapporterade 16 endast betecknade utgifter. I många fall (t.ex. Estland, Frankrike, Polen, Rumänien) var större delen av de betecknade utgifterna kopplade till genomförandet av nationella narkotikapolitiska dokument.

Inte alla narkotikarelaterade utgifter betecknas som sådana i den nationella budgeten. I de flesta länder ingår utgiftsbeloppet för viss narkotikarelaterad verksamhet i andra program och åtgärder (t.ex. budgeten för den totala polisverksamheten, eller åtgärder inriktade på både lagliga och olagliga ämnen). I dessa fall måste sådana "obetecknade utgifter" uppskattas genom kostnadsmodeller. Resultaten av tidigare studier visar att obetecknade utgifter i de flesta fall utgör huvuddelen av de nationella narkotikarelaterade utgifterna.

Narkotikarelaterade offentliga utgifter kan kategoriseras enligt systemet för ändamålsklassifikation av den offentliga sektorns slutliga konsumtion – COFOG (ECNN, 2008e). Tre länder lämnade betecknade utgifter klassificerade till första COFOG-nivån (Luxemburg, Finland och Storbritannien endast för England). Endast Storbritannien infogade siffror för "allmänna offentliga tjänster", "utbildning" och "socialt skydd" (7). I dessa tre länder fick "hälsa" den största andelen av de totala utgifterna, följt av "allmän ordning och säkerhet" (tabell 1). I de länder som lämnade in COFOG-data för obetecknade utgifter fick däremot "allmän ordning och säkerhet" den största andelen, följt av "hälsa". Detta är i linje med resultaten av tidigare rapporter (se ECNN, 2008e), vilket

tyder på att även om större delen av de betecknade offentliga utgifterna tilldelas åtgärder inom "hälsa", så får verksamheten inom "allmän ordning och säkerhet" ändå lejonparten av de narkotikarelaterade offentliga utgifterna.

Trender

I de flesta länder som lämnar konsekventa uppgifter ökade de betecknade utgifterna vid konstanta priser under 2007 jämfört med 2005. Ökningarna varierade från 14 till 23 procent (Tjeckien, Irland, Litauen, Luxemburg, Kroatien) till 72 procent (Cypern och Finland). I Storbritannien låg de betecknade utgifterna under perioden kvar på en stabil nivå.

Nationell lagstiftning

I Europeiska unionens balanserade narkotikapolitiska strategi ges minskning av efterfrågan och minskning av tillgången på narkotika lika stor betydelse. En undersökning av nationell lagstiftning som har antagits under de senaste tio åren visar att EU:s medlemsstater aktivt har lagstiftat i enlighet med detta politiska åtagande. Länderna har upprättat regelverk för vissa skademinskande åtgärder, samtidigt som de har skärpt straffen för olaglig narkotikahandel. Halvvägs genom perioden stimulerades ytterligare denna process genom två EU-instrument. År 2003 utfärdade Europeiska rådet en rekommendation om prevention och minskning av narkotikarelaterade skadeverkningar,

(7) COFOG-klassifikationen har tre hierarkiska nivåer. På den första nivån delas de offentliga utgifterna upp i tio funktioner.

där man bland annat efterlyste tillräckligt utbud av substitutionsbehandlingar och tillgång till distribution och utbyte av injektionsutrustning ⁽⁸⁾. Rådets rambeslut 2004/757/RIF av den 25 oktober 2004 efterlyste dessutom strängare straff för handel med olaglig narkotika. I detta avsnitt beskrivs lagstiftningstrenderna under de senaste tio åren kopplade till minskning av skadeverkningar och påföljder för narkotikahandlare. Det visar sig att verksamheten inom dessa områden på nationell nivå har återspeglats i avtal på EU-nivå, även om vissa länder har valt att gå utöver de minimistandarder som fastställts i dessa avtal.

Substitutionsbehandlingar för opiatmissbrukare

Sedan 1998 uppges ungefär 45 rättsakter i 18 länder ha lagts fram för att inrätta eller förändra substitutionsbehandlingsprogrammets rättsliga ramar. I flera av dessa texter stadfästes eller regleras programmen på ett detaljerat sätt: i Irland (1998), Polen (1999), Tyskland (2000), Tjeckien och Portugal (2001), Grekland och Luxemburg (2002), Belgien och Frankrike (2004), Lettland (2005) samt Österrike och Litauen (2007).

De europeiska länderna har behandlat många olika aspekter av substitutionsbehandling för opiatmissbrukare i antagna lagar och förordningar, men fram till 2004 var det en klar trend att de tillåtna ämnena definierades i texterna. I omkring en fjärdedel av texterna från denna period godkändes eller reglerades användningen av ämnen som metadon och buprenorfin. Däremot definieras eller underlättas tillgången till programmen i en tredjedel av de texter som har redovisats sedan 2002. Ordinerings- eller tillståndsgivning för substitutionsbehandling begränsas ibland genom lag till läkare på behandlingscentrum, även om ordinerings- eller tillståndsgivning ofta är tillåten ⁽⁹⁾. Godkända utlämningsställen specificeras vanligtvis också i lagstiftningen, och är i de flesta fall apotek eller behandlingscentrum, även om vissa länder även ger läkare tillstånd.

Program för nål- och sprututbyte

Program för nål- och sprututbyte kan fungera på lokal, regional eller nationell nivå, ibland inom en bestämd nationell rättslig ram men oftast utan. De lagar som rapporterades i Europa under första delen av den senaste tioårsperioden var huvudsakligen inriktade på att ge en rättslig grund för sådana åtgärder (Slovenien 1999, Polen 2001, Finland 2003), eller på att definiera eller främja rätten att delta i programmen för nål- och sprututbyte (Belgien och Frankrike 1998, Finland 2003). Lagstiftningen inriktades snabbt på att reglera dessa program. Belgien, Portugal och Luxemburg antog särskilda, detaljerade lagar

eller förordningar 2000, 2001 respektive 2003 genom vilka det stadgades vem som får driva sådana program och om utlämningsautomater skulle tillåtas. I Portugal utvidgades 2007 den rättsliga ramen till att även omfatta program för nål- och sprututbyte i fängelser.

Vissa länder har antagit lagstiftning på grund av farhågor för att programmen för nål- och sprututbyte skulle kunna strida mot rättsliga bestämmelser inriktade på att kriminalisera "främjande" av eller "anstiftan" till användning av narkotika. I Belgien och Tyskland har man genom en särskild klausul i lagen uttryckligen undantagit vissa program från alla sådana överväganden, även om det kan sättas en gräns för hur många sprutor som lämnas ut. I några länder ges riktlinjer till polisen om hur brottsbekämpningen ska ske nära utlämningsställen för nålar och sprutor. Överlag rapporteras det vara sällsynt att polisen beslagtar sterila sprutor och nålar i Europeiska unionen.

Påföljder för olaglig narkotikahandel

Under de senaste tio åren har EU:s medlemsstater både enskilt och kollektivt uttryckt åsikten att brott förknippade med olaglig narkotikahandel bör straffas hårdare, även om brotten i sig definieras olika i lagstiftningen i nästan 30 länder. Brottet "olaglig handel" kan innefatta tillverkning eller odling, import och export, transport, erbjudande, försäljning eller innehav, med avsikt att distribuera eller tillhandahålla, eller begreppet att agera "med vinstsyfte" eller "på kommersiell grund".

Under perioden 1999–2004 antog sex länder lagar genom vilka straffen för vissa brott förknippade med narkotikahandel skärptes. År 1999 instiftade Irland det nya brottet innehav av större mängd narkotika (till ett värde av mer än 12 700 euro) med avsikt att tillhandahålla, vilket medför ett obligatoriskt straff på minst tio års fängelse. År 2000 införde Storbritannien minimistraffet sju års fängelse vid en tredje fällande dom för olaglig handel med klass A-narkotika; Grekland skärpte 2001 lagstiftningen om straff för narkotikahandel genom att begränsa de dömdas rätt till villkorlig frigivning. Genom ändringar i den estländska strafflagen 2002 och 2004 höjdes maximistraffen för olaglig handel med små mängder narkotika från tre till fem år och för stora mängder från fem till tio år. I Danmark skärptes straffet för olaglig narkotikahandel från sex till tio år, och för olaglig handel med stora mängder eller särskilt farliga ämnen från tio till 16 år. Litauen skärpte 2004 straffen för grundläggande narkotikahandelsbrott från maximala två år till mellan två och åtta år och för större mängder från mellan två och åtta år till mellan åtta och tio år.

⁽⁸⁾ Rådets rekommendation av den 18 juni 2003 (EUT L 165, 3.7.2003, s. 31).

⁽⁹⁾ Se figur 11, s. 78.

Europeisk rättsdatabas för narkotikafrågor

Den europeiska rättsdatabasen för narkotikafrågor (ELDD) är ECNN:s nätbaserade databas med information om europeisk narkotikarelaterad lagstiftning i medlemsstaterna och Norge. I ELDD återfinns juridiska texter i originalformat, översikter över narkotikalagarna i varje land och detaljerade rapporter om bestämda frågor. I avsnittet "Topic overviews" ges även sammanfattningar av rättsläget på utvalda ämnesområden, såsom olaglig narkotikahandel, substitutionsbehandling eller nål- och sprutprogram⁽¹⁾.

⁽¹⁾ ELDD Topic overviews: <http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5036EN.html>

I oktober 2004 fastslog rådets rambeslut 2004/757/RIF minimibestämmelser för brottsrekvisit och påföljder för olaglig narkotikahandel. Sedan dess har ytterligare fyra länder antagit lagar för att anpassa de grundläggande straffen för olaglig handel till beslutet. År 2006 skärpte Nederländerna maximistraftet för olaglig handel med stora mängder narkotika från fyra till sex år, medan Polen skärpte straffen för innehav av stora mängder och tillhandahållande till minderåriga från maximala fem år till maximala åtta år. Samtidigt fastslog Polen minimiperioden sex månader. I Slovakien skärptes det grundläggande straffet för olaglig narkotikahandel från mellan två och åtta år till mellan fyra och tio år. Maximistraftet för större mängder skärptes från tio till 15 år eller till och med 20 år. I Österrike skärptes 2007 maximistraftet för att ge narkotiska ämnen till andra eller för att odla narkotiska växter från sex till tolv månaders fängelse. Straffen för allvarigare brott förändrades inte, men definitionen av stor mängd reducerades från 25 till 15 gånger gränsvärdet.

Forskning på narkotikaområdet

Den forskning om narkotikaproblemet som har genomförts i europeiska länder behandlades i ett temakapitel som offentliggjordes av ECNN 2008⁽¹⁰⁾. I år analyseras hänvisningarna till nationell forskning i de senaste Reitox-rapporterna för att ge en inblick i den forskning som nyligen har genomförts i europeiska länder. I denna avdelning behandlas även en undersökning om forskningen på narkotikaområdet i EU som offentliggjordes i år av Europeiska kommissionen.

Forskningsprojekt i medlemsstaterna

EU-länderna hänvisade i de senaste nationella Reitox-rapporterna till fler än 350 genomförda eller offentliggjorda

forskningsprojekt under 2007 och 2008. Storbritannien hänvisade till det största antalet forskningsprojekt (fler än 80), följt av Tyskland och Nederländerna (fler än 30 vardera) samt Tjeckien, Irland och Finland (fler än 20).

Mer än en tredjedel av de senaste studierna bestod av forskning om åtgärder på narkotikaområdet. Ytterligare en tredjedel var inriktade på prevalens, incidens och mönster för narkotikaanvändningen, medan en femtedel var inriktade på konsekvenserna av narkotikaanvändning. Bestämningssätt, risk- och skyddsfaktorer, drogers verkningsätt och effekter, tillgång och marknader samt metodikfrågor tycks ha ägnats betydligt mindre uppmärksamhet.

Även om analysen har begränsad omfattning ger resultatet stöd för kraven i EU:s nya handlingsplan på ökade forskningsinsatser inom de prioriterade områden som är underrepresenterade, i synnerhet om tillgången på narkotika.

Analys av forskningen på narkotikaområdet i Europeiska unionen

Även i studien "Comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union", genomförd för Europeiska kommissionen, betecknas ämnet narkotikatillgång som underrepresenterat inom dagens forskning. I rapporten konstateras att prevention, rättsliga ramar och förbud är andra områden som på ett oproportionerligt sätt ägnas för lite forskning. Forskning på det epidemiologiska området var dock vanligare⁽¹¹⁾. Det framkom i studien att man, även om det finns omfattande sakkunskap i medlemsstaterna, bör satsa på att förbättra jämförbarheten av uppgifter mellan länder och i större utsträckning synliggöra forskningen.

Det framkom att deltagandet i europeisk forskning varierade betydligt mellan olika länder. Mycket av det internationella samarbetet ägde rum på informell grund. I studien betonades dock att narkotikarelaterad forskning kan främjas genom europeiska och internationella forskarnätverk. Forskningsresurserna, den sammantagna kvaliteten och den tillgängliga finansieringen varierar i hög grad i EU. Det finns ett stort behov av att bygga upp resurserna och av att finansieringen ska täcka ett större antal politikområden kopplade till EU:s handlingsplan mot narkotika.

⁽¹⁰⁾ Ytterligare information om forskningen på narkotikaområdet på EU-nivå och nationell nivå finns på Internet: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>

⁽¹¹⁾ Se Internet: http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/fsj_drugs_intro_en.htm



Kapitel 2

Olika sätt att hantera narkotikaproblem i Europa – en översikt

Inledning

I detta kapitel presenteras en översikt över olika sätt att hantera narkotikaproblem i Europa. När så är möjligt betonas trender, utveckling och kvalitetsfrågor. Först ges en översikt över preventionsåtgärder, följt av verksamheter för behandling, åtgärder för att minska skadeverkningarna och återintegrering i samhället. Sammantaget utgör alla dessa åtgärder ett heltäckande system för minskning av efterfrågan på narkotika. De kan betraktas som komplementära och tillhandahålls ibland i kombination och av samma inrättningar. Detta är till exempel i ökande grad fallet när det gäller behandling och åtgärder för att minska skadeverkningarna.

De åtgärder som tagits fram inom ramen för narkotikabrottsbekämpningen tas också upp i ett nytt avsnitt som omfattar färskas uppgifter om narkotikarelaterade brott. Kapitlet avslutas med en översikt över tillgängliga uppgifter om narkotikamissbrukares behov i fängelser och befintliga åtgärder i denna särskilda miljö.

Prevention

Förebyggandet av narkotikamissbruk kan indelas i olika nivåer eller strategier som sträcker sig från inriktning på samhället i dess helhet (miljöprevention) till inriktning på individer i riskzonen (individualprevention). Under idealiska förhållanden konkurrerar de inte, utan kompletterar varandra. I följande översikt behandlas den senaste utvecklingen och senaste rapporterade resultat av kontrollerade prövningar på preventionsområdet.

Allmänprevention

Allmänpreventionen är inriktad på hela befolkningar. Dess syfte är att förebygga eller skjuta upp början på narkotikaanvändningen och de narkotikarelaterade problemen genom att ge ungdomar de kunskaper och färdigheter de behöver för att undvika narkotika. De preventionsåtgärder som vidtas i Europa följs nu för första gången systematiskt upp i en majoritet av medlemsstaterna. I de senaste rapporterna bekräftas att åtgärder inriktade

på att informera om droger, exempelvis genom enstaka föredrag, är den vanligaste metoden för allmänprevention inom skolan och i samhället i samtliga dessa länder. Att denna typ av åtgärd skulle vara effektiv stöds dock inte av tillgängliga fakta. Åtgärder på fastare vetenskaplig grund, som standardiserade preventionsprogram, uppges nu finnas i ytterligare länder (Tjeckien, Cypern, Österrike, Polen, Slovenien och Slovakien).

I Europa är EU-Dap-studien (www.eudap.net) inriktad på det begränsade antalet preventionsprogram med bevisad effektivitet. Studien omfattar 7 000 studenter i åldersgruppen 12–14 år i sju europeiska länder. I studien utvärderas ett program baserat på socialt inflytande, i vilket utbildning i livskunskap kombineras med normativ utbildning och information om droger. Efter två år har det visat sig att ofta förekommande alkoholberusning och användning av cannabis har minskat tack vare programmet.

Resultaten i EU-Dap-studien är beroende av kön, då programmets sammantagna effektivitet rör pojkar. Det är inte klarlagt om detta beror på att flickorna i mindre utsträckning är i riskzonen eller om de inte påverkades av programmet. Könberoende effekter konstaterades även i en dansk kontrollerad prövning av ett program i livskunskap. Flickorna påverkades i fråga om mobbning samt alkoholkonsumtion under den gångna veckan och gångna månaden, medan pojkarna påverkades i fråga om att konsumera fler än fem drinkar vid samma tillfälle och att pröva cannabis.

Vid en kontrollerad prövning i Prag jämfördes ett samhällsbaserat program, som omfattade en utbildningsdel, handledning av jämnåriga, utbildning i livskunskap och föräldraprogram, med ett standardiserat förebyggande program i skolorna (Miovský m.fl., 2007). Det samhällsbaserade programmet var effektivare när det gällde att minska alkoholanvändningen och att påverka attityderna till droganvändning bland elever i åldersgruppen 13–15 år, särskilt bland vissa utsatta barngrupper, innefattande barn från familjer med ensamstående föräldrar. Det föreslogs därför att programmet skulle kunna användas inom riktad prevention.

Riktad prevention och individualprevention

Inom både riktad prevention och individualprevention erkänns att narkotikamissbruk främst berör utsatta grupper eller enskilda personer med begränsade sociala och personliga möjligheter (ECNN, 2008c). Den riktade preventionen är inriktad på bestämda grupper, familjer eller samhällen, där människor på grund av sina otillräckliga sociala band och resurser kan vara benägnare att börja använda droger eller bli beroende. Evidensbasen för denna metod presenteras i ett nytt avsnitt av ECNN:s portal för bästa metoder ⁽¹²⁾. Individualpreventionen är inriktad på att identifiera enskilda personer som har beteendeproblem eller psykiska problem som kan leda till att de senare i livet börjar använda droger och att inrikta särskilda insatser på dem.

Ny information om riktad prevention inriktad på etniska grupper har rapporterats av Belgien och Luxemburg. Systematiska interventionsprotokoll för ungdomsbrottslingar efter kontakt med de rättsvårdande organen rapporteras endast i Österrike, Tyskland, Katalonien (Spanien) och Luxemburg, medan andra länder rapporterade allmänna eller punktvisa interventioner. FReD ⁽¹³⁾, ett systematiskt interventionsprotokoll för ungdomsbrottslingar, genomförs med hjälp av EU-stöd sedan 2008 i tio medlemsstater. I en ny utvärdering av FReD i 140 tyska inrättningar pekas på begränsade nivåer av upprepad brottslighet och droganvändning bland deltagarna.

Nya projekt för individualprevention rapporteras endast från Tyskland, Nederländerna, Slovakien och Sverige och fortsätter att vara mycket sällsynta i Europa trots belägg för deras effektivitet (ECNN, 2009b). Aktuella exempel på projekt för individualprevention i Europa innefattar Oregonmodellen för föräldrautbildning, som används i Nederländerna och Norge för föräldrar till barn i åldersgruppen fyra till tolv år med utagerande beteende. På liknande sätt är metoden "Komet för föräldrar", som används i nästan 30 procent av Sveriges kommuner, inriktad på föräldrar till barn med utagerande beteendeproblem i kombination med svårigheter att etablera positiva relationer med jämnåriga. En kontrollerad slumpmässig prövning med 159 familjer pekade på betydligt förbättrad föräldraförmåga bland de deltagande föräldrarna och minskade beteendeproblem hos deras barn.

Behandling

Det rapporteras att omkring 400 000 narkotikaanvändare inledde behandling för missbruk under 2007 ⁽¹⁴⁾.

Narkotikaspecifika kampanjer i massmedierna

Narkotikaspecifika kampanjer i massmedierna inriktade på cannabismissbruk (Danmark, Irland, Frankrike, Nederländerna och Storbritannien) och under senare tid kokainmissbruk (Irland, Spanien och Storbritannien) har utvecklats i Europa.

I nästan alla dessa kampanjer varnas för farorna med att använda drogen, och vissa av dem använder chocktaktik. Endast i två kampanjer används en annan metod. I den brittisk-colombianska kampanjen "Shared responsibility" betonas användarnas ansvar för de miljömässiga och sociala skadorna kopplade till kokainproduktionen. En nederländsk kampanj mot cannabis från 2006 inriktades på normativa övertygelser med hjälp av verklighetsbaserade berättelser om ungdomar i rollen som positiva förebilder, hellre än varningar och framställning av missbruk. I utvärderingen av kampanjen framkom att negativa sociala normer mot cannabISRökning förstärktes och att den inte ledde till några negativa effekter i fråga om avsikten att använda narkotika och normativa övertygelser (Wammes m.fl., 2007).

Kampanjer i massmedierna där man betonar riskerna med narkotikamissbruk utvärderas sällan i fråga om förändringar i beteende, attityder eller avsikten att använda narkotika. Dessutom finns en oro över att de är ineffektiva och möjligen skadliga. I en ingående utvärdering av resultaten av en nationell kampanj mot cannabis i USA upptäcktes exempelvis inga generella positiva effekter. Man fann dock belägg för att kampanjen hade önskade effekter till förmån för cannabis, och personer som tidigare inte hade varit intresserade av drogen uppgav nu att de ville prova den (Hornik m.fl., 2008). Liknande problem redovisades i utvärderingen av den skotska kokainkampanjen "Know the score" (ECNN, 2007a).

Ungdomars beslut föregås av en komplex process som starkt påverkas av samspelet med kamratgruppen och uppfattningar av sociala normer. Hittills verkar det som om kommunikationen genom massmedier inte har tagit upp denna komplexitet.

Mindre än hälften av dem som inledde behandling gjorde det för första gången. Överlag gjordes en majoritet av behandlingsbegäranden (86 procent) på behandlingscentrum inom öppenvården. Denna andel har av olika skäl ökat under senare år, bland annat på grund av ökad tillgång på och mångfald av specialiserade öppenvårdsbehandlingar.

De huvudsakliga metoderna för behandling av drogproblem är i Europa psykosociala åtgärder, substitutionsbehandling för opiatmissbruk och avgiftning.

⁽¹²⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence/selective-prevention>

⁽¹³⁾ http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/Fgn-english

⁽¹⁴⁾ Indikatoren för behandlingsefterfrågan fick uppgifter från 23 länder för behandlingscentrum inom öppenvården, där uppgifterna från de flesta länder omfattade mer än 70 procent av enheterna, och från 20 länder för behandlingshem, där uppgifterna från de flesta länder omfattade över 50 procent av enheterna.

Genom psykosociala åtgärder ges stöd till användare när de försöker hantera och bli kvitt sina drogproblem. Dessa åtgärder omfattar rådgivning, åtgärder för att stärka motivationen, kognitiv beteendeterapi, ärendehantering, grupp- och familjeterapi samt förebyggande av återfall. De psykosociala åtgärderna utgör grunden för samhällsbaserad behandling i öppenvård och slutenvård. De kompletterar normalt även substitutionsbehandling. Avgiftning är en kortsiktig, läkarövervakad åtgärd inriktad på att upplösa de abstinensbesvär som är förknippade med kroniskt narkotikamissbruk. Den ges normalt på behandlingshem. Den relativa förekomsten av olika behandlingsmetoder i varje land påverkas av olika faktorer, bland annat hur det nationella hälso- och sjukvårdssystemet är organiserat.

Behandling i öppenvården

I det förflutna erbjöds behandling för narkotikamissbruk vanligtvis på behandlingshem och de flesta klienterna var heroinmissbrukare. Denna situation förändrades under åttio- och nittiotalen genom den snabba expansionen av behandling i öppenvården och på senare tid genom det växande antalet cannabis- och kokainmissbrukare som söker behandling. Dessutom blev det vanligare med problem kopplade till laglig eller receptbelagd narkotika.

Under 2007 fortsatte opiat, främst heroin, att vara den drog som oftast rapporterades av missbrukare som inledde behandling inom öppenvården och angavs som primär drog av 54 procent av klienterna, följt av cannabis (21 procent) och kokain (18 procent). Flera länder rapporterar en ökning av andelen klienter som inleder behandling på grund av problem med andra droger än opiat, särskilt nya klienter (se kapitlen 3 och 5).

Narkotikamissbrukare som inleder behandling inom öppenvården är till övervägande del unga män med en genomsnittlig ålder på 31 år och nästan fyra gånger fler än kvinnorna (3,7:1). Klienternas ålders- och könsprofil varierar beroende på primär drog. Cannabis-klienter är i genomsnitt mycket yngre (25 år) än klienter med problem kopplade till opiat (32 år) och kokain (33 år). Oavsett primär drog är genomsnittsåldern för klienter som inleder behandling för första gången ungefär två år lägre än för samtliga klienter. Högre kvot än genomsnittet mellan antalet män och kvinnor rapporteras för kokainklienter (5,1:1) och cannabis-klienter (5,5:1) ⁽¹⁵⁾.

Klienter som inleder behandling inom öppenvården gör det vanligtvis på eget initiativ. Dessa klienter utgör ungefär en tredjedel av samtliga klienter. Ungefär en fjärdedel

remitteras till behandling av det straffrättsliga systemet, medan resten remitteras genom sociala tjänster och hälsovårdstjänster eller informella nätverk, inklusive familj och vänner. Det är sällsynt med remittering till behandling från sjukhus och andra medicinska instanser, förutom i Finland, där detta står för 25 procent av klienterna. Ungern utgör också ett undantag. Där remitteras över 70 procent av klienterna från det straffrättsliga systemet ⁽¹⁶⁾. Det är värt att notera att det i den ungerska strafflagen räknas med att "innehav av små mängder inte är straffbelagt i fall där en narkoman kan påvisa fullbordad missbruksbehandling".

Psykosocial behandling inom öppenvården ges oftast av offentliga institutioner (16 länder) eller av frivilligorganisationer (tio länder). Enligt nationella experter är denna typ av behandling tillgänglig för en majoritet som söker den i tio länder, och tillgänglig för nästan alla i ytterligare 13 länder. I fyra länder (Bulgarien, Estland, Rumänien och Turkiet) uppskattas dock att psykosocial behandling är tillgänglig för mindre än hälften av dem som aktivt söker den (se figur 1A). Dessa uppskattningar kan dölja avsevärda variationer inom länder och skillnader i tillgången på specialiserade behandlingsprogram för cannabis- eller kokainmissbrukare.

Substitutionsbehandling för opiatmissbruk

Substitutionsbehandling i kombination med psykosocial vård är det dominerande behandlingsalternativet för opiatmissbrukare i Europa. Den ges vanligtvis som behandling inom öppenvården, även om den i vissa länder även är tillgänglig på behandlingshem. Till exempel i Österrike ordinerar 65 procent av klienterna som genomgår långsiktig behandling på behandlingshem långverkande morfin. Substitutionsbehandling ges även i ökande utsträckning i fängelser ⁽¹⁷⁾.

Efter det att behandling med buprenorfin i höga doser infördes på Cypern under 2007 finns substitutionsbehandling nu tillgänglig i samtliga medlemsstater samt i Kroatien och Norge ⁽¹⁸⁾. I Turkiet har substitutionsbehandling ännu inte införts även om sådan vård är tillåten enligt en förordning om behandlingscentrum från 2004. I 16 länder tillhandahålls substitutionsbehandling huvudsakligen av specialiserade offentliga tjänster inom öppenvården. Mottagningsbaserade allmänpraktiserande läkare, ofta inom ramen för vårdinrättningar som delas med specialiserade centrum, spelar dock en allt större roll

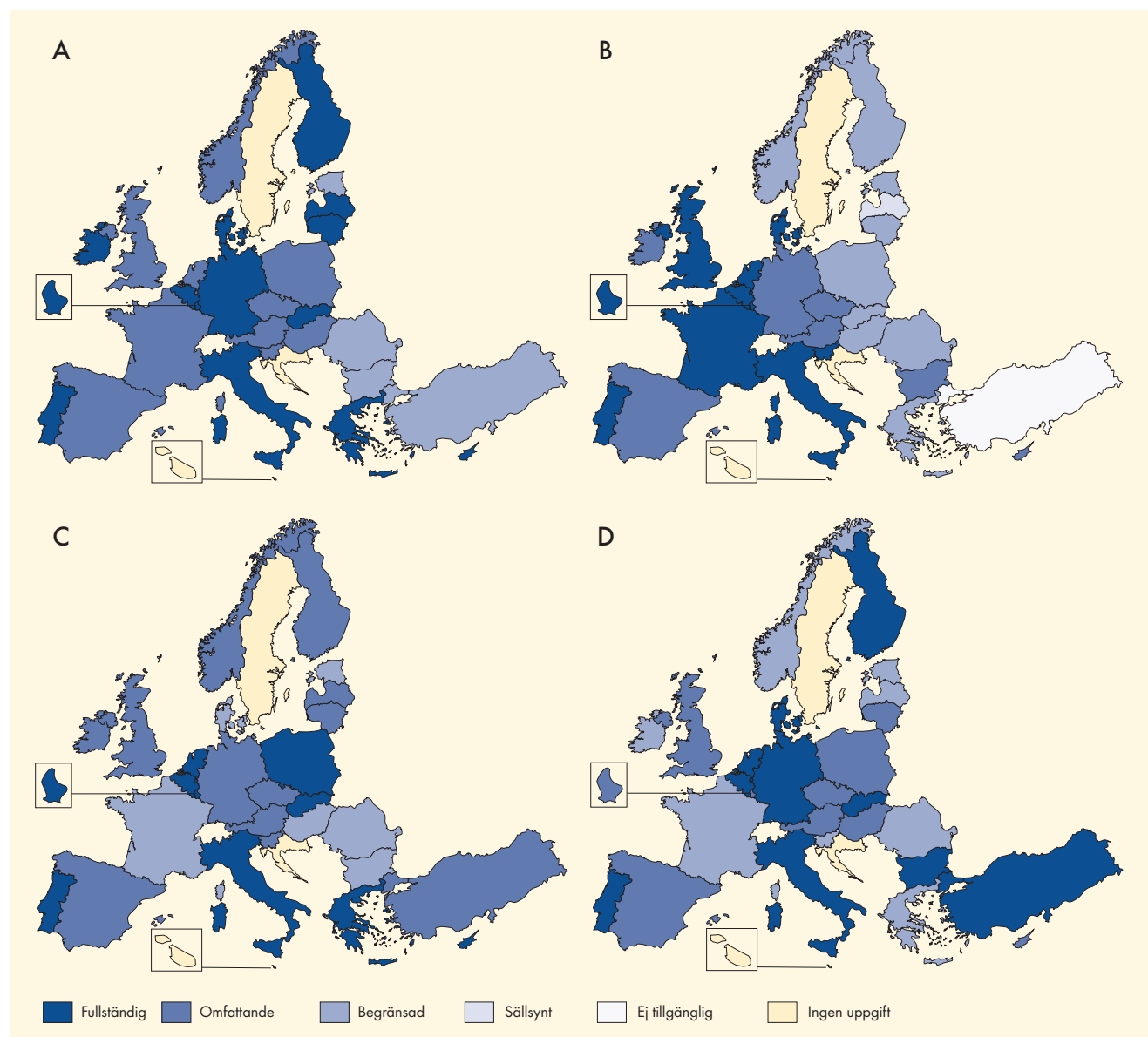
⁽¹⁵⁾ Se tabellerna TDI-10 och TDI-21 i statistikbulletinen 2009.

⁽¹⁶⁾ Se tabell TDI-16 (del ii) i statistikbulletinen 2009.

⁽¹⁷⁾ Se "Hälsovård och socialvård i fängelser", s. 36.

⁽¹⁸⁾ Se tabellerna HSR-1 och HSR-2 i statistikbulletinen 2009.

Figur 1: Tillgång på behandlingsmöjligheter i förhållande till behov, uppskattat av nationella experter: (A) psykosocial behandling i öppenvården, (B) substitutionsbehandling, (C) psykosocial behandling i slutenvården, (D) avgiftning



Anm.: Tillgång definieras genom den uppskattade andelen narkotikamissbrukare i behov av behandling som kan få behandling: nästan samtliga (fullständig), en majoritet men inte nästan samtliga (omfattande), fler än några få, men inte en majoritet (begränsad), endast några få (sällsynt), ej tillgänglig. Uppgifterna samlades in med hjälp av ett strukturerat frågeformulär.

Källa: Reitox nationella kontaktpunkter.

för att tillhandahålla denna typ av behandling och är i vissa länder de som främst tillhandahåller den (den vallonska regionen i Belgien, Tjeckien, Tyskland, Frankrike, Luxemburg, Österrike och Norge) (se kapitel 6).

Man uppskattar att fler än 620 000 opiatmissbrukare fick substitutionsbehandling i Europa under 2007 ⁽¹⁹⁾. Enligt nationella experter är denna typ av behandling tillgänglig för nästan alla opiatmissbrukare i nio länder och för en majoritet av missbrukare i ytterligare sju länder. På andra håll uppskattas det att substitutionsbehandling är tillgänglig för en minoritet av opiatmissbrukare i tio länder

(Estland, Grekland, Lettland, Litauen, Ungern, Polen, Rumänien, Slovakien, Finland, Norge). Uppgifterna om tillgången på substitutionsbehandling tyder på att det finns en regional klyfta, med liten tillgång i länder i östra och norra Europa (figur 1B).

Behandling i slutenvården

Behandling i slutenvården eller på behandlingshem kräver att klienterna övernattar under loppet av flera veckor, upp till flera månader. Dessa program har generellt en läkemedelsfri policy (utan substitutionsbehandling)

⁽¹⁹⁾ Se tabell HSR-3 i statistikbulletinen 2009.

med syftet att göra det möjligt för klienten att avhålla sig från missbruk. Klienterna får logi och individuellt anpassad psykosocial behandling och deltar i aktiviteter som är inriktade på att återanpassa dem till samhället. En terapeutisk samhällsmetod används ofta i detta sammanhang. Behandling i slutenvården ges också av psykiatriska sjukhus, särskilt för klienter med samtidiga psykiska störningar.

Det rapporteras att omkring 40 000 personer, eller en av tio av samtliga missbrukare som inleder behandling, under 2007 inledde behandling inom slutenvården. Mer än hälften angav opiat- och kokain (56 procent). De flesta övriga klienter angav cannabis (14 procent), stimulantia förutom kokain (14 procent) och kokain (7 procent) som primär drog.

Medelåldern för narkotikamissbrukare som inleder behandling i slutenvården är 30 år, men opiat- och kokainklienter är i genomsnitt äldre (31 år) än de som behandlas på grund av stimulantia förutom kokain (28 år) och cannabis (26 år). De flesta klienter i slutenvården är män. Den generella kvoten mellan antalet män och kvinnor är 3,6:1. Kvoten är lägre bland missbrukare med stimulantia förutom kokain som primär drog (2,2:1) och högre bland kokainmissbrukare (5,1:1) och cannabismissbrukare (8:1). I de flesta länder där jämförelse är möjlig är andelen narkotikaklienter utan anställning och osäkert boende högre bland dem som inleder behandling i slutenvården än bland klienter i öppenvården ⁽²⁰⁾.

Behandling i slutenvården erbjuds främst av icke-statliga organisationer (tolv länder) och offentliga institutioner (elva länder). Privata institutioner fyller denna funktion i Danmark och Luxemburg, medan de är näst viktigaste tjänsteleverantörer i tio länder. Nationella experter uppskattar att psykosocial behandling i slutenvården är tillgänglig för en majoritet som söker den i tolv länder och för nästan alla som söker den i ytterligare nio länder. I sex länder (Bulgarien, Danmark, Estland, Frankrike, Ungern och Rumänien) uppskattades dock att denna behandlingsmetod är tillgänglig för mindre än hälften av dem som aktivt söker den (se figur 1C).

Avgiftning

Avgiftning är i allmänhet en förutsättning för att inleda långsiktig, abstinensbaserad behandling på behandlingshem. Den ges ofta men inte alltid inom slutenvården på sjukhus, specialiserade behandlingscentrum eller behandlingshem med medicinska och psykiatriska avdelningar.

Avgiftning ges främst av offentliga institutioner i 21 länder. I Belgien (Flandern) och Nederländerna tillhandahålls den främst av icke-statliga organisationer, medan den privata sektorn dominerar i Luxemburg och Bulgarien. Nationella experter uppskattar att avgiftning är tillgänglig för en majoritet av dem som söker den i nio länder, och för nästan alla i ytterligare tio länder. I åtta länder (Estland, Irland, Grekland, Frankrike, Lettland, Rumänien, Slovenien och Norge) uppskattar man att avgiftning är tillgänglig för mindre än hälften av dem som aktivt söker den (se figur 1D).

Kvalitetssäkring

Beslutsfattare och politiskt ansvariga inom hälsovården i Europa söker i allt högre grad efter mekanismer för att kunna garantera hög kvalitet inom missbruksbehandling. De tenderar även att ge företräde åt "evidensbaserade" åtgärder när de beslutar om behandlingsalternativ och tilldelning av medel.

Riktlinjer håller på att bli ett viktigt verktyg för kvalitetssäkringen av missbruksbehandling. Riktlinjerna för behandling omfattar rekommendationer baserade på vetenskapliga bevis, expertutlåtanden, klienternas preferenser och nationella hälso- och sjukvårdssystem. De är utformade för att bidra till valet och tillämpningen av rätt åtgärder för missbruksbehandling. I 20 av 27 rapporterade länder utarbetas nationella riktlinjer för missbruksbehandling av en godkänd institution.

De befintliga riktlinjerna gäller i synnerhet missbruksbehandling med läkemedel. Nationella riktlinjer för substitutionsbehandling rapporteras finnas i 18 länder, medan elva länder uppger att de har riktlinjer för avgiftning. En tredjedel av dessa länder rapporterar dock inte att det är ett villkor att följa riktlinjerna för att få driva eller få finansiering för en behandlingsinrättning.

Nationella riktlinjer för psykosocial behandling och återintegrering i samhället är mindre vanliga. Endast sju medlemsstater (Bulgarien, Tjeckien, Tyskland, Danmark, Nederländerna, Slovenien och Storbritannien) rapporterar att det finns riktlinjer för psykosociala åtgärder, och fem (Tjeckien, Tyskland, Portugal, Slovenien och Storbritannien) att det finns åtgärder för återintegrering i samhället. Bristen på nationella riktlinjer beror antagligen på begränsad mängd tillgängliga fakta, vilket pekar på behovet av fler kontrollerade slumpmässiga provningar på flera platser inom dessa områden.

Löpande utbildning av personal är viktigt för att säkerställa att tjänsterna håller hög kvalitet. Utbildningar särskilt utformade för personal som behandlar narkotikamissbruk och någon form av löpande utbildning om missbruksbehandling för läkare är vanliga i EU.

⁽²⁰⁾ Se tabellerna TDI-10, TDI-13, TDI-15 och TDI-21 i statistikbulletinen 2009.

Portalen för bästa metoder: ny modul om behandling

Efter lanseringen av modulerna om allmänprevention och riktad prevention under 2008, har ECNN lanserat en ny modul om behandling av narkotikamissbruk på sin portal för bästa metoder. Den innefattar en sammanställning av resultat om effektiviteten av farmakologisk och psykosocial behandling för störningar kopplade till opiater, stimulantia och cannabis, baserat på de senaste granskningarna. Arbetet med portalen har underlättats genom en studie bekostad av Europeiska kommissionen om behandlingskvalitet och utbyte av bästa metoder (generaldirektoratet för hälso- och konsumentfrågor, 2008b).

I modulen om behandling presenteras resultaten av undersökningar som jämför ändamålsenligheten med olika insatser. Ändamålsenligheten bedöms bäst genom kontrollerade försök eller kontrollerade slumpmässiga försök där insatserna jämförs mot bestämda resultatmätt. Större delen av evidensbasen på området härrör från undersökningar som genomförts i Förenta staterna. Undersökningar i Europa blir allt vanligare, och omfattar vissa banbrytande insatser om nya medel för substitutionsbehandling av opiatmissbruk.

Den nya modulen omfattar även länkar till andra informationskällor, utvärderade insatser, en ordlista och en kortfattad översikt över bristerna i dagens evidensbas. Portalen kommer i framtiden att utvidgas med ytterligare ämnen.

ECNN:s portal för bästa metoder: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/treatment>

De flesta länder gör liknande utbildningsmöjligheter tillgängliga för andra yrkesgrupper, inklusive sjuksköterskor, socialarbetare och psykologer.

Få länder rapporterar regelbundna utvärderingar av resultaten för alla typer av missbruksbehandling. Fem medlemsstater utvärderar substitutions- och avgiftningsbehandlingar, och endast Danmark, Tyskland och Storbritannien utvärderar regelbundet resultaten av psykosociala behandlingsåtgärder. Enstaka eller oregelbundna utvärderingar av behandlingsresultat rapporteras också av vissa länder.

Åtgärder för att minska skadeverkningarna

Att förebygga och minska de narkotikarelaterade skadeverkningarna är ett folkhälsomål i samtliga medlemsstater och i EU:s narkotikastrategi (Europeiska kommissionen, 2007). Bland de huvudsakliga åtgärderna på området märks substitutionsbehandling för opiatmissbruk samt program för nål- och sprututbyte,

som är inriktade på dödsfall på grund av överdos och spridningen av infektionssjukdomar. Det rapporteras att dessa åtgärder är tillgängliga i alla länder utom Turkiet. Även om det finns betydande skillnader mellan tjänsternas omfattning och nivå (se kapitlen 6 och 7) är den allmänna europeiska trenden att åtgärder för att minska skadeverkningarna ökar i antal och konsolideras.

De flesta länder tillhandahåller ett antal hälsovårdstjänster och sociala tjänster, inklusive individuell riskbedömning och rådgivning, utbildning i säkrare användning, testning och rådgivning när det gäller infektionssjukdomar, vaccinering och behandling av virushepatit. Dessa tjänster tillhandahålls ofta inom lågtröskelvården. Inriktningen för de skademinskande åtgärderna har utvidgats till att förutom hiv/aids-epidemin även omfatta de hälsomässiga och sociala behoven hos problematiska narkotikaanvändare, särskilt dem som är socialt utestängda.

Under senare år har även en professionaliseringsprocess kunnat iaktas, och noggrannare granskningar tillämpas för att säkra hög kvalitet. Till exempel inspekterades 2006/2007 tjänsterna för minskning av skadeverkningar i England för att fastställa vilka områden som kan förbättras. Kvaliteten kan även säkras genom att man föreskriver en viss standard i finansieringsavtalen, vilket rapporteras av Tjeckien och Estland.

I 14 länder har nationella institutioner ansvaret för kvalitetssäkring. I länder med ett förbundssystem kan regionala organ ha ansvaret. Riktlinjerna kan underbyggas med forskningsresultat om kostnadseffektivitet, som i Storbritanniens riktlinjer för program för nål- och sprututbyte (NICE, 2009). Klienternas delaktighet och återkoppling från personalen uppmuntras också för att utveckla och förbättra tjänsternas kvalitet. Nationella kunskapsplattformar, som *resultaten scoren* (poängresultat) i Nederländerna och internationella kunskapsökande evenemang, till exempel om hepatit C ⁽²¹⁾, är exempel på mekanismer för att sprida bästa metoder och nya forskningsresultat till yrkesfolk. Ett datainsamlingsprotokoll för specialiserade lågtröskelinsatser för minskning av skadeverkningar har också tagits fram av korrelationsnätverket (European Network of Social Inclusion and Health) i samarbete med ECNN (Hedrich m.fl., 2008a), som en del av EU-finansierade projekt för att utarbeta och tillämpa europeiska hälsoindikatorer.

Återintegrering i samhället

Återintegrering i samhället är ett erkänt viktigt inslag i heltäckande narkotikastrategier och kan genomföras i

⁽²¹⁾ <http://www.hepatitisfachtag.org/>

vilket skede som helst under missbruket och i olika miljöer. Den omfattar åtgärder för att stärka missbrukarens egen förmåga, förbättra den sociala förmågan, underlätta och stimulera till anställning och för att få tillgång till bostad eller förbättra det befintliga boendet. I praktiken kan detta innebära att tjänsterna för återintegrering erbjuder yrkesrådgivning, praktikplats och bostadsbidrag. Åtgärder i fängelser, som påverkar återfall och risken för upprepade brottslighet, kan innefatta att förmedla kontakter till samhällsbaserat boende och sociala stödtjänster som förberedelse inför frisläppandet (generaldirektoratet för hälso- och konsumentfrågor, 2008a). I allmänhet beror resultaten av åtgärder för återintegrering i samhället ofta på ett effektivt samarbete mellan hälso- och socialvårdsinstitutionerna.

Hemlöshet och otryggt boende hör till de allvarigaste formerna av social uteslängning som drabbar missbrukare och berör cirka 10 procent av de missbrukare som inledde behandling 2007 ⁽²²⁾. Denna siffra är troligen mycket högre för vissa missbrukargrupper.

Alla medlemsstater rapporterar att de har bostadsprogram för missbrukare. Informationen om i vilken utsträckning missbrukarnas bostadsbehov tillgodoses är dock bristfällig. På grund av begränsade ekonomiska resurser räcker exempelvis de slovakiska återanpassningstjänsternas bostadskapacitet ofta inte till för att täcka efterfrågan.

Stödboenden rapporteras av flera länder (t.ex. Tjeckien, Tyskland, Irland, Nederländerna, Finland, Sverige och Storbritannien). Dessa tillfälliga bostadsprogram består vanligtvis av rum inklusive frukost eller små möblerade lägenheter med kortvariga hyreskontrakt, och tillhandahålls ofta vid utskrivning från behandlingshem för att göra det möjligt för klienterna att leva självständigt. I Irland är exempelvis missbrukarna ansvariga för att betala hyran och vissa hushållstjänster, medan assistenter hjälper dem med deras hyresinnehav och med att få tillträde till utbildning eller anställning.

Eftersom 45 procent av missbrukarna som inleder behandling som bäst har fullgjort grundskolan, och omkring 40 procent av missbrukarna som inleder behandling är arbetslösa ⁽²³⁾, är det centralt för återintegreringen i samhället att hjälpa missbrukarna hitta jobb och yrkesutbildning. De flesta medlemsstater uppger att de har program på detta område. I Ungern, Tjeckien, Litauen, Slovenien och Slovakien har återintegreringen av narkotikamissbrukare på arbetsmarknaden dragit nytta av projekt som finansieras inom ramen för EU-initiativet mot diskriminering på arbetsmarknaden (Equal). Genom de flesta av dessa projekt får stabiliserade

klienter inom missbruksbehandling hjälp med att hitta praktikplats enligt begärvning. Resultaten från en skotsk undersökning talar för värdet med denna metod. I studien framkom att missbrukare på bättringsvägen som fick anställningsrelaterat stöd hade tre gånger större chans att hitta en avlönad anställning (McIntosh m.fl., 2008).

Narkotikabekämpning och narkotikarelaterade brott

Olika myndigheter på olika offentliga områden (t.ex. polis, rättsväsen, hälsa) ser till att narkotikalagstiftningen följs. I praktiken är begreppet "narkotikabekämpning" vanligtvis förknippat med polisens och polisliknande institutioners (t.ex. tullen) verksamhet för att se till att lagstiftningen om narkotikaanvändning och narkotikamarknaden följs. Bland de områden som ingår märks narkotikaanvändning och narkotikainnehav, handel och tillverkning, samt avledning av kemikalier och penningtvätt.

Narkotikabekämpningen är en central del av Europas åtgärder mot droger och får en stor del, kanske den största, av resurserna ägnade åt narkotikaproblemet. Nyligen gjordes ett försök att jämföra fördelningen av narkotikarelaterade offentliga utgifter i Europa. Det verkar som om de offentliga utgifterna för narkotikarelaterad "allmän ordning och säkerhet" (polis, domstolar och fängelser) i genomsnitt kan vara nästan tre gånger större än beloppet som används för att hantera hälsoproblem kopplade till missbruk. En betydande del av de pengar som tilldelats "allmän ordning och säkerhet" tas sannolikt emot av poliskåren (ECNN, 2008e).

De narkotikabekämpande insatsernas karaktär och intensitet kan variera beroende på nationell lagstiftning och dess tillämpning, samt på de delaktiga institutionernas resurser och prioriteringar, vilket innefattar allmänna brottsbekämpande organ och specialenheter ("narkotikapatruller").

Till skillnad från andra områden inom brottsbekämpningen, där polisen vanligtvis reagerar på lagbrott som ofta anmäls av allmänheten, kan huvuddelen av narkotikabekämpningen beskrivas som preventiv, eftersom den i allmänhet utförs på initiativ av institutionerna för bekämpning av narkotikabrott. Skälet är att många narkotikabrott kan betraktas som "brott i samförstånd" där personer under samtycke och i det fördolda ägnar sig åt olaglig verksamhet som polisen förblir omedveten om såvida den inte upptäcks av en slump (t.ex. vid fotpatrullering) eller genom aktiv uppspårning.

⁽²²⁾ Se tabell TDI-15 (del ii) i statistikbulletinen 2009.

⁽²³⁾ Se tabellerna TDI-12 och TDI-13 i statistikbulletinen 2009.

Som en följd av detta omfattar narkotikabekämpningen ett antal verksamheter som ofta bygger på insamling, bearbetning och delning av information genom mänskliga eller elektroniska medel, inklusive datoriserade databaser och specialanpassade kommunikationsnät. Detta gäller särskilt för verksamhet inriktad på att minska tillgången på narkotika ⁽²⁴⁾, där brottsbekämpningen har en central roll, och innefattar samarbete med informatörer, hemliga operationer ("under täckmantel") och elektronisk övervakning, inklusive avlyssning.

Kontrollerade leveranser av narkotika och riktade insatser för att störa eller eliminera försäljningspunkter för narkotika är några av de operativa metoder som används av de brottsbekämpande organen i Europa. Att genomföra kontroller och genomsökningar av personer och fordon på och i närheten av strategiska platser som hamnar, flygplatser och gränser, är en mer allmän taktik som även innefattar andra mål, som invandringskontroll.

De brottsbekämpande institutionerna, särskilt tullen, har i många länder också till uppgift att se till att lagarna följs när det gäller kontrollerade kemikalier. Detta innebär att behandla import- och exportansökningar samt att identifiera och undersöka misstänkta transaktioner. Att oskadliggöra hemliga laboratorier för tillverkning av olaglig narkotika kan vara ytterligare en uppgift för polisen i länder där syntetiska droger tillverkas.

Narkotikarelaterade brott

Inledande rapporter om narkotikabrott, främst från polisen, är de enda uppgifter om narkotikarelaterade brott som rutinmässigt är tillgängliga i Europa ⁽²⁵⁾. I rapporterna hänvisas oftast till brott som drogproduktion, handel och langning, samt droganvändning och innehav för användning.

Uppgifter om narkotikabrott kan betraktas som indirekta indikatorer på missbruk av eller handel med narkotika, eller som mer direkta indikatorer på brottsbekämpande verksamhet. De innefattar dock endast sådan narkotikarelaterad verksamhet som de brottsbekämpande institutionerna avslöjat och kan även spegla nationella skillnader i lagstiftning, prioriteringar och resurser. Dessutom kan de nationella informationssystemen skilja sig åt, särskilt när det gäller registrerings- och rapporteringsrutiner. Av dessa skäl är det svårt att göra meningsfulla jämförelser mellan länder; det är bättre att jämföra trender än absoluta tal.

På grundval av uppgifterna från 21 medlemsstater, som representerar 85 procent av befolkningen i åldersgruppen 15–64 år i EU, ökade antalet rapporterade narkotikabrott med uppskattningsvis 29 procent mellan 2002 och 2007. Uppgifterna pekar på uppåtgående trender i alla uppgiftslämnande länder utom Bulgarien, Tjeckien, Grekland, Luxemburg, Ungern och Slovenien, som samtliga redovisade en stabil nivå eller en sammanlagd minskning under perioden ⁽²⁶⁾.

Användnings- och leveransrelaterade brott

Det har inte skett någon större förändring i förhållandet mellan användningsrelaterade och leveransrelaterade brott (langning, handel, produktion) jämfört med tidigare år. I de flesta europeiska länder utgjorde brott som avsåg användning av droger eller innehav för användning även fortsättningsvis en majoritet av de narkotikarelaterade brotten, med upp till 91 procent (Spanien) av det sammanlagda antalet för 2007 ⁽²⁷⁾. Leveransrelaterade brott dominerar dock i Tjeckien (87 procent) och Nederländerna (69 procent) (figur 2). I Tjeckien bestraffas innehav av små mängder narkotika utan avsikt att föra det vidare med en varning eller böter, medan användningsrelaterade narkotikabrott i allmänhet inte beivras i Nederländerna ⁽²⁸⁾.

Mellan 2002 och 2007 ökade antalet användningsrelaterade narkotikabrott i de flesta uppgiftslämnande länder. Endast Bulgarien, Grekland, Nederländerna och Slovenien rapporterade en minskning under perioden ⁽²⁹⁾. Överlag ökade antalet användningsrelaterade narkotikabrott i EU med uppskattningsvis 32 procent mellan 2002 och 2007.

ECNN:s temakapitel 2009 om statistik över domar

ECNN offentliggjorde 2009 ett nytt temakapitel om statistik över domar, med en översikt över påföljderna för narkotikabrott i europeiska länder. I rapporten behandlas tillgänglig nationell statistik från polis, åklagare och domstolar, vilken går igenom enligt typ av lagöverträdelse (innehav, olaglig handel) och typ av påföljd (böter, fängelse, behandling). Den centrala frågan är: Vilken är den mest sannolika påföljden i varje land om man ertappas för narkotikainnehav eller narkotikahandel?

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

⁽²⁴⁾ Se rutan på s. 28 i ECNN:s årsrapport för 2008 för en definition av åtgärder inriktade på att minska tillgången på narkotika.

⁽²⁵⁾ Se ECNN (2007b) för en diskussion om förhållandet mellan narkotika och brott.

⁽²⁶⁾ Se figur DLO-1 och tabell DLO-1 i statistikbulletinen 2009.

⁽²⁷⁾ Se tabell DLO-2 i statistikbulletinen 2009.

⁽²⁸⁾ Se landsprofilerna för Tjeckien och Nederländerna på ECNN:s webbplats (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>).

⁽²⁹⁾ Se figur DLO-1 och tabell DLO-4 i statistikbulletinen 2009.

Leveransrelaterade narkotikabrott ökade också under perioden 2002–2007, men i mycket långsammare takt. Ökningen var omkring 14 procent i EU. Under denna period rapporterar åtta länder en generell minskning av leveransrelaterade brott, och åtta rapporterar en ökning ⁽³⁰⁾.

Trender för olika droger

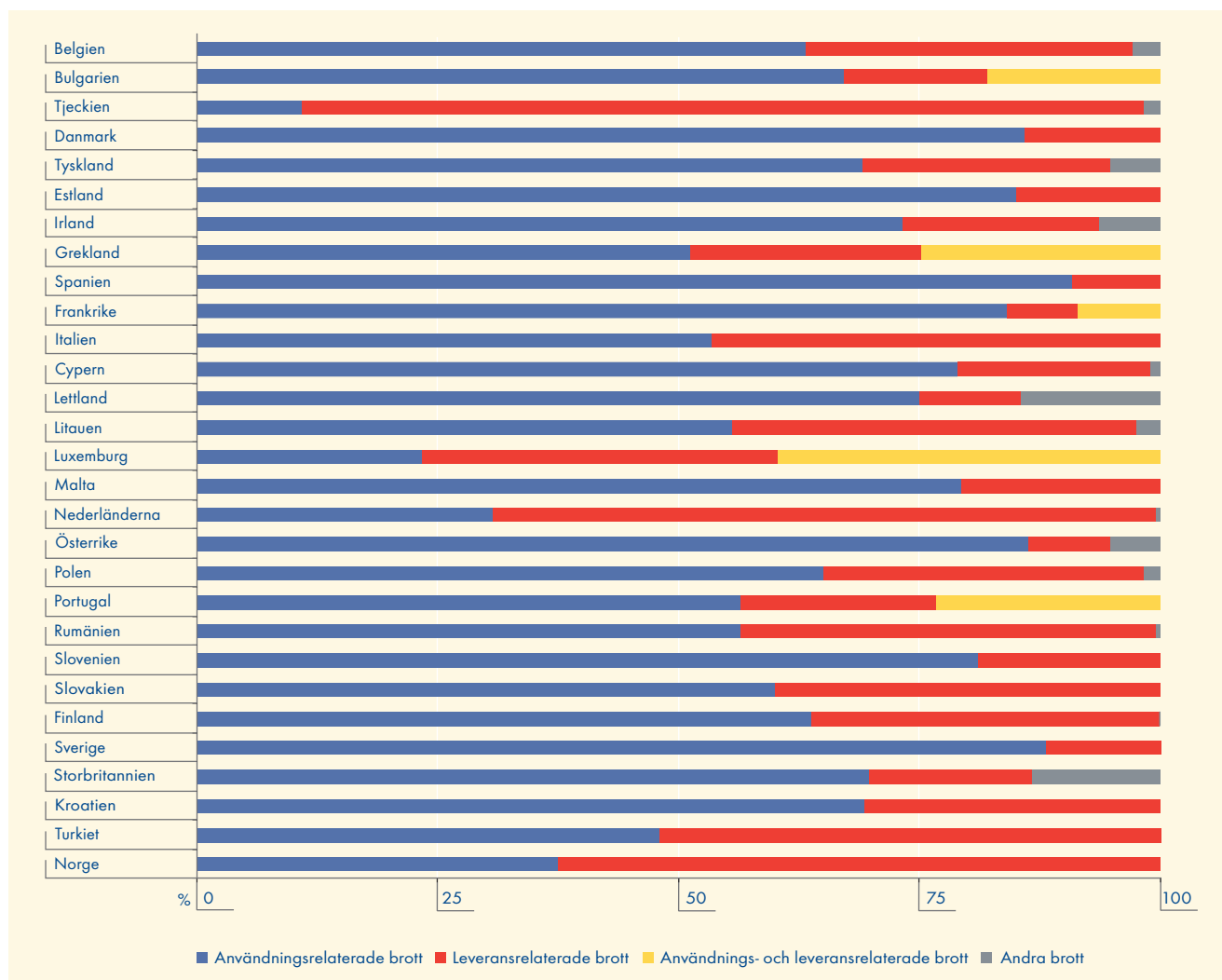
Cannabis fortsätter att vara den olagliga drog som oftast nämns i samband med rapporterade narkotikabrott i Europa ⁽³¹⁾. I majoriteten av de europeiska länderna utgör de cannabisrelaterade brotten 55–85 procent av de rapporterade narkotikabrotten för 2007. Brotten relaterade till andra droger överstiger de cannabisrelaterade

brotten i endast två länder: heroin i Litauen (26 procent) och metamfetamin i Tjeckien (59 procent). I Lettland är narkotikabrotten jämnt fördelade mellan cannabis, heroin och ecstasy.

Under femårsperioden 2002–2007 ökade antalet cannabisrelaterade brott eller låg kvar på samma nivå i de flesta uppgiftslämnande länder, vilket ledde till en ökning på uppskattningsvis 23 procent i EU. Nedåtgående trender rapporteras av Bulgarien, Tjeckien och Slovenien ⁽³²⁾.

Kokainrelaterade brott ökade under perioden 2002–2007 i alla uppgiftslämnande länder utom Bulgarien och Tyskland. Sammantaget i EU ökade kokainrelaterade brott med ungefär 59 procent under denna period ⁽³³⁾.

Figur 2: Typer av brott i rapporterna om narkotikabrott i Europa



Anm.: Se figur DLO-2 i statistikbulletinen 2009 för ytterligare uppgifter.
Källa: Reitox nationella kontaktpunkter.

⁽³⁰⁾ Se figur DLO-1 och tabell DLO-5 i statistikbulletinen 2009.

⁽³¹⁾ Se tabell DLO-3 i statistikbulletinen 2009.

⁽³²⁾ Se figur DLO-3 och tabell DLO-6 i statistikbulletinen 2009.

⁽³³⁾ Se figur DLO-3 och tabell DLO-8 i statistikbulletinen 2009.

En ökning av heroinrelaterade brott i EU på ungefär 7 procent har observerats för perioden 2002–2007, så den nedåtgående trenden som noterats i föregående rapporter tycks nu ha upphört. De nationella trenderna har dock gått i sär. Den uppåtgående trenden orsakas framför allt av ökning under de senaste två åren i Belgien, Grekland, Spanien, Frankrike, Polen och Portugal, och en stabilisering i Tyskland och Österrike ⁽³⁴⁾.

Antalet amfetaminrelaterade brott som rapporteras i EU fortsätter att öka. Ökningen mellan 2002 och 2007 var uppskattningsvis 59 procent. Antalet ecstasyrelaterade brott har däremot minskat med uppskattningsvis 22 procent under samma period ⁽³⁵⁾.

Hälsovård och socialvård i fängelser

Över 600 000 personer befinner sig i fängelse i EU ⁽³⁶⁾, vilket innebär i genomsnitt cirka 120 interner per 100 000 invånare. Nationella fängelsetal varierar mellan 65 och 320 interner per 100 000 invånare. De flesta medlemsstater i Central- och Östeuropa redovisar högre siffror än genomsnittet. Inte desto mindre ligger de nationella siffrorna och EU-genomsnittet kvar långt under de siffror som redovisas av Ryssland (629) och USA (756) ⁽³⁷⁾.

Interner dömda för narkotikabrott utgör någonstans mellan 10 och 30 procent av fängelsepopulationen i de flesta EU-länder. Ett okänt antal personer döms för egendomsbrott som begåtts för att bekosta narkotikamissbruk eller för andra narkotikarelaterade brott. Även om de sammanlagda siffrorna är låga har antalet narkotikabrottslingar bland dömda interner ökat under de senaste åren i flera medlemsstater i Central- och Östeuropa.

Missbruk i fängelser

Det råder fortfarande brist på standardisering av definitioner, forskningsfrågor och metodik för studier av missbruk i fängelser (Vandam, 2009; generaldirektoratet för hälso- och konsumentfrågor, 2008a), även om befintliga studier pekar på att missbruket fortfarande är vanligare bland interner än i den övriga befolkningen. Uppgifter från flera studier som genomförts från 2002 och framåt, mestadels i Västeuropa, visar att

mellan en tredjedel och hälften av dem som deltog i undersökningen regelbundet använde olaglig narkotika före fängelsevistelsen. Studier pekar också på att de skadligaste formerna av missbruk kan vara koncentrerade bland interner. Mellan en femtedel och en tredjedel av dem som deltog i undersökningen uppgav att de någon gång hade injicerat narkotika ⁽³⁸⁾.

När de kommer till fängelset minskar eller upphör de flesta narkotikaanvändare med konsumtionen av droger, framför allt på grund av att de är svåra att få tag på. Men det faktum att olagliga droger kommer in i de flesta fängelser, trots alla åtgärder som vidtas för att minska tillgången, medges dock av både fängelseexperter och beslutsfattare i Europa. I studier som har genomförts sedan 2002 uppgav 1–50 procent av internerna att de hade använt droger i fängelset, och upp till 27 procent att de regelbundet använde droger under fängelsetiden ⁽³⁹⁾. I en undersökning av 1 457 interner i sex tyska fängelser framkom att 22 procent hade injicerat droger i fängelset. I studier från fyra andra länder redovisades siffror på 10 procent eller mer ⁽⁴⁰⁾. Missbrukare som injicerar narkotika i fängelse tycks oftare dela utrustning jämfört med andra missbrukare. Detta leder till problem kopplade till spridningen av infektionssjukdomar i fängelser.

Fängelsehälsovård i Europa

Interner har rätt till samma hälsovård som personer ute i samhället, varför fängelsehälsovården bör kunna behandla narkotikaproblem under förhållanden som är jämförbara med dem som erbjuds utanför fängelset (CPT, 2006; WHO, 2007). Denna allmänna likvärdighetsprincip erkänns i EU genom rådets rekommendation av den 18 juni 2003 om förebyggande och begränsning av hälsorelaterade skador i samband med narkotikamissbruk ⁽⁴¹⁾ och i EU:s nya handlingsplan mot narkotika (2009–2012) efterlyses dess genomförande.

Tillhandahållandet av hälsovård till interner får nu ökad uppmärksamhet från nationella beslutsfattare, samtidigt som det finns tecken på att EU:s medlemsstater förbättrar tjänsterna för interner. Till exempel uppgav nu flera länder att de har nationella strategier och program för fängelsehälsovård. Trots det återstår mycket att göra för att interner ska få tillgång till hälsovård på en nivå och med en kvalitet som är jämförbar med den som

⁽³⁴⁾ Se figur DLO-3 och tabell DLO-7 i statistikbulletinen 2009.

⁽³⁵⁾ Se figur DLO-3 i statistikbulletinen 2009.

⁽³⁶⁾ Uppgifter om fängelser i Europa finns tillgängliga från Europarådet på http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE/List_Space_L.asp

⁽³⁷⁾ Källa: <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief> för siffror från Ryssland och Förenta staterna.

⁽³⁸⁾ Se tabellerna DUP-105 och DUP-2 i statistikbulletinen 2009.

⁽³⁹⁾ Se tabell DUP-3 i statistikbulletinen 2009.

⁽⁴⁰⁾ Se tabell DUP-4 i statistikbulletinen 2009.

⁽⁴¹⁾ EUT L 165, 3.7.2003, s. 31.

erbjuds utanför fängelserna. Dessutom måste fängelserna hantera de utmaningar som uppstår genom missbrukarnas särskilda hälsovårdsbehov, såsom blodburna infektionssjukdomar och samtidiga psykiska problem.

Hjälp till narkotikamissbrukare i fängelse

Tjänster som erbjuds interner i europeiska länder innefattar information om droger och hälsa, kontroll av infektionssjukdomar och vaccinering, behandling av narkotikaberoende, inklusive avgiftning, substitutionsbehandling och läkemedelsfria metoder, samt förberedelse för frigivning. Exempel på den fortsatta utvidgningen av tjänsterna till interner är införandet av substitutionsbehandling i fängelser i Tjeckien, Polen och Sverige, ett läkemedelsfritt behandlingsprogram på Cypern och utvidgningen av den danska "behandlingsgarantin" till fängelser (för att ge tillgång till behandling mot narkotikamissbruk inom två veckor efter begäran).

I 26 länder tillåter de officiella bestämmelserna att en substitutionsbehandling kan fortsättas i fängelse, men i fem av dem tillämpas inte detta. Att inleda denna typ av behandling i fängelse tillåts i 21 länder. Enligt expertuppskattningar finns det dock skillnader i hur denna behandling ges. Substitutionsbehandling är tillgänglig i nästan alla fängelser i nio länder, och i mer än hälften av fängelserna i ytterligare fyra länder. I Tjeckien, Frankrike, Tyskland och Storbritannien uppskattas det att substitutionsbehandling är tillgänglig i mindre än hälften av fängelserna, och i Ungern, Polen, Finland och Sverige endast i ett fåtal fängelser. Avslutningsvis är denna typ av behandling inte tillgänglig i fängelserna i nio länder (Bulgarien, Estland, Grekland, Cypern, Litauen, Lettland, Slovakien, Rumänien och Turkiet), även om dess införande förbereds i Bulgarien och Rumänien, och rättsliga förändringar diskuteras i Lettland.

Begränsad tillgång till substitutionsbehandling i samhället återspeglas normalt i frånvaron av eller en mycket

begränsad tillgång till denna typ av behandling i fängelserna ⁽⁴²⁾. Andra hinder för substitutionsbehandling i fängelserna som rapporteras av medlemsstaterna innefattar: brist på rättsliga ramar för dess införande (Finland) och krav på betalning för behandlingen (den franskspråkiga delen av Belgien). Tillgången till substitutionsbehandling beror ofta även på lokala förhållanden och ibland på den enskilde fängelseläkarens initiativ.

Expertuppskattningar av tillgången och nivån på andra preventiva åtgärder och åtgärder för att minska skadeverkningarna i fängelse finns för 26 EU-länder, Norge och Turkiet. Individuell rådgivning om infektionssjukdomar och bedömning av narkotikarelaterat riskbeteende uppges finnas i fängelserna i 26 länder. Testning av hepatit C vid ankomst till fängelse finns i 22 länder, men inte i Ungern, Polen och Turkiet. I Ungern testades dock mer än 14 procent av alla interner för hepatit C-virus (HCV) under de första nio månaderna av en pågående kampanj som inleddes 2007. Andra åtgärder innefattar målinriktade vaccineringsprogram mot hepatit B, narkotikainriktade hälsofrämjande utbildningar för fängelsepersonal, samt rådgivning och utbildning i säkrare användning, vilka alla uppges finnas i 13 länder, dock med varierande grad av täckning.

Tillgången på åtgärder mot överdoser följer liknande mönster. Även om rådgivning om överdosrisker före frisläppande finns i 18 länder, uppskattar man att endast åtta länder har gett den till fler än en handfull interner under de senaste tolv månaderna. Informationsmaterial om narkotikarelaterade dödsfall och nödsituationer, som utarbetats särskilt för fängelsemiljön, finns i endast sju länder ⁽⁴³⁾.

Nål- och sprututbyte i fängelser rapporteras av Tyskland, Spanien, Luxemburg, Portugal och Rumänien, samt är planerat i Storbritannien (Skottland). Motstånd från fängelsepersonalen och brist på sekretess har uppgetts vara hinder för ett framgångsrikt genomförande av vissa nål- och sprututbytesprogram i fängelser.

⁽⁴²⁾ Se figur HSR-2 i statistikbulletinen 2009.

⁽⁴³⁾ Se tabell HSR-7 i statistikbulletinen 2009.



Kapitel 3

Cannabis

Inledning

Under de senaste åren har situationen när det gäller cannabis förändrats märkbart i Europa, liksom debatten om hur man lämpligast bemöter den utbredda användningen av denna drog. I början och i mitten av nittioalet utmärkte sig ett fåtal länder genom hög prevalens, medan den europeiska normen var användningsnivåer som med dagens mått mätt var låga. På nittioalet med fortsättning i början av detta århundrade ökade cannabisanvändningen i de flesta länder, vilket har lett till att vi i dag har en homogenare europeisk bild även om det fortfarande finns viktiga skillnader mellan länderna. Under de allra senaste åren har man därtill fått större kunskaper om de folkhälsoeffekter som långsiktig och allmän användning av denna drog har, och antalet behandlingsbegäranden för cannabisrelaterade problem har ökat. Europa kan nu vara på väg in i en ny fas eftersom det finns uppgifter från enkäter med befolkningen som helhet och med skolelever som tyder på att situationen håller på att stabiliseras eller till och med mildras. Historiskt sett är dock

användningsnivåerna fortfarande höga och vilka åtgärder som kan ge en effektiv lösning på cannabisanvändningen är fortfarande en central fråga i den europeiska debatten om narkotika.

Tillgång och tillgänglighet

Produktion och handel

Cannabis kan odlas i en rad olika miljöer och växer vild i många delar av världen. Man räknar i dag med att plantan odlas i 172 länder och områden (UNODC, 2009) ⁽⁴⁴⁾. Det är därför svårt att göra en exakt uppskattning av världsproduktionen. UNODC (2009) uppskattar att den totala produktionen av marijuana 2008 låg på mellan 13 300 ton och 66 100 ton.

Odlingen av cannabis är utbredd i Europa och ökar möjligen (Korf, 2008). År 2007 redovisade 19 europeiska länder inhemsk cannabisodling, men i vilken skala tycks variera väsentligt. En betydande andel av den cannabis

Tabell 2: Produktion, beslag, pris och styrka för marijuana och hasch

	Hasch	Marijuana
Total produktion, uppskattning (ton)	2 200–9 900	13 300–66 100
Total beslagtagen volym (ton)	1 300	5 600
Beslagtagen kvantitet (ton) EU och Norge (Inklusive Kroatien och Turkiet)	853 (859)	70 (96)
Antal beslag EU och Norge (Inklusive Kroatien och Turkiet)	324 000 (325 000)	227 000 (241 000)
Medelpris i missbrukarledet (euro per gram) Intervall (Kvartilavstånd) ⁽¹⁾	3–11 (5–9)	1–12 (4–9)
Intervall för medelstyrka (innehåll av THC)	2–13 %	1–10 %
⁽¹⁾ Intervall i den mellersta hälften av de rapporterade medelpriserna. Anm.: Samtliga uppgifter avser 2007, med undantag för uppskattningarna av den totala produktionen, som avser 2008. Källa: UNODC World drug report (2009) för globala värden, Reitox nationella kontaktpunkter för europeiska uppgifter.		

⁽⁴⁴⁾ För information om källorna för uppgifter om tillgång på och tillgänglighet för narkotika, se s. 39.

som används i Europa är likväl troligen resultatet av handel inom regionerna.

Marijuana importeras också till Europa, mestadels från Afrika (t.ex. Nigeria, Marocko, Ghana och Sydafrika) och mindre ofta från Sydostasien (Pakistan) och Latinamerika (Jamaica) (Internationella narkotikakontrollstyrelsen, 2009a).

Den totala produktionen av hasch uppskattades 2008 till mellan 2 200 ton och 9 900 ton (UNODC, 2009). Marocko är fortfarande den största internationella producenten. Arealen där produktion av hasch sker uppges ha minskat från 134 000 hektar till 76 400 hektar mellan 2003 och 2005 (UNODC och regeringen i Marocko, 2007). Produktion av hasch rapporteras också i andra länder, inklusive Afghanistan och Pakistan (UNODC, 2009). Hasch producerad i Marocko smugglas vanligen in i Europa via Iberiska halvön och Nederländerna och distribueras sedan vidare till andra europeiska länder.

Beslag

I hela världen beslagtogs under 2007 uppskattningsvis 5 600 ton marijuana och 1 300 ton hasch, vilket är en total ökning med 10 procent från föregående år. Nordamerika fortsätter att stå för de största beslagen av marijuana (66 procent), medan de största kvantiteterna beslagtagen hasch var koncentrerade till Väst- och Centraleuropa (66 procent) (UNODC, 2009).

I Europa gjordes 2007 uppskattningsvis 241 000 beslag av marijuana på sammanlagt 96 ton ⁽⁴⁵⁾. Antalet beslag har mer än fördubblats mellan 2002 och 2007. Mängden beslagtagen marijuana halverades under de två första åren under perioden för att sedan öka, även om mängderna fortfarande ligger långt under de 130 ton som beslagtogs 2002. Storbritannien rapporterade flest beslag av marijuana och stod för ungefär hälften av det sammanlagda antalet 2005 och 2006. Turkiet (25,5 ton) och Belgien (12,8 ton) rapporterade rekordbeslag 2007.

Beslagen av hasch i Europa är större än beslagen av marijuana såväl när det gäller antal som kvantitet ⁽⁴⁶⁾. Omkring 325 000 haschbeslag gjordes 2007, vilket resulterade i att 859 ton av drogen konfiskerades. Detta var nästan nio gånger mer än kvantiteten beslagtagen marijuana. Mellan 2002 och 2007 ökade antalet haschbeslag, även om den beslagtagna mängden har varierat under samma period. Knappt över hälften av det totala antalet haschbeslag och ungefär tre fjärdedelar av den beslagtagna kvantiteten rapporterades 2007

av Spanien. Rekordstora mängder hasch beslagtogs av Belgien (59 ton), Portugal (43 ton) och Turkiet (6 ton).

Antalet beslag av cannabisplanter har ökat stadigt sedan 2002 och uppnådde uppskattningsvis 15 000 fall 2007. Länderna rapporterar den beslagtagna mängden antingen som antal planter eller som en uppskattning av vikten. Antalet beslagtagna planter var 2,4 miljoner, vilket är en siffra som har hållit sig relativt stabil under de senaste två åren, efter en uppgång från 1,5 miljoner 2002. Vikten på de beslagtagna plantorna har ökat drastiskt

Tillgång på och tillgänglighet för narkotika – uppgifter och källor

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

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

ECNN samlar in nationella uppgifter om narkotikabeslag, renhetsgrad och priser i missbrukarledet i Europa. Andra uppgifter om tillgång på narkotika kommer från UNODC:s informationssystem och analyser som kompletteras med ytterligare uppgifter från Europol. Information om narkotikaprekursorer erhålls från Europeiska kommissionen, som samlar in uppgifter om beslag av dessa ämnen i EU, och INCB, som medverkar i internationella åtgärder för att förhindra avledning av prekursorkemikalier som används vid framställning av olagliga droger.

Uppgifterna och uppskattningarna i denna rapport utgör de bästa approximationer som finns tillgängliga, men måste tolkas med försiktighet, eftersom det i många delar av världen fortfarande saknas mer avancerade informationssystem om narkotikatillgången.

⁽⁴⁵⁾ Uppgifterna om europeiska narkotikabeslag som nämns i det här kapitlet finns i tabellerna SZR-1 till SZR-6 i statistikbulletinen 2009.

⁽⁴⁶⁾ På grund av skillnader i leveransstorlek och tillryggalagda avstånd, samt behovet av att överskrida internationella gränser, skulle hasch kunna löpa större risk att beslagtas än inhemskt producerad marijuana.

under perioden och nådde 27 ton 2007, av vilka 25 ton rapporterades av Spanien.

Styrka och pris

Styrkan hos cannabisprodukter bestäms av halten av delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), som är den viktigaste verksamma beståndsdelen. Styrkan hos cannabis varierar i hög grad mellan och inom länder och mellan olika produkter. Information om cannabisstyrka baseras i allmänhet på kriminalteknisk analys av beslagtagna cannabis, utvald på basis av stickprov. Det är oklart i vilken utsträckning de analyserade stickproven speglar marknaden i stort och av det skälet bör uppgifter om styrka tolkas med försiktighet. Nationellt rapporterad genomsnittlig THC-halt i hasch varierade 2007 mellan 2,9 procent och 13,3 procent. Medelstyrkan på marijuana, med undantag för inhemsk sinsemilla (*nederwiet*) i Nederländerna, varierade mellan 1,2 procent och 10,2 procent. Under perioden 2002–2007 har den rapporterade medelstyrkan hos hasch och marijuana varit stabil eller minskat i de flesta av de 16 europeiska länder för vilka denna analys kunde utföras. En uppåtgående trend för genomsnittlig THC-halt i hasch konstaterades dock i Portugal och Luxemburg. En ökning av styrkan hos marijuana konstaterades i fem andra länder. Information under flera år i rad om styrkan hos lokalt producerad marijuana finns endast för Nederländerna, där en nedgång i medelstyrkan hos *nederwiet* nyligen kunde konstateras, från en topp på 20,3 procent 2004 till 16,0 procent 2006, en nivå som kvarstod 2007 ⁽⁴⁷⁾.

Medelpriset i missbrukarledet för hasch varierade 2007 mellan 3 euro och 11 euro per gram i de 18 länder som lämnar uppgifter. Hälften av dem rapporterade priser mellan 5 euro och 9 euro. Medelpriset i missbrukarledet för marijuana varierade mellan 1 euro och 12 euro per gram i de 17 länder som lämnar uppgifter. Ungefär hälften av dem rapporterar priser mellan 4 euro och 9 euro. I de elva länder med uppgifter för perioden 2002–2007 minskade medelpriset i missbrukarledet för hasch, anpassat för inflationen. Under samma period tyder tillgängliga uppgifter om marijuana på en stabilare situation.

Prevalens och mönster för användningen

Cannabisanvändning i befolkningen som helhet

Enligt en försiktig uppskattning har omkring 74 miljoner vuxna européer använt cannabis minst en gång (livstidsprevalens). Detta motsvarar mer än var femte vuxen europé i åldrarna 15–64 år (se tabell 3 för en sammanställning av uppgifterna). Det råder betydande skillnader mellan olika länder – nationella prevalenstal varierar mellan 1,5 procent och 38,6

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

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

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

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

Det bredaste måttet av de tre tidsperioder som brukar användas i redovisningen av enkätuppgifter avser livstidsprevalensen (andelen som någon gång har använt en drog). Detta mått speglar inte den nuvarande situationen bland vuxna, men det används ofta för att ge insikter i mönstren för narkotikamissbruk och incidensen. När det gäller vuxna är ECNN:s normala åldersintervall 15–64 år (samtliga vuxna) och 15–34 år (unga vuxna), inriktat på tolv månadersprevalensen och en månadersprevalensen (andelen i befolkningen som har använt narkotika under det senaste året respektive under de senaste 30 dagarna före undersökningen) ⁽¹⁾. Bland skolelever är livstidsprevalensen och tolv månadersprevalensen ofta densamma, eftersom det är sällsynt med olaglig narkotikaanvändning före 15 års ålder.

I undersökningen "European School Survey Project on Alcohol and other Drugs" (Projektet för europeiska skolundersökningar om alkohol och andra droger, ESPAD) används standardiserade metoder och instrument för att mäta användningen av narkotika och alkohol i ett representativt urval av 15–16-åriga skolelever. Undersökningarna har genomförts 1995, 1999, 2003 och 2007. År 2007 samlades uppgifter in från 35 länder, inklusive 25 EU-medlemsstater samt Norge och Kroatien ⁽²⁾.

⁽¹⁾ För ytterligare information, se: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview>

⁽²⁾ En sammanfattning av de viktigaste resultaten från ESPAD-undersökningen 2007 finns tillgänglig på 23 språk (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index77163EN.html>). Hela rapporten finns på ESPAD:s webbplats (<http://www.espad.org>)

⁽⁴⁷⁾ Se tabellerna PPP-1 och PPP-5 i statistikbulletinen 2009 för uppgifter om styrka och pris.

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

Åldersgrupp	Tidsperiod för användning		
	Livstidsprevalens	Tolvmånadersprevalens	Enmånadersprevalens
15–64 år			
Uppskattat antal användare i Europa	74 miljoner	22,5 miljoner	12 miljoner
Europeiskt genomsnitt	22,1 %	6,8 %	3,6 %
Intervall	1,5–38,6 %	0,4–14,6 %	0,1–7,2 %
Länder med lägst prevalens	Rumänien (1,5 %) Malta (3,5 %) Bulgarien (5,6 %) Cypern (6,6 %)	Rumänien (0,4 %) Malta (0,8 %) Grekland (1,7 %) Bulgarien (1,9 %)	Rumänien (0,1 %) Malta (0,5 %) Sverige (0,6 %) Litauen (0,7 %)
Länder med högst prevalens	Danmark (38,6 %) Italien (31,2 %) Frankrike (30,6 %) Storbritannien (30,0 %)	Italien (14,6 %) Spanien (10,1 %) Tjeckien (9,3 %) Frankrike (8,6 %)	Italien (7,2 %) Spanien (7,1 %) Frankrike, Tjeckien (4,8 %)
15–34 år			
Uppskattat antal användare i Europa	41,5 miljoner	17 miljoner	9 miljoner
Europeiskt genomsnitt	31,1 %	12,5 %	6,8 %
Intervall	2,9–48,0 %	0,9–20,9 %	0,3–13,4 %
Länder med lägst prevalens	Rumänien (2,9 %) Malta (4,8 %) Cypern (9,9 %) Grekland (10,8 %)	Rumänien (0,9 %) Malta (1,9 %) Grekland (3,2 %) Cypern (3,4 %)	Rumänien (0,3 %) Sverige (1,3 %) Grekland, Litauen (1,5 %)
Länder med högst prevalens	Danmark (48,0 %) Frankrike (43,6 %) Storbritannien (40,1 %) Tjeckien (38,3 %)	Italien (20,9 %) Tjeckien (19,3 %) Spanien (18,8 %) Frankrike (16,7 %)	Spanien (13,4 %) Italien (10,4 %) Tjeckien, Frankrike (9,8 %)
15–24 år			
Uppskattat antal användare i Europa	19 miljoner	10 miljoner	5 miljoner
Europeiskt genomsnitt	30,5 %	15,8 %	8,3 %
Intervall	3,7–43,9 %	1,5–28,2 %	0,5–16,9 %
Länder med lägst prevalens	Rumänien (3,7 %) Malta (4,9 %) Cypern (6,9 %) Grekland (9,0 %)	Rumänien (1,5 %) Grekland, Cypern (3,6 %) Sverige (6,0 %) Portugal (6,6 %)	Rumänien (0,5 %) Grekland (1,2 %) Sverige (1,6 %) Cypern, Litauen (2,0 %)
Länder med högst prevalens	Tjeckien (43,9 %) Frankrike (42,0 %) Danmark (41,1 %) Tyskland (39,0 %)	Tjeckien (28,2 %) Spanien (24,1 %) Italien (22,6 %) Frankrike (21,7 %)	Spanien (16,9 %) Tjeckien (15,4 %) Frankrike (12,7 %) Italien (11,5 %)

De europeiska prevalensuppskattningarna är baserade på viktade genomsnitt från de senaste nationella enkäterna som genomfördes från 2001 till 2008 (främst 2004–2008), och kan därför inte knytas till ett bestämt år. Genomsnittlig prevalens för Europa har beräknats genom ett viktat genomsnitt enligt populationen i relevant åldersgrupp i varje land. I länder där inga uppgifter har funnits tillgängliga har genomsnittlig EU-prevalens kalkylerats. Populationer som använts som grund: 15–64 år (334 miljoner), 15–34 år (133 miljoner) och 15–24 år (63 miljoner). De uppgifter som sammanfattas här finns att hämta under "General population surveys" i statistikbulletinen 2009.

procent. För de flesta länder ligger uppskattningarna av prevalensen i intervallet 10–30 procent.

Många länder redovisar jämförelsevis höga värden för tolv månadersprevalens och en månadersprevalens

för cannabis. Det beräknas att ungefär 22,5 miljoner européer har använt cannabis under det senaste året eller i genomsnitt 6,8 procent av samtliga vuxna i åldrarna 15–64 år. Uppskattningarna av andelen som har använt cannabis under den senaste månaden innefattar dem som använder

drogen mer regelbundet, men inte nödvändigtvis intensivt. Det beräknas att cirka 12 miljoner européer använde drogen under föregående månad, eller i genomsnitt cirka 3,6 procent av samtliga vuxna i åldrarna 15–64 år.

Cannabisanvändning bland unga vuxna

Användning av cannabis är i stort sett koncentrerad till unga vuxna (15–34 år) och den högsta tolv månadersprevalensen rapporteras vanligen bland unga i åldrarna 15–24 år. Detta är fallet i nästan samtliga europeiska länder med undantag av Portugal ⁽⁴⁸⁾.

Befolkningsundersökningar tyder på att i genomsnitt 31,1 procent av Europas unga vuxna (15–34 år) någon gång har använt cannabis, medan 12,5 procent har använt drogen under det senaste året och 6,8 procent har använt cannabis under den senaste månaden. Ännu högre procenttal européer i åldersgruppen 15–24 år beräknas ha använt cannabis under det senaste året (15,9 procent) eller den senaste månaden (8,3 procent). Nationella prevalensskattningar för cannabis varierar stort mellan länderna för alla prevalensmått. Exempelvis redovisar länder i den övre delen av skalan värden som är upp till tio gånger högre än de länder som har lägst prevalens.

Cannabisanvändningen är generellt sett högre bland män än bland kvinnor (se ECNN, 2006a), även om skillnaderna mellan länderna är stora. Kvoten mellan antalet män och kvinnor som har rapporterat att de använt cannabis under det senaste året varierar exempelvis mellan 6,4:1 i Portugal till 1,4:1 i Österrike.

Cannabisanvändning bland skolelever

Genom ESPAD-undersökningen ⁽⁴⁹⁾ ges jämförbara uppgifter om alkohol- och narkotikaanvändning bland 15–16-åriga skolelever i Europa (Hibell m.fl., 2009). År 2007 genomfördes undersökningen i 25 EU-medlemsstater samt i Norge och Kroatien. Vissa länder (t.ex. Spanien, Sverige och Storbritannien) genomför egna nationella skolundersökningar vars uppgifter, som även gäller cannabisanvändning, är jämförbara med undersökningarna från ESPAD och HBSC (Health Behaviour in School-aged Children).

ESPAD-uppgifterna från 2007 avslöjar att den högsta livstidsprevalensen för cannabisanvändning bland skolelever i åldrarna 15–16 år finns i Tjeckien (45 procent) ⁽⁵⁰⁾, medan Estland, Frankrike, Nederländerna, Slovakien och Storbritannien redovisar prevalensnivåer mellan 26 procent och 32 procent. Livstidsprevalens

för cannabisanvändning på mellan 13 procent och 25 procent rapporteras av 15 länder. De lägsta nivåerna (mindre än 10 procent) rapporteras i Grekland, Cypern, Rumänien, Finland, Sverige och Norge. Sammantaget varierar livstidsprevalensen för cannabisanvändning bland skolelever föga mellan könen.

Den högsta en månadsprevalensen för cannabis bland 15–16-åringar i Europa redovisas av Spanien (20 procent) och Tjeckien (18 procent) ⁽⁵¹⁾.

Internationella jämförelser

Siffrorna för Europa kan jämföras med dem som redovisas i andra delar av världen. I USA uppskattade exempelvis National survey on drug use and health (Samhsa, 2007) livstidsprevalensen för användning av cannabis bland unga vuxna (15–34 år omräknat av ECNN) till 49 procent och tolv månadersprevalensen till 21 procent. För samma åldersgrupp var livstidsprevalensen i Kanada 58 procent och tolv månadersprevalensen 28 procent (2004), medan motsvarande siffror för Australien (2007) var 47 procent respektive 16 procent. Samtliga dessa siffror är högre än motsvarande europeiska genomsnitt som är 31,1 procent respektive 12,5 procent.

Bland skolelever rapporterar endast Spanien och Tjeckien livstidsprevalens för cannabis som är jämförbar med den som rapporteras i Förenta staterna och Australien.

Trender beträffande cannabisanvändning

Uppgifter från nationella enkäter som har lämnats till ECNN visar att användningen av cannabis i nästan samtliga medlemsstater i EU ökade markant under nittioåret, i synnerhet bland ungdomar (figur 3) och skolelever. Vid sekelskiftet hade en ansenlig del av den unga befolkningen i de flesta europeiska länder använt drogen eller använde den fortfarande, vilket illustreras av att livstidsprevalensen för cannabisanvändning i åldersgruppen 15–34 år mellan 1998 och 2003 ökade till nivåer som översteg 30 procent i nio länder och cirka 40 procent i två länder. Motsvarande tolv månadersprevalens i åldersgruppen uppgick till så mycket som 15–20 procent i sju länder och en månadsprevalens till 8–15 procent i sex länder.

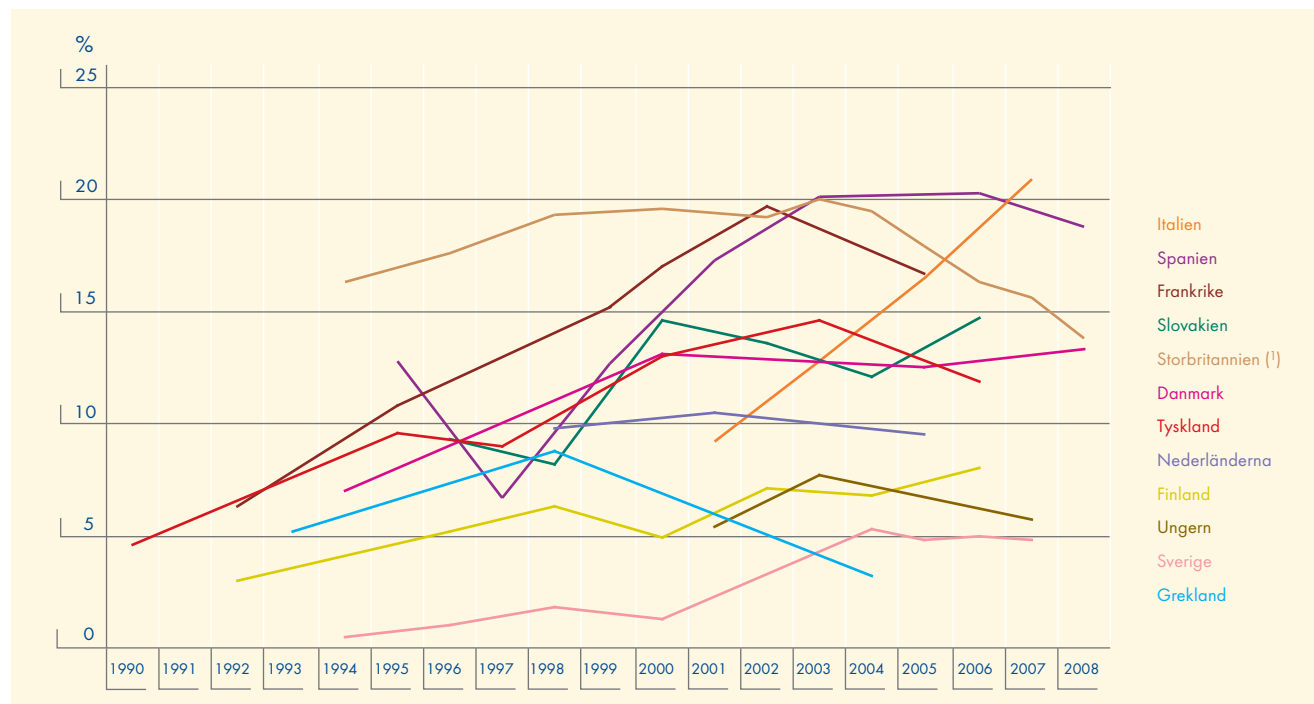
Av särskilt intresse är trenden för cannabisanvändning i Storbritannien. I början och mitten på nittioåret redovisade landet jämfört med resten av Europa de högsta prevalensuppskattningarna. Denna situation har gradvis förändrats i takt med att användningen har ökat i andra länder. Dessutom har cannabisanvändningen

⁽⁴⁸⁾ Se figur GPS-1 i statistikbulletinen 2009.

⁽⁴⁹⁾ Se rutan om befolkningsenkäter, s. 40.

⁽⁵⁰⁾ Se figur EYE-1 (del ii) i statistikbulletinen 2009.

⁽⁵¹⁾ Se figur EYE-1 (del i) i statistikbulletinen 2009.

Figur 3: Trender för tolv månaders prevalens för användning av cannabis bland unga vuxna (15–34 år)

(¹) England och Wales.

Anm.: Se figur GPS-4 i statistikbulletinen 2009 för ytterligare uppgifter.

Källa: Reitox nationella rapporter (2008), hämtade från befolkningsenkäter, rapporter eller vetenskapliga artiklar.

i Storbritannien minskat stadigt sedan omkring 2003, särskilt i åldersgruppen 16–24 år ⁽⁵²⁾, vilket tyder på ett generationsskifte. En nedåtgående eller stabiliserad trend kan nu observeras på andra håll, i uppgifter från både skolrelaterade och allmänna befolkningsenkäter. Av de elva länder för vilka det är möjligt att analysera trenden i tolv månadersprevalens bland unga vuxna mellan 2002 och 2007 redovisar fyra länder minskningar på minst 15 procent från det inledande värdet och i ytterligare fyra framstår situationen som stabil ⁽⁵³⁾. I tre länder har prevalensnivåerna ökat med minst 15 procent, även om denna uppåtgående trend genom andra uppgifter kan ifrågasättas.

Trender bland skolelever

Liksom bland vuxna ökade cannabisanvändningen bland skolelever i en rad europeiska länder mellan 1995 och 2003, men har i allmänhet stannat upp eller minskat på senare tid. Endast två av länderna som följs upp av ECNN och som deltog i skolenkäter inom ramen för ESPAD 2007 (Litauen och Slovakien) redovisar en ökning med mer än tre procentenheter i livstidsprevalensen av cannabisanvändning sedan 2003, medan nio länder redovisar en motsvarande minskning under denna

period ⁽⁵⁴⁾. Uppgifter från skolenkäter i Förenta staterna och Australien pekar också på en nedåtgående trend, vilken först observerades i Australien 1999 ⁽⁵⁵⁾.

Cannabisanvändningens tidstrender bland skolelever i Europa har olika mönster mellan 1995 och 2007 (figur 4). Sju länder, huvudsakligen i norra och södra Europa (Grekland, Cypern, Malta, Rumänien, Finland, Sverige och Norge) har redovisat en överlag stabil och låg livstidsprevalens för cannabisanvändning under hela perioden. De flesta västeuropeiska länder samt Kroatien och Slovenien, vilka hade en hög eller starkt ökande livstidsprevalens för cannabis fram till 2003, konstaterade en minskning eller stabilisering 2007. Bland dessa elva länder redovisade nio en minskning på mer än tre procentenheter och två var stabila. Situationen är något annorlunda i större delen av Central- och Östeuropa, där den uppåtgående trenden mellan 1995 och 2003 tycks plana ut. I denna region redovisar sex länder en stabil situation och två redovisar en ökning med mer än tre procentenheter ⁽⁵⁶⁾.

I vissa europeiska länder åtföljdes ökningarna i livstidsprevalens för cannabis bland skolelever mellan 1995 och 2003 av öknings i livstidsprevalensen för

⁽⁵²⁾ Se figur GPS-10 i statistikbulletinen 2009.

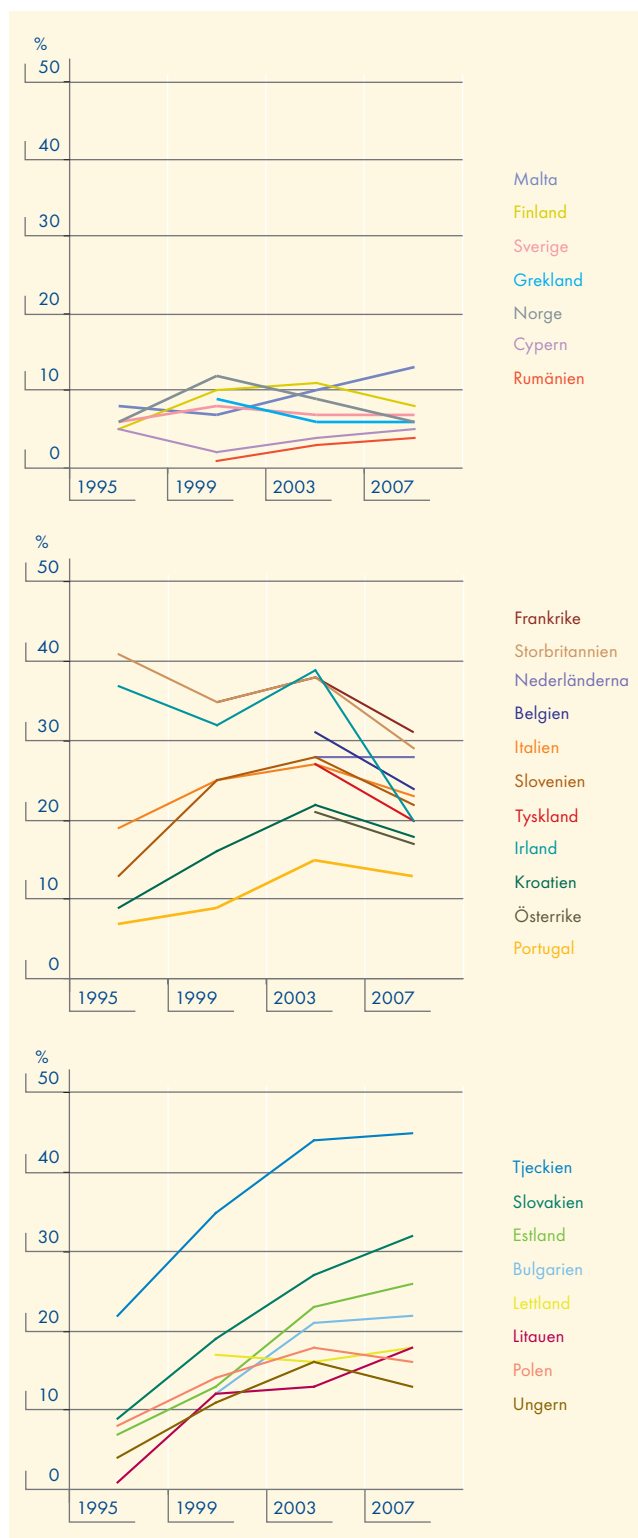
⁽⁵³⁾ Om uppgifter för just de åren inte fanns tillgängliga har uppgifter från föregående eller påföljande år använts.

⁽⁵⁴⁾ Enligt ESPAD utvisar öknings- eller minsknings- och mer än tre procentenheter förändring.

⁽⁵⁵⁾ Se figur EYE-1 (del xii) i statistikbulletinen 2009.

⁽⁵⁶⁾ Se figur EYE-1 (del xiii) i statistikbulletinen 2009.

Figur 4: Olika mönster i trender för livstidsprevalensen för användning av cannabis bland 15–16-åriga skolelever



Källa: ESPAD.

cigarettökning. Sedan 2003 har båda trenderna vänt i många länder, vilket tyder på ett samband mellan tobaks- och cannabisrökning bland unga ⁽⁵⁷⁾.

Mönster för cannabisanvändning

Tillgängliga uppgifter tyder på att det finns stora variationer när det gäller mönster för användning av cannabis. Endast 30 procent av de vuxna i åldersgruppen 15–64 år som någon gång har använt cannabis hade gjort det under det senaste året ⁽⁵⁸⁾. Men bland dem som uppgav att de hade använt drogen under det senaste året hade i genomsnitt 50 procent gjort det under den senaste månaden. Den senaste forskningen visar att den upprepade användningen av detta ämne kan vara stabil under längre tid, även bland unga användare (Perkonig, 2008).

Att bedöma mönster för intensiv och långvarig användning är en viktig folkhälsofråga på grund av dess samband med negativa konsekvenser, såsom andningsproblem, dåliga skolresultat eller beroende (Hall och Solowij, 1998). Daglig eller nästan daglig användning (användning under 20 dagar eller mer under de senaste 30 dagarna) är för närvarande den bästa tillgängliga jämförbara indikatorn på intensiv användning. Uppgifter om denna form av cannabisanvändning i Europa samlades in 2007–2008 som en del av ett fältförsök som ECNN samordnade och genomförde i samarbete med nationella experter och de nationella Reitox-kontaktpunkterna i 13 länder, vilka representerade 77 procent av EU:s vuxna befolkning (15–64 år). På grundval av dessa uppgifter kan man uppskatta att över 1 procent av samtliga vuxna européer, eller cirka 4 miljoner, använder cannabis dagligen eller nästan dagligen. De flesta av dessa cannabisanvändare, cirka 3 miljoner, är mellan 15 och 34 år och utgör cirka 2–2,5 procent av alla européer i denna åldersgrupp ⁽⁵⁹⁾.

På grund av bristen på uppgifter är det svårt att bedöma trender i intensiv cannabisanvändning. Av de sju länder som tillhandahåller uppgifter om de senaste trenderna redovisade fyra (Spanien, Frankrike, Italien och Portugal) en ökad prevalens för daglig cannabisanvändning, ett land en stabil situation (Irland), medan endast två länder redovisade en minskning (Grekland och Nederländerna) ⁽⁶⁰⁾. Dessa resultat pekar på en möjlig generell ökning av antalet intensiva cannabisanvändare i Europa under det senaste årtiondet.

Regelbunden användning av cannabis erkänns i allt högre grad kunna leda till beroende av drogen, även om risker och följder kan förefalla mindre allvarliga än de som vanligtvis är förknippade med andra psykoaktiva ämnen

⁽⁵⁷⁾ Se temakapitlet om blandmissbruk.

⁽⁵⁸⁾ Se figur GPS-2 i statistikbulletinen 2009.

⁽⁵⁹⁾ De europeiska genomsnitten som anges är grova uppskattningar baserade på ett viktat genomsnitt (för befolkningen) för länder som har lämnat uppgifter. Det genomsnittliga resultatet har använts för de länder som saknar uppgifter. De erhållna siffrorna är 1,2 procent för samtliga vuxna (15–64 år) och 2,3 procent för unga vuxna (15–34 år). Se tabell GPS-7 i statistikbulletinen 2008.

⁽⁶⁰⁾ Se tabell GPS-7 i statistikbulletinen 2009.

(t.ex. heroin eller kokain). Men på grund av den relativt större andelen av befolkningen som regelbundet använder cannabis kan intensiva former av cannabisanvändning totalt sett ge betydande effekter på folkhälsan.

Användare, och särskilt de som använder drogen mycket, kan även uppleva problem utan att nödvändigtvis uppfylla de kliniska kriterierna för beroende.

Studier visar att utvecklingen av cannabisberoende är mindre abrupt än i samband med andra droger (t.ex. kokain) och att av dem som använde drogen minst en gång i livet kanske inte mer än 10 procent utvecklar beroende (Wagner och Anthony, 2002). Enligt uppgifter från allmänna befolkningsenkäter i Förenta staterna påvisades beroende hos ungefär 20–30 procent av de dagliga användarna ⁽⁶¹⁾. Andra studier tyder på att cannabisberoende kan vara förhållandevis stabilt över tid (Swift m.fl., 2000). Inte desto mindre kan antagligen mer än hälften av alla beroende cannabisanvändare sluta använda drogen utan behandling (Cunningham, 2000; Ellingstad m.fl., 2006).

Mönster bland skolelever

ESPAD-undersökningarna från 2007 visar också att livstidsanvändning av cannabis är kopplad till uppfattningar av lägre risk och bättre tillgänglighet på drogen ⁽⁶²⁾. Jämfört med den allmänna populationen av skolelever är det sannolikare att cannabisanvändare använder alkohol, tobak och andra olagliga droger ⁽⁶³⁾.

Nya uppgifter från ESPAD-undersökningen belyser även mönster för intensivare cannabisanvändning. I tio europeiska länder uppgav 5–12 procent av de 15–16-åriga manliga skoleleverna att de hade använt cannabis vid 40 eller fler tillfällen. Denna andel var åtminstone dubbelt så stor som för kvinnliga skolelever, vilket stöder andra uppgifter som visar att intensiva användningsmönster oftare förekommer bland unga män. En tidig början på användningen har satts i samband med utveckling av mer intensiva och problematiska former av drogkonsumtion i ett senare skede. I de flesta av de tio länderna med förhållandevis frekvent användning uppgav 5–9 procent av skoleleverna att de hade börjat använda cannabis när de var 13 år eller yngre ⁽⁶⁴⁾.

Behandling

Efterfrågan på behandling

Cannabis var 2007 den primära drogen i omkring 20 procent av alla behandlingsfall (73 000 klienter), vilket

Korta skalor för mätning av problematiska former av cannabisanvändning genom enkäter i hela befolkningen

Det finns belägg för att cannabisberoende kan mätas lika tillförlitligt i befolkningen som helhet som i urval av missbrukare i behandling, även vid mätning av abstinensbesvär (Mennes m.fl., 2009). ECNN håller därför i samarbete med flera länder på att utarbeta metoder för övervakning av mer intensiva och signifikanta långvariga former av cannabisanvändning.

Under senare år har man testat olika metoder för att inom ramen för enkäter i hela befolkningen uppskatta prevalensen av intensiva och problematiska former av narkotikaanvändning, främst av cannabis. Tyska experter har granskat litteraturen och det arbete som för närvarande utförs på området, och har identifierat fyra korta cannabisskalor som har testats i urval av hela befolkningen i Europa. Dessa är Severity of Dependence Scale ("grad av narkotikaberoende", SDS), Problematic Use of Marijuana ("problematisk användning av marijuana", PUM), Cannabis Abuse Screening Test ("kontrolltest av cannabismissbruk", CAST) och Cannabis Use Disorders Identification Test ("identifikationstest av cannabisrelaterade störningar", CUDIT) (Piontek m.fl., 2008). Dessa skalor omfattar mellan fyra och tio poster, och deras psykometriska egenskaper (t.ex. möjligheten att konsekvent och i enlighet med det önskade begreppet för cannabisberoende eller cannabisrelaterade problem skilja mellan relevanta fall och icke-relevanta fall) visade sig i allmänhet vara goda.

Det kvarstår dock vissa svårigheter på området på grund av bristen på samförstånd om vilket begrepp (t.ex. beroende, missbruk, skadlig användning, missbruksrelaterade problem) eller vilken begreppsfamilj som ska mätas för att bedöma problematiska former av cannabisanvändning. Det föreligger även uppskattningssvårigheter, eftersom mätningar av en företeelse med låg prevalens kan ge många "skenbart positiva" fall och därmed en överskattnings av den problematiska cannabisanvändningen i befolkningen som helhet. Ytterligare valideringsstudier, som för närvarande pågår eller planeras, skulle kunna bidra till att överbrygga dessa svårigheter.

gör cannabis till den näst mest rapporterade drogen efter heroin. Det finns dock betydande skillnader mellan olika länder. Bulgarien, Litauen och Slovenien redovisar mindre än 5 procent av sina klienter som primära cannabisanvändare, medan Danmark, Frankrike, Ungern, Nederländerna och Turkiet redovisar mer än 30 procent. Dessa skillnader skulle kunna förklaras genom prevalensen för cannabisanvändning, drogbehandlingsbehov, tillhandahållande av behandling

⁽⁶¹⁾ Analys av uppgifter från nationella befolkningsenkäter för Förenta staterna mellan 2000 och 2006. NSDUH:s nätbaserade analysenhet: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, hämtad den 25 februari 2008 och analyserad med hjälp av variablerna MJDAY30A och DEPNDMRJ.

⁽⁶²⁾ Se figur EYE-1 (del v) och (del vi) i statistikbulletinen 2009.

⁽⁶³⁾ Se temakapitlet om blandmissbruk.

⁽⁶⁴⁾ Se figur EYE-1 (del iii) och (del vii) i statistikbulletinen 2009.

och hur missbruksbehandlingen är organiserad eller hur remittering sker. I de två länderna med den största andelen cannabisklienter är rådgivningscentrum inriktade på unga droganvändare i Frankrike, medan cannabisbrottslingar i Ungern erbjuds missbruksbehandling som ett alternativ till straff. Rättssystemet spelar en väsentlig roll för remittering till behandling i båda dessa länder, men överlag rapporterar medlemsstaterna att de flesta cannabisanvändare som inleder behandling i Europa gör det på eget initiativ.

Klienter som inleder behandling inom öppenvården på grund av cannabisanvändning uppger ofta att de även missbrukar andra droger. På grundval av uppgifter från 14 länder använder 85 procent av dem en annan drog, vanligtvis alkohol (65 procent) eller kokain (13 procent), och somliga uppger att de använder både alkohol och kokain (12 procent) ⁽⁶⁵⁾.

Trender för nya klienter som begär missbruksbehandling

I de 19 länder för vilka uppgifter är tillgängliga ökade antalet och andelen primära cannabisanvändare bland dem som begär missbruksbehandling för första gången från cirka 19 000 till 34 000 (från 25 procent till 31 procent) mellan 2002 och 2007 ⁽⁶⁶⁾. Denna trend tycks dock ha avbrutits mellan 2006 och 2007, då de flesta länderna redovisade minskande eller stabil andel nya cannabisklienter. Detta skulle kunna vara kopplat till nya trender i cannabisanvändningen, men kan även spegla förändringar i rapporteringen, mättnad i tjänstekapaciteten eller användning av andra tjänster (t.ex. primärvård och mentalvård).

Klienternas profiler

Cannabisanvändare som påbörjar behandling i öppenvården i Europa är till övervägande del unga män. Kvoten mellan män och kvinnor är 5,5:1 och genomsnittsåldern 25 år ⁽⁶⁷⁾. Bland de missbrukare som påbörjar behandling i öppenvården för första gången anges cannabis som primärdrog av 67 procent av klienterna i åldrarna 15–19 år ⁽⁶⁸⁾, och av 78 procent av dem som är yngre än 15 år.

Sammantaget är 24 procent av de primära cannabisanvändarna som inleder behandling i öppenvården sporadiska användare, som troligen ofta remitterats av straffrättsliga myndigheter. Tolv procent använder cannabis en gång i veckan eller mindre, cirka 18 procent använder den 2–6 gånger i veckan, medan 47 procent är dagliga användare och utgör den mest problematiska gruppen. Det finns betydande skillnader mellan olika länder. I Ungern, Rumänien och Kroatien är

en majoritet av cannabisklienterna sporadiska användare, medan en majoritet i Belgien, Danmark, Spanien, Frankrike, Malta och Nederländerna är dagliga användare ⁽⁶⁹⁾. I en fransk undersökning bland klienterna till specialiserade rådgivningscentrum framkom att 63 procent av de dagliga cannabisanvändarna var beroende (Obradovic, 2008).

Många cannabisklienter är fortfarande skolelever och har fast bostad (ECNN, 2008a). I Frankrike har dock 34 procent av cannabisklienterna gått på yrkesinriktade skolor, jämfört med 6,8 procent i den allmänna befolkningen (Obradovic, 2008), vilket speglar lägre utbildningsnivå.

Sambandet mellan cannabisanvändning och samtidiga psykiska störningar är en komplex fråga som ännu inte är klarlagd (ECNN, 2008a). Genom studier har det dock framkommit att personer med psykiska störningar, särskilt schizofreni, löper högre risk att utveckla intensiv cannabisanvändning (Henquet m.fl., 2005). Dessutom finns det tydliga bevis på att cannabisanvändning negativt kan påverka personer som redan har psykiska problem (ACMD, 2008). Det kan också vara förhållandevis vanligt att ungdomar med underliggande psykiska problem remitteras till missbrukarvården för cannabisproblem (Schroder m.fl., 2008). Skälet skulle kunna vara att de annars kanske inte söker eller finner lämplig behandling för sina problem inom den allmänna psykiatriska vården (Zachrisson m.fl., 2006).

Behandlingsutbud

Särskilda behandlingsprogram för cannabisanvändare kan tillhandahålla tjänster som är särskilt anpassade till behoven för denna grupp och kan även minska risken för att unga användare kommer i kontakt med mer problematiska och äldre missbrukare. ECNN samlade 2008 in information om tillgången på sådana program i Europa. Nationella experter uppgav att de fanns i 13 av 25 uppgiftslämnande länder (figur 5). Tillgången på tjänsterna varierade mellan länderna. Det bedömdes att nästan alla som sökte särskild behandling skulle få den i Frankrike, Grekland och Slovenien, mer än hälften av dem i Tyskland och Storbritannien och endast en minoritet i de övriga åtta länderna. Av de tolv länder som rapporterar att de inte har särskilda program för cannabisanvändare planerar Bulgarien, Tjeckien, Estland, Cypern, Rumänien och Turkiet att inrätta sådana under de kommande tre åren.

Behandlingsprogram för cannabisanvändare i Europa

I Grekland har OKANA:s ungdomsenhet ett program för tidigt ingripande för experimenterande eller sporadiska cannabisanvändare, medan mer strukturerad behandling

⁽⁶⁵⁾ Se temakapitlet om blandmissbruk.

⁽⁶⁶⁾ Se figurerna TDI-1 och TDI-2 samt tabellerna TDI-3 (del iv) och TDI-5 (del ii) i statistikbulletinen 2009.

⁽⁶⁷⁾ Se tabell TDI-21 (del ii) i statistikbulletinen 2009.

⁽⁶⁸⁾ Se tabell TDI-10 (del iv) och (del vi) i statistikbulletinen 2009.

⁽⁶⁹⁾ Se tabellerna TDI-18 (del i) och TDI-111 (del viii) i statistikbulletinen 2009.

av programmet visade positiva resultat och resultaten av en pågående uppföljningsstudie i tio ytterligare center kommer att avgöra om det ska genomföras på andra håll.

Belgien, Tyskland, Frankrike, Nederländerna och Schweiz samarbetar också i den internationella studien INCANT, där man undersöker effektiviteten av en heltäckande familjebaserad behandling för problematisk cannabisanvändning.

I den vetenskapliga litteraturen på detta område hävdas att flera psykoterapier har visat sig vara effektiva för cannabisbehandling, inklusive motivationsterapi och kognitiv beteendeterapi, men ingen form av psykoterapi har befunnits vara effektivare än någon annan (Nordstrom och Levin, 2007). Vissa problematiska cannabisanvändare kan även dra nytta av kortvariga åtgärder från exempelvis

socialtjänsten för ungdomar, allmänpraktiserande läkare och skolor.

I en nyligen genomförd kontrollerad slumpmässig prövning med 326 unga intensiva cannabisanvändare fann man inga skillnader i graden av cannabisavvänjning, vare sig vid uppföljning efter tre eller sex månader, mellan dem som genomgick intervjuer för att stärka motivationen och dem som fick mer rådgivning eller information om missbruk (McCambridge m.fl., 2008). Effekterna av en personlig terapeut och samspel med terapeutiska åtgärder på cannabisavvänjningen kunde dock påvisas efter tre månader. Dessa resultat visar vikten av att utbilda vårdgivare som är ansvariga för åtgärder inriktade på unga cannabisanvändare, särskilt utanför de specialiserade tjänsterna.



Kapitel 4

Amfetaminer, ecstasy och hallucinogena ämnen

Inledning

Amfetaminer (en allmän beteckning som innefattar både amfetamin och metamfetamin) och ecstasy hör till de vanligaste olagliga drogerna i Europa. Uttryckt i absoluta tal kan användningen av kokain vara större, men kokainets geografiska koncentration innebär att antingen ecstasy eller amfetaminer i många länder är det näst mest allmänt använda olagliga ämnet efter cannabis. I vissa länder utgör användning av amfetaminer dessutom en viktig del av narkotikaproblematiken och amfetaminmissbrukarna utgör en betydande andel av dem som behöver behandling.

Amfetamin och metamfetamin är båda centralstimulantia. Amfetamin är klart vanligast förekommande i Europa, medan omfattande användning av metamfetamin förefaller vara begränsat till Tjeckien och Slovakien.

Med "ecstasy" åsyftas syntetiska ämnen som är kemiskt besläktade med amfetaminer men i viss mån har andra effekter. Den mest välkända drogen i ecstasygruppen är 3,4 metylendioximetamfetamin (MDMA), men ecstasypiller innehåller ibland även andra besläktade

analog fööreningar (MDA, MDEA). Användning av ecstasy var nästan okänd i Europa före slutet av åttiotalet, men ökade snabbt under nittiotalet. Drogens popularitet har historiskt varit knuten till dans- och musikmiljöer och generellt sett förknippas högreprevalent användning av syntetiska droger med vissa subkulturer eller sociala miljöer.

Konsumtionen av lysergsyradietylamid (LSD), som är den mest välkända hallucinogena drogen i Europa, har varit låg och ganska stabil under längre tid. Det förefaller dock som om intresset för naturligt förekommande hallucinogena ämnen, exempelvis i hallucinogena svampar, ökat bland unga på senare år.

Tillgång och tillgänglighet

Prekursorer till syntetiska droger

De brottsbekämpande insatserna inriktas på de prekursorer kemikalier som krävs för framställning av olaglig narkotika. Internationellt samarbete är särskilt värdefullt på detta område. Project Prism är ett internationellt

Tabell 4: Produktion, beslag, pris och renhetsgrad för amfetamin, metamfetamin, ecstasy och LSD

	Amfetamin	Metamfetamin	Ecstasy	LSD
Total produktion, uppskattning (ton)	230–640 ⁽¹⁾		72–137	i.u.
Total beslagtagn kvantitet (ton)	23,6	18,2	7,9	0,9
Beslagtagn kvantitet EU och Norge (inklusive Kroatien och Turkiet)	7,9 ton (8,1 ton)	340 kilo (340 kilo)	Tabletter 21 miljoner (22 miljoner)	Enheter 68 000 (68 000)
Antal beslag EU och Norge (inklusive Kroatien och Turkiet)	39 500 (40 000)	4 500 (4 500)	23 000 (24 000)	950 (960)
Medelpris i missbrukarledet (euro) Intervall (kvartilavstånd) ⁽²⁾	Gram 5–30 (12–23)	Gram 8–51	Tabletter 3–19 (4–8)	Doser 4–30 (7–12)
Intervall för medelrenhet	4–40 %	3–66 %	21–90 mg	—

⁽¹⁾ Endast sammanlagda beräkningar av den totala produktionen av amfetamin och metamfetamin finns tillgängliga.

⁽²⁾ Intervallet i den mellersta hälften av de rapporterade medelpriserna.

Anm.: Samtliga uppgifter avser 2007; i.u. = ingen uppgift.

Källa: UNODC World drug report (2009) för globala värden, Reitox nationella kontaktpunkter för europeiska uppgifter.

samarbete som syftar till att förhindra avledning av sådana prekursorkemikalier som används i olaglig framställning av syntetiska droger ⁽⁷¹⁾. Kontrollen bygger på ett system med anmälningar före export vid laglig handel och rapportering av leveranser som stoppas och beslag som görs när misstänkta transaktioner genomförs. Information om verksamhet på det här området lämnas till Internationella narkotikakontrollstyrelsen (INCB, 2009b).

INCB rapporterar för 2007 en stor ökning av de globala beslagen av två prekursorer som är viktiga vid framställning av metamfetamin: 22 ton efedrin (jämfört med 10,2 ton

2006) och 25 ton pseudoefedrin (jämfört med 0,7 ton 2006). EU:s medlemsstater (framför allt Sverige och Bulgarien) stod för beslag av 0,6 ton efedrin, mer än den dubbla mängden som beslagtogs 2006, och över 7 ton pseudoefedrin, nästan allt i Frankrike.

Däremot minskade 2007 drastiskt de globala beslagen av 1-fenyl-2-propanon (P2P, BMK), som kan användas för olaglig framställning av både amfetamin och metamfetamin, till 834 liter (jämfört med 2 600 liter 2006). Beslagen av P2P i EU uppgick till 582 liter, jämfört med 2 005 liter 2006.

De globala beslagen av 3,4-metylenedioxyfenyl-2-propanon (3,4-MDP2P, PMK), som används vid framställning av MDMA, fortsatte att minska 2007 till 2 300 liter, en nedgång från 8 800 liter 2006. De globala beslagen av safrol, som kan ersätta 3,4-MDP2P i framställning av MDMA, sköt dock i höjden 2007: 46 000 liter konfiskerades (jämfört med 62 liter 2006), men endast åtta liter konfiskerades i EU.

Vad är en narkotikaprekursor?

Inom narkotikaområdet används termen "prekursor" för att beteckna ämnen som har ett lagligt tillämpningsområde, men som även kan användas för olaglig framställning av narkotika. Andra termer, som "essentiella kemikalier" kan också användas för att beteckna dessa ämnen.

Den rättsliga grunden för internationell kontroll av prekursorer är artikel 12 i FN:s konvention från 1988 mot olaglig hantering av narkotika och psykotropa ämnen. I konventionen förtecknas i två tabeller 23 ämnen, som ofta används vid olaglig framställning av narkotika och psykotropa ämnen, och vars avledning för olagliga ändamål bör förhindras.

Artikel 12 infördes i den inledande EU-lagstiftning som antogs 1990 för att försvåra avledningen av dessa ämnen för olagliga ändamål (rådets förordning (EEG) nr 3677/90), och i förordningar antagna senare för att reglera handeln med narkotikaprekursorer i EU (Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 273/2004), mellan EU-länder och tredjeländer (rådets förordning (EG) nr 111/2005), och för att upprätta tillståndsförfaranden och övervakningsregler (kommissionens förordning (EG) nr 1277/2005).

Kategori 1 i EU-förordningarna omfattar till större del ämnen som behövs vid framställningen av syntetisk narkotika, som efedrin och pseudoefedrin (för metamfetamin), 3,4-metylenedioxyfenyl-2-propanon (PMK), isosafrol och safrol (för ecstasy), och 1-fenyl-2-propanon (P2P, BMK) (för amfetamin och metamfetamin). I kategori 2 ingår viktiga reagenser som kaliumpermanganat och ättiksyraanhydrid, som allmänt används vid framställning av kokain respektive heroin. I kategori 3 förtecknas vanligare reagenser, inklusive saltsyra och svavelsyra (för heroin och kokain), samt lösningsmedel som aceton (för kokain och MDMA) och toluen (för metamfetamin och MDMA).

Amfetamin

Den globala produktionen av amfetamin fortsätter att vara koncentrerad till Europa, som stod för 81 procent av alla rapporterade amfetaminlaboratorier 2007 (UNODC, 2009). Den återfinns dock även i andra delar av världen, i synnerhet Nordamerika ⁽⁷²⁾. De globala beslagen av amfetaminer 2007 uppgick till nästan 24 ton, av vilket omkring två tredjedelar konfiskerades i Främre Orienten och Mellanöstern, och hade kopplingar till "Captagon"-tabletter ⁽⁷³⁾ producerade i Sydosteuropa (se tabell 4). Väst- och Centraleuropa stod för 36 procent av de globala beslagen, vilket speglar Europas roll som en större producent och konsument av denna drog (CND, 2008; UNODC, 2009).

Större delen av den amfetamin som beslagts i Europa framställs i Nederländerna, Polen och Belgien, uppräknade i storleksordning, och i mindre utsträckning i Estland och Litauen. Under 2007 upptäcktes 29 platser i EU där produktion, tabletering eller lagring av amfetamin ägde rum och rapporterades till Europol.

I Europa gjordes 2007 uppskattningsvis 40 000 beslag som motsvarade 8,1 ton amfetaminpulver ⁽⁷⁴⁾. Under perioden 2002–2007 har antalet beslag stadigt ökat samtidigt som mängden konfiskerat amfetamin har varierat, dock inom ramen för en generell uppgående trend som nådde en ny topp 2007 ⁽⁷⁵⁾.

⁽⁷¹⁾ Se "Vad är en narkotikaprekursor?".

⁽⁷²⁾ För information om källor för uppgifter om narkotikatillgång och tillgänglighet, se s. 39.

⁽⁷³⁾ Captagon är ett av de registrerade varumärkena för fenetyllin, som är en syntetisk centralstimulantia; tabletter som säljs med denna logotyp på den olagliga marknaden innehåller dock ofta amfetamin blandat med koffein.

⁽⁷⁴⁾ Analysen är preliminär eftersom uppgifter från Storbritannien för 2007 ännu inte är tillgängliga.

⁽⁷⁵⁾ Uppgifterna om europeiska narkotikabeslag i detta kapitel återfinns i tabellerna SZR-11 till SZR-18 i statistikbulletinen 2009.

Renhetsgraden hos den amfetamin som konfiskerades i Europa under 2007 varierade betydligt och så mycket att alla kommentarer om medelvärden måste göras med försiktighet. Inte desto mindre sträcker sig den genomsnittliga renhetsgraden hos stickproven från mindre än 10 procent i Danmark, Tyskland, Frankrike och Storbritannien, till mer än 30 procent i Nederländerna, Polen och vissa baltiska och nordiska länder. Under de senaste fem åren har amfetaminens renhetsgrad varit stabil eller minskande i de flesta av de 20 länder som har tillräckligt med tillgängliga uppgifter för att trender ska kunna analyseras.

Under 2007 varierade medelpriset på amfetamin i missbrukarledet mellan 10 och 20 euro per gram i mer än hälften av de 17 rapporterade länderna. Av de elva länder där en jämförelse av uppgifterna för 2007 och 2006 var möjlig, redovisade Spanien, Frankrike och Österrike en ökning av priset i missbrukarledet, medan de övriga redovisade stabila eller sjunkande priser.

Metamfetamin

Produktionen av metamfetamin är koncentrerad till östra och sydöstra Asien samt Nordamerika. Besläktad verksamhet rapporteras i ökande utsträckning från Latinamerika och Oceanien. Under 2007 beslagtogs 18,2 ton metamfetamin, vilket fortsatte en stabil trend sedan 2004. Drogen beslagtogs huvudsakligen i östra och sydöstra Asien (56 procent), följt av Nordamerika, medan Europa endast bidrog med 2 procent av beslagen (UNODC, 2009).

Olaglig produktion av metamfetamin sker visserligen i Europa men är i stort sett begränsad till Tjeckien, där ungefär 390 småskaliga "kökslaboratorier" avslöjades under 2007. Drogen rapporteras också framställas i Slovakien och Litauen.

Produktionen av metamfetamin i Europa: en gemensam publikation från ECNN och Europol

År 2009 lanserade ECNN och Europol en serie gemensamma publikationer om tillgången på narkotika i Europa. I den första rapporten i serien ges en heltäckande översikt över produktionen av och den olagliga handeln med metamfetamin i Europa. I rapporten granskas även motåtgärderna på EU-nivå och internationell nivå (!).

Rapporter om tillgången på andra syntetiska droger i Europa, inklusive amfetamin och ecstasy, kommer i framtiden att läggas till i serien.

(!) Rapporten finns på: <http://emcdda.europa.eu/publications/>

Under 2007 rapporterades nästan 4 500 beslag av metamfetamin i Europa, vilket motsvarade ungefär 340 kilo av drogen. Norge står för det högsta antalet beslag och för de största beslagtagna mängderna. Mellan 2005 och 2007 ökade såväl antalet beslag som de beslagtagna mängderna i Europa även om de fortfarande är låga jämfört med andra droger.

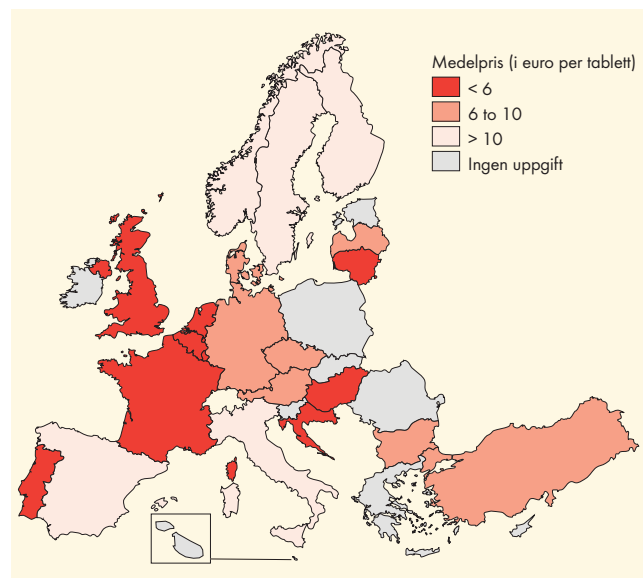
Ecstasy

Den totala världsproduktionen av ecstasy under 2007 uppskattas av UNODC (2009) till mellan 72 och 137 ton. Produktionen förefaller ha utvecklats mot större geografisk spridning så att tillverkningen sker närmare konsumentmarknaderna i Nordamerika, östra och sydöstra Asien samt Oceanien. Trots detta ligger Europa fortfarande främst när det gäller produktion av ecstasy. Tillverkningen är koncentrerad till Nederländerna, Belgien och i mindre utsträckning Tyskland, Storbritannien och Polen.

De globala beslagen av ecstasy under 2007 uppgick till 7,9 ton. En ökning redovisas i de flesta regioner. Väst- och Centraleuropa stod för 36 procent av de globala beslagen, och Sydosteuropa för 2 procent (UNODC, 2009). Sammantaget rapporterades fler än 24 000 beslag i Europa under 2007, vilka resulterade i konfiskering av uppskattningsvis 22 miljoner ecstasytabletter. Nederländerna redovisade den största beslagtagna mängden, 8,4 miljoner tabletter, vilket utgör en fördubbling av den rapporterade mängden för 2006. Endast två andra länder redovisar beslag som närmar sig denna storleksordning för 2007: Frankrike och Tyskland redovisar båda cirka en miljon beslagtagna tabletter. Storbritannien redovisade fler än 6 miljoner beslagtagna tabletter 2006, men uppgifterna för 2007 är ännu inte tillgängliga.

Under perioden 2002–2007 föll antalet rapporterade ecstasybeslag i Europa drastiskt 2003, men har sedan dess uppvisat en viss ökning år från år. Under samma period minskade den beslagtagna mängden till en bottennivå 2005, men har sedan dess ökat igen och tycks närma sig nivån från 2002.

De flesta ecstasytabletter som analyserades i Europa under 2007 innehöll MDMA eller något annat ecstasyliknande ämne (MDEA, MDA) som enda psykoaktiva ämne i tabletterna; 17 länder rapporterade att detta var fallet i över 70 procent av det totala antalet tabletter som hade analyserats. Länder som redovisade en lägre andel ecstasytabletter med MDMA eller något motsvarande ämne innefattade Bulgarien (47 procent), Cypern (44 procent) och Österrike (61 procent). I

Figur 6: Priset i missbrukarledet på ecstasypiller

Anm.: Länder som endast redovisade ett lägsta och ett högsta värde har tagits med om dessa värden ligger inom ett av intervallen. Se tabell PPP-4 i statistikbulletinen 2009.

Källa: Reitox nationella kontaktpunkter.

Luxemburg saknade de flesta analyserade tabletter (83 procent) narkotikaklassade ämnen, vilket även var fallet på Cypern (53 procent). I Turkiet innehöll endast 23 procent av de analyserade tabletterna MDMA-liknande ämnen.

Den typiska MDMA-halten i de ecstasypiller som testades 2007 låg i de elva länder som tillhandahåller uppgifter på 19–75 mg. Dessutom rapporterades ecstasypiller med höga doser innehållande över 130 mg MDMA av vissa länder (Bulgarien, Frankrike, Nederländerna, Slovakien och Norge). Ingen tydlig tendens har konstaterats när det gäller renhetsgraden i ecstasypiller.

Ecstasy är i dag betydligt billigare än det var under nittioalet, när drogen först blev allmänt tillgänglig. Även om det finns vissa rapporter om tabletter som säljs för mindre än 2 euro redovisar de flesta länder nu medelpriser i missbrukarledet i intervallet 4–10 euro per tablett (figur 6). Uppgifter som finns tillgängliga för 2002–2007 tyder på att priset i missbrukarledet (anpassat för inflationen) har fortsatt att sjunka.

Hallucinogena ämnen

Användningen av och handeln med LSD bedöms fortfarande vara marginell. Tillgängliga uppgifter tyder på en minskning av beslagtagna mängder under perioden 2002–2007, medan antalet beslag ökade något mellan 2003 och 2007. Priset på LSD i missbrukarledet (anpassat för inflationen) har sjunkit något sedan 2003 och låg

2007 på mellan 5 och 12 euro per enhet i de flesta uppgiftslämnande länder.

Hallucinogen svamp, som växer vilt i många europeiska länder och kan köpas på Internet, redovisades av elva av de 28 länder som redovisade narkotikabeslag under 2007. I fem av sex länder som redovisade en trend i antingen beslag, användningsprevalens eller tillgång på hallucinogen svamp, var trenden nedåtgående. Ett land (Frankrike) redovisade ökning i prevalensen av användning och beslag, vilket tillskrevs tillgången på svamp och svampodlingsutrustning på Internet.

Prevalens och mönster för användningen

Vissa av EU:s medlemsstater (Tjeckien, Estland och Storbritannien) redovisar förhållandevis hög användning av amfetaminer eller ecstasy i den allmänna befolkningen. I några länder utgör användningen av amfetamin eller metamfetamin, ofta genom injicering, en avsevärd andel av det sammantagna antalet problematiska droganvändare och personer som söker hjälp för missbruksproblem. Till skillnad från dessa populationer med kroniska problem finns ett allmänare samband mellan användning av syntetiska droger, i synnerhet ecstasy, och nattklubbar och dansarrangemang. Detta leder till att betydligt högre användningsnivåer rapporteras bland ungdomar och att man finner extremt höga användningsnivåer i vissa miljöer eller särskilda subpopulationer. Avslutningsvis är den sammantagna konsumtionsnivån för hallucinogena droger som LSD och hallucinogen svamp generellt sett låg och har i stort sett varit stabil under senare år.

Amfetaminer

Nyare befolkningsenkäter visar att livstidsprevalensen för användning av amfetaminer ⁽⁷⁶⁾ i Europa varierar mellan olika länder, från nästan 0 till 11,7 procent av alla vuxna (15–64 år). Man bedömer att i genomsnitt 3,5 procent av alla vuxna européer har använt amfetaminer minst en gång. Andelen som har använt drogen under det senaste året är mycket mindre, med ett europeiskt snitt på 0,5 procent. Dessa uppskattningar tyder på att omkring 12 miljoner européer har prövat amfetaminer och att omkring 2 miljoner har använt drogen under det senaste året (se tabell 5 för en sammanfattning av uppgifterna).

Bland unga vuxna (15–34 år) varierar livstidsprevalensen för användning av amfetaminer i hög grad mellan Europas länder, från 0,1 procent till 15,3 procent, med ett vägt europeiskt medeltal på cirka 5 procent. Användningen av amfetamin under det senaste året varierar i denna

⁽⁷⁶⁾ Undersökningens uppgifter om "användning av amfetamin" skiljer oftast inte mellan amfetamin och metamfetamin men de kommer vanligen att vara knutna till användning av amfetamin (sulfat eller dexamfetamin) eftersom användning av metamfetamin inte är vanligt förekommande i Europa.

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

Åldersgrupp	Tidsperiod för användning	
	Livstidsprevalens	Tolvmånadersprevalens
15–64 år		
Uppskattat antal användare i Europa	12 miljoner	2 miljoner
Europeiskt genomsnitt	3,5 %	0,5 %
Intervall	0,0–11,7 %	0,0–1,3 %
Länder med lägst prevalens	Rumänien (0,0 %) Grekland (0,1 %) Malta (0,4 %) Cypern (0,8 %)	Grekland, Malta, Rumänien (0,0 %) Frankrike (0,1 %)
Länder med högst prevalens	Storbritannien (11,7 %) Danmark (6,3 %) Spanien (3,8 %) Norge (3,6 %)	Estland (1,3 %) Danmark (1,2 %) Norge (1,1 %) Storbritannien (1,0 %)
15–34 år		
Uppskattat antal användare i Europa	7 miljoner	1,5 miljoner
Europeiskt genomsnitt	5,0 %	1,1 %
Intervall	0,1–15,3 %	0,1–3,1 %
Länder med lägst prevalens	Rumänien (0,1 %) Grekland (0,2 %) Malta (0,7 %) Cypern (0,8 %)	Grekland, Rumänien (0,1 %) Frankrike (0,2 %) Cypern (0,3 %)
Länder med högst prevalens	Storbritannien (15,3 %) Danmark (10,5 %) Lettland (6,1 %) Norge (5,9 %)	Danmark (3,1 %) Estland (2,9 %) Norge (2,0 %) Lettland (1,9 %)
De europeiska prevalensuppskattningarna är baserade på viktade genomsnitt från de senaste nationella enkäterna som genomfördes från 2001 till 2008 (främst 2004–2008), och kan därför inte knytas till ett bestämt år. Genomsnittlig prevalens för Europa har beräknats genom ett viktat genomsnitt enligt populationen i relevant åldersgrupp i varje land. I länder där inga uppgifter har funnits tillgängliga har genomsnittlig EU-prevalens kalkylerats. Populationer som använts som grund: 15–64 år (334 miljoner) och 15–34 år (133 miljoner). De uppgifter som sammanfattas här finns att hämta under "General population surveys" i statistikbulletinen 2009.		

åldersgrupp från 0,1 procent till 3,1 procent. Majoriteten av länderna redovisar prevalensuppskattningar mellan 0,5 procent och 2,0 procent. I genomsnitt har 1,1 procent av unga européer använt amfetaminer under det senaste året.

Bland 15- till 16-åriga skolelever varierar livstidsprevalensen för användning av amfetaminer mellan 1 procent och 8 procent i EU:s 26 medlemsstater samt i Norge och Kroatien som granskades 2007, men högre prevalensnivåer än 5 procent redovisades endast av Bulgarien, Lettland (båda 6 procent) och Österrike (8 procent) ⁽⁷⁷⁾.

Problematiske amfetaminanvändning

ECNN:s indikator för problematisk användning kan användas för amfetaminer, där problematisk användning

definieras som injicering eller långvarig och/eller regelbunden användning av ämnet. Endast Finland har lämnat en nyare nationell uppskattning av problematisk amfetaminanvändning. År 2005 uppskattade man att det fanns mellan 12 000 och 22 000 problematiska amfetaminmissbrukare ⁽⁷⁸⁾, eller cirka fyra gånger det uppskattade antalet problematiska opiatmissbrukare i landet.

I de flesta europeiska länder uppges endast ett relativt litet antal personer begära behandling för missbruk av amfetamin som primärmedel. Denna behandling står dock för en betydande andel av den rapporterade efterfrågan på behandling i Sverige (34 procent), Finland (23 procent), Lettland (16 procent) och Ungern (11 procent). Fyra ytterligare länder (Belgien, Danmark, Tyskland

⁽⁷⁷⁾ Uppgifter från samtliga ESPAD-länder och Spanien. Se figur EYE-2 (del vi) i statistikbulletinen 2009.

⁽⁷⁸⁾ Motsvarande 3,4 till 6,3 fall per 1 000 personer i åldersgruppen 15–64 år; omräknat från den ursprungliga provgruppen 15–54 år, under antagandet att inga fall uppträder i åldersgruppen 55–64 år.

och Nederländerna) redovisar att 6–10 procent av behandlingarna begärs av klienter som anger amfetamin som primär drog, på andra håll är andelen mindre än 3 procent ⁽⁷⁹⁾.

Från 2002 till 2007 har det sammanlagda antalet och andelen amfetaminmissbrukare bland de klienter som påbörjar behandling varit relativt stabilt. Endast Danmark, Lettland och Nederländerna redovisar betydande ökning, medan Sverige och Finland redovisar en minskning i andelen nya amfetaminklienter ⁽⁸⁰⁾. På grund av nya förändringar i vissa nationella övervakningssystem (t.ex. i Lettland) bör man dock ta hänsyn till begränsningarna hos de använda metoderna när uppgifterna om trender granskas.

Medelåldern hos amfetaminmissbrukare som inleder behandling är 29 år. Andelen kvinnor är högre än andelen kvinnor som behandlas för missbruk av andra droger. Kvoten män till kvinnor är ungefär 2:1. Amfetaminmissbrukare som genomgår behandling uppger ofta att de även använder andra droger, huvudsakligen cannabis och alkohol, och ibland opiater ⁽⁸¹⁾. I de länder där primära amfetaminmissbrukare utgör en stor del av dem som inleder behandling är injicering den vanligast förekommande metoden (63–83 procent).

Problematisering amfetaminanvändning

Till skillnad från i andra delar av världen, där användningen av amfetamin har ökat på senare år, förefaller omfattningen av amfetaminanvändningen i Europa vara begränsad. Historiskt sett är det främst i Tjeckien och Slovakien som amfetamin har använts i Europa. Under 2007 uppskattades det i Tjeckien finnas ungefär 20 400–21 400 problematiska amfetaminanvändare (2,8–2,9 fall per 1 000 personer i åldersgruppen 15–64 år), vilket är dubbelt så många som det uppskattade antalet problematiska opiatmissbrukare. I Slovakien var antalet ungefär 5 800–15 700 (1,5–4,0 fall per 1 000 personer i åldersgruppen 15–64 år), vilket är omkring 20 procent färre än det uppskattade antalet problematiska opiatmissbrukare.

I båda länderna uppges amfetamin vara den primära drogen för en stor del av de klienter som inleder behandling: 61 procent i Tjeckien och 26 procent i Slovakien. Mellan 2002 och 2007 ökade efterfrågan på behandling för amfetaminmissbruk i båda länderna ⁽⁸²⁾.

Injektion är det vanligaste rapporterade administrations sättet bland klienter i behandling för amfetamin (82 procent i Tjeckien, 41 procent i Slovakien). De uppger dessutom ofta att de även missbrukar andra droger, främst cannabis, alkohol och opiater. I Slovakien har antalet personer i substitutionsbehandling för opiatmissbruk som uppger att de använder amfetamin ökat kraftigt.

Amfetaminmissbrukare som inleder behandling i Tjeckien och Slovakien är förhållandevis unga, i genomsnitt 24–25 år, och huvudsakligen män. Kvinnor utgör dock en större del av dem som behandlas för problem kopplade till amfetamin än till andra droger.

Ecstasy

Det uppskattas att cirka 10 miljoner vuxna européer har provat ecstasy (3,1 procent i genomsnitt) och att cirka 2,5 miljoner (0,8 procent) har använt drogen under det senaste året (se tabell 6 för en sammanfattning av uppgifterna). Det finns avsevärda skillnader mellan olika länder. Nyare enkäter tyder på att mellan 0,3 procent och 7,5 procent av samtliga vuxna (15–64 år) någon gång har provat drogen. De flesta länder redovisar uppskattningar av livstidsprevalens i intervallet 1–5 procent. Andelen som uppger att de har använt drogen under det senaste året varierar i Europa från 0,1 procent till 3,5 procent. I likhet med de flesta andra olagliga droger, och oavsett vilket mått som används, är den rapporterade användningen av ecstasy mycket högre bland män än bland kvinnor.

Konsumtionen av ecstasy är mycket vanligare bland unga vuxna (15–34 år), där livstidsprevalensen varierade mellan länderna från 0,6 procent till 14,6 procent. Mellan 0,2 procent och 7,7 procent i denna åldersgrupp uppgav att de använde drogen under det senaste året. Det uppskattas att 7,5 miljoner unga européer (5,6 procent) någon gång har provat ecstasy. Omkring 2 miljoner (1,6 procent) använde drogen under det senaste året. Uppskattningar av prevalensen blir ännu högre om endast det yngre åldersskiktet granskas. I åldersgruppen 15–24 år sträcker sig livstidsprevalensen från 0,4 procent till 18,7 procent, även om de flesta länder redovisar uppskattningar i intervallet 2,1–6,8 procent. Tolv månadersprevalensen för ecstasy i denna åldersgrupp beräknas i de flesta länder till mellan 1,0 procent och 3,9 procent, även om det är stor skillnad mellan den lägsta nationella uppskattningen på 0,3 procent och den högsta på 12 procent ⁽⁸³⁾.

⁽⁷⁹⁾ Se tabell TDI-5 (del ii) i statistikbulletinen 2009.

⁽⁸⁰⁾ Se figur TDI-1 och tabell TDI-36 i statistikbulletinen 2009.

⁽⁸¹⁾ Se tabell TDI-37 i statistikbulletinen 2009.

⁽⁸²⁾ Se tabell TDI-5 (del ii) i statistikbulletinen 2009.

⁽⁸³⁾ Se figur GPS-9 (del ii) samt tabellerna GPS-17 och GPS-18 i statistikbulletinen 2009.

Tabell 6: Prevalens för användning av ecstasy i den allmänna befolkningen – sammanfattning av uppgifterna

Åldersgrupp	Tidsperiod för användning	
	Livstidsprevalens	Tolvmånadersprevalens
15–64 år		
Uppskattat antal användare i Europa	10 miljoner	2,5 miljoner
Europeiskt genomsnitt	3,1 %	0,8 %
Intervall	0,3–7,5 %	0,1–3,5 %
Länder med lägst prevalens	Rumänien (0,3 %) Grekland (0,4 %) Malta (0,7 %) Litauen (1,0 %)	Rumänien (0,1 %) Grekland, Malta (0,2 %) Polen (0,3 %)
Länder med högst prevalens	Storbritannien (7,5 %) Tjeckien (7,1 %) Irland (5,4 %) Lettland (4,7 %)	Tjeckien (3,5 %) Estland (1,7 %) Slovakien (1,6 %) Storbritannien, Lettland (1,5 %)
15–34 år		
Uppskattat antal användare i Europa	7,5 miljoner	2 miljoner
Europeiskt genomsnitt	5,6 %	1,6 %
Intervall	0,6–14,6 %	0,2–7,7 %
Länder med lägst prevalens	Grekland, Rumänien (0,6 %) Malta (1,4 %) Litauen, Polen (2,1 %)	Rumänien (0,2 %) Grekland (0,4 %) Polen (0,7 %) Italien, Litauen, Portugal (0,9 %)
Länder med högst prevalens	Tjeckien (14,6 %) Storbritannien (12,7 %) Irland (9,0 %) Lettland (8,5 %)	Tjeckien (7,7 %) Estland (3,7 %) Storbritannien (3,1 %) Lettland, Slovakien, Nederländerna (2,7 %)
De europeiska prevalensuppskattningarna är baserade på viktade genomsnitt från de senaste nationella enkäterna som genomfördes från 2001 till 2008 (främst 2004–2008), och kan därför inte knytas till ett bestämt år. Genomsnittlig prevalens för Europa har beräknats genom ett viktat genomsnitt enligt populationen i relevant åldersgrupp i varje land. I länder där inga uppgifter har funnits tillgängliga har genomsnittlig EU-prevalens kalkylerats. Populationer som använts som grund: 15–64 år (334 miljoner) och 15–34 år (133 miljoner). De uppgifter som sammanfattas här finns att hämta under "General population surveys" i statistikbulletinen 2009.		

Bland 15–16-åriga skolelever ligger livstidsprevalensen för ecstasy mellan 1 procent och 5 procent i de flesta av de 28 länder som undersöktes 2007. Endast fyra länder redovisar högre prevalensnivåer: Bulgarien, Estland, Slovakien (samtliga 6 procent) och Lettland (7 procent).

En fortsatt obetydlig andel primära ecstasyanvändare inledde behandling 2007. I två tredjedelar av länderna anges ecstasy av mindre än 1 procent av klienterna i missbruksbehandling. På andra håll varierar andelen mellan 1 procent och 5 procent. Med en genomsnittlig ålder på 24 år tillhör användarna av ecstasy den yngsta gruppen som inleder behandling mot narkotikamissbruk och rapporterar oftast samtidig användning av andra ämnen, inklusive cannabis, kokain, alkohol och amfetaminer ⁽⁸⁴⁾.

LSD och hallucinogen svamp

Livstidsprevalens för användning av LSD i den vuxna befolkningen (15–64 år) sträcker sig från nästan 0 till 5,2 procent. Bland unga vuxna (15–34 år), ligger uppskattningarna av livstidsprevalensen lite högre (0 till 6,6 procent), även om mycket lägre prevalensintervall redovisas för tolv månadersprevalens och i åldersgruppen 15–24 år ⁽⁸⁵⁾. Däremot överskrider användningen av LSD i de få länder som lämnar jämförbara uppgifter ofta av användningen av hallucinogen svamp, där uppskattningar av livstidsprevalensen för unga vuxna sträcker sig från 0,3 procent till 8,3 procent. Uppskattningar av tolv månadersprevalensen ligger på mellan 0,2 procent och 2,8 procent.

⁽⁸⁴⁾ Se tabellerna TDI-5 och TDI-37 (del i), (del ii) och (del iii) i statistikbulletinen 2009.

⁽⁸⁵⁾ Se tabellerna GPS-8 (del i), GPS-9, GPS-11 och GPS-17 i statistikbulletinen 2009.

ECNN:s temakapitel om blandmissbruk

Vid sidan av årsrapporten för 2009 offentliggör ECNN ett temakapitel om blandmissbruk. I dokumentet granskas de tillgängliga definitionerna av detta mycket vanliga mönster för narkotikamissbruk. Där presenteras även uppgifter som möjliggör bättre förståelse av prevalensen av och kännetecknen på blandmissbruk i olika populationer (skolbarn, vuxna, problematiska narkotikaanvändare). Befintliga åtgärder inriktade på denna företeelse när det gäller förebyggande verksamhet, behandling och skademinskning beskrivs också. I rapporten ingår även en kortfattad genomgång av riskerna förenade med några av de vanligaste narkotikablandningarna och en diskussion om övervakningen av blandmissbruket i framtiden.

Temakapitlet finns tillgängligt i tryckt form och på Internet (endast på engelska): <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use>

Bland 15–16-åriga skolelever är prevalensuppskattningarna för användningen av hallucinogen svamp högre än uppskattningarna för LSD och andra hallucinogena ämnen i 10 av de 26 länder som lämnar uppgifter om dessa ämnen. De flesta länder redovisar uppskattningar av livstidsprevalens för användning av hallucinogen svamp i intervallet 1–4 procent. Slovakien (5 procent) och Tjeckien (7 procent) redovisar högre nivåer ⁽⁸⁶⁾.

Trender för användningen av amfetaminer och ecstasy

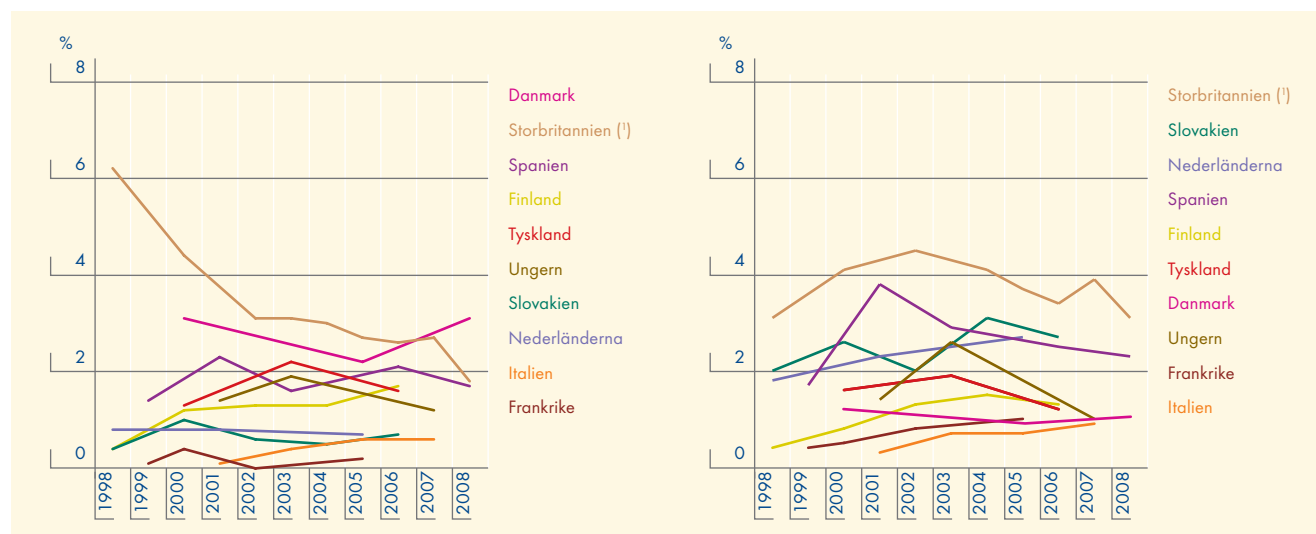
Den stabiliserade eller till och med nedåtgående trend för konsumtion av amfetaminer och ecstasy i Europa

som iakttagits i tidigare rapporter får stöd av de senaste uppgifterna. Efter allmänna ökningar under nittioalet tyder nu befolkningsenkäter på att det totalt sett har skett en stabilisering eller till och med en blygsam minskning av de båda drogernas popularitet, även om detta mönster inte kan konstateras i samtliga länder.

Användningen av amfetamin under de senaste tolv månaderna bland unga vuxna (15–34 år) i Storbritannien sjönk markant från 6,2 procent 1998 till 1,8 procent 2008. I Danmark ökade användningen av amfetamin från 0,5 procent 1994 till 3,1 procent 2000, med en liknande siffra 2008 ⁽⁸⁷⁾. Bland övriga länder som redovisar upprepade enkäter under en liknande tidsperiod (Tyskland, Grekland, Spanien, Frankrike, Nederländerna, Slovakien och Finland), är trenderna i stort sett stabila (figur 7). Av de elva länder med tillräckliga uppgifter om tolv månadersprevalens för användning av amfetamin i åldersgruppen 15–34 år, redovisade fyra under femårsperioden 2002–2007 en minskning på minst 15 procent av det inledande värdet, tre redovisar en stabilisering och fyra en ökning.

Bilden av användningen av ecstasy bland unga vuxna (15–34 år) är mer blandad. Efter allmänna ökningar av användningen i vissa europeiska länder i slutet av åttiotalet och det tidiga nittioalet som ledde till att användningen av ecstasy i mitten av nittioalet låg på ungefär samma nivå i Tyskland, Spanien och Storbritannien, har tolv månadersprevalensen sjunkit till ett beräknat europeiskt genomsnitt på 1,6 procent.

Figur 7: Trender i tolv månadersprevalens för användning av amfetaminer (vänster) och ecstasy (höger) bland unga vuxna (15–34 år)



⁽¹⁾ England och Wales.

Anm.: Uppgifter presenteras endast för länder med minst tre enkäter under perioden 1998–2008. Se figurerna GPS-8 och GPS-21 i statistikbulletinen 2009 för ytterligare uppgifter.

Källa: Reitox nationella rapporter, hämtade från befolkningsenkäter, rapporter eller vetenskapliga artiklar.

⁽⁸⁶⁾ Uppgifter från ESPAD för alla länder utom Spanien. Se figur EYE-2 (del v) i statistikbulletinen 2009.

⁽⁸⁷⁾ Det danska värdet för 1994 avser "tung narkotika", vilket främst innebär amfetaminer.

Bland länder med nyare undersökningar är prevalensen fortsatt högre i Storbritannien jämfört med andra länder ⁽⁸⁸⁾. Under femårsperioden 2002–2007 sjönk tolv månadersprevalensen för ecstasy bland unga vuxna med minst 15 procent av det inledande värdet i tre av de elva länder som lämnar tillräckliga uppgifter, medan det var stabilt i fyra länder och steg i fyra.

I vissa länder kan kokain eventuellt ersätta amfetaminer och ecstasy i vissa delar av populationen som använder narkotika. Denna hypotes kan illustreras i Storbritannien och i viss utsträckning i andra länder (t.ex. Danmark och Spanien), där ökning av kokainkonsumtionen motsvaras av en minskning av användningen av amfetaminer (ECNN, 2008b).

ESPAD och andra skolenkäter genomförda under 2007 tyder sammantaget på små förändringar i nivån av experimenterande med amfetamin och ecstasy bland skolelever i åldrarna 15–16 år. Om man bara tar hänsyn till skillnader på minst två procentenheter mellan 2003 och 2007 steg livstidsprevalensen för användning av amfetamin i nio länder. Med samma mått ökade användningen av ecstasy i sju länder. Sjunkande livstidsprevalens för användning av amfetamin iaktogs endast i Estland, medan Tjeckien, Portugal och Kroatien redovisade minskande användning av ecstasy.

Amfetaminer och ecstasy i nöjesmiljöer: användning och åtgärder

Narkotika- och alkoholanvändningen är ibland förknippad med vissa nöjesmiljöer där ungdomar samlas (t.ex. danstillställningar och musikfestivaler). Undersökningar av narkotikaanvändningen i dessa miljöer kan ge en nyttig inblick i beteendet hos dem som använder amfetaminer och ecstasy eller andra droger som ketamin eller GHB. Uppskattningar av användningen av narkotika i dessa miljöer brukar vara höga, men det går inte att dra några slutsatser om befolkningen i stort utifrån information från dessa miljöer. En stor del av användningen tenderar att ske på helger och under semesterperioder (ECNN, 2006b).

Prevalensuppgifter från studier genomförda i nöjesmiljöer under 2007 finns tillgängliga från fem länder (Belgien, Tjeckien, Lettland, Litauen och Österrike). Uppskattningar av livstidsprevalensen varierade mellan 15 procent och 71 procent för användning av ecstasy och mellan 17 procent och 68 procent för amfetaminer. I fyra av dessa studier redovisades också uppskattningar av livstidsprevalensen av hallucinogen svamp i intervallet 4–64 procent. Frekvent

användning av ecstasy eller amfetaminer kan också påträffas i dessa miljöer men är i allmänhet mycket lägre.

En indikation på i vilken utsträckning användning av dessa narkotika kan vara koncentrerad hos den unga befolkningen som besöker klubbar kan hämtas från 2007/2008 British Crime Survey. Bland 16–24-åringarna var det mer än tre gånger så sannolikt att de som uppgav att de hade besökt en nattklubb fyra eller fler gånger under den senaste månaden också hade använt ecstasy (8 procent) under det senaste året, än de som inte hade besökt nattklubbar (2,3 procent) (Hoare och Flatley, 2008).

Hälsan och säkerheten för personer som besöker nattklubbar och använder narkotika är ett växande folkhälsoproblem. Riktlinjer som "Safer dancing", som har utvecklats i Storbritannien, har blivit ett viktigt instrument på området. Men även om tolv länder i dag uppger att de har tagit fram sådana riktlinjer för platser med nattliv uppger endast Nederländerna, Slovenien, Sverige och Storbritannien att man övervakar dem och ser till att de följs.

Riktlinjerna för säkert klubbiv är inriktade på att minska risken för att narkotikarelaterade problem uppstår och omfattar tillgång till gratis kallt vatten, omedelbar tillgång till första hjälpen och uppsökande förebyggande verksamhet. Nationella experter rapporterade om tillgången på sådana åtgärder i nattklubbar med tillräckligt stor målpopulation för att åtgärden ska kunna genomföras. Sammantaget pekar de på den begränsade tillgången på enkla åtgärder för att förebygga eller minska hälsoriskerna och narkotikaanvändningen i europeiska nattlivsmiljöer. Uppsökande förebyggande verksamhet uppges endast vara tillgänglig i majoriteten av de berörda nattklubbarna i Litauen och Slovenien och i en minoritet av nattklubbarna i 18 länder. Den finns inte i sex länder. Fem länder redovisar omedelbar tillgång på första hjälpen i majoriteten av de berörda nattklubbarna (Luxemburg, Portugal, Slovenien, Storbritannien och Norge). Åtgärden är endast tillgänglig i en minoritet av de berörda nattklubbarna i 15 länder och finns inte alls i Grekland och Sverige. Slutligen finns gratis kallt vatten i en majoritet av de berörda nattklubbarna i elva länder och i en minoritet av klubbarna i nio länder. Åtgärden används inte i Grekland, Cypern och Rumänien.

Behandling

Användare av amfetamin får i allmänhet behandling inom den öppna missbrukarvården, som i länder där det sedan länge finns en utbredd användning av amfetaminer kan

⁽⁸⁸⁾ Se figur GPS-21 i statistikbuletinen 2009.

ha specialiserade inrättningar för att behandla denna typ av missbruk. Behandling av de mest problematiska användarna av amfetaminer kan ges inom slutenvården eller på psykiatriska kliniker eller sjukhus.

Särskilda behandlingsprogram för problematiska användare av amfetaminer uppges finnas i nio länder (Tyskland, Estland, Spanien, Italien, Österrike, Portugal, Slovenien, Slovakien och Storbritannien). Tillgången på dessa program varierar mellan olika länder. Endast tre av dessa länder (Portugal, Slovenien och Storbritannien) uppger att specialiserade program är tillgängliga för majoriteten av de amfetaminanvändare som aktivt söker behandling. I de övriga sex länderna uppskattar nationella experter att specialiserad amfetaminbehandling är tillgänglig för mindre än hälften av dem som söker den. Innehållet i de särskilda programmen för användare av dessa droger är ofta dåligt dokumenterat.

I stort sett saknas tydliga belägg för effektiviteten hos terapeutiska alternativ vilka skulle kunna vägleda behandlingen av beroende av psykostimulantia som amfetaminer. Lovande resultat har redovisats för nyare undersökningar om läkemedel för att hjälpa missbrukare att sluta använda drogen eller minska suget kopplat till amfetaminberoende, något som hittills har saknats. I en finsk studie om användningen av metylfenidat och aripiprazol rapporterades positiva inledande resultat: de som fick metylfenidat uppvisade färre amfetaminpositiva urinprov än de som fick aripiprazol eller placebo (Tiihonen m.fl., 2007). En granskning av nyare litteratur pekade på positiva resultat för både metylfenidat och dexamfetamin vid behandling av metamfetaminberoende (Elkashef m.fl., 2008).

Dexamfetamin har länge funnits tillgänglig för behandling av högproblematiska användare av amfetaminer i England och Wales, där den kan ordinerars av alla läkare. Informationen om detta bruk i Storbritannien är dock begränsad. I en apoteksundersökning som genomfördes för mer än tio år sedan beräknades att mellan 900 och 1 000 klienter fick denna behandling (Strang och Sheridan, 1997). De flesta recept skrevs ut av läkare som arbetade på sjukhus eller kliniker, och nästan samtliga av läkare som arbetade inom det brittiska sjukvårdssystemet (National Health Service, NHS). I en undersökning av 265 specialiserade tjänster inom NHS som genomfördes

2000 framkom att dexamfetamin ordinerades i ungefär en tredjedel av de undersökta tjänsterna (Rosenberg m.fl., 2002). Storbritanniens riktlinjer för klinisk vård av narkotikaberoende rekommenderar dock inte substitutionsordinerings av dexamfetamin, på grund av brist på belägg för dess effektivitet (NTA, 2007).

Hittills har ingen psykosocial åtgärd visat starka belägg för att effektivt hjälpa användare av psykostimulantia att hålla sig borta från drogen. I litteraturen har kognitiva beteendemetoder som förebygger återfall visat sig vara mest effektiva vid behandling av missbrukare av stimulantia. Effektiviteten hos andra typer av åtgärder har inga starka belägg. Litteraturen är särskilt hämmad av bristen på väl genomförda studier bland primära amfetaminmissbrukare, särskilt studier av behandlingsresultat (Baker m.fl., 2004). Dessutom drog man i en nyligen genomförd Cochrane-granskning av psykosociala insatser mot beroende av psykostimulantia slutsatsen att de enda konsekventa, positiva beteendemässiga resultaten (kvarstannande i behandling, minskad drogkonsumtion) konstaterades vid psykosociala insatser som innefattade underhållsbehandling som en komponent. Denna metod används dock sällan i Europa, även om det har förekommit vissa pilotprojekt (se kapitel 5).

Det behövs ytterligare forskning om den psykosociala och farmakologiska behandlingen av personer med amfetaminrelaterade problem, särskilt bland injektionsmissbrukare. Dagens behandlingsmetoder och behandlingsutbud i Europa behöver också dokumenteras på ett bättre sätt, och mycket återstår att göra när det gäller spridning av bästa metoder. Bristen på särskilt utformade program kan vara ett skäl till att amfetamin- och metamfetaminmissbrukare inte uppmuntras att söka behandling, särskilt i början av missbruket. Dessutom skulle tillgången på sådana program kunna bidra till att locka fler missbrukare till behandling, vilket framkom i fråga om problematiska cannabisanvändare i Tyskland och Frankrike när dessa länder utvidgade tillgången på särskilt utformade behandlingsprogram. Sådana åtgärder kan vara särskilt användbara i länder där man under senare tid har sett en ökning av antalet problematiska amfetamin- och metamfetaminanvändare, särskilt injektionsmissbrukare (Talu m.fl., 2009).

Kapitel 5

Kokain och crack-kokain

Inledning

En total ökning av kokainanvändningen och kokainbeslagen har konstaterats i Europeiska unionen under det senaste årtiondet, även om ökningen främst har ägt rum i de västeuropeiska medlemsstaterna och stora skillnader finns mellan olika länder. De tillgängliga uppgifterna tyder också på avsevärda skillnader mellan olika kokainanvändare, både när det gäller mönster för användningen och sociodemografiska faktorer. De som endast experimenterar med ämnet vid ett eller ett par tillfällen utgör den största gruppen. En annan grupp innefattar socialt integrerade regelbundna användare som i vissa länder består av ett förhållandevis stort antal ungdomar. Vissa av dem kommer att intensifiera sitt kokainmissbruk eller utsträcka missbruket över en lång period, vilket kan leda till kroniska hälsoproblem och sociala problem och till behov av behandling. En tredje grupp användare innefattar medlemmar av socialt utestängda grupper, inklusive nuvarande och tidigare opiatmissbrukare. De flesta av dem uppvisar intensiva mönster av kokainmissbruk och använder eventuellt

crack eller injicerar drogen, vilket kan göra befintliga hälsoproblem och sociala problem permanenta eller förvärra dem, och kan även komplicera deras behandling för opiatmissbruk. På grund av kokainanvändarnas skiftande profil är det en unik utmaning att bedöma prevalensen för användning av drogen, dess hälsomässiga och sociala konsekvenser och nödvändiga åtgärder.

Tillgång och tillgänglighet

Produktion och handel

Odling av kokabusken, som kokain framställs ur, fortsätter att ske främst i ett fåtal länder i den andinska regionen ⁽⁸⁹⁾. UNODC (2009) uppskattade den potentiella kokainproduktionen under 2008 till 845 ton ren kokainhydroklorid, varav Colombia stod för 51 procent, Peru 36 procent och Bolivia 13 procent. Den totala kokainproduktionen uppskattas ha fallit med 15 procent 2008, främst på grund av fallande kokainproduktion i Colombia – från 600 ton 2007 till 430 ton 2008.

Tabell 7: Produktion, beslag, pris och renhetsgrad för kokain och crack-kokain

	Kokain	Crack-kokain ⁽¹⁾
Total produktion, uppskattning (ton)	845	i.u.
Total beslagtagen kvantitet (ton)	710 ⁽²⁾	0,8
Beslagtagen kvantitet (ton) EU och Norge (inklusive Kroatien och Turkiet)	76,4 (76,7)	0,08 (0,08)
Antal beslag EU och Norge (inklusive Kroatien och Turkiet)	91 400 (92 000)	9 500 (9 500)
Medelpris i missbrukarledet (euro per gram) Intervall (kvartilavstånd) ⁽³⁾	44–88 (58–67)	20–112
Intervall för medelrenhet (i procent)	22–57	35–98

⁽¹⁾ På grund av det begränsade antal länder som lämnar uppgifter bör uppgifterna tolkas med försiktighet.

⁽²⁾ UNODC uppskattar att denna siffra motsvarar 412 ton rent kokain.

⁽³⁾ Intervallet i den mellersta hälften av de rapporterade medelpriserna.

Anm.: Samtliga uppgifter avser 2007, med undantag för uppskattningarna av den totala produktionen, som avser 2008; i.u. = ingen uppgift.

Källa: UNODC World drug report (2009) för globala värden, Reitox nationella kontaktpunkter för europeiska uppgifter.

⁽⁸⁹⁾ För information om källorna till uppgifter om tillgång på och tillgänglighet för narkotika, se s. 39.

Däremot fortsatte kokainproduktionen i Peru och Bolivia att öka något.

Den största delen av processen för att omvandla kokablad till kokainhydroklorid sker som tidigare i Colombia, Peru och Bolivia, även om den också kan ske i andra sydamerikanska länder. Colombias betydelse för produktionen av kokain bekräftas av uppgifter om oskadliggjorda laboratorier och beslag av kaliumpermanganat, en kemisk reagens som används vid syntes av kokainhydroklorid. Under 2007 oskadliggjordes 2 471 kokainlaboratorier (78 procent av det totala antalet i världen) och sammanlagt 144 ton kaliumpermanganat beslagtogs i Colombia (94 procent av de globala beslagen) (INCB, 2009a).

Tillgängliga uppgifter tyder på att kokainet fortsätter att smugglas till Europa på olika vägar (ECNN, 2008d). Syd- och centralamerikanska länder, som Argentina, Brasilien, Ecuador, Mexiko och Venezuela är transitländer för kokainsändningarna på vägen till Europa. Västindien används ofta också vid omlastning av kokain till Europa. På dessa rutter smugglas kokainet med hjälp av kommersiellt flyg eller fartyg. På senare år har en alternativ smugglingsled genom Västafrika identifierats. Därifrån transporteras ofta kokainet till Europa med hjälp av fiske- och segelbåtar, även om smuggling med flygplan eller till lands genom Nordafrika också har rapporterats (Europol, 2007).

Andra transitländer har också nämnts under senare år. Dessa innefattar Sydafrika, Ryssland, men även länder i Central- och Östeuropa, där antalet kokainbeslag steg från uppskattningsvis 412 fall 2002 till 1 065 fall 2007. Belgien, Spanien, Frankrike, Italien, Nederländerna, Portugal och Storbritannien har nämnts som viktiga transitländer för kokainleveranser ut i Europa.

Beslag

Kokain är den olagliga drog som näst efter marijuana och hasch är föremål för den mest omfattande handeln i världen. Under 2007 låg de globala beslagen av kokain kvar på omkring 710 ton. Sydamerika fortsatte rapportera den största beslagtagna volymen och stod för 45 procent av den totala volymen, följt av Nordamerika med 28 procent samt Väst- och Centraleuropa med 11 procent (UNODC, 2009).

I Europa har antalet kokainbeslag ökat under de senaste 20 åren, särskilt sedan 2003. År 2007 steg antalet kokainbeslag till 92 000 fall, men den sammanlagda konfiskerade mängden sjönk till 77 ton, en nedgång från 121 ton 2006. Portugal är det land som främst står för

minskningen av den totala mängden beslagttaget kokain, samt i mindre utsträckning Spanien och Frankrike, vilka redovisar mindre beslagtagna mängder 2007 jämfört med föregående år ⁽⁹⁰⁾. Spanien fortsatte 2007 att vara det land som redovisar både den största mängden beslagttaget kokain och det högsta antalet beslag – ungefär hälften av det totala värdet i Europa.

Renhetsgrad och pris

Den genomsnittliga renhetsgraden för kokain i Europa varierade mellan 22 procent och 57 procent 2007 ⁽⁹¹⁾. De flesta av länderna med tillräckliga uppgifter för att

Lagstiftning inriktad på att bekämpa narkotikasmuggling på öppna havet

Staterna måste samarbeta för att kunna ingripa mot narkotikasmugglingen till havs. Detta samarbete underlättas genom två internationella konventioner.

Enligt artikel 108 i den internationella havsrättskonventionen (1982) kan en stat, som misstänker att ett fartyg som för landets flagg ⁽¹⁾ är inblandat i narkotikasmuggling, begära hjälp av andra stater för att undertrycka sådan verksamhet. Man räknar med ytterligare samarbete i artikel 17 i FN:s konvention från 1988 mot olaglig narkotikahandel. Genom konventionen införs en mekanism som gör att alla stater, som har tillräcklig anledning att misstänka att ett fartyg som är registrerat i ett annat land är inblandat i narkotikasmuggling, kan begära tillstånd av fartygets flaggstat för att borda fartyget, söka efter och beslagta all narkotika och därefter åtala lagbrytarna. Dessa åtgärder kan vidtas var som helst utanför territorialvattnen. Behöriga nationella myndigheter utses för att agera som kontaktpunkter som alltid ska vara tillgängliga för att så fort som möjligt kunna besvara sådana önskemål. Begäran kan beviljas, villkorligt beviljas eller avslås. Ingripandet får endast genomföras med krigsfartyg eller militärflygplan, eller med andra fartyg eller flygplan som tydligt kan identifieras vara i statlig tjänst och auktoriserade i den riktningen.

Den egentliga bordningen och de efterföljande åtgärderna genomförs av en grupp tjänstemän för brottsbekämpning från den stat som begärde ingripandet. Gruppen är känd som ett brottsbekämpningsdetachement ("law enforcement detachment", LEDET). När operationen samordnas av mellanstatliga organ som MAOC-N (Maritime Analysis Operations Centre – Narcotics), befinner sig ibland denna grupp ombord ett annat lands krigsfartyg. För att uppfylla identifieringskravet i sådana fall för helikoptrar och mindre båtar som används under bordningen tillfälligt LEDET-statens flagg snarare än krigsfartygets.

⁽¹⁾ Jurisdiktionen över ett fartyg och dess besättning övertas av den stat i vilken fartyget är registrerat ("flaggstaten").

⁽⁹⁰⁾ Se tabellerna SZR-9 och SZR-10 i statistikbulletinen 2009.

⁽⁹¹⁾ Se tabellerna PPP-3 och PPP-7 om renhetsgrad och pris i statistikbulletinen 2009.

Varför faller kokainpriserna i Europa?

Sedan 2000 har kokainpriserna anpassade för inflationen gått ned i Europa, samtidigt som efterfrågan på kokainet har ökat, vilket visas genom prevalensen av kokainanvändningen i befolkningen som helhet och bland problematiska narkotikaanvändare. Detta till synes ologiska rön kan förklaras genom flera faktorer. Större tillgång på kokain i Europa, vilken återspeglas i växande beslagsvolym, är utan tvekan en central faktor. Att de sydamerikanska kokainhandlarna söker efter ett alternativ till marknaden i Förenta staterna kan vara en pådrivande faktor för ökad inriktning på den europeiska marknaden. Dessutom kan en "dragande" faktor ha varit den växande efterfrågan på kokain i Europa. Den ökade volymen på den europeiska kokainkonsumtionen, parat med de europeiska valutornas relativa styrka jämfört med den amerikanska dollarn, kan ha kompenserat de sjunkande priserna och, möjligen, de snävare vinstmarginalerna.

Andra faktorer kan dock också ha påverkat priset på kokain. Den tekniska utvecklingen och utnyttjandet av nya smugglingsrutter som den västafrikanska rutten, där narkotikan är svagt kontrollerad och där det finns tillgång på lågavlönade smugglare, kan ha lett till minskning av transportkostnaderna och de smugglingsrelaterade riskerna. Större konkurrens på kokainmarknaden (Desroches, 2007) kan också ha påverkat kokainpriset i Europa.

Bristen på uppgifter på området gör att denna analys måste bli spekulativ, vilket understryker vikten av att man skaffar sig en bättre förståelse av de faktorer som påverkar Europas narkotikamarknad. ECNN planerar att fortsätta utveckla samarbetet och forskningen på området.

man ska kunna analysera trender över tid redovisar en nedgång i kokainets renhetsgrad under perioden 2002–2007, med undantag för Spanien och Portugal.

Under 2007 varierade medelpriset i missbrukarledet för kokain mellan 44 euro och 88 euro per gram i de 19 länder som lämnar uppgifter. Ungefär hälften av dem redovisar medelpriser mellan 58 euro och 67 euro per gram. I de länder som lämnar tillräckliga uppgifter för att man ska kunna göra en jämförelse har kokain som säljs på gatan blivit billigare mellan 2002 och 2007.

Prevalens och mönster för användningen

Kokainanvändning hos befolkningen i allmänhet

Kokain är totalt sett den näst vanligaste olagliga drogen i Europa efter cannabis, även om användningens omfattning varierar mellan länderna. Det uppskattas att cirka 13 miljoner européer har använt kokain åtminstone någon gång,

eller i genomsnitt 3,9 procent av vuxna i åldersgruppen 15–64 år (se tabell 8 för en sammanfattning av uppgifterna). Nationella siffror varierar mellan 0,1 procent och 8,3 procent. Tolv av 23 länder, inklusive de flesta länder i Central- och Östeuropa, redovisade låga siffror för livstidsprevalensen bland samtliga vuxna (0,5–2 procent).

Det uppskattas att cirka 4 miljoner européer har använt kokain under det senaste året (1,2 procent i genomsnitt), men även här med variation mellan olika länder. I nyligen genomförda nationella enkäter redovisas uppskattningar av tolv månadersprevalens på mellan 0 och 3,1 procent, men i 18 av 24 länder överskrider inte nivåerna 1 procent. Uppskattningarna av en månadersprevalensen för kokainanvändning i Europa motsvarar ungefär 0,4 procent av den vuxna befolkningen eller cirka 1,5 miljoner personer. Dessa uppskattningar är sannolikt i underkant.

Totalt sett förefaller användningen av kokain vara koncentrerad till ett fåtal länder, i synnerhet Danmark, Spanien, Italien, Irland och Storbritannien, medan användningen av drogen är förhållandevis låg i övriga Europa. I länder där amfetaminer dominerar marknaden för olagliga stimulerande droger är uppskattningarna av användningen av kokain låg i nästan samtliga fall och motsatt redovisas låg konsumtion av amfetaminer i de flesta länder där kokain är det främsta olagliga stimulerande medlet.

Endast en liten andel av dem som har använt kokain minst en gång i livet tycks utveckla intensiva mönster för användning. Uppgifter från enkäter i hela befolkningen tyder på att många bara provar kokain en enda gång eller under en begränsad tid. I länder där tolv månadersprevalensen var högre än 2 procent hade de flesta vuxna som hade använt kokain en gång (80–95 procent) inte använt drogen under den senaste månaden ⁽⁹²⁾.

Användning av kokain bland unga vuxna

I Europa har uppskattningsvis 7,5 miljoner unga vuxna (15–34 år), eller i genomsnitt 5,6 procent, använt kokain åtminstone någon gång. Nationella siffror varierar mellan 0,1 procent och 12,0 procent. Genomsnittet i Europa för denna åldersgrupps användning av kokain under de senaste tolv månaderna uppskattas till 2,2 procent (3 miljoner) och för den senaste månaden till 0,8 procent (1 miljon).

Användningen är särskilt utbredd bland unga män (15–34 år). Tolv månadersprevalensen för kokainanvändning rapporteras ligga mellan 4,2 procent och 7,7 procent i Danmark, Spanien, Irland, Italien och Storbritannien ⁽⁹³⁾. I de flesta länder är kvoten män till kvinnor när det gäller

⁽⁹²⁾ Se figur GPS-16 i statistikbulletinen 2009.

⁽⁹³⁾ Se figur GPS-13 i statistikbulletinen 2009.

Tabell 8: Prevalens för användning av kokain i den allmänna befolkningen – sammanfattning av uppgifterna

Åldersgrupp	Tidsperiod för användning		
	Livstidsprevalens	Tolvmånadersprevalens	En månadsprevalens
15–64 år			
Uppskattat antal användare i Europa	13 miljoner	4 miljoner	1,5 miljoner
Europeiskt genomsnitt	3,9 %	1,2 %	0,4 %
Intervall	0,1–8,3 %	0,0–3,1 %	0,0–1,1 %
Länder med lägst prevalens	Rumänien (0,1 %) Litauen, Malta (0,4 %) Grekland (0,7 %)	Rumänien (0,0 %) Grekland (0,1 %) Tjeckien, Ungern, Polen (0,2 %)	Tjeckien, Grekland, Estland, Rumänien (0,0 %) Malta, Litauen, Polen, Finland (0,1 %)
Länder med högst prevalens	Spanien (8,3 %) Storbritannien (7,6 %) Italien (6,8 %) Irland (5,3 %)	Spanien (3,1 %) Storbritannien (2,3 %) Italien (2,2 %) Irland (1,7 %)	Spanien (1,1 %) Storbritannien (1,0 %) Italien (0,8 %) Irland (0,5 %)
15–34 år			
Uppskattat antal användare i Europa	7,5 miljoner	3 miljoner	1 miljoner
Europeiskt genomsnitt	5,6 %	2,2 %	0,8 %
Intervall	0,1–12,0 %	0,1–5,5 %	0,0–2,1 %
Länder med lägst prevalens	Rumänien (0,1 %) Litauen (0,7 %) Malta (0,9 %) Grekland (1,0 %)	Rumänien (0,1 %) Grekland (0,2 %) Polen (0,3 %) Ungern, Tjeckien (0,4 %)	Estland, Rumänien (0,0 %) Tjeckien, Grekland, Polen (0,1 %)
Länder med högst prevalens	Storbritannien (12,0 %) Spanien (11,8 %) Danmark (9,5 %) Irland (8,2 %)	Spanien (5,5 %) Storbritannien (4,5 %) Danmark (3,4 %) Irland, Italien (3,1 %)	Storbritannien (2,1 %) Spanien (1,9 %) Italien (1,2 %) Irland (1,0 %)
15–24 år			
Uppskattat antal användare i Europa	3 miljoner	1,5 miljoner	0,6 miljoner
Europeiskt genomsnitt	4,4 %	2,2 %	0,9 %
Intervall	0,1–9,9 %	0,1–5,6 %	0,0–2,5 %
Länder med lägst prevalens	Rumänien (0,1 %) Grekland (0,6 %) Litauen (0,7 %) Malta, Polen (1,1 %)	Rumänien (0,1 %) Grekland (0,2 %) Polen (0,3 %) Tjeckien (0,4 %)	Estland, Rumänien (0,0 %) Grekland (0,1 %) Tjeckien, Polen, Portugal (0,2 %)
Länder med högst prevalens	Storbritannien (9,9 %) Spanien (9,3 %) Danmark (9,2 %) Irland (7,0 %)	Danmark (5,6 %) Spanien (5,4 %) Storbritannien (5,0 %) Irland (3,8 %)	Storbritannien (2,5 %) Spanien (1,7 %) Italien (1,2 %) Irland (1,1 %)

De europeiska prevalensuppskattningarna är baserade på viktade genomsnitt från de senaste nationella enkäterna som genomfördes från 2001 till 2008 (främst 2004–2008), och kan därför inte knytas till ett bestämt år. Genomsnittlig prevalens för Europa har beräknats genom ett viktat genomsnitt enligt populationen i relevant åldersgrupp i varje land. I länder där inga uppgifter har funnits tillgängliga har genomsnittlig EU-prevalens kalkylerats. Populationer som använts som grund: 15–64 år (334 miljoner), 15–34 år (133 miljoner) och 15–24 år (63 miljoner). De uppgifter som sammanfattas här finns att hämta under "General population surveys" i statistikbulletinen 2009.

tolvmånadersprevalens för användning av kokain bland unga vuxna minst 2:1.

Tolvmånadersprevalensen för användning av kokain bland 15- till 24-åringar uppskattas till 2,2 procent, vilket

motsvarar 1,5 miljoner användare i Europa. Till skillnad från prevalensuppskattningarna för användningen av cannabis eller ecstasy, som är högst i åldersgruppen 15–24 år, är prevalensen för nyligen inträffad kokainanvändning (senaste året och senaste månaden)

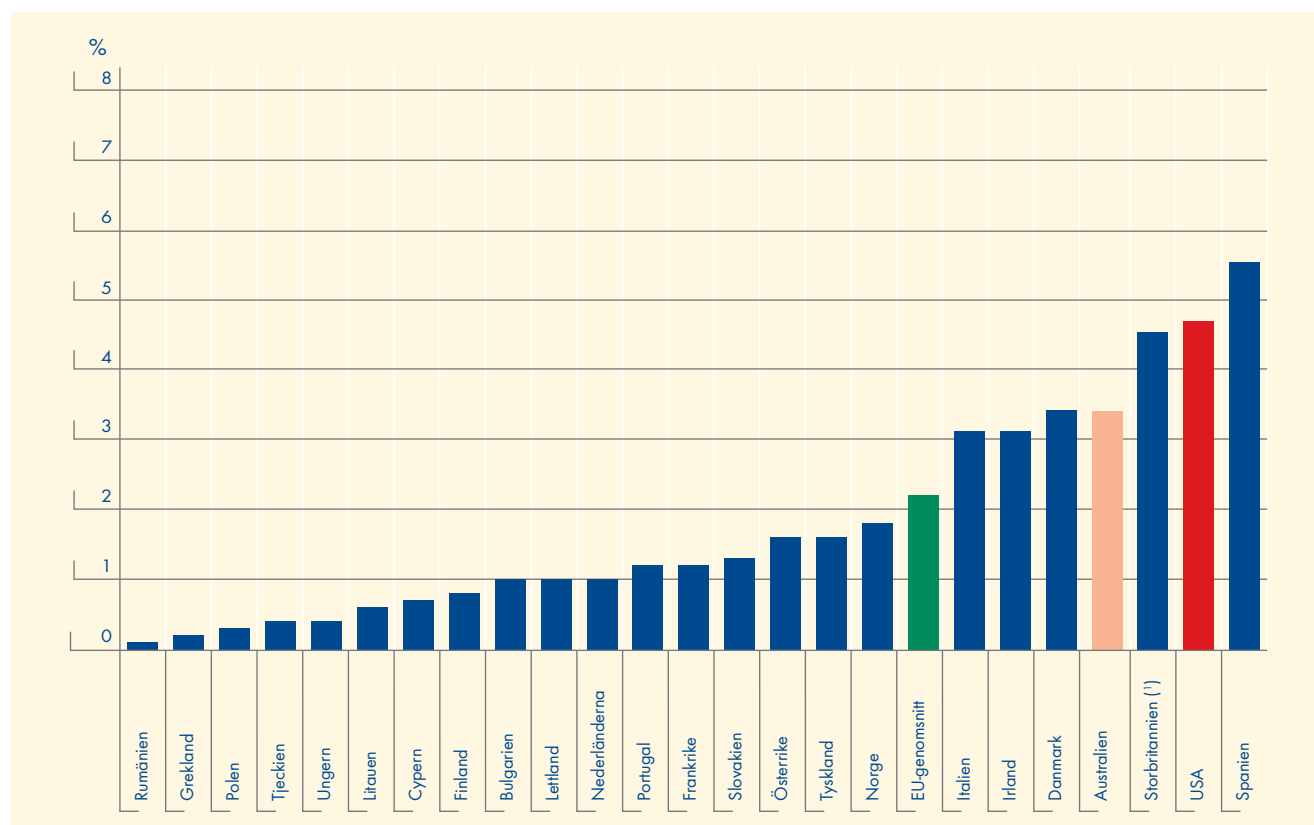
liknande mellan åldersgrupperna 15–34 år och 15–24 år ⁽²⁴⁾.

Användning av kokain förknippas också med konsumtion av alkohol och en viss livsstil. I en analys av uppgifter från British Crime Survey 2007/2008 fann man exempelvis att 13,5 procent av de 16–24-åringar som besökte pubar nio eller fler gånger under den senaste månaden uppger att de under det senaste året har använt kokain, jämfört med 1,7 procent av dem som inte hade besökt en pub. Nattklubsbesök var också förknippade med ökad kokainanvändning, eftersom nästan 10 procent av de 16–24-åringar som besökte klubbar vid fyra eller fler tillfällen under den senaste månaden uppgav att de hade använt kokain under det senaste året, jämfört med 3,3 procent av dem som inte hade besökt en klubb. I samma enkät redovisades låg konsumtion av crack-kokain bland användare av kokain. Detta stödjer resultaten i

andra studier, som tecknar olika profiler för användarna av dessa båda ämnen (Hoare och Flatley, 2008). Undersökningar genomförda i nöjesmiljöer redovisar ofta högre prevalens för kokainanvändning än i hela befolkningen (ECNN, 2007a). I en nyligen genomförd Internetenkät bland dem som lyssnar på elektronisk musik i Tjeckien rapporterades att 30,9 procent av de svarande hade använt kokain.

I Eurobarometer-undersökningen för 2008, som genomfördes i 27 EU-medlemsstater, framkom att 85 procent av 15–25-åringarna uppfattar kokain som en stor risk för den personliga hälsan. Andelen svarande som uppfattar andra ämnen som en liknande stor hälsorisk är mycket lägre: 40 procent för cannabis, 28 procent för tobak och 24 procent för alkohol. Endast heroinanvändning uppfattas som en stor risk av en större andel svarande. Det är små skillnader mellan olika

Figur 8: Tolv månadersprevalens för användning av kokain bland unga vuxna (15–34 år) i Europa, Australien och USA



⁽¹⁾ England och Wales.

Anm.: Uppgifterna är hämtade från den senaste tillgängliga enkäten för varje land. Det genomsnittliga europeiska prevalenstalet beräknades som genomsnittet av de nationella prevalenstalen viktat med den nationella populationen i åldersgruppen 15–34 år (2006, hämtat från Eurostat). Uppgifterna från USA och Australien har med utgångspunkt från de ursprungliga enkätresultaten räknats om till åldersgruppen 15–34 år. Se figur GPS-20 i statistikbulletinen 2009 för ytterligare uppgifter.

Källa: Reitox nationella kontaktpunkter.

Samsha (USA), Office of Applied Studies (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>), National survey on drug use and health, 2007.

Australian Institute of Health and Welfare 2008, 2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings, Drug statistics series no. 22, cat. no. PHE 107, Canberra: AIHW (<http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-df/ndshs07-df.pdf>).

⁽²⁴⁾ Se figur GPS-15 och tabellerna GPS-14, GPS-15 och GPS-16 för alla åldrar; tabellerna GPS-17, GPS-18 och GPS-19 för de senaste uppgifterna i statistikbulletinen 2009.

länder; 95 procent av de svarande ansåg att kokain även fortsättningsvis bör vara förbjudet (Europeiska kommissionen, 2008b).

Användning av kokain bland skolelever

Bland skolelever är de totala prevalensvärdena för kokainanvändning mycket lägre än motsvarande värden för cannabis. Livstidsprevalensen för kokainanvändning bland 15–16-åriga skolelever i ESPAD-enkäten ligger mellan 1 procent och 2 procent i hälften av de 28 länder som lämnar uppgifter. De flesta kvarvarande länder redovisar prevalensnivåer på 3–4 procent medan Frankrike, Italien och Storbritannien redovisar 5 procent. Livstidsprevalensen för kokainanvändning bland män är högre än bland kvinnor i de flesta länder. De högsta nivåerna (6 procent) redovisas av Frankrike och Italien ⁽⁹⁵⁾.

Internationella jämförelser

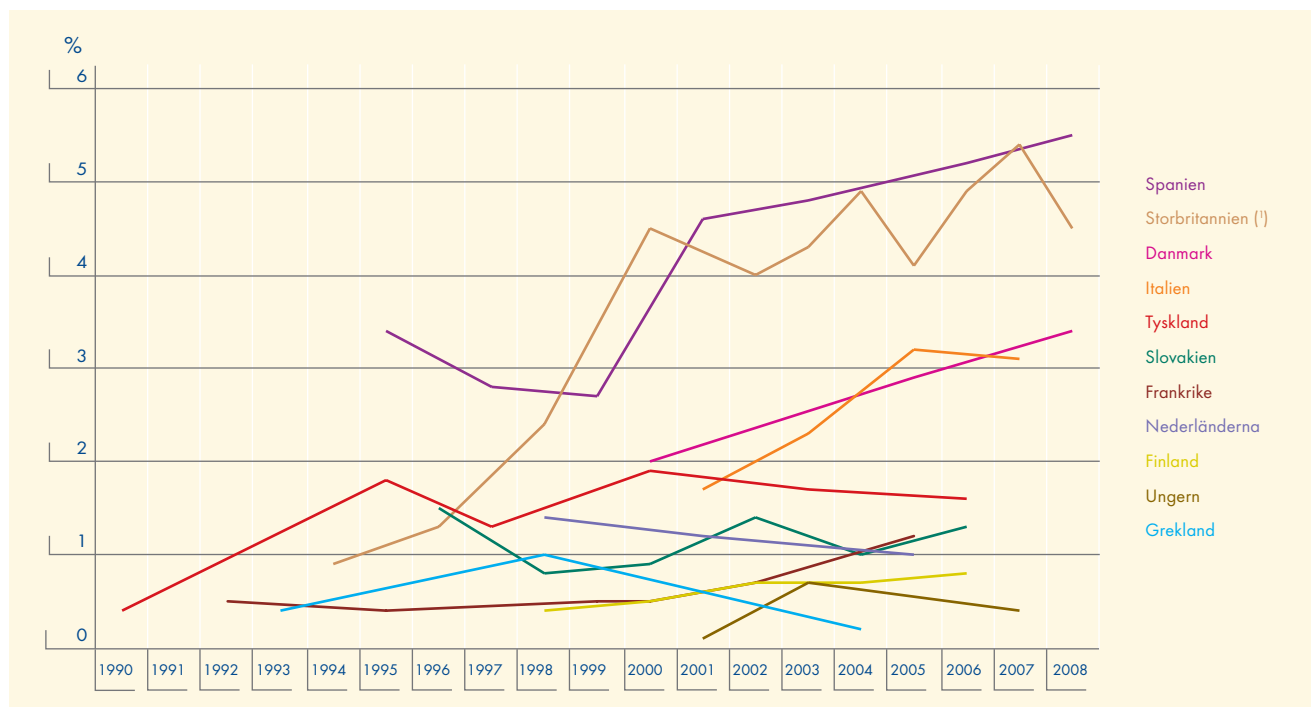
Sammantaget är den beräknade tolv månadersprevalensen för kokainanvändning lägre bland unga vuxna i Europeiska unionen än bland deras motparter i Australien och Förenta staterna. Två länder, Spanien och Storbritannien (England och Wales), redovisar dock högre siffror än Australien, och endast Spanien redovisar en högre uppskattning än Förenta staterna (figur 8).

Trender för kokainanvändning

I enkla termer har trenderna för kokainanvändningen i Europa följt olika mönster. I de två länder med högst prevalens av kokainanvändning (Spanien och Storbritannien) ökade användningen av drogen dramatiskt i slutet av nittitalet. Trenden stabiliserades sedan något men pekar fortfarande uppåt. De senaste uppgifterna från Storbritannien skulle dock kunna peka på en liten nedgång. I en andra grupp länder, inklusive Danmark, Irland och Italien, har den stigande prevalensen varit mindre uttalad och ägt rum något senare. Användningsnivån i dessa tre länder är inte desto mindre hög jämfört med andra europeiska länder. På andra håll i Europa är bilden svår att tolka: sammantaget är prevalensnivåerna låga, men i vissa länder konstateras små ökningar eller små minskningar. Av de elva länder för vilka det är möjligt att analysera trenden från 2002 till 2007 ökade tolv månadersprevalensen bland unga vuxna (15–34 år) med minst 15 procent av det inledande värdet i fem länder (Irland, Italien, Lettland, Portugal och Storbritannien) ⁽⁹⁶⁾, minskade i två länder (Ungern och Polen), och förblev stabilt i fyra länder (Tyskland, Spanien, Slovakien och Finland) (figur 9).

I skolenkäterna inom ramen för ESPAD som genomfördes 2007, hade livstidsprevalensen för kokainanvändning

Figur 9: Trender för tolv månadersprevalens för användning av kokain bland unga vuxna (15–34 år)



(¹) England och Wales

Anm.: Se figur GPS-14 (del ii) i statistikbulletinen 2009 för ytterligare uppgifter.

Källa: Reitox nationella rapporter (2008), hämtade från befolkningsenkäter, rapporter eller vetenskapliga artiklar.

⁽⁹⁵⁾ Se tabell EYE-12 i statistikbulletinen 2009.

⁽⁹⁶⁾ I Danmark skedde också en ökning, men under en annan tidsperiod.

bland 15–16-åriga skolelever ökat med minst två procentenheter sedan 2003 i Frankrike, Cypern, Malta, Slovenien och Slovakien. Den spanska skolenkäten redovisade en minskning med två procentenheter mellan 2004 och 2007.

Hälsoeffekter av kokainanvändning

Hälsoeffekterna av kokainanvändning underskattas ofta. Det beror delvis på att de sjukdomstillstånd som uppstår genom långvarigt bruk av kokain ofta är obestämda eller kroniska, och delvis på svårigheterna med att fastställa orsakssamband mellan sjukdomen och kokainanvändningen. Regelbunden kokainanvändning, inklusive genom sniffning, kan vara förknippad med kardiovaskulära, neurologiska och psykiska problem, samt med ökad risk för olyckor och våld. Samtidig användning av andra ämnen, inklusive alkohol, kan också öka vissa kokainrelaterade problem (se ECNN, 2007a). I en undersökning som genomfördes i USA uppskattades att de som ofta använde kokain löpte sju gånger större risk att drabbas av hjärtinfarkt utan dödlig utgång än de som inte använde kokain (Qureshi m.fl., 2001). Sammantaget uppskattades att en fjärdedel av hjärtinfakterna utan dödlig utgång hos personer i åldersgruppen 18–45 år kunde tillskrivas "frekvent användning av kokain".

Nyare rapporter visar att drogen i länder med förhållandevis hög prevalens av kokainanvändning tycks vara kopplad till de flesta narkotikarelaterade akuta sjukhusfall. American Drug Abuse Warning Network (DAWN) uppskattade att kokain, ensamt eller i kombination med annan narkotika, var kopplat till sex av tio narkotikarelaterade akuta sjukhusbesök under 2006. I Spanien fann man, inom ramen för det nationella rapporteringssystemet för akuta sjukhusfall kopplade till icke-medicinsk användning av psykoaktiva ämnen, att kokain under 2006 var det ämne som oftast rapporterades (59 procent), följt av cannabis (31 procent), lugnande medel (28 procent) och heroin (22 procent). Konsumtion av alkohol var ofta förknippad med alla dessa ämnen. I en undersökning av patienter som vårdades på akutavdelningen på ett sjukhus i Barcelona på grund av problem direkt kopplade till kokainanvändning, var de främsta besvären ångest eller oro (48 procent) samt bröstsmärtor eller hjärtklappning (25 procent).

Injicering av kokain och användning av crack är förknippat med de största hälsoriskerna (innefattande kardiovaskulära och psykiska hälsoproblem samt försämring av hälsan). Dessa förvärras i allmänhet av marginalisering i samhället och andra specifika problem, som riskerna förknippade med injicering. Den samtidiga

användningen av opiater och kokain tycks vara kopplad till en större risk för opiatöverdos (ECNN, 2007a).

En av de negativa följderna av kokainanvändning för den enskilde är beroende. I en undersökning som genomfördes i USA framkom att cirka 5 procent av kokainanvändarna kan bli beroende under första året drogen används, men att inte fler än cirka 20 procent av användarna utvecklade ett beroende på lång sikt (Wagner och Anthony, 2002). En annan studie visade att nästan 40 procent av dem som blir beroende återhämtar sig utan narkotika- eller alkoholbehandling (Cunningham, 2000). Det finns också belägg för att många kokainanvändare kontrollerade sin droganvändning genom att sätta upp regler, exempelvis om mängd, frekvens eller sammanhang för användning (Decorte, 2000).

Missbruk och efterfrågan på behandling

Nationella uppskattningar av problematisk kokainanvändning (injektionsmissbruk eller långvarig/regelbunden användning) finns tillgängliga enbart för Spanien och Italien. Regionala uppskattningar och uppskattningar av användningen av crack-kokain⁽⁹⁷⁾ finns tillgängliga för Storbritannien. Det uppskattades att det i Italien 2007 fanns mellan 3,8 och 4,7 problematiska kokainmissbrukare per 1 000 vuxna invånare. Enligt de senaste uppgifterna för Spanien fanns det 2002 mellan 4,5 och 6 problematiska kokainanvändare per 1 000 vuxna invånare (15–64 år). I uppskattningarna av problematiska kokainmissbrukare underskattas antagligen populationen i behov av behandling eller kortvariga åtgärder, eftersom problematiska kokainmissbrukare som är socialt integrerade kan vara underrepresenterade i de använda uppgiftskällorna.

Under 2007 angavs kokain, huvudsakligen pulverkokain, av cirka 17 procent av alla behandlingsklienter som huvudskäl till att behandling inleddes, vilket motsvarar ungefär 61 000 rapporterade fall i 25 europeiska länder. Bland dem som inledde behandling för första gången är andelen som anger kokain som primärdrog högre (22 procent).

Variationerna mellan länder är stora när det gäller andelen kokainklienter av samtliga och nya klienter. Spanien redovisar de högsta andelarna av samtliga klienter (45 procent) och nya klienter (60 procent), följt av Nederländerna (32 procent och 29 procent) och Italien (23 procent och 26 procent). I Belgien, Irland, Cypern, Luxemburg och Storbritannien utgör kokainklienterna 11–13 procent av samtliga narkotikaklienter och 11–19 procent av nya klienter. På andra håll i Europa står kokain

⁽⁹⁷⁾ Se "Användningen av crack-kokain i Europa", s. 68.

Användningen av crack-kokain i Europa

Kokain finns i två former i Europa: som kokainpulver (kokain-HCl, en saltsyra) och som det mer sällsynta crack-kokainet (en fribas). Crack röks oftast och är känt för att framkalla ett intensivt rus som kan leda till problematiska användningsmönster. I allmänhet framställs crack av kokain-HCl i närheten av var det säljs och används.

Användningen av crack började spridas i Förenta staterna i mitten på åttiotalet, framför allt i eftersatta stadsdelar i centrum av storstadsområden, och berörde i oproportionerligt hög grad etniska minoriteter. Det har funnits oro för att något liknande skulle kunna hända i Europa, men hittills har ingen allvarlig crack-epidemi ägt rum.

Crack-kokain används dock i vissa europeiska städer, även om det är svårt att veta hur pass utbredd förekomsten är. Rapporter om situationen i London (GLADA, 2004) och Dublin (Connolly m.fl., 2008) tyder också på att ökningar kan äga rum. I London bedöms crackmissbruket stå för en stor del av stadens narkotikaproblem; dess ökade utbredning sedan mitten på nittiotalet kopplas till det växande antal opiatmissbrukare som även använder crack.

De flesta behandlingsefterfrågningar kopplade till crack och de flesta beslagen av drogen rapporteras av Storbritannien. I en studie uppskattades antalet problematiska crackanvändare i England till 5,2–5,6 per 1 000 vuxna invånare under 2006–2007. Städer i andra europeiska länder har också rapporterat ansevärt crackproblem.

Det är främst marginaliserade och missgynnade grupper, som sexarbetare och problematiska opiatmissbrukare, som använder crack, och vissa länder rapporterar att det förekommer i bestämda etniska grupper (t.ex. Frankrike, Nederländerna och Storbritannien). Bland socialt integrerade personer, inklusive vanliga användare av pulverkokain, är användningen av crack mycket ovanlig (Prinzleve m.fl., 2004). Inte desto mindre understryker den fortsatta användningen av crack i vissa grupper och städer risken för att användningen sprids till en större del av befolkningen.

för mindre än 10 procent av klienterna för behandling av narkotikamissbruk, och sju länder redovisar mindre än 1 procent ⁽⁹⁸⁾.

Antalet klienter som inleder behandling för primärt kokainmissbruk har ökat i Europa under flera år, även om trenden starkt påverkas av några få länder. Mellan 2002 och 2007 redovisas de största proportionella ökningarna bland nya klienter av Spanien, Irland och Italien. I länder med tillräckliga uppgifter för att tillåta

analys av trender över tid har antalet klienter som inleder behandling och anger kokain som primärdrog räknade som andel ökat från 13 procent till 19 procent (baserat på 18 länder) ⁽⁹⁹⁾. För nya klienter i behandling växte andelen från 17 procent till 25 procent (baserat på 19 länder). Av länderna med de högsta andelarna kokainklienter redovisar sedan 2005 Spanien och Italien en stabil situation, medan Nederländerna redovisar en minskande andel nya klienter som inleder behandling för kokainmissbruk. Andelen växer dock i andra länder som Danmark, Irland, Grekland och Portugal ⁽¹⁰⁰⁾.

Profil för klienter i behandling

Nästan samtliga klienter för behandling av kokainmissbruk rapporteras av öppenvården, även om vissa kokainmissbrukare kan behandlas på privata kliniker, som nästan inte är företrädare i det nuvarande uppföljningssystemet.

Kokainmissbrukare som inleder behandling i öppenvården har en av de högsta kvoterna män till kvinnor (fem män för varje kvinna) och en av de högsta medelåldrarna (cirka 32 år) bland klienter i missbruksbehandling. Detta gäller särskilt i vissa länder med ett stort antal klienter med kokain som primärdrog, i synnerhet Italien där könskvoten är 8:1 och medelåldern 35 år. Nästan hälften av kokainklienterna börjar använda drogen före 20 års ålder, och 88 procent före 30 års ålder. Lång tidsfördröjning (9–12 år) mellan första kokainanvändning och första behandling redovisas av Spanien, Italien och Nederländerna ⁽¹⁰¹⁾.

De flesta kokainklienter sniffar (55 procent) eller röker (32 procent) drogen och mindre än 7 procent uppger att de injicerar den ⁽¹⁰²⁾. En analys som genomfördes i 14 länder 2006 visade att omkring 63 procent av kokainklienterna använder flera droger. Av dem använder 42 procent även alkohol, 28 procent cannabis och 16 procent heroin. Kokain anges ofta som sekundär drog, särskilt av klienter med ett primärt heroinproblem (28 procent) ⁽¹⁰³⁾.

Det rapporteras att omkring 8 000 klienter under 2007 inledde behandling i öppenvården för primärt missbruk av crack-kokain, vilket utgör 15 procent av samtliga kokainklienter och 2,7 procent av samtliga narkotikaklienter i öppenvården. De flesta crack-klienter (omkring 6 500) redovisas av Storbritannien, där de står för 45 procent av kokainklienterna i behandling. Nästan en fjärdedel (22 procent) av de primära crack-klienterna

⁽⁹⁸⁾ Se figur TDI-2 och tabell TDI-5 (del i) och (del ii) i statistikbulletinen 2009 (för Spanien avser uppgifterna år 2006).

⁽⁹⁹⁾ Endast klienter som uppger primär användning av opiat, cannabis, kokain och andra stimulantia ingår.

⁽¹⁰⁰⁾ Se figurerna TDI-1 och TDI-3 och tabell TDI-3 (del ii) i statistikbulletinen 2009.

⁽¹⁰¹⁾ Se tabellerna TDI-10, TDI-11 (del iii), TDI-21 och TDI-103 (del ii) i statistikbulletinen 2009.

⁽¹⁰²⁾ Se tabell TDI-17 (del iv) i statistikbulletinen 2009.

⁽¹⁰³⁾ Se temakapitlet om blandmissbruk.

använder också heroin, och bland dessa klienter råder höga nivåer av arbetslöshet och bostadslöshet ⁽¹⁰⁴⁾.

Sammantaget har två huvudgrupper av kokainklienter identifierats i behandling: socialt integrerade personer som använder pulverkokain, och en mer marginaliserad grupp klienter som använder kokain, ofta crack-kokain, i kombination med opiater. Personerna i den första gruppen uppger vanligtvis att de sniffar drogen, och ibland konsumerar den tillsammans med andra ämnen som alkohol eller cannabis, men inte med opiater. Vissa medlemmar i denna grupp remitteras till behandling av det straffrättsliga systemet. Personerna i den andra gruppen uppger ofta att de injicerar drogen, att de använder både kokain och opiater, ibland röker crack, och lever under osäkra hälsomässiga och sociala förhållanden. Gruppen omfattar tidigare heroinmissbrukare som återupptar behandling för kokainmissbruk.

Behandling och åtgärder för att minska skadeverkningarna

Behandling

I Europa är de offentliga inrättningarna för behandling av narkotikamissbruk oftast inriktade på opiatmissbrukarnas behov, medan de som är inriktade på behandling av kokainmissbrukare är sällsynta och ofta privata. Vissa länder (t.ex. Irland, Italien och Spanien) har dock genomfört strategier eller behandlingsprogram inriktade på kokainmissbrukare; Frankrike är i färd med att utveckla sådana program.

Att kokainmissbrukarna, deras problem och behov är så olika komplicerar organiseringen och tillhandahållandet av behandlingstjänster för personer som behöver dem. Vissa grupper av kokainmissbrukare är svåra att nå och därför svåra att föra till behandling. Marginaliserade injektionsmissbrukare av kokain och crackmissbrukare söker exempelvis sällan behandling frivilligt. Av det skälet rekommenderas i Irland uppsökande arbete och andra insatser för att locka missbrukare som annars inte skulle kunna nås till behandling (Connolly m.fl., 2008). Uppsökande behandlingsprogram kan även vara till hjälp för vissa grupper. Ett exempel på detta lämnas av en nederländsk studie inriktad på marginaliserade crackmissbrukare. Klienterna fullföljde i hög grad och var nöjda med behandlingsprogrammet. De som behandlades uppgav förbättringar i fråga om hälsa, levnadsvillkor, familjerelationer och sociala relationer samt psykiskt tillstånd (Henskens m.fl., 2008).

Det kan även vara svårt att locka socialt integrerade kokainmissbrukare till behandling. Det kan exempelvis hända att behandlingstjänster där opiatmissbrukare utgör större delen av klientelet inte är inriktade på deras behov. Åtgärder för att ta itu med dessa problem redovisas av vissa länder. Till exempel i Italien tillhandahåller Progetto nazionale cocaina, som startades 2007, specialiserade tjänster med öppettider som bättre passar socialt integrerade kokainmissbrukare och deras familjer (t.ex. efter arbetstid). En liknande metod rapporteras i Irland, där särskilda program utarbetas för missbrukare av pulverkokain.

Det är även viktigt att hålla kvar problematiska kokain- och crackmissbrukare i behandling, eftersom intensivt kokainmissbruk är förknippat med beteendemässiga, sociala och psykologiska dysfunktioner (t.ex. impulsivt och aggressivt beteende) och, i vissa grupper, med kaotisk livsstil och allvarligt psykiskt och fysiskt förfall. Följaktligen uppger yrkesverksamma att det är svårt att upprätthålla regelbunden närvaro på terapisesionerna och en meningsfull terapeutisk dialog (Connolly m.fl., 2008). Kokainmissbruk kan även störa behandling för beroende av andra droger och äventyra ett framgångsrikt övervunnet beroende av heroin. I exempelvis Tyskland har samtidigt kokainmissbruk identifierats som en avgörande faktor hos dem som hoppar av substitutionsbehandling för opiatmissbruk.

Att locka missbrukare till och hålla kvar dem i behandling är också svårt i ett sammanhang där det inte finns solida belegg för att någon särskild psykosocial åtgärd är effektiv och inget tillgängligt läkemedel som kan hjälpa beroende missbrukare att hålla sig borta från drogen eller minska användningen under denna period.

Dessa svårigheter kan övervinnas genom att man utarbetar särskilda behandlingsprogram och utbildningskurser som är anpassade för problemen kopplade till kokain- och crackmissbruk. Kokaininriktad utbildning för vårdpersonal redovisas av Irland, Italien och Storbritannien. Dessutom rapporterar elva medlemsstater, inklusive samtliga med höga nivåer av kokainanvändning och efterfrågan på behandling, att särskilda behandlingsprogram tillsammans med traditionella behandlingstjänster är tillgängliga för kokain- eller crackmissbrukare. Men medan nationella experter från Italien, Portugal, Slovenien och Storbritannien uppskattade att dessa program var tillgängliga för majoriteten av kokainmissbrukarna i behov av behandling, uppskattade experter från Danmark, Tyskland, Irland, Österrike, Nederländerna, Frankrike och Spanien att de endast var tillgängliga för en minoritet av dem.

⁽¹⁰⁴⁾ Se "Användningen av crack-kokain i Europa" (s. 68) och tabellerna TDI-7 och TDI-115 i statistikbulletinen 2009.

Efter en period under vilken nästan all forskning kom från Förenta staterna genomförs nu flera europeiska undersökningar om behandling av kokainberoende. I Storbritannien undersöker man i ett kliniskt försök ändamålsenligheten av kognitiv beteendeterapi tillsammans med kontingensträning (se ECNN, 2008b) hos primära kokainmissbrukare. Enligt en nyligen genomförd Cochrane-granskning har denna kombination gett de bästa resultaten för behandling av stimulantberoende (Knapp m.fl., 2007). I ett annat kliniskt försök i Storbritannien undersöks effektiviteten av modafinil i kombination med kungsbaserad kontingensträning bland patienter som får substitutionsbehandling för opiatmissbruk och använder crack-kokain. Modafinil har redan visat terapeutisk potential i flera försök som ersättningsmedel för stimulantberoende.

I Nederländerna undersöks i fem kliniska försök för närvarande effektiviteten av ett antal läkemedel för behandling av kokainberoende, innefattande dexamfetamin och modafinil. I ett annat nederländskt kliniskt försök undersöktes kombinationen av åtgärder för att stärka samhällsförankringen med kontingensträning inriktade på klienter i substitutionsbehandling för opiatmissbruk med samtidigt kokainberoende. Resultaten pekade på en betydande minskning av kokainkonsumtionen jämfört med standardbehandlingen.

Slutligen granskas effektiviteten hos kokainvaccinet TA-cd i en gemensam spansk-italiensk undersökning på flera platser. Det är det största försöket som hittills har utförts med vaccinet, med flera hundra deltagande frivilliga. Inledande säkerhetsstudier av TA-cd-vaccinet i USA har påvisat minskningar av de subjektiva effekterna av kokain

och i användningen av drogen, samt bättre kvarhållande i behandling.

Åtgärder för att minska kokainets skadeverkningar

Åtgärder för att minska kokainets skadeverkningar inriktade på problematiska crack- och kokainmissbrukare är ett nytt arbetsområde i många medlemsstater. Ett skäl till det begränsade utbudet av åtgärder på området, särskilt för crackmissbrukare, kan vara brist på kunskap bland nyckelpersonal om drogen, målgruppen och klienternas behov.

Medlemsstaterna förser vanligtvis injektionsmissbrukare av kokain med samma tjänster och resurser som ges opiatmissbrukare, inklusive rekommendationer för säkrare användning, utbildning i säkrare injicering samt nål- och sprutprogram. Kokaininjicering kan dock vara förknippat med större risk för att utrustningen delas och för ofta upprepad injicering, vilket kan leda till venkollaps och injektion i högriskdelar av kroppen (t.ex. benen, händerna, fötterna och ljumsken). Därför bör rekommendationer för säkrare användning anpassas till dessa bestämda risker. I vissa länder (t.ex. Belgien och Frankrike) tillhandahålls även rena crackpipor inom ramen för vissa lågtröskelinsatser.

Åtgärder för att minska skadeverkningarna inriktade på kokainanvändare i nöjesmiljöer handlar främst om att öka kunskapen. Programmen ger råd och information till ungdomar om riskerna förknippade med alkohol och narkotika i allmänhet, vilket vanligtvis omfattar material om riskerna med kokain.



Kapitel 6

Opiatmissbruk och injektionsmissbruk

Inledning

Heroinmissbruk, särskilt injektionsmissbruk, har varit nära förknippat med problematisk narkotikaanvändning i Europa sedan sjuttioalet. I dag står denna drog fortfarande för den största andelen sjukdomstillstånd och dödsfall förknippade med narkotikamissbruk i Europeiska unionen. En minskning av heroinmissbruket och därmed förknippade problem har konstaterats under de senaste tio åren, men nyare uppgifter tyder på att trenden i vissa länder kan ha vänt. Dessutom speglar rapporter om användning av syntetiska opiater, såsom fentanyl, och injektionsmissbruk av stimulantia som kokain eller amfetaminer, det problematiska narkotikamissbrukets alltmer mångfasetterade karaktär i Europa.

Tillgång och tillgänglighet

I Europa har importerat heroin historiskt sett uppträtt i två former: det vanligt förekommande bruna heroinet (den kemiska basformen) som främst kommer från Afghanistan, och det ovanligare och dyrare vita heroinet (en saltform), som brukar ha sitt ursprung i sydöstra Asien. Det vita heroinet förekommer dock numera allt mer sällan⁽¹⁰⁵⁾. Det framställs också en mindre mängd opiatdroger i Europa, i huvudsak är det småskalig produktion av hemmagjorda vallmoprodukter (dvs. *poppy straw*, ett vallmokoncentrat som framställs av krossade stjälkar eller frukter av vallmo) i ett antal östeuropeiska länder (Lettland och Litauen).

Produktion och handel

Största delen av det heroin som konsumeras i Europa framställs i Afghanistan, som är världens ledande leverantör av olagligt opium. De övriga producerande länderna är Myanmar, som huvudsakligen levererar till marknader i östra och sydöstra Asien, Pakistan, Laos, följda av Mexiko och Colombia, vilka anses vara de största leverantörerna av heroin till Förenta staterna (UNODC, 2009). Det uppskattas att den totala opiumproduktionen har minskat från en toppnotering 2007, främst på grund av en minskning av den afghanska produktionen från 8 890 ton till ungefär 8 000 ton 2008. Den senaste uppskattningen av den

totala potentiella heroinproduktionen är 735 ton 2007 (UNODC, 2009). Det ökande antalet laboratorier som har oskadliggjorts i Afghanistan under de senaste åren tyder på att opiumet i ökande utsträckning omvandlas till morfin eller heroin inne i landet. Stora beslag av opium och morfin i grannländerna (Pakistan och Iran) tyder dock på att en betydande del av omvandlingen även äger rum utanför Afghanistan (CND, 2008; UNODC, 2009).

Heroinet förs in i Europa längs två huvudsakliga rutter. Dels längs den sedan länge betydelsefulla Balkanruten med dess olika förgreningar, där transporterarna passerar genom Pakistan, Iran och Turkiet, där den största mängden beslagtas, och dels genom den "norra ruten" via Centralasien och Ryssland, där heroinet exempelvis

Tabell 9: Produktion, beslag, pris och renhetsgrad för heroin

Produktion och beslag	Heroin
Total potentiell produktion, uppskattning (ton) ⁽¹⁾	735
Total beslagtagna kvantitet	
Heroin (ton)	65
Morfin (ton)	27
Beslagtagna kvantitet (ton)	
EU och Norge	8,8
(inklusive Kroatien och Turkiet)	(22)
Antal beslag	
EU och Norge	56 000
(inklusive Kroatien och Turkiet)	(58 000)
Pris och renhetsgrad i Europa	Brunt heroin
Medelpris i missbrukarledet (euro per gram)	
Intervall	14–119
(kvartilavstånd) ⁽²⁾	(35–77)
Medelrenhet (%)	
Intervall	9–50
(kvartilavstånd) ⁽²⁾	(16–27)

⁽¹⁾ Siffran från UNODC baseras på en uppskattning av den totala produktionen av olagligt opium (8 870 ton under 2008) (UNODC, 2009).

⁽²⁾ Intervallet i den mellersta hälften av rapporterat medelpris eller renhetsgrad.

Anm.: Uppgifterna avser 2007, med undantag för uppskattningen av den totala potentiella produktionen.

Källa: UNODC World drug report (2009) för globala värden, Reitox nationella kontaktpunkter för europeiska uppgifter.

⁽¹⁰⁵⁾ För information om källorna för uppgifter om tillgång på och tillgänglighet för narkotika, se s. 39.

transporteras direkt till Polen med tåg (INCB, 2009a) eller till Norge via Litauen. Sekundära handelsvägar rapporterades för heroin från sydvästra Asien, exempelvis med flyg från Afghanistan och Pakistan via länder i Mellanöstern och Östafrika till olagliga marknader i Europa (INCB, 2009a; WCO, 2008). Heroin från sydvästra Asien smugglas också direkt till Europa (Storbritannien) med flyg från Pakistan. I Europeiska unionen spelar Nederländerna och i mindre utsträckning Belgien en viktig roll som centrum för sekundärdistribution (Europol, 2008).

Beslag

I världen som helhet ökade de rapporterade beslagen av opium markant under 2007 till 510 ton. Iran stod för 84 procent av den totala siffran. De globala rapporterade beslagen av morfin minskade kraftigt till 27 ton, medan de totala heroinbeslagen i världen ökade något till 65 ton. De största beslagen av heroin redovisades av Iran (25 procent av den totala siffran i världen), följt av Turkiet och Afghanistan (UNODC, 2009).

I Europa resulterade uppskattningsvis 58 000 beslag i konfiskering av 22 ton heroin under 2007. Storbritannien fortsatte redovisa det högsta antalet beslag, medan Turkiet återigen redovisade den största beslagtagna mängden: 13,2 ton konfiskerades under 2007 ⁽¹⁰⁶⁾. Uppgifter för åren 2002–2007 från 25 uppgiftslämnande länder tyder på att antalet beslag efter en nedgång första året har ökat stadigt sedan 2003. Den sammantagna trenden för mängden konfiskerat heroin i Turkiet skiljer sig från trenden i Europeiska unionen. Medan Turkiet redovisade en femfaldig ökning av mängden beslagttaget heroin mellan 2002 och 2007 har mängden som beslagtas i EU uppvisat en generell nedgång under perioden, om än med en ökning mellan 2006 och 2007.

Beslagen av ättiksyraanhydrid (som används vid heroinframställning) i världen som helhet ökade till 56 300 liter under 2007. Nästan hälften konfiskerades i Ryssland (25 000 liter), följt av Turkiet (13 300 liter) och Slovenien (6 500 liter) (INCB, 2009b). INCB uppskattar att "nästan 80 procent" av den ättiksyraanhydrid som används i afghanska heroinlaboratorier smugglas genom östra och sydöstra Europa och uppmanar Europeiska kommissionen och EU:s medlemsstater att förhindra att ättiksyraanhydrid avleds från den inre marknaden (INCB, 2009a).

Renhetsgrad och pris

I de flesta uppgiftslämnande länder varierade under 2007 den genomsnittliga renhetsgraden för testat brunt

heroin mellan 15 procent och 30 procent, även om värden under 15 procent redovisades i Frankrike (12 procent) och Österrike (9 procent), och högre värden i Storbritannien (50 procent) och Norge (35 procent). Den typiska renhetsgraden hos vitt heroin var vanligtvis högre (30–50 procent) i de få europeiska länder som redovisade uppgifter ⁽¹⁰⁷⁾.

Priset på brunt heroin i missbrukarledet fortsatte att vara högre i de nordiska länderna än i resten av Europa. Sverige redovisar ett medelpris på 119 euro per gram och Danmark 96 euro. I tio andra länder varierade priset på brunt heroin i missbrukarledet mellan 30 euro och 80 euro per gram, medan medelpriset för ett gram av ämnet i Turkiet var 15 euro. Under perioden 2002–2007 sjönk priset på brunt heroin i missbrukarledet i sju av de tolv europeiska länder som lämnar uppgifter om trender över tid och steg i fem länder. Priset på vitt heroin i missbrukarledet redovisas endast av några få europeiska länder, där det varierade mellan 31 euro och 151 euro per gram.

Heroinpriser på olika nivåer av marknaden

Övervakning av narkotikapriserna är ett viktigt instrument för att förstå narkotikamarknaderna. ECNN samlar in uppgifter om priser i missbrukarledet, som vanligtvis anges i euro per gram, dos eller tablett. På grundval av dessa upplysningar kan man uppskatta det typiska pris som betalas av användaren för att få tag på en viss drog i ett europeiskt land. Förändringar i priserna över tid kan tyda på möjliga förändringar i tillgång eller efterfrågan på narkotika. Information om grosshandelspriser, dvs. det pris som betalas av knarklangarna till de större distributörerna på den marknad där drogen konsumeras, är en annan användbar indikator som kan ge insikt i vinsterna på marknaden.

Jämförbara uppgifter om både grosshandelspriser och priser i missbrukarledet för 2007 finns endast för några få länder (Tjeckien, Tyskland, Spanien, Rumänien, Storbritannien). Bland dessa länder varierar det rapporterade grosshandelspriset för heroin mellan 12,5 euro och 35,8 euro per gram, och medelpriset i missbrukarledet, där det är känt, mellan 36 euro och 62,7 euro. Både på marknadens grosshandels- och missbrukarnivå redovisas de lägsta priserna av Rumänien och de högsta av Spanien. Kvoten mellan pris i missbrukarledet och grosshandelspris varierar också avsevärt, från 1,6:1 i Tjeckien till 2,8:1 i Storbritannien. Möjliga skillnader i narkotikans renhetsgrad, antingen mellan länder, marknadsnivåer eller över tid, gör det nödvändigt att jämföra med försiktighet. Inte desto mindre kan analys på området vara informativ, särskilt när det gäller trender över tid, eftersom den kan peka på att viktiga förändringar äger rum på marknaden.

⁽¹⁰⁶⁾ Se tabellerna SZR-7 och SZR-8 i statistikbulletinen 2009. Observera: där uppgifter för 2007 saknas används motsvarande uppgifter för 2006 för att uppskatta det totala värdet för Europa. Denna analys är preliminär eftersom inga uppgifter ännu finns tillgängliga för Storbritannien för 2007.

⁽¹⁰⁷⁾ Se tabellerna PPP-2 och PPP-6 i statistikbulletinen 2009 för uppgifter om renhet och pris.

Problematiske opiatanvändning

Uppgifterna i detta avsnitt har hämtats från ECNN:s indikator på problematisk narkotikaanvändning, som främst omfattar uppskattningar av injektionsmissbruk och opiatmissbruk även om också missbruk av amfetaminer eller kokain är viktiga komponenter i några länder. Värt att notera är att många länder rapporterar att de flesta "problematiske opiatmissbrukare" kan betecknas som blandmissbrukare som även använder opiater. Med tanke på att prevalensen är ganska låg och den här typen av missbruk sker i det fördolda krävs statistiska extrapoleringar för att ta fram prevalensuppskattningar på grundval av de befintliga uppgiftskällorna.

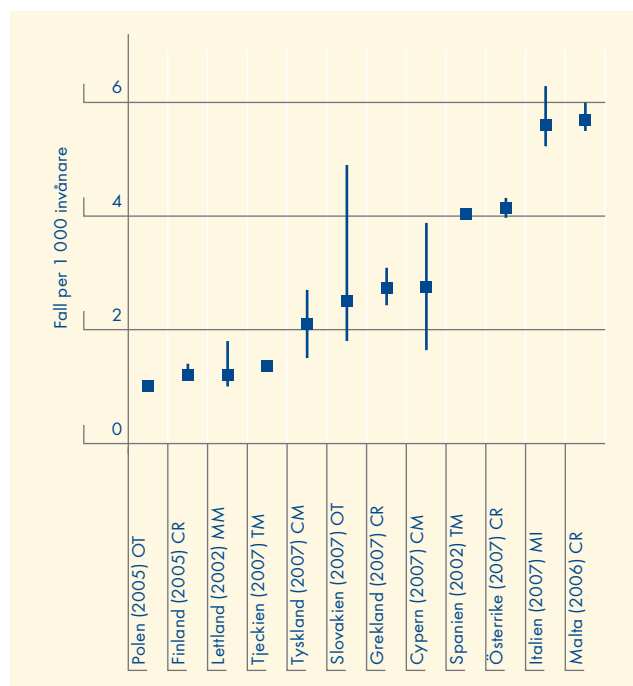
Uppskattningar av prevalensen för problematisk opiatanvändning i europeiska länder under perioden 2002–2007 ligger grovt räknat i intervallet 1–6 fall per tusen invånare i åldern 15–64 år. Den totala prevalensen för problematisk narkotikaanvändning uppskattas ligga i intervallet 3–10 fall per tusen invånare. De lägsta väldokumenterade uppskattningarna av problematisk opiatanvändning kommer från Tjeckien, Lettland, Polen och Finland (även om både Tjeckien och Finland har många problematiske amfetaminmissbrukare), medan de högsta uppskattningarna kommer från Malta, Italien, Österrike och Spanien (figur 10).

Den genomsnittliga prevalensen för problematisk opiatanvändning i de länder som lämnar uppgifter uppskattas till mellan 3,6 och 4,6 fall per tusen invånare i åldern 15–64 år. Om man antar att detta förhållande speglar situationen i EU som helhet skulle det motsvara omkring 1,4 miljoner (1,2–1,5 miljoner) problematiske opiatmissbrukare i EU och Norge 2007⁽¹⁰⁸⁾. Problematiske opiatmissbrukare som sitter i fängelse, särskilt personer med längre straff, kan vara underrepresenterade i denna uppskattning.

Opiatmissbrukare i behandling

I de flesta av de uppgiftslämnande länderna är det fortfarande opiater, framför allt heroin, som är primär drog för de flesta missbrukare som efterfrågar behandling. Det finns dock betydande skillnader i Europa i andelen narkotikamissbrukare som inleder behandling för problem förknippade med dessa droger. Opiatklienterna utgör mer än 90 procent av dem som inleder behandling i Bulgarien och Slovenien, 50–90 procent i 15 länder, och 10–49 procent i ytterligare nio länder⁽¹⁰⁹⁾. Av de totalt ungefär

Figur 10: Uppskattningar av den årliga prevalensen för problematisk opiatanvändning (fall per 1 000 invånare i åldern 15–64 år)



Anm.: Symbolen anger en punktskattning och linjer anger osäkerhetsintervall för uppskattningar – antingen 95 procent konfidensintervall eller ett intervall baserat på sensitivitetsanalys. Målgrupperna kan variera något beroende på olikheter i uppskattningsmetoder och uppgiftskällor; jämförelser bör därför göras med försiktighet. Andra åldersintervall än standard användes i undersökningarna från Finland (15–54), Malta (12–64) och Polen (samtliga åldersintervall). Alla tre talen justerades till populationen i åldern 15–64 år, med antagandet att narkotikamissbruket i andra åldersintervall kommer att vara försumbart. För Tyskland och Cypern anger intervallet den lägsta gränsen för alla befintliga uppskattningar och den högsta gränsen, och punktestimatet är ett enkelt medelvärde av mittpunkterna. Uppskattningsmetoderna är förkortade CR = fångst/återfångst (capture/recapture), TM = multiplikator metod med uppgifter från behandlingsorgan (treatment multiplier), MI = multivariat indikator, MM = multiplikator metod med uppgifter från dödlighetsstatistik (mortality multiplier), CM = kombinerade metoder, OT = andra metoder. Se figur PDU-1 (del ii) i statistikbulletinen 2009 för ytterligare detaljer.

Källa: Reitox nationella kontaktpunkter.

325 000 behandlingsefterfrågningar där primär drogen är känd uppgav 49 procent heroin som primär drog. Om andra opiater inkluderas stiger siffran till 55 procent av dessa klienter⁽¹¹⁰⁾. I vissa länder har både andelen och antalet behandlingsefterfrågningar förknippade med andra opiater än heroin ökat under senare år⁽¹¹¹⁾.

Många opiatmissbrukare skrivs in på program som ger långsiktig vård. Detta speglas av en högre andel primära opiatmissbrukare bland narkotikamissbrukare som redan befinner sig i behandling. I en nyligen

⁽¹⁰⁸⁾ Denna uppskattning har justerats från 1,5 till 1,4 miljoner på grundval av nya uppgifter. På grund av stora konfidensintervall och att uppskattningen är baserad på uppgifter från olika år, är det inte möjligt att dra slutsatsen att den nya uppskattningen visar på en minskning av prevalensen av problematisk opiatanvändning i Europa.

⁽¹⁰⁹⁾ Se tabell TDI-5 (del ii) i statistikbulletinen 2009.

⁽¹¹⁰⁾ Se tabell TDI-113 i statistikbulletinen 2009.

⁽¹¹¹⁾ Se "Missbruk av receptbelagda opiater", s. 77.

Incidens av problematisk opiatanvändning

För att spåra trender i Europas narkotikasituation och utarbeta lämpliga strategier och åtgärder är det nödvändigt att övervaka incidensen av problematisk narkotikaanvändning – antalet personer som börjar använda ett ämne under ett visst år eller som blir problematiska narkotikaanvändare.

ECNN har gynnat forskning inriktad på att uppskatta incidensen av problematiska narkotikaanvändning och har nyligen offentliggjort riktlinjer i detta ämne (Scalia Tomba m.fl., 2008). ECNN har i samarbete med universitetet i Zürich även inlett en undersökning för att testa en ny "endagsmetod" genom utdelning av "latenstid" (tid för behandling) i ett tvärsnitt av behandlade heroinmissbrukare. I metoden används en funktion som beskriver sannolikheten för substitutionsbehandling (General Inclusion Function, GIF) när tillgången till behandling inte begränsas av några regler, med hänsyn till latenstid, dödlighet och grad av upphörande med missbruk. Uppskattningar kan erhållas från behandlingsuppgifter för en enda dag, medan man i etablerade metoder behöver långa tidsserier som sträcker sig över åtminstone åtta till tio år.

Undersökningen genomfördes i sex EU-medlemsstater (Spanien, Italien, Malta, Nederländerna, Slovakien och Storbritannien) och tyder på att GIF-metoden möjliggör uppskattning av incidensen för problematisk heroinanvändning, till och med när uppgifterna från substitutionsbehandlingen inte är fullständiga. I minst fem regioner gjorde incidensuppskattningarna det möjligt att härleda prevalensuppskattningar som stämde väl överens med andra befintliga uppskattningar (t.ex. genom fångst/återfångst-metoden, "capture/recapture method").

GIF-metoden tycks vara pålitlig och skulle förutom incidensuppskattningar även kunna ge kostnadseffektiva uppskattningar av prevalensen av problematisk opiatanvändning och substitutionsbehandlingarnas täckning, samt deras förändring över tid. Det framtida arbetet skulle kunna inbegripa undersökningar i andra EU-länder, analys av rumsliga skillnader samt enligt kön och konsumtions sätt.

genomförd analys av uppgifter om klienter i behandling för narkotikamissbruk i 14 länder framkom att primära opiatmissbrukare utgjorde 61 procent av samtliga klienter för narkotikamissbruk i behandling, men endast 38 procent av de klienter som inleder behandling för första gången ⁽¹²⁾. Andelen primära opiatmissbrukare bland de klienter som befann sig i behandling under mer än ett år uppgavs vara över 50 procent i samtliga länder som deltog i undersökningen.

Klienter som inleder behandling för primärt opiatmissbruk uppger ofta att de även använder andra droger. År 2006 fann man vid en analys av uppgifter från 14 länder att 59 procent av heroinklienterna använder en sekundärdrog, huvudsakligen kokain (28 procent), cannabis (14 procent) och alkohol (7 procent) ⁽¹¹³⁾.

Trender för problematisk opiatanvändning

Det begränsade antalet upprepade uppskattningar av incidensen och prevalensen för problematisk opiatanvändning, sammantaget med den statistiska osäkerheten kring enskilda uppskattningar, bidrar till svårigheten att analysera trender över tid. Uppgifter från nio länder med upprepade prevalensuppskattningar under perioden 2002–2007 tyder på en förhållandevis stabil situation. En påtaglig ökning i Österrike fram till 2005 har inte bekräftats genom de senaste uppgifterna. På andra håll finns information som kan peka på nyligen inträffade förändringar. På Cypern tyder en uppskattning som gjordes 2007 på att det har skett en betydande ökning av den problematiska opiatanvändningen, vilket har kopplats till en ökning av antalet utländska medborgare i behandling (¹¹⁴). Information från det franska TREND-systemet, som bygger på både kvalitativa och kvantitativa uppgifter, pekar på att heroin sprids till nya användargrupper, vilket oroande nog omfattar socialt integrerade personer och besökare av technopartyn.

Där tillräckliga och aktuella uppskattningar av incidensen och prevalensen för problematisk opiatanvändning saknas kan det fortfarande vara möjligt att analysera trender över tid med hjälp av andra, huvudsakligen indirekta indikatorer såsom uppgifter om behandlingsefterfrågan. Baserat på ett urval av 19 länder ökade mellan 2002 och 2007 det totala antalet primära heroinmissbrukare som söker behandling. Med inriktning på en senare tidsperiod ökade både antalet och andelen missbrukare av samtliga narkotikaklienter som inleder behandling för primärt heroinmissbruk i åtta länder mellan 2006 och 2007. Dessa ökningarna inträffade ofta efter påtagliga minskningar under föregående år. Dessutom redovisar tio länder sedan så långt tillbaka som 2004 ökningarna av både antalet och andelen nya klienter som inleder behandling med heroin som primärmedel (¹¹⁵).

Andra indikatorer stöder denna analys. Uppgifter om narkotikainducerade dödsfall under 2007, vilka oftast är kopplade till opiatmissbruk, visar inga tecken på en återgång till den nedåtgående trend som iaktogs fram till 2003 (se kapitel 7). Mer än hälften av de

⁽¹¹²⁾ Se tabell TDI-38 i statistikbulletinen 2009.

(¹¹³) Se 2009 års temakapitel om blandmissbruk.

⁽¹¹⁴⁾ Se tabellerna PDU-6 (del ii) och PDU-102 i statistikbulletinen 2009 för fullständig information, inklusive konfidensintervall.

(115) Se tabell TDI-3 i statistikkbulletinen 2009.

uppgiftslämnande länderna registrerade ökande antal narkotikainducerade dödsfall mellan 2006 och 2007 ⁽¹¹⁶⁾. På liknande sätt har nedgången i antalet heroinbeslag i Europeiska unionen fram till 2003 nu ersatts av en stadig ökning. I de senaste uppgifterna om narkotikarelaterade brott kan även en ökning i antalet heroinrelaterade fall konstateras.

Tillgängliga uppgifter tyder på att den nedåtgående trend i opiatindikatorer som iaktogs fram till 2003 har planat ut. Detta är kanske mest tydligt sedan 2003 i fråga om beslag och narkotikainducerade dödsfall, och efter 2004 i nya behandlingsbehov kopplade till heroinmissbruk. Dessa förändringar har ägt rum parallellt med ökad opiumproduktion i Afghanistan, vilket ger upphov till farhågor att dessa skeenden kan vara sammankopplade genom ökad tillgång på heroin på den europeiska marknaden.

Injektionsmissbruk

Prevalens av injektionsmissbruk

Injektionsmissbrukare hör till dem som löper störst risk att drabbas av hälsoproblem genom sitt missbruk, som blodburna infektioner (t.ex. hiv/aids, hepatit) eller narkotikainducerade dödsfall. Endast tolv länder kunde ge nyare uppskattningar av nivåerna för injektionsmissbruk ⁽¹¹⁷⁾, trots deras betydelse för folkhälsan. Det fortsätter att vara en viktig utmaning inom ramen för utvecklingen av hälsoövervakningssystem i Europa att förbättra den tillgängliga informationsnivån om denna bestämda population.

De tillgängliga uppskattningarna tyder på stora skillnader mellan olika länder när det gäller prevalens av injektionsmissbruk. Uppskattningarna sträcker sig från mindre än ett till fem fall per tusen invånare i åldern 15–64 år för de flesta länder, med en ovanligt hög nivå på 15 fall per tusen invånare i Estland.

Bristen på uppgifter gör det svårt att dra slutsatser om trender över tid när det gäller prevalensen av injektionsmissbruk, även om de tillgängliga uppgifterna tyder på en stabil situation i Tjeckien, Grekland, Storbritannien och Norge ⁽¹¹⁸⁾. En ökning konstaterades också i Cypern.

Uppgifter från undersökningar om infektionssjukdomar kan också ge information om nationella skillnader och förändringar över tid när det gäller injektionsmissbruk. Jämförelser mellan länder bör dock göras med försiktighet

ECNN:s temakapitel om injektionsmissbruk

Injektionsmissbruk är en av de främsta bestämmande faktorerna för allvarliga folkhälsoproblem bland narkotikamissbrukare, inklusive hiv/aids, hepatit C och överdos. I EU varierar prevalensen och trenderna för injektionsmissbruk mellan olika medlemsstater, och kan förändras över tid. Alternativa konsumtionssätt (t.ex. rökning) kan samexistera med injicering av narkotika, och narkotikamissbrukarna kan byta konsumtionssätt.

Temakapitlet är inriktat på situationen och trenderna när det gäller injektionsmissbruk och på bestämda åtgärder inriktade på injektionsmissbrukare i Europa. I publikationen behandlas också möjliga mekanismer som kan ligga bakom de minskningar av injektionsmissbruket som konstateras i vissa länder eller regioner, samt varför nivåerna fortfarande kan vara höga (eller stigande) i andra regioner. I publikationen behandlas även åtgärder och strategier inriktade på att minska injektionsmissbruket och på att få användarna att välja mindre skadliga konsumtionssätt.

Temakapitlet är tillgängligt i tryckt form och på Internet (endast på engelska): <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/injecting-drug-use>, från och med december 2009

på grund av skiftande rekryteringsmiljöer. Förhållandevis stora andelar (över 20 procent) nya injektionsmissbrukare (som injicerar under kortare tid än två år) har påträffats i tre länder, vilket möjligtvis tyder på betydande nyrekrytering till injektionsmissbruk. I tio andra länder var denna andel under 10 procent ⁽¹¹⁹⁾. En annan indikator på nyligen påbörjat injektionsmissbruk är andelen unga injektionsmissbrukare (yngre än 25 år) i urvalen. Dessa stod för mer än 40 procent av injektionsmissbrukarna i urvalet i Tjeckien, Estland, Lettland, Litauen, Österrike, Rumänien och Slovakien, medan mindre än 20 procent av injektionsmissbrukarna i urvalet var yngre än 25 år i elva andra länder.

Injicering bland opiatmissbrukare

Injicering uppges av opiatmissbrukare som inleder behandling ofta vara det vanligaste sättet att inta drogen. Injicering anges av mer än hälften av opiatklienterna i de flesta länder, 25–50 procent i sju länder och mindre än 25 procent i fem länder. De minsta andelarna injektionsmissbrukare bland opiatanvändare som inleder behandling redovisas av Danmark och Nederländerna, och den största av Litauen, Lettland och Rumänien ⁽¹²⁰⁾. Behandlingsrapporter tyder också på att injiceringens

⁽¹¹⁶⁾ Se tabell DRD-2 (del i) i statistikbulletinen 2009.

⁽¹¹⁷⁾ Se figur PDU-2 i statistikbulletinen 2009.

⁽¹¹⁸⁾ Se tabell PDU-6 (del iii) i statistikbulletinen 2009.

⁽¹¹⁹⁾ Se figur PDU-3 i statistikbulletinen 2009.

⁽¹²⁰⁾ Se tabellerna PDU-104, TDI-5 och TDI-17 (del v) i statistikbulletinen 2009.

popularitet bland opiatmissbrukare kan variera betydligt inom länder. Till exempel i Spaniens självstyrande regioner varierar andelen injektionsmissbrukare bland nya opiatklienter mellan 0,9 procent och 47,2 procent.

Bland opiatmissbrukare som inleder behandling för första gången är andelen som uppger att de injicerar drogen (42 procent) lägre än andelen bland samtliga opiatmissbrukare som inleder behandling (44 procent). Detta är fallet i nästan samtliga av de 22 uppgiftslämnande länderna. Vid en analys av uppgifterna om narkotikamissbrukare i behandling i 14 länder framkom att injicering bland samtliga narkotikamissbrukare i behandling var fortsatt vanligt förekommande med 62 procent, även om det finns vissa betydande undantag, som Nederländerna med 6,1 procent ⁽¹²¹⁾.

Andelen injektionsmissbrukare bland heroinanvändare som inleder behandling fortsatte minska under 2007. Denna trend är nu tydlig i vissa länder där den tidigare inte har iakttagits (t.ex. Tjeckien och Tyskland). Mellan 2002 och 2007 har andelen injektionsmissbrukare bland de primära opiatklienterna som inleder behandling minskat i de flesta länder, med statistiskt signifikanta minskningar i 13 länder. Två länder redovisar dock en ökning under perioden (Bulgarien och Slovakien) ⁽¹²²⁾.

I andra studier bekräftas i allmänhet en nedåtgående trend för injicering bland opiatmissbrukare. Till exempel i Frankrike har en minskad prevalens av injicering iakttagits i behandlingsuppgifterna sedan 2001; studier visar att inledandet av heroinmissbruk i ökande utsträckning förknippas med sniffning och att injiceringen nu tycks uppträda i ett senare skede av narkotikamissbrukarens bana än vad som tidigare var fallet.

Behandling

Genomsnittsåldern för klienter som inleder behandling i öppenvården för primärt opiatmissbruk är 33 år. Nästan alla länder har redovisat en ökning sedan 2003 ⁽¹²³⁾. Kvinnliga klienter, opiatmissbrukare som inleder behandling för första gången och klienter i medlemsstater som har anslutit sig till EU sedan 2004 är i genomsnitt yngre än sina motparter.

Kvinnliga narkotikamissbrukare är en särskilt utsatt grupp. Sammantaget är kvoten män till kvinnor bland opiatklienter 3,5:1, även om kvinnor utgör en större andel av opiatklienterna i nordiska länder (t.ex. Sverige och Finland) och en lägre andel i sydliga länder (t.ex. Grekland, Italien och Portugal) ⁽¹²⁴⁾.

Missbruk av receptbelagda opiater

Opiatbaserade smärtstillande medel är de starkaste kända medlen mot allvarlig eller kronisk smärta. Opiater används även som substitutionsläkemedel vid hantering av opiatberoende. Dessa receptbelagda läkemedel kan missbrukas, vilket kan leda till negativa hälsoeffekter som beroende, överdos och skador förknippade med injicering. Opiater på recept kan komma in på den olagliga narkotikamarknaden genom att substitutionsläkemedel avleds från sin rätta användning. Internetapotek tycks också spela en väsentlig roll för tillgången på receptbelagda opiater i Förenta staterna (INCB, 2009a), men deras roll i Europa tycks vara begränsad. I Europa har utbredningen av bruket att ordinera substitutionsläkemedel till opiatberoende narkotikamissbrukare åtföljts av ett ökat antal rapporter om att dessa läkemedel missbrukas.

Andra opiater än heroin uppges vara primär drogen av ungefär 5 procent (17 810) av de klienter som inleder behandling för narkotikamissbruk i Europa. De ämnen som oftast anges är buprenorfin, som i Finland uppges vara primär drog för 41 procent av alla behandlingsefterfrågningar och 7 procent i Frankrike, metadon, som står för 18,5 procent av alla behandlingsefterfrågningar i Danmark, och andra receptbelagda opiater i Lettland, Österrike och Sverige, där de står för 5–15 procent av alla behandlingsefterfrågningar ⁽¹⁾. Tjeckien redovisade också uppskattningsvis 4 250 problematiska buprenorfinanvändare för 2007. Detta återspeglade framför allt en förändring när det gäller vilka ämnen som används av problematiska heroinanvändare, men inte en ökning av den sammantagna prevalensen av problematisk opiatanvändning. I det tyska Phar-Mon-systemet, genom vilket man övervakar ett stort antal läkemedel som kan missbrukas, registrerades också en ökning i missbruket av receptbelagda opiater, där substitutionsläkemedel spelar en viktigare roll än smärtstillande medel (Roesner och Küfner, 2007).

Missbruket av receptbelagda opiater ger upphov till viktiga frågor om hur man förhindrar att substitutionsläkemedel och opiatbaserade smärtstillande medel avleds till den olagliga marknaden. Samtidigt måste man vara noga med att se till att den lagliga användningen av dessa ämnen inte äventyras (Cherny m.fl., 2006).

⁽¹⁾ Se tabell TDI-113 i statistikbulletinen 2009.

Opiatmissbrukare som inleder behandling är i högre grad arbetslösa och har lägre utbildningsnivå än andra klienter (se kapitel 2). Höga nivåer av psykiska störningar rapporteras för denna population. Till exempel framkom det i en italiensk undersökning att de flesta (72 procent) klienter i behandling för narkotikamissbruk som led

⁽¹²¹⁾ Se tabellerna TDI-17 (del v) och TDI-38 i statistikbulletinen 2009.

⁽¹²²⁾ Se tabellerna TDI-4 och TDI-5 i statistikbulletinerna 2006 och 2009.

⁽¹²³⁾ Se tabellerna TDI-10, TDI-32 och TDI-103 i statistikbulletinen 2009.

⁽¹²⁴⁾ Se tabellerna TDI-5 och TDI-21 i statistikbulletinen 2009.

Komorbiditet – samförekomst av narkotikamissbruk och psykisk störning

Komorbiditet är den ofta underskattade samförekomsten av narkotikarelaterade problem och psykisk störning hos samma person. Genom undersökningar har det fastställts att det finns en förhöjd prevalens av psykiska problem bland patienter i behandling för narkotikamissbruk och en förhöjd prevalens av narkotikarelaterade problem bland patienter på psykiatriska kliniker (ECNN, 2005).

De psykiska störningar som oftast rapporteras bland narkotikamissbrukare i Europa innefattar depression, oro, schizofreni, personlighetsstörningar, bristande uppmärksamhet och hyperaktivitet. Utbudet av särskilda behandlingar för narkotikamissbrukare med komorbiditet i Europa är fortsatt begränsat. Nationella experter rapporterar att särskilda program finns i 18 länder, men i 14 av dessa är de endast tillgängliga för en minoritet av de klienter som behöver den. I sju ytterligare länder finns över huvud taget inga särskilda program, men fem av dem planerar att utveckla sådana program under de kommande tre åren.

En europeisk prospektiv multicenterstudie (Isadora) har nyligen genomförts, vilken omfattade patienter med dubbel diagnos från psykiatriska akutavdelningar (!). Resultaten från studien belyser svårigheterna med komparativa analyser på området, och understryker behovet av ett mer harmoniserat tillvägagångssätt i fråga om diagnos, behandling och undersökning av komorbiditet i Europa (Baldacchino m.fl., 2009).

(!) <http://isadora.advsh.net/>.

av ett samtidigt psykiskt sjukdomstillstånd var primära opiatmissbrukare (¹²⁵).

Nästan alla opiatmissbrukare som inleder behandling uppger att de började missbruka före 30 års ålder och ungefär hälften före 20 års ålder. En genomsnittlig fördröjning på omkring åtta år rapporteras mellan den första användningen av opiater och den första kontakten med behandling för narkotikamissbruk (¹²⁶).

Behandlingstillgång och täckning

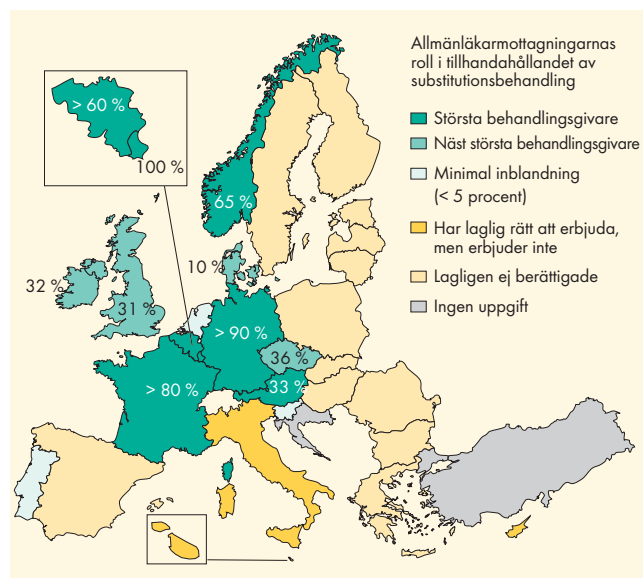
Behandling för opiatmissbrukare ges oftast inom öppenvården, vilken kan omfatta specialistcentrum, allmänpraktiserande läkare och lågtröskelinsatser (se kapitel 2). I ett fåtal länder är centrum i slutenvården en viktig del av systemet för behandling av narkotikamissbruk, särskilt i Bulgarien, Grekland, Finland och Sverige (¹²⁷). Det finns många olika och alltmer differentierade möjligheter i Europa för behandling av opiatberoende,

även om tillgången och täckningen varierar geografiskt. Läkemedelsfri behandling och substitutionsbehandling för opiatmissbruk finns i samtliga EU:s medlemsstater, Kroatien och Norge. I Turkiet är en framtida användning av substitutionsbehandling för närvarande föremål för studier.

Läkemedelsfri behandling är en terapeutisk metod, som vanligtvis kräver att personen avstår från alla ämnen, inklusive ersättningsmedicinering. Patienterna deltar i dagliga aktiviteter och får intensivt psykologiskt stöd. Även om den läkemedelsfria behandlingen kan äga rum i både öppenvården och slutenvården, är den typ som oftast rapporteras av medlemsstaterna program på behandlingshem som tillämpar terapeutiska gemenskapsprinciper eller Minnesotamodellen.

Substitutionsbehandling, som i allmänhet är integrerad med psykosocial vård, ges typiskt vid specialiserade centrum inom öppenvården. Tretton länder rapporterar att substitutionsbehandling också ges av allmänpraktiserande läkare, vanligtvis inom ramen för delade vårdarrangemang med specialiserade behandlingscentrum (se figur 11). I Tjeckien, Frankrike, Nederländerna, Portugal, Storbritannien och Kroatien kan alla allmänpraktiserande läkare ge substitutionsbehandling. I Belgien, Danmark, Tyskland, Irland, Luxemburg, Österrike och Norge har endast

Figur 11: Substitutionsbehandling för opiatmissbruk som erbjuds av allmänläkarmottagningar i EU:s medlemsstater samt i Norge och Kroatien



Anm.: Siffrorna inom parentes anger andelen klienter i substitutionsbehandling som får behandlingen från allmänläkarmottagningar i samhället.
Källa: Reitox nationella kontaktpunkter.

(¹²⁵) Se även "Komorbiditet – samförekomst av narkotikamissbruk och psykisk störning".

(¹²⁶) Se tabellerna TDI-11, TDI-33, TDI-107 och TDI-109 i statistikbulletinen 2009.

(¹²⁷) Se tabell TDI-24 i statistikbulletinen 2009.

de som är särskilt utbildade eller godkända rätt att tillhandahålla den. Ett antal länder rapporterar att de allmänpraktiserande läkarnas delaktighet, genom att förbättra den geografiska täckningen, korta ned väntetiderna och underlätta tillgången till behandling, har bidragit till att förbättra tillgången och täckningen för substitutionsbehandling (Tjeckien, Tyskland, Frankrike, Österrike och Storbritannien).

Enligt expertuppskattningar är tillgången på substitutionsbehandling för opiatmissbruk förhållandevis god i 16 länder, där den är tillgänglig för åtminstone hälften av opiatmissbrukarna (se kapitel 2). I de länderna är läkemedelsfri behandling den behandling som väljs främst av 10–25 procent av opiatmissbrukarna. I ytterligare tio länder (Estland, Grekland, Lettland, Litauen, Ungern, Polen, Rumänien, Slovakien, Finland och Norge) uppskattar man att substitutionsbehandling är tillgänglig för en minoritet av opiatmissbrukarna. Skälet skulle kunna vara att läkemedelsfri behandling är den behandling som väljs främst, särskilt för yngre eller nya klienter, eller att det är svårt att få tillgång till substitutionsbehandling. I exempelvis Grekland är väntetiden för substitutionsbehandling för opiatmissbruk i genomsnitt mer än tre år.

Psykosocial vård betraktas som avgörande för att substitutionsbehandlingen ska bli effektiv. Enligt expertuppskattningar ges den till nästan samtliga klienter i substitutionsbehandling i sju länder (Grekland, Italien, Lettland, Portugal, Rumänien, Slovakien och Storbritannien) och till en majoritet i ytterligare 14 länder. I fyra länder (Estland, Luxemburg, Ungern och Nederländerna) uppskattas att den endast ges till en minoritet av klienterna i substitutionsbehandling.

Det sammanlagda antalet klienter som får substitutionsbehandling i EU, Kroatien och Norge uppskattas till omkring 620 000 personer under 2007, vilket är en uppgång från 560 000 under 2005 och 500 000 under 2003. Tillgängliga uppgifter tyder på en ökning i alla länder utom Spanien, där antalet personer som får substitutionsbehandling har gått ned sedan 2002, samt Frankrike, Luxemburg, Ungern och Nederländerna, vilka redovisar små minskningar eller stabila siffror. Bland de länder som har utvidgat sitt utbud av substitutionsbehandling har den största ökningen skett i Estland, där antalet klienter inom fem år ökade från 60 till fler än 1 000, och Bulgarien, där antalet behandlingsplatser ökade från 380 till nästan 3 000 mellan 2003 och 2007. Antalet klienter i substitutionsbehandling har också mer än fördubblats under perioden i Tjeckien, Lettland, Finland och Norge,

medan ökningarna med mer än 40 procent redovisas av Grekland, Polen, Portugal, Rumänien och Sverige.

En enkel jämförelse mellan det beräknade antalet problematiska opiatmissbrukare och tillhandahållna behandlingar tyder på att mer än 40 procent kan få substitutionsbehandling. Båda uppsättningarna uppgifter är dock ännu inte exakta och beräkningen bör tolkas med försiktighet. Jämförelser är svåra av samma skäl, även om tillgängliga uppgifter tyder på att det finns stora skillnader mellan olika länder när det gäller andelen problematiska opiatmissbrukare som får substitutionsbehandling. De uppskattade andelarna sträcker sig från 5 procent till över 50 procent ^[128].

De flesta substitutionsklienter i Europa får metadon (70 procent), men antalet länder där metadon är det enda ordinerade ämnet sjunker. Buprenorfin är i dag tillgängligt i alla EU-medlemsstater utom fyra (Bulgarien, Spanien, Ungern och Polen). I Tjeckien, Frankrike, Lettland och Sverige ordinerar buprenorfin till mer än 50 procent av klienterna i substitutionsbehandling. Ytterligare alternativ innefattar långverkande morfin (Bulgarien, Österrike och Slovenien) och kodein (Tyskland, Österrike och Cypern). En ny kombination av buprenorfin och naloxon godkändes för EU-marknaden 2006 och rapporteras sedan ha införts i elva länder. Sex europeiska länder ger även heroinstödd behandling till missbrukare som inte visar tillräckliga resultat i andra behandlingar.

Missbruksbehandlingens effektivitet och kvalitet samt behandlingsstandarder

Granskningar av kontrollerade slumpmässiga prövningar och observationsstudier har visat att både substitutionsbehandling med metadon och substitutionsbehandling med buprenorfin kan vara effektiva för att hantera beroende av opiater. Totalt sett har denna typ av behandling kopplats till flera positiva resultat som bland annat kvarstannande i behandling, mindre olaglig användning av opiater och injicering, sänkt dödlighet och kriminalitet, samt stabilisering och förbättring av hälsa och sociala förhållanden för kroniska heroinmissbrukare. Dessutom har det i nyligen genomförda kontrollerade slumpmässiga prövningar framkommit att heroinstödd behandling minskar den olagliga narkotikaanvändningen, förbättrar den fysiska och psykiska hälsan och minskar det kriminella beteendet bland klienter vilka betraktas som svårbehandlade eller vilka har misslyckats med andra behandlingsmetoder.

Psykosociala och psykoterapeutiska insatser kombinerade med farmakoterapi har också visat sig vara effektivt i studier av behandlingsresultat (Schulte m.fl., 2008).

[128] Se figur HSR-1 i statistikbulletinen 2009.

Dessa metoder är inriktade på att öka motivationen för behandling, förhindra återfall och minska skadorna. Dessutom kan de ge råd och praktiskt stöd till klienter som måste hantera problem med bostad, anställning och familj samtidigt som de behandlas för sitt opiatberoende.

En uppsättning minimikrav och internationella riktlinjer för läkemedelsbehandling med psykosocialt stöd för personer

beroende av opiater utarbetades nyligen av WHO (2009). Detta dokument kom som svar på en resolution från Förenta nationernas ekonomiska och sociala råd (ECOSOC) och är baserat på en systematisk genomgång av den vetenskapliga litteraturen och samråd med en rad namnkunniga experter från olika håll i världen. Riktlinjer för substitutionsbehandling har även utarbetats av de flesta europeiska länder (se kapitel 2).



Kapitel 7

Narkotikarelaterade infektionssjukdomar och narkotikarelaterade dödsfall

Infektionssjukdomar

Några av narkotikamissbrukets allvarigaste hälsoeffekter är infektionssjukdomar som hiv och virushepatit av typerna B och C. Också i länder där hiv-prevalensen hos injektionsmissbrukare är låg kan andra infektionssjukdomar som virushepatit av typerna A, B och C, sexuellt överförbara sjukdomar, tuberkulos, tetanus, botulism och HTLV-virus (human T-lymphotropic virus) i oproportionerligt hög grad drabba narkotikamissbrukare. ECNN följer systematiskt utvecklingen beträffande hiv och virushepatit av typerna B och C bland injektionsmissbrukare (prevalens för antikroppar eller andra specifika markörer i fallet med virushepatit av typ B) ⁽¹²⁹⁾.

Hiv och aids

I slutet av 2007 förefaller incidensen för rapporterad hiv-infektion bland injektionsmissbrukare ha varit fortsatt låg i de flesta medlemsstater i EU och situationen totalt sett i EU förefaller att ha varit förhållandevis positiv sett ur ett globalt perspektiv. Detta kan åtminstone delvis bero på att åtgärder för prevention, behandling och skademinskning, inklusive substitutionsbehandling och nål- och sprututbytesprogram i allt högre grad blir tillgängliga. Andra faktorer som exempelvis den minskning av injektionsmissbruket som har rapporterats i vissa länder kan också ha spelat en viktig roll. I vissa delar av Europa tyder dock uppgifter på att hiv-smittspridning i samband med injektionsmissbruk fortfarande låg på en relativt hög nivå under 2007, vilket understryker behovet att sörja för att lokal preventionspraxis har god täckning och är effektiv.

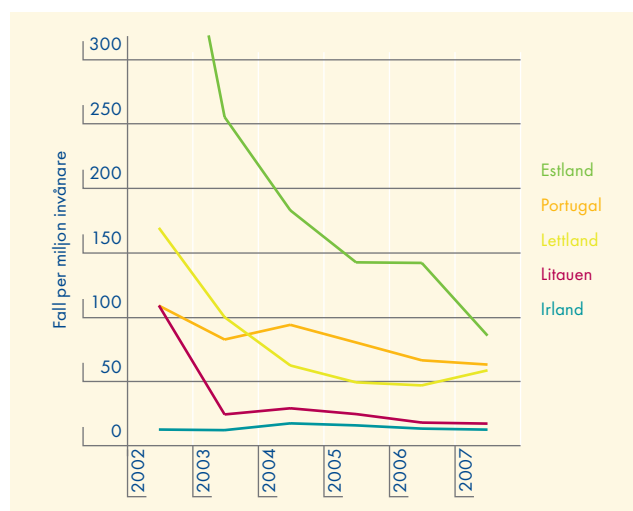
Trender för hiv-infektion

Uppgifter för 2007 om antalet nyrapporterade fall av hiv bland injicerande narkotikamissbrukare tyder på att andelen smittade fortsätter att sjunka i hela EU, efter det att epidemierna nådde sin topp under 2001–2002 genom utbrott i Estland, Lettland och Litauen ⁽¹³⁰⁾. Under 2007 var den totala andelen nyrapporterade fall av hiv bland injektionsmissbrukare i de 24 medlemsstater i EU

för vilka nationella uppgifter finns tillgängliga 4,7 fall per miljon invånare, vilket är en liten minskning från 5,0 under 2006 ⁽¹³¹⁾. Av de tre länder som redovisar de högsta andelarna nyrapporterade fall fortsatte de nedåtgående trenderna i Portugal och Estland, även om trenden i Portugal tycks plana ut. Däremot redovisade Lettland en ökning från 47,1 fall per miljon invånare under 2006 till 58,7 fall per miljon invånare under 2007 (figur 12).

Sammantaget har påtagliga ökningarna av nya fall av hiv-infektion inte kunnat konstateras mellan 2002 och 2007 och de redovisade nivåerna förblir låga. I Bulgarien och Sverige accelererade dock antalet nyrapporterade infektioner – från 0,3 nya fall per miljon invånare under 2002 till 5,6 fall under 2007 i Bulgarien, och i Sverige från 3,5 nya fall per miljon invånare under 2002 till en topp på 6,7 fall under 2007 innan antalet återgick till föregående nivåer under 2008 – vilket tyder på en fortsatt potential för utbrott av hiv bland injektionsmissbrukare.

Figur 12: Trender i fem EU-medlemsstater med hög förekomst av nyrapporterade fall av hiv bland injicerande narkotikamissbrukare



Anm.: För Estland ligger värdet för 2002 utanför skalan (516 fall per miljon invånare). Se tabell INF-104 i statistikbulletinen 2009 för ytterligare uppgifter.

Källa: ECDC och WHO Europe.

⁽¹²⁹⁾ För närmare uppgifter om metoder och definitioner, se statistikbulletinen 2009.

⁽¹³⁰⁾ Se tabell INF-104 i statistikbulletinen 2009.

⁽¹³¹⁾ Nationella uppgifter är inte tillgängliga för Spanien, Italien och Österrike.

Uppgifter om trender från uppföljning av hiv-prevalens i urval av injektionsmissbrukare utgör ett viktigt komplement till uppgifter från rapportering av hiv-fall. Prevalensuppgifter är tillgängliga för 25 länder under perioden 2002–2007 ⁽¹³²⁾. I elva länder var hiv-prevalensen oförändrad under perioden. I sex länder (Bulgarien, Tyskland, Spanien, Italien, Lettland och Portugal) uppvisade hiv-prevalensen statistiskt signifikanta minskningar. Alla dessa baserades på nationella urval. Regionala ökningar redovisades dock i två av dessa länder: i Bulgarien i en stad, Sofia, och i Italien i tre av 21 regioner. I två länder (Litauen och Polen) uppvisade hiv-prevalensen statistiskt signifikanta ökning, båda baserade på nationella urval.

En jämförelse av trender för nyrapporterade infektioner kopplade till injektionsmissbruk av narkotika med trender för hiv-prevalens bland injektionsmissbrukare tyder på att incidensen för hiv-smitta med anknytning till injektionsmissbruk sjunker på nationell nivå i de flesta länder.

Den höga årliga ökningstakten för nya hiv-diagnoser med anknytning till injektionsmissbruk i Estland, Lettland och Portugal tyder dock på att ganska omfattande smittspridning fortfarande sker i dessa länder, även om takten nu minskar i Estland och Portugal. Beträffande Estland stöds detta av prevalensuppgifter för 2005 vilka tyder på att cirka en tredjedel av nya injektionsmissbrukare (de som har injicerat under kortare tid än två år) var hiv-positiva. Ytterligare indikationer på pågående hiv-smitta framgår av rapporter om prevalensnivåer över 5 procent bland unga injektionsmissbrukare (urval på 50 eller fler injektionsmissbrukare under 25 års ålder) i flera länder: Spanien (nationella uppgifter 2006), Frankrike (fem städer, 2006), Estland (två regioner, 2005), Litauen (en stad, 2006) och Polen (en stad, 2005) ⁽¹³³⁾.

Aids-incidens och tillgång till högaktiv antiretroviral behandling

Uppgifter om aids-incidensen är betydelsefulla för att ge en indikation på hur utbredda sjukdomssymtomen är, även om de inte är en bra indikator på hiv-smitta. Höga incidensnivåer för aids i vissa europeiska länder kan tyda på att många injektionsmissbrukare som är smittade med hiv inte får högaktiv antiretroviral behandling (HAART) i ett tillräckligt tidigt skede av infektionen för att behandlingen ska ha största möjliga verkan.

Estland har den högsta incidensen av aids kopplat till injektionsmissbruk av narkotika, med uppskattningsvis 33,5 nya fall per miljon invånare under 2007, vilket är en

Hiv bland injektionsmissbrukare i Europeiska unionen och dess grannländer: uppgående trender i öst

Hiv-epidemin bland injektionsmissbrukare fortsätter att utvecklas på olika sätt i Europa. I EU-länderna ligger antalet rapporterade nydiagnostiserade fall av hiv-infektion hos injektionsmissbrukare vanligen kvar på stabilt låga nivåer eller sjunker. I många av de tidigare republikerna i Sovjetunionen steg antalet under 2007 (Wiessing m.fl., 2008b), vilket tyder på att befintliga förebyggande åtgärder kan vara otillräckliga och i behov av att stärkas.

I de östländer där viss nedgång hade skett sedan kulmen 2001 (Ryssland, Vitryssland) har nya ökningars konstaterats under senare år. För 2007 varierade antalet nydiagnostiserade och rapporterade fall av hiv-infektion bland injektionsmissbrukare mellan noll i Turkmenistan till 80 fall per miljon invånare i Kazakstan och 152 fall per miljon invånare i Ukraina. Den senaste siffran för Ryssland är 78 fall per miljon invånare 2006.

I absoluta tal redovisar Ukraina det största antalet nyrapporterade fall av hiv bland injektionsmissbrukare för 2007 (7 087 fall), följt av Uzbekistan (1 816 fall) och Kazakstan (1 246 fall), medan Ryssland för 2006 rapporterade 11 161 fall. Flera andra tidigare republiker i Sovjetunionen, med totalt sett lägre antal och andelar, uppvisar allt fler rapporterade fall, vilket tyder på att epidemier kan äga rum bland injektionsmissbrukarna. Dessa länder innefattar Azerbajdzjan, Vitryssland, Georgien, Kirgizistan, Moldavien och Tadzjikistan.

uppgång från 17,1 nya fall per miljon invånare under 2006. Förhållandevis höga incidensnivåer för aids redovisas också av Lettland, Spanien, Portugal och Litauen: 13,2, 8,8, 8,6 respektive 6,2 nya fall per miljon invånare. Av dessa fyra länder är trenden nedåtgående i Spanien, Lettland och Portugal, men inte i Litauen ⁽¹³⁴⁾.

Hepatit B och C

Hiv-smittan i EU är väsentligen koncentrerad till ett fåtal högprevalensländer, men virushepatit, i synnerhet den infektion som orsakas av hepatit C-virus (HCV), har högre prevalens bland injektionsmissbrukare av narkotika i Europa. Andelen personer med antikroppar mot HCV i urval av injektionsmissbrukare som testats under 2006–2007 varierar mellan omkring 18 procent och 95 procent. Hälften av länderna redovisar nivåer över 40 procent. Tre länder (Bulgarien, Tjeckien och Slovenien) redovisar en prevalens på under 25 procent i nationella urval av injektionsmissbrukare ⁽¹³⁵⁾, även om andelen smittade på denna nivå fortfarande utgör ett allvarligt folkhälsoproblem.

⁽¹³²⁾ Se tabell INF-108 i statistikbulletinen 2009.

⁽¹³³⁾ Se tabellerna INF-109 och INF-110 i statistikbulletinen 2009.

⁽¹³⁴⁾ Se figur INF-1 i statistikbulletinen 2009.

⁽¹³⁵⁾ Se tabellerna INF-111 till INF-113 i statistikbulletinen 2009.

Inom länderna kan HCV-prevalensen variera betydligt, vilket beror både på regionala skillnader och på egenskaperna hos populationsurvalet. I exempelvis Storbritannien resulterar lokala undersökningar i nivåer mellan 29 procent och 60 procent, medan olika regionala uppskattningar i Italien varierar mellan 36 procent och 92 procent.

Nyligen genomförda studier (2006–2007) pekar på ett brett spann av prevalensnivåer bland injektionsmissbrukare av narkotika under 25 år och bland dem som injicerar under kortare tid än två år, vilket tyder på olika nivåer av HCV-incidens i dessa populationer i Europa ⁽¹³⁶⁾. Inte desto mindre tyder dessa studier även på att många injektionsmissbrukare smittas av viruset tidigt under sin injiceringsbana och att den tidsperiod som står till buds för att förhindra HCV-smitta därför är kort.

Prevalensen av markörer på smitta av hepatit B-virus (HBV) varierar också i hög grad, möjligen beroende på skillnader i andelen som har blivit vaccinerade, även om andra faktorer kan spela in. De mest fullständiga tillgängliga uppgifterna avser antikroppen mot HBV-kärnantigen (anti-HBc), vars förekomst tyder på att personen i fråga har haft en infektion. Åren 2006–2007 rapporterades prevalenstal på över 40 procent från tre av de tio länder som lämnade uppgifter om injektionsmissbruk ⁽¹³⁷⁾.

Tidstrenderna för rapporterade fall av hepatit B och hepatit C ser olika ut, men är svåra att tolka. Viss inblick i epidemiologin för dessa infektioner kan erhållas genom andelen injektionsmissbrukare av samtliga rapporterade fall med kända riskfaktorer (Wiessing m.fl., 2008a). För hepatit B har andelen injektionsmissbrukare minskat mellan 2002 och 2007 i fyra av 17 länder. När det gäller hepatit C har andelen injektionsmissbrukare av samtliga rapporterade fall minskat i sju länder mellan 2002 och 2007, och ökat i fyra andra länder (Tjeckien, Luxemburg, Malta och Storbritannien) ⁽¹³⁸⁾.

Hantering av infektionssjukdomar

Sjutton EU-medlemsstater och Turkiet uppger att prevention av infektionssjukdomar bland narkotikamissbrukare är en del av den nationella narkotikastrategin, och sex ytterligare länder uppger att den är föremål för en särskild strategi. Tio av dessa 23 länder rapporterar även befintliga strategier för att förebygga infektionssjukdomar på lokal eller regional nivå.

För att minska spridningen av infektionssjukdomar bland narkotikamissbrukare använder sig EU:s medlemsstater av en kombination av åtgärder: missbruksbehandling, distribution av steril injektionsutrustning, och samhällsbaserad verksamhet

Hepatit C-prevalens som möjlig indikator på injektionsrelaterad hiv-risk

En grupp modellkonstruktörer och epidemiologer sammanförda av ECNN har undersökt möjligheten att använda information om prevalens av hepatit C-virus (HCV) bland injektionsmissbrukare som en indikator på risken för överföring av hiv. HCV överförs genom att nålar används gemensamt, på liknande sätt som hiv. Eftersom HCV är mycket mer smittosamt kan det avslöja den sammantagna graden av riskbeteende, inklusive gemensam användning av nålar, gemensam användning av tillbehör och byte av injektionspartner, i populationer av injektionsmissbrukare där hiv ännu inte har spridits.

Analyser av prevalensuppgifter för HCV och hiv som parats ihop, har visat att en HCV-prevalens bland injektionsmissbrukare på upp till 30 procent (95 procents konfidensintervall, 21–38 procent) är förbunden med ingen eller mycket låg hiv-prevalens. Vid högre prevalensnivåer för HCV, konstaterades ett linjärt förhållande mellan hiv- och HCV-prevalensen, och tidsseriedata tyder på att den konstaterade hiv-prevalensen ökar ungefär hälften så snabbt som HCV-prevalensen.

Resultaten tyder på att HCV-prevalens skulle kunna användas för att bidra till att utveckla målinriktade preventions- och skademinimeringsåtgärder bland injektionsmissbrukare. Dessutom skulle den även kunna användas för att bedöma risken för utbrott av hiv i länder där hiv-prevalensen bland injektionsmissbrukare fortfarande är låg.

Källa: Vickerman m.fl. (inlämnad).

med information, utbildning, testning och beteendeinriktade insatser, ofta genom uppsökande verksamhet eller lågtröskelinsatser. Experter från 27 länder redovisade prioritetsnivån för utvalda insatser inriktade på att förebygga infektionssjukdomar bland narkotikamissbrukare ⁽¹³⁹⁾. Tillgång till steril injektionsutrustning genom nål- och sprutprogram rapporteras som en prioritering av 23 länder, testning och rådgivning för infektionssjukdomar av 16 länder och spridning av informations-, utbildnings- och kommunikationsmaterial av 14 länder.

Tillgång till sterila sprutor är den oftast angivna prioriteringen, vilket även framkom i ett liknande projekt 2005. Ett växande antal länder anger nu rådgivning och testning för infektionssjukdomar samt målinriktade hepatitvaccineringsprogram som en prioritering.

Åtgärder

Forskningen har visat att fullgjord behandling leder till att injektionsmissbruk av narkotika och förknippade

⁽¹³⁶⁾ Se figur INF-6 (del ii) och (del iii) i statistikbulletinen 2009.

⁽¹³⁷⁾ Se tabell INF-115 i statistikbulletinen 2009.

⁽¹³⁸⁾ Se tabellerna INF-105 och INF-106 i statistikbulletinen 2009.

⁽¹³⁹⁾ Se tabell HSR-6 i statistikbulletinen 2009.

Behandling av injektionsmissbrukare med kronisk hepatit C

Upp till 30 procent av patienterna med obehandlad kronisk hepatit C utvecklar levercirros inom 30 år, och kostnaderna förknippade med vården av leversjukdom i slutskedet är avsevärda (Jager m.fl., 2004). För att minska bördan som hepatit C utgör i Europa är det nödvändigt att främja och utvidga tillgången på behandling för den största patientgruppen – kroniska bärare av viruset som är aktiva injektionsmissbrukare.

Dagens behandling av hepatit C i Europa – en sex till tolv månaders kur bestående av kombinationsterapi med långverkande interferon och ribavirin – är effektiv för mer än 50 procent av patienterna som utvecklar en varaktig virologisk reaktion. Även om antalet långsiktiga studier förblir begränsat, har den tillgängliga forskningen visat att den antivirala behandlingen av injektionsmissbrukare i hög grad fullföljs och är framgångsrik (t.ex. Moussalli m.fl., 2007). Att det är kostnadseffektivt att behandla hepatit C i fängelser (Sutton m.fl., 2008) och säkert och ändamålsenligt att behandla narkotikamissbrukare med samtidiga psykiska störningar har också visats (Loftis m.fl., 2006).

Många narkotikamissbrukare har dock fortfarande inte tillgång till hepatit C-behandling. Orsakerna kan bland annat vara otillräcklig behandlingsskapacitet, brist på information om behandlingsalternativ, eller låg prioritering av narkotikamissbrukare. Flera EU-länder, inklusive Danmark, Tyskland, Frankrike, Nederländerna och Storbritannien, har under senare år sett över sin politik i syfte att utvidga tillgången till testning för och behandling av kroniska bärare av hepatit C-virus som är aktiva injektionsmissbrukare.

Hepatit C-terapi inom ramen för narkotikaberoende är ibland förenad med svårigheter, men kan förbättras genom omsorgsfullt planerad och organiserad klinisk förvaltning och genom samarbete från patientens sida efter patientens informerade samtycke. Tvärfackliga vårdlag, som kan hantera narkotikaberoende, behandling av leversjukdom och samtidiga psykiska problem, förbättrar behandlingsresultaten (Grebely m.fl., 2007).

riskbeteenden minskar, och därigenom till skydd mot hiv-infektion. I de flesta europeiska länder har utbudet av tjänster för minskning av skadeverkningarna och behandling ökat betydligt sedan mitten av nittio-talet (Hedrich m.fl., 2008b). Substitutionsbehandling för opiatmissbruk ges i samtliga EU:s medlemsstater, Kroatien och Norge, men i flera länder förblir utbudet av denna åtgärd begränsat (se kapitlet 2 och 6).

Det uppskattas av nationella experter att individuell rådgivning om infektionssjukdomar erhöles av nästan samtliga problematiska narkotikamissbrukare i 17

länder⁽¹⁴⁰⁾. I tolv länder var detta också fallet när det gäller testning för HCV, medan experter i elva länder uppskattade att de flesta problematiska narkotikamissbrukare fick praktiska råd och utbildning i säkrare användning och injicering under det senaste året. Vaccinering mot hepatit B ingår i de rutinmässiga vaccinationsprogrammen i 21 av 28 uppgiftslämnande länder, och i 17 länder finns även särskilda vaccinationsprogram för narkotikamissbrukare i samhället. Hälsoutbildningsverksamhet för narkotikamissbrukare med tidigare missbrukare som handledare redovisas också av 17 länder.

Nål- och sprutprogram finns i samtliga EU:s medlemsstater, Kroatien och Norge. Programmet i Cypern har dock nästan inte använts under 2007. I 15 länder uppskattar man att de flesta injektionsmissbrukare av narkotika åtminstone en gång har fått sprutor från ett sådant program under de senaste tolv månaderna. I elva länder fick endast en minoritet av injektionsmissbrukarna sprutor under samma period, trots att nio av dessa länder uppger att tillgång till steril injektionsutrustning är en prioriterad åtgärd för att förhindra spridningen av infektionssjukdomar.

Antalet sprutor som lämnats ut genom nål- och sprutprogram ökade mellan 2005 och 2007 i 18 av de 26 länder för vilka det finns tillgängliga uppgifter. Antalet sprutor per klient som varje år lämnas ut varierar betydligt, med exempel från omkring 50 sprutor per klient i nål- och sprutprogram i Kroatien och Litauen, till 200 i Finland och 300 i Rumänien under 2007⁽¹⁴¹⁾.

Det totala antalet sprutor som lämnades ut under 2007 var 33 procent högre än under 2003 i de 14 länder för vilka det finns pålitliga uppgifter eller bedömningar. Pågående ökning under perioden redovisades av Belgien, Bulgarien, Tjeckien, Estland, Ungern, Österrike, Slovakien och Finland. Antalet utlämnade sprutor i Lettland förblev detsamma, medan minskningar redovisades i Spanien, Litauen, Luxemburg, Portugal och Polen.

Uppgifter från 15 länder visar att fler än 125 000 personer har utnyttjat nål- och sprutprogrammen under 2007⁽¹⁴²⁾. Information om antalet klienter är dock inte tillgänglig för fyra av EU:s största medlemsstater (Tyskland, Spanien, Italien och Storbritannien). En nationell enkät som genomfördes i de 120 franska CAARUD-centren för minskning av skadeverkningar visade att de hade utnyttjats av uppskattningsvis 40 000 personer under 2007 (Toufik m.fl., 2008). I Storbritannien inrättades ett nytt uppföljningssystem för nålbyte 2008.

Lågröskelvården kan göra det möjligt att nå ut med primärvårdstjänster och åtgärder för att minska

⁽¹⁴⁰⁾ Experter från 26 EU-länder, Turkiet och Norge uppskattade utbudet av utvalda åtgärder för narkotikamissbrukare.

⁽¹⁴¹⁾ Se tabell HSR-5 (del i) och (del ii) i statistikbulletinen 2009.

⁽¹⁴²⁾ Se tabell HSR-5 (del ii) i statistikbulletinen 2009.

skadeverkningarna till svårnådda delar av populationen. I en nyligen genomförd utvärdering av centrum för lågtröskelvård inriktade på injektionsmissbrukare av narkotika i Finland drogs slutsatsen att denna kombination av tjänster hade spelat en betydande roll för att förebygga infektionssjukdomar. Det betraktades också som en kostnadseffektiv innovation som kunde fungera inom ramen för landets restriktiva narkotikapolitik (Arponen m.fl., 2008).

Nål- och sprutprogram kan även främja god hälsa. Utbildning i att främja hälsan, baserad på formella kursplaner eller läroböcker, erbjuds till personal inom nål- och sprutprogrammen i 20 länder och till farmaceuter i nio länder. Riktlinjer för arbete i lågtröskelmiljöer, vilka omfattar ämnen som testning av infektionssjukdomar, sprututbyte, uppsökande verksamhet och handledning av tidigare missbrukare, rapporteras i elva EU-medlemsstater.

Dödsfall och dödlighet

Narkotikamissbruk är en av de största orsakerna till hälsoproblem och dödsfall bland ungdomar i Europa. Detta kan illustreras genom en internationell undersökning med stöd av ECNN, i vilken det framkom att 10–23 procent av dödligheten i åldersgruppen 15–49 år i sju europeiska stadsområden kunde kopplas till användning av opiater (Bargagli m.fl., 2005).

Narkotikarelaterad dödlighet innefattar dödsfall direkt orsakade av den farmakologiska effekten av ett eller flera ämnen (narkotikainducerade dödsfall) och dödsfall indirekt orsakade av narkotikaanvändning, ofta tillsammans med andra samverkande faktorer (t.ex. olyckor). Kända dödsorsaker innefattar akut toxicitet, trafikolyckor – särskilt i kombination med alkohol (ECNN, 2007c), våld, självmord bland redan utsatta personer, eller kroniska besvär till följd av upprepade användning (t.ex. hjärtkärlproblem hos kokainanvändare). Även om de flesta narkotikarelaterade dödsfallen inträffar bland problematiska narkotikamissbrukare inträffar vissa i andra användargrupper, inklusive bland dem som endast använder narkotika då och då ⁽¹⁴³⁾.

Narkotikainducerade dödsfall

ECNN:s definition av narkotikainducerade dödsfall avser de dödsfall som är direkt förorsakade (överdos) av konsumtion av en eller flera droger, där åtminstone ett av ämnena är en olaglig drog. Prevalensen och mönstren för narkotikaanvändningen (injicering, blandmissbruk),

narkotikamissbrukarnas ålder och komorbiditet samt behandlings- och akutvårdens tillgänglighet är andra faktorer som kan påverka antalet dödsfall.

Förbättringar av tillförlitligheten hos de europeiska uppgifterna har gjort det möjligt att på ett bättre sätt beskriva europeiska och nationella trender och de flesta länder har nu antagit en falldefinition som överensstämmer med den som ECNN använder ⁽¹⁴⁴⁾. Skillnader mellan länder i kvaliteten på falldefinitionerna, rapporteringen till nationella dödsfallsregister och rapporteringen till ECNN innebär dock att jämförelser bör göras med försiktighet.

Under perioden 1990–2006 rapporterades mellan 6 400 och 8 500 narkotikainducerade dödsfall varje år av medlemsstaterna i EU, Kroatien, Norge och Turkiet, sammanlagt fler än 130 000 dödsfall. Under 2006 stod Storbritannien och Tyskland för hälften av de rapporterade dödsfallen. Den narkotikarelaterade dödligheten i befolkningen varierar stort mellan länderna: från 3 till fler än 85 dödsfall per miljon invånare i åldersgruppen 15–64 år, med i genomsnitt 22 dödsfall per miljon invånare i Europa. Dödlighet på över 20 dödsfall per miljon invånare återfinns i 17 av 30 europeiska länder, och en dödlighet på över 40 dödsfall per miljon invånare i sex länder (figur 13). Bland européer i åldersgruppen 15–39 år stod överdos för 4 procent av samtliga dödsfall ⁽¹⁴⁵⁾.

Dödsfall relaterade till opiater

Heroin

Opiater, främst heroin eller nedbrytningsprodukter av heroin, förekommer i de flesta narkotikarelaterade dödsfall som rapporterats i EU. I de 22 länder som lämnar uppgifter stod opiater för 35 procent till nästan 100 procent av samtliga fall. Elva av länderna rapporterar andelar över 85 procent ⁽¹⁴⁶⁾. I de toxikologiska rapporterna har även andra ämnen utöver heroin påträffats. Oftast förekommande är alkohol, benzodiazepiner, andra opiater samt, i vissa länder, kokain. Detta tyder på att en betydande andel av samtliga narkotikainducerade dödsfall kan höra samman med blandmissbruk.

Män drabbas av majoriteten (82 procent) av dödsfallen på grund av heroinöverdos i Europa. I de flesta länder är medelåldern hos dem som avlider på grund av en narkotikaöverdos cirka 35 år, och i många fall är de som dör av överdos allt äldre, vilket tyder på möjlig stabilisering eller minskning av antalet unga heroinmissbrukare. Sammantaget inträffar 14 procent av de narkotikarelaterade

⁽¹⁴³⁾ Se "Narkotikarelaterad dödlighet: ett komplicerat begrepp", i årsrapporten för 2008.

⁽¹⁴⁴⁾ Se detaljerad metodologisk information i statistikbulletinen 2009.

⁽¹⁴⁵⁾ Se figur DRD-7 (del i) och tabellerna DRD-5 (del ii)b och DRD-107 (del i) i statistikbulletinen 2009.

⁽¹⁴⁶⁾ Eftersom de flesta fall som rapporteras till ECNN är opiatöverdos (huvudsakligen heroin), har allmänna karakteristika för narkotikainducerade dödsfall använts för att beskriva opiatfall. Se figur DRD-1 i statistikbulletinen 2009.

dödsfallen i Europa bland personer yngre än 25 år, men i Bulgarien, Österrike och vissa länder som redovisar ett litet antal narkotikarelaterade dödsfall (Malta, Cypern, Slovakien och Rumänien), inträffar mer än en tredjedel av dödsfallen på grund av överdos i denna åldersgrupp. Detta kan peka på att en yngre population använder heroin eller injicerar droger i dessa länder (¹⁴⁷).

Faktorer förknippade med heroinöverdos innefattar injektionsmissbruk och samtidig användning av andra ämnen, särskilt alkohol, benzodiazepiner och vissa antidepressiva medel, liksom komorbiditet, att ha drabbats av tidigare överdoser samt ensamhet (Scottish Government, 2008). Tiden omedelbart efter frisläppande från fängelse eller utskrivning från missbruksbehandling är en period med särskilt hög risk för överdos.

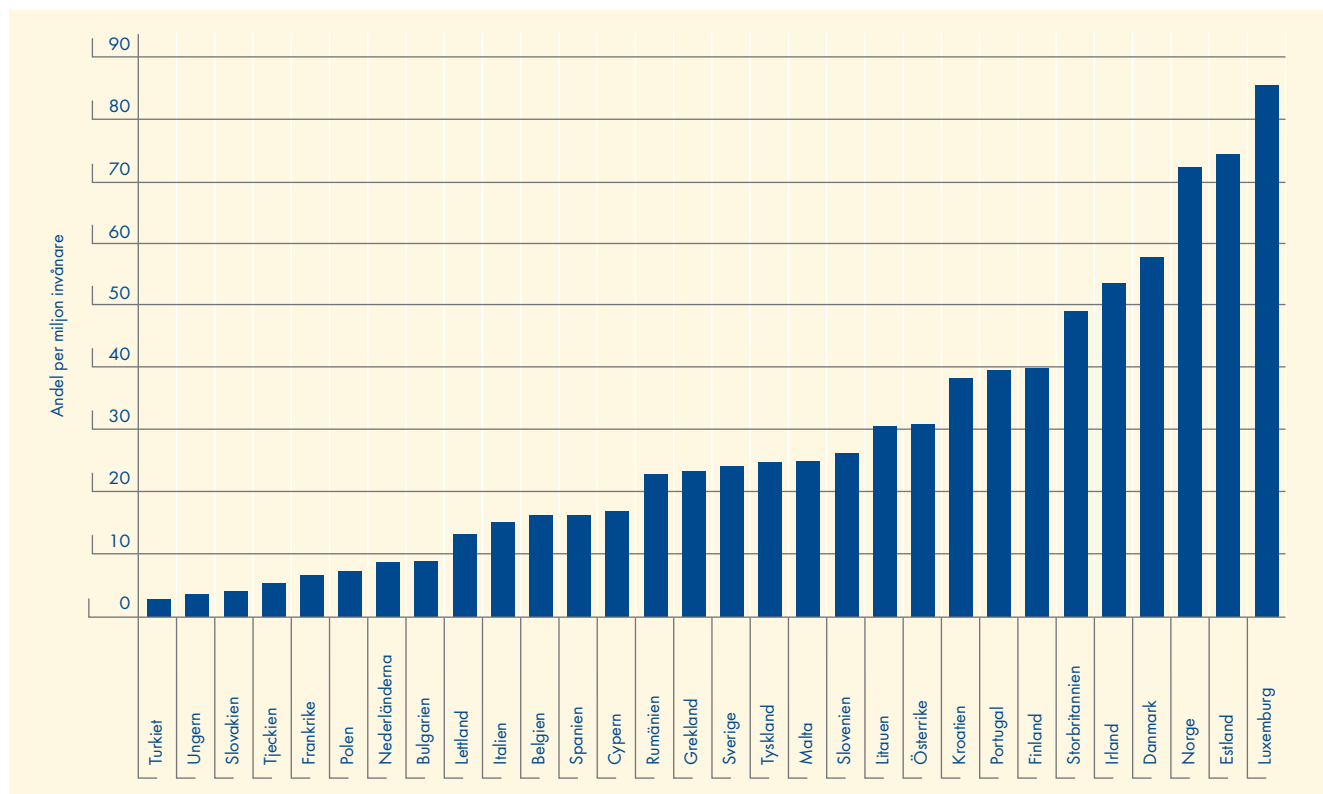
För varje överdos med dödlig utgång kan det uppskattningsvis inträffa upp till 20-25 överdoser utan dödlig utgång, men deras följder är dåligt kartlagda. ECNN genomför en kritisk granskning av sammanhängande riskfaktorer och möjliga åtgärder på området.

Metadon och buprenorfin

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

Flera länder uppger att metadon förekommer i en betydande andel av de narkotikarelaterade dödsfallen, men i avsaknad av gemensamma rapporteringsnormer är det ofta oklart vilken roll metadonet har spelat, eftersom andra typer av narkotika kan ha använts. Dessutom kan andra faktorer vara inblandade, inklusive opiattolerans, överdosering eller felaktig användning, såsom oregelbunden eller icke-terapeutisk användning. Dödsfall på grund av buprenorfinförgiftning är sällsynta, trots dess ökade användning för substitutionsbehandling i Europa (se kapitel 6). I Finland är dock buprenorfin i dag det vanligaste ämnet kopplat till narkotikarelaterade dödsfall, vanligtvis i

Figur 13: Andelen dödsfall bland samtliga vuxna (15–64 år) som är narkotikainducerade dödsfall



Anm.: För Tjeckien användes ECNN:s urval D i stället för den nationella definitionen, för Storbritannien användes definitionen enligt narkotikastrategin, för Rumänien avser uppgifterna endast Bukarest och flera län som omfattas av behörigheten för Toxicology Laboratory of Bucharest, för Portugal omfattar uppgifterna samtliga fall där olaglig narkotika identifierades i eftergranskningen och leder sannolikt till en alltför hög beräkning jämfört med urval D. Beräkningarna av dödlighetstalen i befolkningen baseras på nationella populationer för 2006 redovisade av Eurostat. Jämförelser mellan andelar i befolkningen bör göras med försiktighet eftersom det finns vissa skillnader i falldefinitioner och kvaliteten på rapporteringen. För mer information om uppgifterna, se figur DRD-7 (del i) i statistikbulletinen 2009.

Källa: Reitox nationella rapporter (2008), hämtade från nationella dödsfallsregister eller specialregister (rättsliga eller polisiära), samt Eurostat.

¹⁴⁷ Se figurerna DRD-2 och DRD-3 samt tabell DRD-1 (del i) i statistikbulletinen 2009.

kombination med lugnande läkemedel eller alkohol, eller genom injektion.

Fentanyl och andra syntetiska opiater

En epidemi av fentanylförgiftningar i Estland ledde till att 117 injektionsmissbrukare avled 2005–2006 (ECNN, 2008b). För 2007 finns inga uppgifter om dödsfall kopplade till fentanyl i Estland, även om det i nyligen genomförda studier bekräftas att drogen används i ökande grad av injektionsmissbrukare. Under 2007 uppgav två tredjedelar av de injektionsmissbrukare som undersöktes i Tallinn att fentanyl var deras primärdrog, medan en av tio injektionsmissbrukare som deltog i sprututbytesprogrammet uppgav att han eller hon hade injicerat fentanyl under den senaste månaden. I en annan undersökning som genomfördes i Tallinn framkom att injektionsmissbrukare som uppgav att fentanyl var deras primärdrog hade högre hiv-prevalens och utsatte sig för större risker i samband med injicering samt löpte större risk att någon gång drabbas av överdos jämfört med injektionsmissbrukare av amfetamin (Talu m.fl., 2009). I Finland rapporterades opiater som oxikodon, tramadol eller fentanyl i samband med 21 dödsfall, även om deras roll inte angavs.

Dödsfall med koppling till andra droger

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

Under 2007 rapporterades omkring 500 kokainrelaterade dödsfall i tolv medlemsstater (jämfört med 450 dödsfall i 14 länder under 2006). Det är dock sannolikt att antalet kokaininducerade dödsfall i EU är underrapporterat.

Det är sällsynt med rapporterade dödsfall kopplade till ecstasy, och i många av dessa fall har inte drogen identifierats som den direkta dödsorsaken. Även om amfetaminrelaterade dödsfall också rapporteras sällan i Europa har en betydande andel av överdoserna med dödlig utgång i Tjeckien – med undantag för läkemedel – (11 av 40) under 2007 kopplats till pervitin (metamfetamin), jämfört med 14 dödsfall kopplade till opiater. I Finland

konstaterades amfetaminer vid 40 procent av de 229 rapporterade dödsfallen under 2007, även om detta inte nödvändigtvis innebär att drogen var den direkta dödsorsaken ⁽¹⁴⁸⁾.

Trender för narkotikainducerade dödsfall

De narkotikainducerade dödsfallen ökade kraftigt i Europa under åttiotalet och början av nittioalet, vilket återspeglade heroinmissbrukets och injektionsmissbrukets ökande utbredning, och låg därefter kvar på höga nivåer. Uppgifter från länder med långa tidsserier visar dock olika trender. I vissa länder (t.ex. Tyskland, Spanien, Frankrike och Italien) nådde antalet dödsfall en topp 1990–1995. I andra länder (t.ex. Grekland, Portugal och Finland) nåddes toppen först omkring år 2000 och i ytterligare andra länder (t.ex. Danmark, Nederländerna, Österrike och Storbritannien) konstaterades en uppåtgående trend men utan någon tydlig topp ⁽¹⁴⁹⁾.

Mellan 2000 och 2003 redovisade de flesta EU-medlemsstater en minskning av antalet dödsfall, vilken sedan följdes av en ökning mellan 2003 och 2006. Preliminära uppgifter för 2007 tyder på att siffran är åtminstone lika hög som föregående år, med öknings i 14 av 18 länder.

Det är svårt att förklara varför antalet rapporterade narkotikainducerade dödsfall ligger kvar på samma nivå, särskilt med hänsyn till att injektionsmissbruket tycks minska och antalet opiatmissbrukare som uppsöker behandling och åtgärder för minskning av skadeverkningarna ökar. Mot bakgrund av denna möjliga minskning av personer i riskzonen utgör det stabila eller ökande antalet narkotikainducerade dödsfall en allvarlig källa till oro.

Det kan finnas ett antal möjliga förklaringar till denna företeelse, av vilka samtliga kräver ytterligare undersökning. Förklaringarna innefattar: en åldrande och mer kroniskt sjuk befolkning som blir sårbarare, ökande blandmissbruk eller högriskbeteende, att befintliga tjänster har misslyckats med att inrikta sig på och nå de mest utsatta, eller till och med att ett ökat antal opiatmissbrukare återfaller när de lämnar fängelse eller behandling, vilket är förknippat med särskilt stor risk ⁽¹⁵⁰⁾.

Total narkotikarelaterad dödlighet

Förutom narkotikainducerade dödsfall innefattar den totala narkotikarelaterade dödligheten de dödsfall som orsakas indirekt av narkotikamissbruk. Dessa dödsfall är koncentrerade till problematiska missbrukare, även om vissa kan inträffa bland tillfälliga användare (t.ex. trafikolyckor,

⁽¹⁴⁸⁾ Se tabell DRD-108 i statistikbulletinen 2009 för uppgifter om dödsfall med koppling till andra droger än heroin.

⁽¹⁴⁹⁾ Se figurerna DRD-8 och DRD-11 i statistikbulletinen 2009. Av historiska skäl avser EU-trenden EU-15 och Norge.

⁽¹⁵⁰⁾ Se "Åtgärder för att minska antalet dödsfall på grund av överdos efter fängelsevistelse", s. 91.

vissa självmord). Även om antalet dödsfall indirekt kopplade till narkotikamissbruk är svåra att kvantifiera kan deras följder för folkhälsan vara betydande.

Den totala dödligheten kan uppskattas på olika sätt: en metod består i att kombinera information från kohortundersökningar av dödlighet med uppskattningar av prevalensen av narkotikamissbruk ⁽¹⁵¹⁾. En annan metod är att använda befintlig statistik om allmän dödlighet och uppskatta andelen kopplad till narkotikamissbruk. Andra specialiserade informationskällor kan användas. Till exempel när det gäller dödligheten kopplad till hiv/aids kombineras information från Eurostat och EuroHIV.

Kohortundersökningar av dödligheten

I kohortundersökningar av dödligheten följs samma grupper av problematiska narkotikamissbrukare över tid. Genom sammankoppling med dödsfallsregister försöker man identifiera orsakerna till alla dödsfall i gruppen. Genom denna typ av undersökning kan man fastställa sammantagna och orsaksbestämda dödlighetstal för kohorten och uppskatta gruppens överskjutande dödlighet jämfört med hela befolkningen. Storskaliga långsgående kohortundersökningar kan användas för att pröva hypoteser om exempelvis orsakerna till förändringar i antalet narkotikainducerade dödsfall, samt för att övervaka den sammantagna risken och upptäcka förändrade mönster i dödsorsak.

Beroende på rekryteringsmiljö (t.ex. undersökningar genomförda i behandlingsinrättningar för narkotikamissbruk) och kriterier för deltagande (t.ex. injektionsmissbrukare, heroinmissbrukare) visar de flesta kohortundersökningar dödlighetstal i intervallet 1–2 procent per år bland problematiska narkotikamissbrukare. Även om den relativa betydelsen av dödsorsaken varierar mellan olika länder och över tid är huvudorsaken generellt överdos, vilket står för upp till 50–60 procent av dödsfallen bland injektionsmissbrukare i länder med låg prevalens av hiv/aids. Olyckligtvis redovisar vissa länder låga upptäcktstal av överdoser i de allmänna dödsfallsregistren, och därför kan en betydande andel av de dödsfall som betecknats som "okända" eller med otillräckligt specificerad orsak (t.ex. hjärtstillestånd) vara överdoser. I syfte att förbättra validiteten för beskrivningen av dödsorsaker kan man även hämta uppgifter från andra informationskällor (dvs. särskilda polisregister eller kriminaltekniska register för dödsfall).

ECNN har utarbetat ett protokoll för att hjälpa medlemsstaterna att genomföra kohortundersökningar av dödlighet, med syftet att ta fram jämförbara

uppgifter om dödlighetsriskerna bland problematiska narkotikamissbrukare som kan utgöra informationsunderlag för preventions- och vårdstrategier. De senaste europeiska undersökningarna genomfördes i Tyskland, Spanien, Italien, Nederländerna, Storbritannien och Norge. En tredjedel av EU:s medlemsstater har ännu inte genomfört någon kohortundersökning av dödligheten, även om flera länder uppger att undersökningar pågår eller är planerade för 2009 (t.ex. Tjeckien, Frankrike, Lettland och Polen).

Dödsfall som är indirekt kopplade till narkotikamissbruk

Uppskattningsvis fler än 2 100 personer avled under 2006 i hiv/aids på grund av narkotikamissbruk i Europeiska unionen ⁽¹⁵²⁾. Av dessa dödsfall inträffade 89 procent i Spanien, Frankrike, Italien och Portugal. Efter införandet av högaktiv antiretroviral behandling 1996 minskade dödligheten i påfallande grad i de flesta EU-länder, även om minskningen var mycket mindre uttalad i Portugal. De ökningar som på senare år konstaterats i Estland stämmer överens med de höga uppskattningarna av hiv-prevalens bland injektionsmissbrukarna i landet (fem till sex av tio) och den höga andelen av dem som enligt uppgift är omedvetna om sin sjukdom. Ökningar har nyligen även rapporterats i Lettland. För närvarande är den skattade dödligheten av hiv/aids bland narkotikamissbrukare låg i de flesta länder, med undantag för Spanien och Portugal. I Italien, Frankrike och Lettland ligger dödligheten på grund av hiv/aids och överdos på liknande nivå ⁽¹⁵³⁾.

Andra sjukdomar som också står för en del av dödsfallen bland narkotikamissbrukare innefattar kroniska sjukdomar som leversjukdomar (på grund av hepatit C-infektion och stor alkoholkonsumtion), cancer och hjärtkärlproblem. Andra orsaker har fått mycket mindre uppmärksamhet, trots tecken på att de har en betydande inverkan. Till exempel trauman (olyckor, dråp och annat våld) och självmord kan stå för 25 procent eller mer av dödligheten hos problematiska narkotikamissbrukare. I en litteraturgranskning (Darke och Ross, 2002) framkom att självmordstalet bland heroinmissbrukare var 14 gånger högre än i hela befolkningen. I nyligen genomförda kohortundersökningar i Europa stod självmord för 6–11 procent av dödsfallen bland problematiska narkotikamissbrukare. Den totala effekten av dessa orsaker är dock svår att bedöma på grund av den begränsade tillgången på uppgifter.

Åtgärder för att minska dödsfallen

Tolv länder uppger att deras nationella narkotikastrategi innefattar en del inriktad på minskning av de

⁽¹⁵¹⁾ Se "Uppskattningar av den totala dödligheten kopplad till problematisk narkotikaanvändning: den senaste utvecklingen", s. 90.

⁽¹⁵²⁾ År 2006 valdes som det senaste året för vilket uppgifter från nästan alla medlemsstater om dödsorsaker finns tillgängliga via Eurostat. För mer information om källor, överföringsgrupper, antal och kalkyler, se tabell DRD-5 (del iii)c statistikbulletinen 2009.

⁽¹⁵³⁾ Se figur DRD-7 (del ii) i statistikbulletinen 2009.

Uppskattningar av den totala dödligheten kopplad till problematisk narkotikaanvändning: den senaste utvecklingen

Nyligen genomförda kohortundersökningar i Europeiska unionen tyder på att dödsfall orsakade av narkotika (överdoser) typiskt sett utgör mellan en femtedel och hälften av det sammanlagda antalet dödsfall bland problematiska narkotikamissbrukare. Detta tyder på att den totala dödligheten i denna population skulle kunna vara omkring två till fem gånger större än antalet registrerade dödsfall orsakade av narkotika. Denna multiplikator varierar mellan länder beroende på olika faktorer, inklusive riskbeteenden, frekvensen av överdoser med dödlig utgång och prevalensen av andra möjliga orsaker till dödsfall.

ECNN främjar forskning inriktad på att uppskatta den totala dödligheten bland problematiska narkotikaanvändare. Under 2008 granskade man inom ramen för ett projekt i samarbete med forskare från Tjeckien litteraturen, uppgiftskällorna och de möjliga metoderna på området (¹). En expertgrupp rekommenderade två metoder för framtida undersökningar: en multiplikator metod baserad på antalet registrerade överdoser med dödlig utgång, och en extrapoleringsmetod baserad på dödlighetstal i kohorter av problematiska narkotikaanvändare och nationella uppskattningar av populationen av problematiska narkotikaanvändare. Båda metoderna har framgångsrikt pilottestats i Tjeckien, och ECNN planerar att upprätta en grupp med intresserade länder som skulle kunna använda detta arbete inom en nära framtid.

(¹) Se: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>

narkotikainducerade dödsfallen. Ett land, Storbritannien, har en särskild handlingsplan för att minska de narkotikarelaterade skadeverkningarna, i vilken det fastställs särskilda åtgärder för att förebygga narkotikarelaterade dödsfall. Tretton länder har varken en särskild strategi eller ett avsnitt i den nationella narkotikastrategin ägnat åt minskning av narkotikarelaterade dödsfall. Två länder redovisade inte några uppgifter.

Åtgärder

I en prospektiv långsiktig undersökning av problematiska narkotikamissbrukare som inledde behandling i Italien framkom att risken för dödsfall i kohorten jämfört med hela befolkningen ökade med en faktor på 10 (Davoli m.fl., 2007). Att befinna sig i behandling minskade risken att dö till ett tal fyra gånger högre än den allmänna befolkningen, vilket bekräftar att behandling för narkotikamissbruk minskar den narkotikarelaterade dödligheten. I undersökningen framkom dock även att missbrukare under de 30 första

dagarna efter avslutad behandling löpte den största risken att dö. Detta resultat pekar på behovet av noggrann eftervård samt att man undviker mycket korta behandlingsperioder, där riskerna skulle kunna vara större än nyttan med behandlingen.

Distribution av kunskapshöjande och förebyggande material rapporteras från de flesta länder som lämnar uppgifter. Enligt experter från 28 länder (¹⁵⁴) har tryckt eller multimediebaserat överdosförebyggande material under det senaste året distribuerats till de flesta eller nästan alla problematiska narkotikamissbrukare i nio länder, och till en minoritet i tolv länder samt i den franskspråkiga delen av Belgien. Dylikt material finns inte i Turkiet, få problematiska narkotikamissbrukare har tillgång till det i Estland, Lettland, Ungern och Slovakien. Inga uppgifter är tillgängliga för Bulgarien.

En stor andel av narkotikaöverdoserna med eller utan dödlig utgång bevitnas av andra, inklusive andra missbrukare eller familjemedlemmar, hälsovårds- och socialvårdspersonal, polis eller fängelsevakter, vilka skulle kunna ha möjlighet att ingripa. Tio länder uppger att de har särskilt material inriktat på att hjälpa familjer till narkotikamissbrukare att känna igen och hantera narkotikaöverdoser. I åtta länder är sådant material tillgängligt för poliser, och i sju länder har det tagits fram för fängelsepersonal (¹⁵⁵). Andra målgrupper innefattar narkotikaorgan, ambulanspersonal, olycks- och nödfallspersonal, samt invandrare från rysktalande länder och den romska befolkningen. Material för flera målgrupper finns dock tillgängligt i ett begränsat antal länder, och alla typer av material är inte tillgängliga i hela landet.

Utbildning om överdosrisker uppges finnas i samtliga länder, och i nio av länderna ges utbildningar i de flesta berörda städer med ett större antal problematiska narkotikamissbrukare. I fyra länder äger dock sådan verksamhet endast rum i en minoritet av de berörda städerna, och i ytterligare tolv länder i endast några få städer.

Särskilda utbildningskurser om hur man hanterar en överdos ges antingen genom enskilda sessioner eller genom gruppssessioner. Narkotikamissbrukarna informeras om riskerna med en överdos, inklusive minskad motståndskraft efter narkotikafria perioder, effekterna av och riskerna med blandmissbruk, särskilt samtidig alkoholkonsumtion, riskerna med att använda narkotika ensam samt kunskaper i första hjälpen. Nationella experter uppskattar att en majoritet av de problematiska narkotikamissbrukarna i sju länder fick någon sorts utbildning i att hantera överdoser under de senaste tolv månaderna. I tio länder fick endast en minoritet sådan utbildning och i ytterligare sex länder (Belgien,

(¹⁵⁴) Se tabell HSR-8 i statistikbulletinen 2009. Experter från 26 EU-länder, Turkiet och Norge bedömde utbudet av utvalda insatser för att förebygga narkotikarelaterade dödsfall.

(¹⁵⁵) Se tabell HSR-8 (del ii) i statistikbulletinen 2009.

Lettland, Österrike, Polen, Rumänien och Slovakien) fick endast några få problematiska narkotikamissbrukare denna typ av instruktion. Utbildning i att hantera överdoser finns inte i Estland, Ungern och Turkiet.

Narkotikamissbrukare med tidigare erfarenhet av överdos utan dödlig utgång löper stor risk att drabbas av framtida överdoser (Coffin m.fl., 2007) och bör ägnas särskild uppmärksamhet. Individuell riskbedömning för överdos utförs av utbildad personal och syftar till att identifiera personer som behöver ytterligare stöd. Enligt experter gavs de flesta problematiska narkotikamissbrukare i nio länder en riskbedömning för överdos åtminstone en gång under det senaste året. I 16 länder blev endast en minoritet föremål för denna typ av åtgärd. Inga uppgifter finns tillgängliga för Bulgarien, Tyskland och Frankrike.

Naloxon ges normalt inte till missbrukare inom ramen för överdosprevention i Europa, även om det är vanligt att narkotikarelaterade tjänster i Italien distribuerar det för hemmabruk. I Italien kan naloxon även köpas på apotek utan recept. I Storbritannien ändrades naloxonets rättsliga status i juni 2005, vilket gjorde det möjligt för vem som helst att ge medlet i en livräddningssituation. Dessutom bedömdes verkan av överdosutbildning förenad med distribution av naloxon för hemmabruk i en kohortundersökning med 239 opiatmissbrukare från olika behandlingsprogram (Strang m.fl., 2008). Resultaten pekar på förbättrade kunskaper om tecknen på överdos och ökat förtroende för användningen av naloxon. Under de första tre månaderna hävdades framgångsrikt alla tolv överdoserna där naloxon användes, medan ett dödsfall inträffade bland de sex överdoser där det inte hade använts. Författarna drar slutsatsen att större utbud ytterligare kan minska antalet narkotikarelaterade dödsfall och rekommenderar ytterligare undersökningar om effekterna av överdosutbildning och användning av naloxon i nödsituationer bland opiatmissbrukare.

En annan kontroversiell metod är tillhandahållandet av övervakade inrättningar för narkotikakonsumtion⁽¹⁵⁶⁾, vilket syftar till att minska risken för dödsfall bland klienterna genom att på plats snabbt ge rätt medicinsk hjälp vid överdos. Uppgifter om verksamheten vid sådana inrättningar i Europa, Kanada och Australien tyder på att de narkotikaöverdoser som inträffar i inrättningen

framgångsrikt hanteras utan några rapporterade överdoser med dödlig utgång. Milloy beräknade tillsammans med sina kolleger antalet dödsfall som möjligen hade undvikits genom verksamheten vid narkotikamissbruksinrättningen i Vancouver. De uppskattade att 2–12 dödsfall per år kan ha undvikits (Milloy m.fl., 2008). Detta bekräftar tidigare resultat som pekar på att dessa inrättningar sannolikt har gynnsam effekt på antalet överdosrelaterade dödsfall i stadsdelar där täckningen är tillräcklig.

Åtgärder för att minska antalet dödsfall på grund av överdos efter fängelsevistelse

I England har man uppskattat att 15 procent av de 1 506 dödsfallen på grund av överdos under 2005 drabbade personer som nyligen hade släppts från fängelse (Department of Health, 2007). I internationella studier bekräftas denna förhöjda dödsfallsrisk på grund av oavsiktlig narkotikaöverdos under tidsperioden direkt efter frisläppande från fängelse (t.ex. Farrell och Marsden, 2008). I dessa studier understryks även behovet av bättre insatser inriktade på psykiska hälso- och narkotikaproblem hos personer som har varit i fängelse.

Enligt expertuppskattningar från 24 länder ges i sex europeiska länder för närvarande ingen rådgivning om överdosrisker och prevention före frisläppande, i tio länder endast till ett fåtal problematiska narkotikaanvändare i fängelse, och i ytterligare sex länder till mindre än hälften av dem. Endast Italien och Luxemburg tillhandahåller denna tjänst till en majoritet i målgruppen. Eftersom tidpunkten för frisläppandet kan vara svår att förutse, särskilt för personer i häkte, bör utbildning i kännedom om överdosrisker under idealiska förhållanden erbjudas regelbundet i fängelser för att minska riskbeteenden.

Substitutionsbehandling för opiatmissbruk, som har uppvisat en skyddande verkan i fängelsemiljöer (Dolan m.fl., 2005), tycks bli tillgängligare i fängelser i EU; det lagliga alternativet att inleda substitutionsbehandling i fängelse finns i 21 länder (se kapitel 2). Möjligheten att starta denna typ av behandling i fängelse minskar risken för överdos och dödsfall efter frisläppande från fängelse och minskar antalet personer som åter tas i fängsligt förvar (WHO, 2009). Det är dock viktigt att hälsovårdstjänsterna i fängelser och samhällsbaserade behandlingsleverantörer är sammankopplade för att undvika avbrott i behandlingens kontinuitet.

⁽¹⁵⁶⁾ Se ECNN (2004) för en genomgång av denna fråga.

Kapitel 8

Nya droger och framväxande trender

Inledning

Användning av nya psykoaktiva ämnen och nya mönster för narkotikaanvändningen kan få betydelsefulla effekter på folkhälsan och politiken. De är dock svåra att upptäcka eftersom de oftast först framträder på låg nivå och i särskilda lokaler eller slutna undergrupper i befolkningen. Få länder har övervakningssystem som är känsliga nog för att uppfatta detta slags företeelse på narkotikaområdet och den här typen av kontroll av narkotikaanvändningen är dessutom förenad med betydande metodsvårigheter. Det råder dock bred enighet om vikten av att identifiera potentiella nya hot. EU:s system för tidig varning ger en snabb svarsmechanism vid framväxt av nya psykoaktiva ämnen på narkotikascenen. Verksamhet för att stödja systemet för tidig varning utgör en viktig del av ECNN:s arbete och passar väl in i det bredare perspektivet att använda en rad olika uppgiftskällor för att förbättra aktualiteten och känsligheten hos det europeiska narkotikaövervakningssystemet.

EU:s åtgärder mot nya droger

Genom rådets beslut om nya psykoaktiva ämnen ⁽¹⁵⁷⁾ upprättades ett system för snabbt utbyte av information om nya psykoaktiva ämnen som kan medföra hälsorisker och sociala risker (systemet för tidig varning) ⁽¹⁵⁸⁾. Systemet gör det också möjligt att starta en formell riskbedömningsprocess, vars resultat kan leda till ett politiskt beslut att narkotikaklassa nya ämnen i hela Europeiska unionen.

Fler än 90 ämnen har anmälts genom systemet för tidig varning sedan det upprättades 1997. Fram till för några år sedan stod fenetylaminer och tryptaminer för en stor del av anmälningarna. Under de senaste åren har dock ett mycket mer olikartat utbud av ämnen dykt upp. Bland dessa märks ett antal piperaziner och katinonderivat, samt en olikartad blandning av andra ämnen, inklusive

växtprodukter, några ovanliga stimulantia och hallucinogena ämnen samt vissa medicinska produkter.

Under 2008 anmäldes officiellt 13 nya psykoaktiva ämnen för första gången i EU genom systemet för tidig varning. Förutom nya syntetiska narkotika, som stod för elva av de nyanmälda ämnena, omfattade gruppen två växter, men inga medicinska produkter.

Den kemiska strukturen i de två anmälda växterna – kratom och kava – är förhållandevis välkänd i litteraturen. De har traditionellt använts i andra delar av världen och deras förekomst på den europeiska narkotikascenen tycks begränsad.

De flesta nyanmälda syntetiska föreningar är psykotropa ämnen liknande dem som anges i förteckningarna I och II i 1971 års FN-konvention om psykotropa ämnen. Av de nya ämnen som anmäldes under 2008 tillhör jämfört med föregående år färre de huvudsakliga kemiska grupperna – fenetylaminer (ett), tryptaminer (två) och piperaziner (inga). Anmärkningsvärt nog är sex av de nyanmälda ämnena katinonderivat. De flesta av de nya syntetiska ämnena har stimulerande egenskaper, medan endast tre ger upphov till hallucinogena effekter.

För första gången någonsin anmäldes 2008 en syntetisk cannabinoid (JWH-018) genom systemet för tidig varning. Uppträdandet av syntetiska cannabinoider utgör det senaste steget i utvecklingen av "designer drugs": från dem baserade på fentanyl under åttiotalet, över de ring-substituerade fenetylaminerna i slutet av åttiotalet och tryptaminer under nittiotalet, till piperaziner och katinonderivat på 2000-talet. Det finns över hundra föreningar med cannabinoid receptoraktivitet, och det kan förutsättas att nya ämnen från olika kemiska grupper kommer att fortsätta dyka upp på narkotikascenen. Allt detta utgör en ständig utmaning för folkhälsan och de brottsbekämpande organen, både när det gäller den kriminaltekniska och toxikologiska identifieringen av nya ämnen, den snabba bedömningen av riskerna och det eventuella genomförandet av kontrollåtgärder.

⁽¹⁵⁷⁾ Rådets beslut 2005/387/RIF av den 10 maj 2005 om informationsutbyte, riskbedömning och kontroll avseende nya psykoaktiva ämnen (EUT L 127, 20.5.2005, s. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ Internet: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning>

Psykoaktiva växter som rapporteras inom ramen för systemet för tidig varning

Produkter av fem psykoaktiva växter har rapporterats under de senaste åren. De arter som upptäcks genom systemet för tidig varning är inte narkotikaklassade internationellt, men kan vara narkotikaklassade i EU:s medlemsstater.

Kava (*Piper methysticum*) är en buske som under århundraden har använts för ceremoniella ändamål på öarna i Stilla havet. Det te som lagas på växtens rötter lindrar oro och har avslappnande verkan. Det finns växande oro för att långvarig användning av kava kan orsaka skador på levern. Varken växten eller dess aktiva ämnen (kavalaktoner) uppges vara narkotikaklassade i någon av EU:s medlemsstater.

Khat består av blad och späda skott av *Catha edulis*, en buske som odlas i Östafrika och på Arabiska halvön. Den används som ett mildt stimulerande medel genom att det färskväxtmaterialet tuggas. De aktiva beståndsdelarna katinon och katin är kemiskt nära besläktade med syntetiska droger som amfetamin och metkatinon och är internationellt narkotikaklassade i enlighet med 1971 års FN-konvention. *Catha edulis* är narkotikaklassad i tolv av EU:s medlemsstater.

Kratom (*Mitragyna speciosa*) är ett träd som hör hemma i Sydostasien. Bladen kan tuggas, rökas eller lagas till te. Vid låga doser har det stimulerande effekt. Vid högre doser har det opiatlika effekter och har använts inom traditionell

läkekonst för att behandla smärta och opiatrelaterade abstinensbesvär. De viktigaste aktiva ämnena i kratom är mitragynin, mitrafyllin och 7-hydroxymitragynin, även om mitragyninet troligen ger upphov till den smärtstillande verkan hos kratom och är det som lindrar opiatrelaterade abstinensbesvär. Växten, mitragynin och 7-hydroxymitragynin är narkotikaklassade i Danmark, medan Litauen narkotikaklassar växten och mitragynin.

Salvia divinorum är en flerårig ört som hör hemma i södra Mexiko, där den på grund av sina hallucinogena egenskaper traditionellt används för ceremoniella ändamål. Det viktigaste aktiva ämnet salvinorin-A är en stark agonist som binder till kappa-opiatreceptorer. För avkoppling kan *Salvia divinorum* användas genom att bladen tuggas, samt genom att koncentrerat extrakt röks eller tas sublinguellt, vilket tycks leda till intensiv effekt. Intagande av växtens blad eller frön ger en långvarig men mindre intensiv effekt. *Salvia divinorum* eller dess aktiva ämnen är narkotikaklassade i sex medlemsstater och Kroatien.

Elefantvinda (*Argyrea nervosa*) är en flerårig klätterväxt. Dess frön ("Hawaiian baby woodrose") innehåller det aktiva ämnet d-lysergisyraamid (LSA, även känt som d-lysergamid), ett ämne som är nära besläktat med LSD och kan ge upphov till lätt hallucinogena effekter. LSA är narkotikaklassad i Irland och Storbritannien.

"Spice" och besläktade syntetiska cannabinoider

Produkter som marknadsförs på Internet i vissa specialiserade butiker under namnet "spice" har varit tillgängliga sedan åtminstone 2006. Även om "spice" kan marknadsföras som rökelse beskriver vissa användare att effekterna vid rökning liknar cannabis. Efter en rapport från Sverige har man genom systemet för tidig varning övervakat "spice"-produkter sedan början av 2008.

Informationen på förpackningarna till "spice"-produkter pekar på att de består av uppåt 14 ingredienser med ursprung i växtriket. Även om åtminstone två av ingredienserna – *Pedicularis densiflora* och *Leonotis leonurus* – kan ha viss psykoaktiv effekt, vet man inte så mycket om de farmakologiska och toxikologiska egenskaperna hos de växtmaterial som ska ingå i "spice"-produkter. Därför kan inget bestämt sägas om de potentiella hälsoriskerna eller möjliga psykoaktiva effekterna av dessa produkter. Syntetiska ingredienser nämns inte i innehållsdeklarationen.

Under 2008 kunde "spice"-produkter och andra "spice"-liknande örtblandningar köpas från Internetbutiker, och fanns i så kallade head- eller smartshops som säljer "legal highs" i åtminstone nio av EU:s medlemsstater (Tjeckien,

Tyskland, Lettland, Litauen, Luxemburg, Österrike, Polen, Portugal och Storbritannien).

Omfattande kriminaltekniska undersökningar har genomförts av medlemsstaterna för att identifiera de psykoaktiva ingredienserna i "spice"-produkterna. I december 2008 upptäckte Tyskland och Österrike den syntetiska cannabinoiden JWH-018 (¹⁵⁹). Den kemiska strukturen i JWH-018 skiljer sig avsevärt från tetrahydrocannabinol (THC), som är den viktigaste verksamma beståndsdel i alla cannabisprodukter. Vid djurförsök ger JWH-018 upphov till samma effekter som THC, och är enligt uppgift starkare. I början av 2009 upptäcktes en andra syntetisk cannabinoid, CP 47,497 (¹⁶⁰), och tre av dess motsvarigheter upptäcktes i "spice"-prover i Europa.

Syntetiska cannabinoider har endast hittats i ett begränsat antal prover och i varierande mängd. Det verkar som om dessa syntetiska ämnen har lagts till i hemlighet, eftersom det i informationen på förpackningarna till "spice"-produkter endast ingår växtbaserade produkter.

Ämnena JWH-018 och CP 47,497 och dess motsvarigheter är inte kända för att i sig ha använts i större utsträckning som psykoaktiva narkotika. Därför måste det fortfarande fastställas om en särskild efterfrågan på dessa bestämda

(¹⁵⁹) Naftalen-1-yl-(1-pentylindol-3-yl)metanon.

(¹⁶⁰) 5-(1,1-Dimetylheptyl)-2-[[1R,3S]-3-hydroxycyclohexyl]-fenol.

ämnen finns, och om det finns ett behov av ytterligare åtgärder i enlighet med rådets beslut 2005/387/RIF.

På grund av möjliga hälsorelaterade farhågor har fem medlemsstater vidtagit olika rättsliga åtgärder för att förbjuda eller på andra sätt kontrollera "spice"-produkter och besläktade föreningar. Tyskland använde narkotikarelaterad nödlagstiftning för att narkotikaklassa fem syntetiska cannabinoider som finns i "spice" under ett år. Frankrike narkotikaklassade sex syntetiska cannabinoider som finns i "spice"-produkter. Österrike använde sin läkemedelslag för att förbjuda att rönksblandningar med sex syntetiska cannabinoider importeras eller marknadsförs i landet. Luxemburg beslutade att narkotikaklassa olika syntetiska cannabinoider som psykotropiska ämnen. Polen ändrade sin narkotikalag för att narkotikaklassa JWH-018 och två av de påstådda örtingredienserna i "spice".

Nationella förfaranden för riskbedömning

År 2008 genomförde ECNN en undersökning av de olika nationella rättsliga förfaranden som används för att kontrollera nya ämnen inom ramen för narkotikalagstiftningen, den tid ett sådant förfarande tar och om man använder något nationellt förfarande för riskbedömning. I de 26 länder som undersöktes kan tre skilda metoder för riskbedömning urskiljas. I sex länder utförs inte nationella riskbedömningar. I allmänhet förlitar sig dessa länder på riskbedömningar utförda på internationell nivå eller EU-nivå. I sju länder kan nationella riskbedömningar utföras från fall till fall när det är nödvändigt. Och i 13 länder utförs en sorts riskbedömning när man överväger om ett ämne ska narkotikaklassas, antingen på grundval av narkotikalagen eller dess motsvarighet, eller som en del av det nödvändiga förfarandet för att föreslå ny lagstiftning.

Den påvisade skadlighetsnivån påverkar inte lagstiftningsförfarandets snabbhet i tolv av de 20 länder som kan utföra sina egna riskbedömningar. Fyra länder (Tyskland, Luxemburg, Slovakien och Sverige) kan byta till ett snabbare lagstiftningsförfarande om risknivån bedöms vara hög. I Frankrike, Österrike och Norge leder brådsande ärenden till att själva riskbedömningen förkortas. I Nederländerna finns båda möjligheterna.

I 16 länder utförs nationella riskbedömningar av en grupp experter inom den offentliga förvaltningen, antingen vid ett behörigt ministerium eller inom ett stats- eller regeringsorgan. Sex länder ordnar eller kan ordna samråd med oberoende forskare, om behovet finns. I tre länder (Nederländerna, Österrike och Storbritannien), utförs riskbedömningen av oberoende vetenskapliga organ.

Se ELDD Legal reports för ytterligare information (<http://eldd.emcdda.europa.eu>).

Internetbutiker

Internet har utvecklats till en ny marknadsplats för psykoaktiva ämnen och ger detaljhandlare möjlighet att sälja alternativ till narkotikaklassad narkotika till den breda allmänheten. Marknaden på Internet påverkar den potentiella spridningen av nya psykoaktiva ämnen; att övervaka den är en allt viktigare del i identifieringen av nya narkotikatrender. I synnerhet är det nödvändigt att inrikta sig på riskerna förknippade med de ämnen som erbjuds till försäljning. Det behövs information om nya produkter från både användare och yrkespersoner, inklusive kliniska toxikologer, specialister på fängelsekontroll och de som arbetar inom narkotikaområdet.

För att kartlägga den senaste utvecklingen på narkotikamarknaden på Internet genomför ECNN varje år en korttidsundersökning. År 2009 granskades sammanlagt 115 nätbaserade butiker. På grundval av domänernas landskoder och andra uppgifter på webbplatserna tycks dessa nätbaserade butiker finnas i 17 europeiska länder. En majoritet av de identifierade Internetbutikerna fanns i Storbritannien (37 procent), Tyskland (15 procent), Nederländerna (14 procent) och Rumänien (7 procent).

Hallucinogen svamp innehållande psilocin och psilocybin erbjöds inte till försäljning i någon av de Internetbutiker som granskades 2009, till skillnad från 2008. Fyra Internetbutiker baserade i Frankrike och Nederländerna erbjöd dock scelerotia – stelnat mycel från de hallucinogena svamparna *Psilocybe mexicana* och *Psilocybe tampanensis*.

Nya produkter som erbjöds till försäljning under 2009 omfattar en rad växtbaserade produkter för rökning och "partypiller" med nya lagliga alternativ till bensylpiperazin (BZP). Det har även skett en ökad inriktning på sniffprodukter eller växtbaserade pulver.

"Spice"-produkter^[61] erbjöds till försäljning av 48 procent av de granskade butikerna. Även om de Internetbutiker som säljer "spice" var baserade i 14 olika europeiska länder, var fler än två femtedelar av dessa butiker baserade i Storbritannien (42 procent) och med ett stort antal på Irland, i Lettland och Rumänien.

Oron över "spice"-produkter har lett till att ett antal länder har vidtagit rättsliga åtgärder för att förbjuda eller på annat sätt kontrollera dessa ämnen. Fram till mars 2009 drogs "spice"-produkter in från Internetbutiker baserade i Tyskland, Österrike och Frankrike.

Under 2009 började andra rönksblandningar än "spice" dyka upp på den nätbaserade marknaden. De butiker som granskades sålde åtminstone 27 olika växtbaserade rönksblandningar som alternativ till "spice". Dessa

[61] Se "'Spice' och besläktade syntetiska cannabinoider", s. 94.

produkter marknadsförs med uppgift om att de ska innehålla växtbaserade ingredienser, även om vissa även innehåller den hallucinogena svampen *Amanita muscaria*. Alternativen till "spice" som säljs i Österrike och Tyskland innefattar flera växtblandningar för rökning som säljs som "luftupppfriskare för inomhusbruk" eller rökelse. Det snabba uppträdandet av ersättningsprodukter för "spice" betonar förmågan hos denna marknadsplats att snabbt reagera på förändringar i de psykoaktiva ämnenas rättsliga status, ofta genom marknadsföring av nya ämnen.

Sedan BZP blev föremål för kontrollåtgärder i EU:s medlemsstater får detta ämne inte längre användas i "partypiller" som säljs som lagliga alternativ till ecstasy. I början av 2009 erbjöd många Internetdetaljer BZP-fria "partypiller". Till exempel erbjöd Internetbutiker baserade i Irland, Polen och Storbritannien "retropiller", som enligt vad som påstås ska innehålla 1-(4-fluorofenyl) piperazin (pFPP), ett ämne som uppges ha en lätt hallucinogen och stark euforisk effekt.

Sniffprodukter marknadsförs som ett alternativ till narkotikaklassade droger som kokain eller amfetaminer. Produkterna ska innehålla koffein och en rad växtbaserade ingredienser som *Acorus calamus*, *Hydrastis canadensis* och *Tilia europea*.

Uppföljning av ämnen

Piperaziner

År 2007 drog ECNN och Europol i rapporten om aktiv övervakning av mCPP (1-(3-klorfenyl)piperazin) slutsatsen att den inte utövar någon särskild lockelse på användare och sannolikt inte kommer att etableras som en drog som på grund av egna meriter intas i nöjessyfte. Under 2008 fortsatte dock mCPP vara den mest tillgängliga nya syntetiska drogen på den olagliga narkotikamarknaden, antingen ensam eller i kombination med MDMA. Detta bevisas genom både antalet beslag och mängden beslagttaget material som rapporterats till ECNN och Europol. Det är fortfarande oklart om ämnet används för att stärka eller imitera vissa av effekterna av MDMA eller helt enkelt som ett "undersäljningsmedel". Men eftersom mCPP inte är ett narkotikaklassat ämne i de flesta medlemsstater är det dock troligt att beslagen är underrapporterade.

Den 3 mars 2008 beslutade rådet att medlemsstaterna i enlighet med nationell lagstiftning ska underställa BZP

kontrollåtgärder i proportion till de risker som är förbundna med ämnet och sådana straffrättsliga påföljder som föreskrivs i medlemsstaternas lagstiftning för att uppfylla deras förpliktelser enligt 1971 års FN-konvention om psykotropa ämnen⁽¹⁶²⁾. Medlemsstaterna ska sträva efter att genomföra detta så fort som möjligt men senast ett år efter beslutet. Vid tidpunkten för utarbetandet av denna rapport hade 17 medlemsstater⁽¹⁶³⁾ rapporterat att de har narkotikaklassat BZP.

GHB/GBL och ketamin

I Europa har gamma-hydroxybutansyra (GHB) och ketamin bevakats sedan 2000, då en riskbedömning av båda dessa ämnen genomfördes i enlighet med den gemensamma åtgärden från 1997 om nya syntetiska droger (ECNN, 2002).

Få länder redovisar prevalensuppgifter om GHB och ketamin, och de prevalensuppskattningar som redovisas är fortfarande på mycket lägre nivåer än för andra olagliga droger. Förändringar i situationen är svåra att bedöma på grund av att prevalensuppgifter erhålls från icke-probabilistiska urval med begränsad jämförbarhet över tid och mellan olika urval. I den nederländska Trendwatch-studien rapporterades en smärre ökning av GHB-användningen inom bestämda nätverk och regioner i Nederländerna under 2007, men både GHB och ketamin används mer sällan än andra partydroger, och för det mesta i dolda populationer hemma eller på fester. Till skillnad från de ökningarna som redovisats under föregående år pekar den senaste statistiken om akutvårdsfall kopplade till GHB i Amsterdam på en tydlig nedgång, från 444 fall under 2006 till 110 under 2007. I en undersökning som genomfördes vid ett sjukhus i London rapporterades 50 akutfall kopplade till ketaminanvändning under 2006, och samma antal 2007. I de flesta ketaminrelaterade fall intogs drogen tillsammans med annan narkotika. Endast 11 procent av fallen berörde endast ketamin, och inga av dessa krävde akutvård (Wood m.fl., 2008).

ESPAD:s befolkningsenkäter bland skolelever som genomfördes 2007 lämnar de senaste uppgifterna om GHB-användning bland 15–16-åriga skolelever i hela Europa. Bland de skolelever som deltog i enkäten i 26 EU-länder plus Norge och Kroatien sträckte sig livstidsprevalensen för GHB-användning mellan 0 och 3 procent, även om de flesta länder redovisar nivåer på 1 procent eller lägre.

⁽¹⁶²⁾ Rådets beslut 2008/206/RIF av den 3 mars 2008 om att definiera 1-benzylpiperazin (BZP) som ett nytt psykoaktivt ämne som ska underställas kontrollåtgärder och straffrättsliga bestämmelser.

⁽¹⁶³⁾ Belgien, Danmark, Tyskland, Estland, Irland, Grekland, Frankrike, Italien, Cypern, Litauen, Luxemburg, Malta, Ungern, Portugal, Slovakien, Sverige och Finland, samt Kroatien, Turkiet och Norge.



Hänvisningar

- ACMD (2008): *Cannabis: classification and public health*. Advisory Council on the Misuse of Drugs, Home Office, London (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/acmd-cannabis-report-2008?view=binary>).
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K. och Salminen, M. (2008): *Trust and free will as the keys to success for the low threshold health service centers (LTHSC)*. Folkhälsoinstitutet, Helsingfors (http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b24.pdf).
- Baker, A., Lee, N.K. och Jenner, L. (red.) (2004): *Models of intervention and care for psychostimulant users*. Andra upplagan, National Drug Strategy Monograph Series nr 51, Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra.
- Baldacchino, A., Groussard-Escaffre, N., Clancy, C. m.fl. (2009): "Epidemiological issues in comorbidity: lessons learnt from a pan-European ISADORA project". *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis* 2, s. 88–100.
- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., m.fl. (2005): "Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries". *European Journal of Public Health* 16, s. 198–202.
- Cherny, N.I., Catane, R. och Kosmidis, P.A. (2006): "Problems of opioid availability and accessibility across Europe: ESMO tackles the regulatory causes of intolerable and needless suffering". *Annals of Oncology* 17, s. 885–887.
- CND (2008): *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*. FN:s kommission för narkotiska droger, Förenta nationerna: Ekonomiska och sociala rådet, Wien.
- Coffin, P.O., Tracy, M., Bucciarelli, A. m.fl. (2007): "Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose". *Academic Emergency Medicine* 14, s. 616–623.
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. m.fl. (2008): *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*. HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/HRB_Research_Series_6.pdf).
- Cunningham, J.A. (2000): "Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?". *Drug and Alcohol Dependence* 59, s. 211–213.
- Darke, S. och Ross, J. (2002): "Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods". *Addiction* 97, s. 1383–1394.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A. m.fl. (2007): "Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdTTE study, a national multi-site prospective cohort study". *Addiction* 102, s. 1954–1959.
- Decorte, T. (2000): *The taming of cocaine*. VUB University Press, Bryssel.
- Department of Health (2007): *Reduction of drug-related harm: an action plan*. Department of Health, London (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074850).
- Desroches, F. (2007), "Research on upper level drug trafficking: a review". *Journal of Drug Issues* 37, s. 827–844.
- Dolan, K.A., Shearer, J., White, B. m.fl. (2005): "Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection". *Addiction* 100, s. 820–828.
- ECDC och WHO:s regionala kontor för Europa (2008): *HIV/AIDS surveillance in Europe 2007*. Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar, Stockholm.
- ECNN (2002): *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*. Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2004): *European report on drug consumption rooms*. Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2005). *Komorbiditet – samförekomst av narkotikamissbruk och psykisk störning*. Fokus på narkotika nr 14, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2006a): *A gender perspective on drug use and responding to drug problem*. Temakapitel, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2006b): *Developments in drug use within recreational setting*. Temakapitel, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2007a): *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*. Temakapitel, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.

- ECNN (2007b): *Narkotika och brott – ett komplicerat förhållande*. Fokus på narkotika nr 16, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2007c): *Drugs and driving*, temakapitel, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2008a): *A cannabis reader: global issues and local experiences*. Monograph nr 8, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2008b): *Årsrapport 2008: situationen på narkotikaområdet i Europa*. Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2008c): *Drugs and vulnerable groups of young people*. Temakapitel, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2008d): *Monitoring the supply of cocaine to Europe*. Tekniskt datablad, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/cocaine-trafficking>).
- ECNN (2008e): *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*. Temakapitel, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2009a): *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*. Insights nr 10, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- ECNN (2009b): *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*. Thematic papers, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).
- Elkashef, A., Vocci, F., Hanson, G. m.fl. (2008): "Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update". *Substance Abuse* 29, s. 31–49.
- Ellingstad, T.P., Sobell, L.C., Sobell, M.B. m.fl. (2006): "Self-change: a pathway to cannabis abuse resolution". *Addictive Behaviours* 31, s. 519–530.
- Europeiska kommissionen (2007): "Rapport från kommissionen till Europaparlamentet och rådet om genomförandet av rådets rekommendation av den 18 juni 2003 om förebyggande och begränsning av hälsorelaterade skador i samband med narkotikamissbruk" KOM(2007) 199 final (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2007/com2007_0199en01.pdf).
- Europeiska kommissionen (2008a): *Civil Society Forum on Drugs in the European Union, Brussels 20–21 May 2008, Final report* (http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/forum/docs/final_report_2008_en.pdf).
- Europeiska kommissionen (2008b): "Young people and drugs among 15–24 year-olds". *Flash Eurobarometer* 233 (http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm).
- Europeiska kommittén till förhindrande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (CPT) (2006): *The CPT standards – "substantive" sections of the CPTs General Reports*. CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (<http://www.cpt.coe.int/EN/documents/eng-standards-prn.pdf>).
- Europol (2007): *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*. Europol, Haag.
- Europol (2008): *European Union drug situation report 2007*. Europol, Haag.
- Farrell, M. och Marsden, J. (2008): "Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales". *Addiction* 103, s. 251–255.
- Generaldirektoratet för hälso- och konsumentfrågor (2008a), *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*. Generaldirektoratet för hälso- och konsumentfrågor, Bryssel (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf).
- Generaldirektoratet för hälso- och konsumentfrågor (2008b): *Quality of treatment services in Europe – drug treatment situation and exchange of good practice*. Generaldirektoratet för hälso- och konsumentfrågor, Bryssel (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- GLADA (2004): *An evidence base for the London crack cocaine strategy*. Greater London Authority, London.
- Grebely, J., Genoway, K., Khara, M. m.fl. (2007): "Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection". *International Journal of Drug Policy* 18, s. 437–443.
- Hall, W. och Solowij, N. (1998): "Adverse effects of cannabis". *Lancet* 1352, s. 1611–1616.
- Hedrich, D., Majo Roca, X., Marvanykövi, F. och Razc, J. (red.) (2008a): *Data-collection protocol for specialist harm reduction agencies*. Foundation Regenboog-AMOC, Correlation Network, Amsterdam (<http://www.correlation-net.org/products/datacollection.pdf>).
- Hedrich, D., Pirona, A. och Wiessing, L. (2008b), "From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe". *Drugs: Education, Prevention and Policy* 15, s. 503–517 (doi:10.1080/09687630802227673).
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J. m.fl. (2005). "Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and symptoms in young people". *BMJ* 330, s. 11.

- Henskens, R., Garretsen, H., Bongers, I. m.fl. (2008): "Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction". *Substance Use Misuse* 43, s. 1464–1475.
- Hibell, B. m.fl. (2009): *The ESPAD Report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Svenska Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) och Europarådets Pempidougrupp.
- Hoare, R. och Flatley, J. (2008): *Drug misuse declared: findings from the 2007/08 British Crime Survey*. Home Office Statistical Bulletin, Home Office, London.
- Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R. m.fl. (2008): "Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths". *American Journal of Public Health* 98, s. 2229–2236.
- INCB (2009a): *Report of the International Narcotics Control Board for 2008*. FN:s internationella narkotikakontrollstyrelse, New York.
- INCB (2009b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2008*. FN:s internationella narkotikakontrollstyrelse, New York.
- Jager, J., Limburg, W., Kretschmar, M. m.fl. (red.) (2004): *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*. Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.
- Knapp, W.P., Soares, B.G., Farrell, M. och Lima, M.S. (2007): "Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders". *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD003023.
- Korf, D. (red.) (2008): *Cannabis in Europe: dynamics in perception, policy and markets*. Pempidougruppen, Pabst Science Publishers, Lengerich, Tyskland.
- Loftis, J.M., Matthews, A.M. och Hauser, P. (2006): "Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management". *Drugs* 66, s. 155–174.
- McCambridge, J., Slym, R.L. och Strang, J. (2008): "Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users". *Addiction* 103, s. 1819–1820.
- McIntosh, J., Bloor, M. och Robertson, M. (2008): "Drug treatment and the achievement of paid employment". *Addiction Research and Theory* 16, s. 37–45.
- Mennes, C.E., Ben Abdallah, A. och Cottler, L.B. (2009): "The reliability of self-reported cannabis abuse, dependence and withdrawal symptoms: Multisite study of differences between general population and treatment groups". *Addictive Behaviors* 34, s. 223–226.
- Milloy, M., Kerr, T., Tyndall, M. m.fl. (2008): "Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility". *PLoS ONE* 3(10): e3351 (doi:10.1371/journal.pone.0003351).
- Miovský, M., Miovská, L., Řehan, V. och Trapková, B. (2007): "Substance use in fifth- and seventh-grade basic school pupils: review of results of quasi-experimental evaluation study". *Československá Psychologie* 103 (Supplement 51), s. 109–118 (http://cspych.psu.cas.cz/files/cspych_supplement2007.pdf).
- Moussalli, J., Melin, P., Wartelle-Bladou, C. och Lang, J.P. (2007): "Prise en charge de l'hépatite C chez les patients utilisateurs de drogues" [Hantering av hepatit C hos patienter som använder narkotika]. *Gastroenterologie clinique et biologique* 31, s. 51–55.
- NICE (2009), *Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment*. Public health guidance 18, National Institute for Health and Clinical Excellence, London.
- Nordstrom, B.R. och Levin, F.R. (2007), "Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature". *American Journal of Addiction* 16, s. 331–342.
- NTA (2007): *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (<http://www.nta.nhs.uk/publications/>).
- Obradovic, I. (2008): *Activité des "consultations jeunes consommateurs" (2005–2007)*. Tendances 63, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.
- Perkonig, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A. m.fl. (2008): "The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life". *Addiction* 103, s. 439–449.
- Piontek, D., Kraus, L. och Klempova, D. (2008): "Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties". *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 3, s. 25.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. m.fl. (2004): "Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups". *European Addiction Research* 10, s. 147–155.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F.K., Guterman, L.R. och Hopkins, L.N. (2001). "Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey". *Circulation* 103, s. 502–506.
- Roesner, S. och Küfner, H. (2007): "Monitoring des Arzneimittelgebrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen (PHAR-MON)". *Sucht* 53 (Supplement 1), s. 65–77.
- Rosenberg, H., Melville, J. och McLean, P.C. (2002): "Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services". *Addiction* 97, s. 59–65.
- Samhsa (2007): *National survey on drug use and health*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G.P., Rossi, C., Taylor, C. m.fl. (2008): *Guidelines for estimating the incidence of problem drug use*. Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, Lissabon.

- Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C. och Deering, D. (2008): "Profile of young people attending alcohol and other drug treatment services in Aotearoa, New Zealand: clinical file search". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42, s. 963–968.
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J. m.fl. (2008): "Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe". *Quality of treatment services in Europe – drug treatment: situation and exchange of good practice* (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- Scottish Government (2008): *Reducing drug users' risk of overdose*. Scottish Government Social Research (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/243164/0067668.pdf>).
- Strang, J. och Sheridan, J. (1997): "Prescribing amphetamine to drug misusers: data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales". *Addiction* 92, s. 833–838.
- Strang, J., Manning, V., Mayet, S. m.fl. (2008): "Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses". *Addiction* 103, s. 1648–1657.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J., Sweeting, M.J. och Gill, O.N. (2008): "The cost-effectiveness of screening and treatment for hepatitis C in prisons in England and Wales: a cost-utility analysis". *Journal of Viral Hepatitis* 15, s. 797–808.
- Swift, W., Hall, W. och Copeland, J. (2000): "One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia". *Drug and Alcohol Dependence* 59, s. 309–318.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K. m.fl. (2009): "HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estland: implications for intervention". *International Journal of Drug Policy* (doi:10.1016/j.drugpo.2009.02.007).
- Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J. m.fl. (2007): "A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence". *American Journal of Psychiatry* 164, s. 160–162.
- Toufik, A., Cadet-Taïrou, A., Janssen, E. och Gandilhon, M. (2008): *The first national survey on users of the CAARUD centres*. Tendances nr 61, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.
- UNODC (2009): *World drug report*. FN:s organ mot brott och narkotika, Wien.
- UNODC och Marockos regering (2007): *Morocco cannabis survey 2005*. FN:s organ mot brott och narkotika, Wien.
- Vandam, L. (2009): "Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature". Cools, M. m.fl. (red.): *Contemporary issues in the empirical study of crime*: Maklu, Antwerpen.
- Vickerman, P., Hickman, M., May, M. m.fl. (inlämnad): "Can HCV prevalence be used as a measure of injection-related HIV-risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis", *Addiction*.
- Wagner, F.A. och Anthony, J.C. (2002): "From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol". *Neuropsychopharmacology* 26, s. 479–488.
- Wammes, A., Van Leeuwen, L. och Lokman, S. (2007). *Evaluatierapport DVP-Campagne 2006 "Je bent niet gek als je niet blow"*. Trimbo Institute, Utrecht.
- WCO (2008): *Customs and drugs report 2007*. Världstullorganisationen, Bryssel.
- WHO (2007): *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. WHO:s regionala kontor för Europa, Köpenhamn (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>).
- WHO (2009): *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Världshälsoorganisationen, Genève (http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence-guidelines.pdf).
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I. m.fl. (2008a): "European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs) – the need to improve quality and comparability". *Eurosurveillance* 13(21) (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=18884>).
- Wiessing, L., Van de Laar, M.J., Donoghoe, M.C. m.fl. (2008b): "HIV among injecting drug users in Europe: Increasing trends in the East". *Eurosurveillance* 13(50) (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=19067>).
- Wood, D.M., Bishop, C.R., Greene, S.L. och Dargan, P.I. (2008), "Ketamine-related toxicology presentations to the ED". *Clinical Toxicology* 46, s. 630.
- Zachrisson, H.D., Rödje, K. och Mykletun, A. (2006): "Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey". *BMC Public Health* 6:34 (<http://www.biomedcentral.com>).

Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk

Årsrapport 2009: Situationen på narkotikaområdet i Europa

Luxemburg: Europeiska unionens publikationsbyrå

2009 — 101 s. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-397-0

Var får man tag i EU:s publikationer?

Publikationer för försäljning

- Via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).
- I bokhandeln. Ange titel, förlag och/eller ISBN-nummer.
- Genom att kontakta ett av våra försäljningsombud. Deras kontaktuppgifter hittar du under "Försäljningsombud" på följande webbadress: <http://bookshop.europa.eu>
Du kan också skicka ett fax till följande nummer: +352 2929-42758.

Kostnadsfria publikationer

- Via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).
- Vid Europeiska kommissionens representationskontor och delegationer.
Deras kontaktuppgifter hittar du på följande webbadress: <http://ec.europa.eu>
Du kan också skicka ett fax till följande nummer: +352 2929-42758.

Om ECNN

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

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

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

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



Publikationsbyrå

