



[emcdda.europa.eu](http://emcdda.europa.eu)

## Cannabis problems in context — understanding the increase in European treatment demands

EMCDDA 2004 selected issue

*In EMCDDA 2004 Annual report on the state of  
the drugs problem in the European Union and  
Norway*

## Temakapitel 2

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

### Inledning

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

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

utvecklas, och även till att själva drogen ändrar karaktär. Dessa aspekter är ämnet för detta temakapitel om cannabisproblemen i sitt sammanhang. Syftet är att möjliggöra en bättre underbyggd debatt om de potentiella folkhälsokonsekvenserna av cannabismissbruket, som ju är den vanligaste av alla former av narkotikamissbruk.

### Lagstiftningsbakgrunden: rättsläget för cannabis i Europa

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

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

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

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

<sup>(152)</sup> Se Internet (<http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm>).

## Fysiska, psykiska och utvecklingsmässiga problem med koppling till cannabismissbruk <sup>(153)</sup>

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

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

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

komplikerat samband med dem diskuteras i den litteraturgenomgång som finns tillgänglig på Internet.

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

## Cannabismissbruk och mätning av problemens omfattning

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

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

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

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

<sup>(154)</sup> Se DRCrime tabell 5 i statistikbulletinen för 2004.

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

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

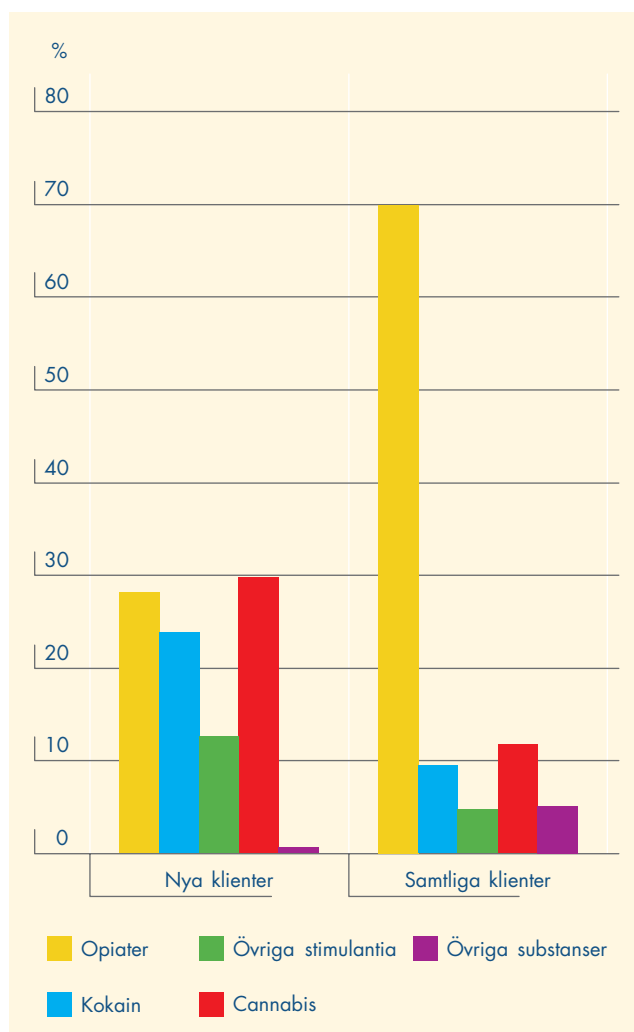
## Trender för efterfrågan på behandling för cannabisproblem

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

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

Mellan 1996 och 2002 ökade antalet nya klienter som sökte behandling för cannabis som primär drog från 3 713 till 12 493, enligt TDI-uppgifterna för de länder som har redovisat sådana uppgifter. Dessa klienter utgjorde år 2002 – i medeltal för de elva länder som redovisat uppgifter – 29 % av samtliga nya klienter, en ökning från 9 % år 1996 (uppgiftskällorna redovisas i figur 20). Alla dessa länder utom Grekland och Förenade kungariket <sup>(157)</sup> rapporterade visserligen en ökning av de nya cannabis-klienternas andel i hela gruppen nya klienter, men ökningens storlek varierade från 6 % i Nederländerna till 31 % i Tyskland. Informationen i de nationella Reitox-rapporterna tyder på att antalet personer som får behandling för primärt cannabismissbruk ökar även i några av de nya medlemsstaterna (se figur 28). En översyn av efterfrågan på cannabisbehandling som nyligen gjordes av det nederländska nationella systemet för information om alkohol och narkotika (LADIS) visade

**Figur 26:** Rapporterad primär drog bland nya och samtliga klienter i missbrukarvården år 2002



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

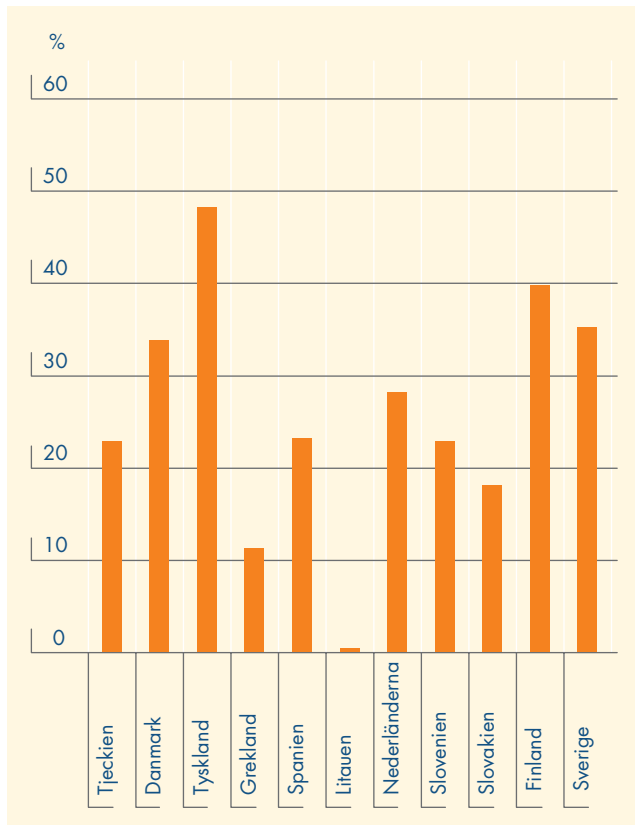
att 29 % av de nya klienter som påbörjade behandling 2002 uppgavs ha cannabisproblem och att gruppen av cannabis-klienter visserligen var liten men växte för varje år. I översynsrapporten konstaterades det också att i förhållande till antalet personer i Nederländerna som använder cannabis är det fortfarande relativt få som söker behandling, även om denna andel nu växer.

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

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

<sup>(157)</sup> Uppgifter om nya klienter saknas för Förenade kungariket och information redovisas i de nationella rapporterna.

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



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

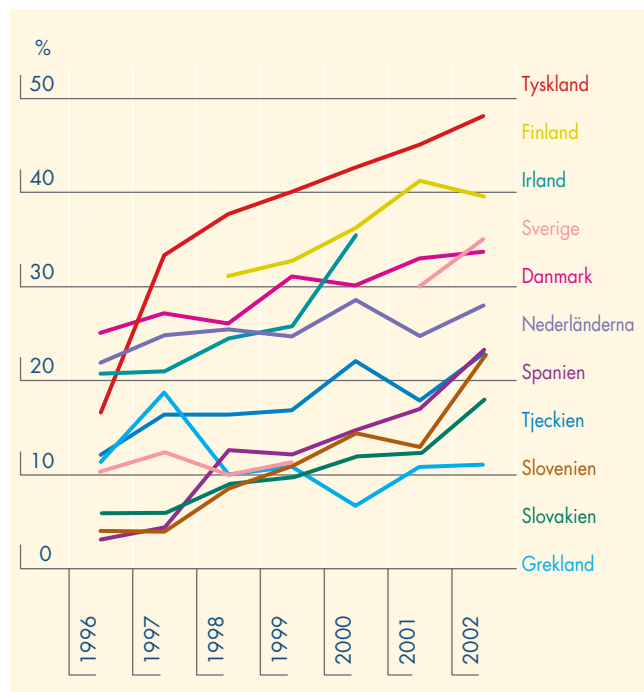
nya önskemål om behandling finns bara från elva länder. I detta sammanhang är det också viktigt att notera att den ökning av efterfrågan på cannabisbehandling som framgår av TDI-uppgifterna i hög grad påverkas av uppgifterna från Spanien och Tyskland, två länder där antalet redovisade fall av primära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

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

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

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

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



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

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

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

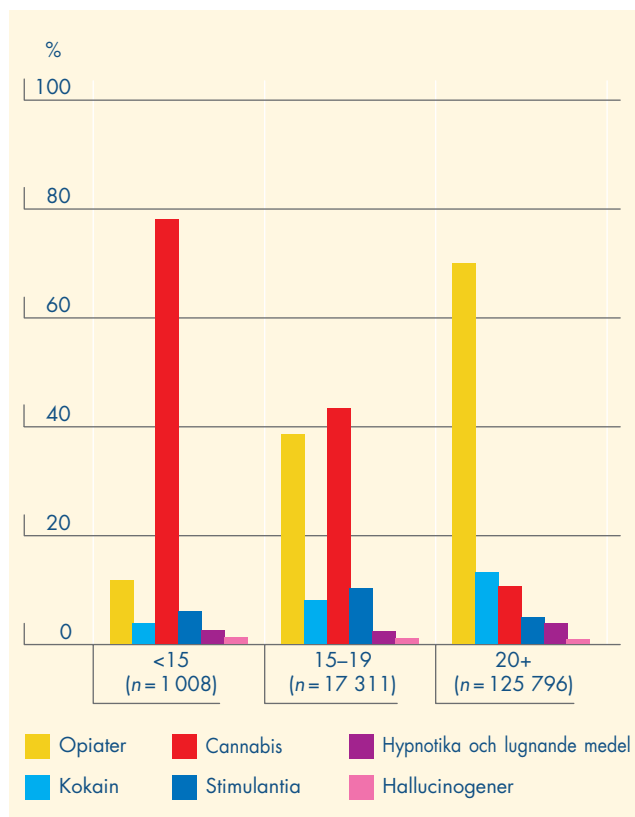
### Cannabisklienternas kännetecken och missbruksmönster

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

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

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

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



Anm.: Samtliga klienter. Länder som levererar: DK, DE, ES, FI, EL, LU, HU, SE, UK. Män från Danmark och Förenade kungariket står för 56 % av samtliga klienter under 20 år i cannabisbehandling, och därutöver kommer 17 % från Spanien.

Källa: Nationella Reitox-rapporter, 2003; TDI-uppgifter från centrum för öppenvårdsbehandling.

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

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

<sup>(159)</sup> Se figur 22 OL: Remitteringskälla för samtliga klienter: för samtliga droger och för cannabis.

<sup>(160)</sup> Se även TDI tabell 4 i statistikbulletinen för 2004.

<sup>(161)</sup> Se figur 23 OL: Arbetsmarknadsstatus för cannabisklienter och samtliga klienter.

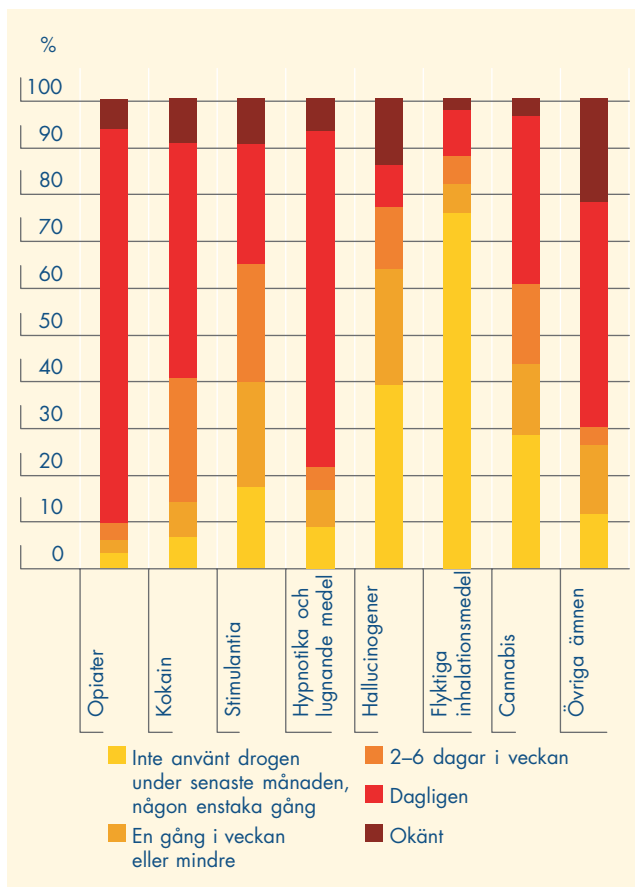
<sup>(162)</sup> Se figur 24 OL: Boendeförhållanden för cannabisklienter och samtliga klienter.

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

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

Ju yngre man är vid cannabisdebuten, desto större är risken att man skall utveckla drogproblem i framtiden (Kraus m.fl., 2003). I Europa började 28 % av samtliga

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



Anm.: n = 109 699 (samtliga klienter). Länder som levererar: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ – alla typer av behandlingscentrum).

Källa: Nationella Reitox-rapporter, 2003; TDI-uppgifter från centrum för öppenvårdsbehandling.

cannabisklienter i behandling 2002 använde drogen före 15 års ålder, och majoriteten (80 %) debuterade före 20 års ålder. Motsvarande andelar för opiater är 9 % respektive 42,8 % och för kokain 6 % respektive 26,5 %.

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

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

### Trender för behandlingsefterfrågan: faktorer i förändring

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

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

<sup>(163)</sup> Se figur 25 OL: Jämförelse mellan användningsfrekvensen för opiat- och cannabisklienter.

<sup>(164)</sup> Se figur 26 OL: Den vanligaste sekundärdrogen bland samtliga cannabisklienter per land och TDI tabell 9 i statistikbulletinen.

<sup>(165)</sup> Se figur 27 OL: Remitteringskälla bland samtliga klienter, 2000–2002.

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

## Cannabis i befolkningen som helhet: från experimenterande till dagligt missbruk

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

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

Uppgifter som medger en detaljanalys av hur vanligt det är med cannabissmissbruk under de senaste 30 dagarna finns från nio länder: Grekland, Spanien, Frankrike, Irland, Italien, Lettland, Nederländerna och Portugal samt Finland (redovisas inte). På ett undantag när (Lettland) var det bland dem som hade använt cannabis den senaste månaden ungefär en fjärdedel (19–33 %) som hade använt drogen dagligen eller nästan dagligen<sup>(167)</sup> <sup>(168)</sup>. I dessa länder utgjorde varjedagskonsumenterna 0,5–2,3 % av befolkningen som helhet<sup>(169)</sup> och 0,9–3,7 % av de unga vuxna (15–34 år) (se figur 31). De flesta (76–92 %) av dem

som sade sig ha använt cannabis under den senaste månaden var mellan 15 och 34 år gamla, vilket innebär att även varjedagskonsumenterna var koncentrerade till den åldersgruppen. Dessutom dominerar männen bland varjedagskonsumenterna, även om andelen män varierar från 62 % i Nederländerna till 92 % i Grekland.

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

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

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

## Frågor rörande cannabisens styrka och dosering

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

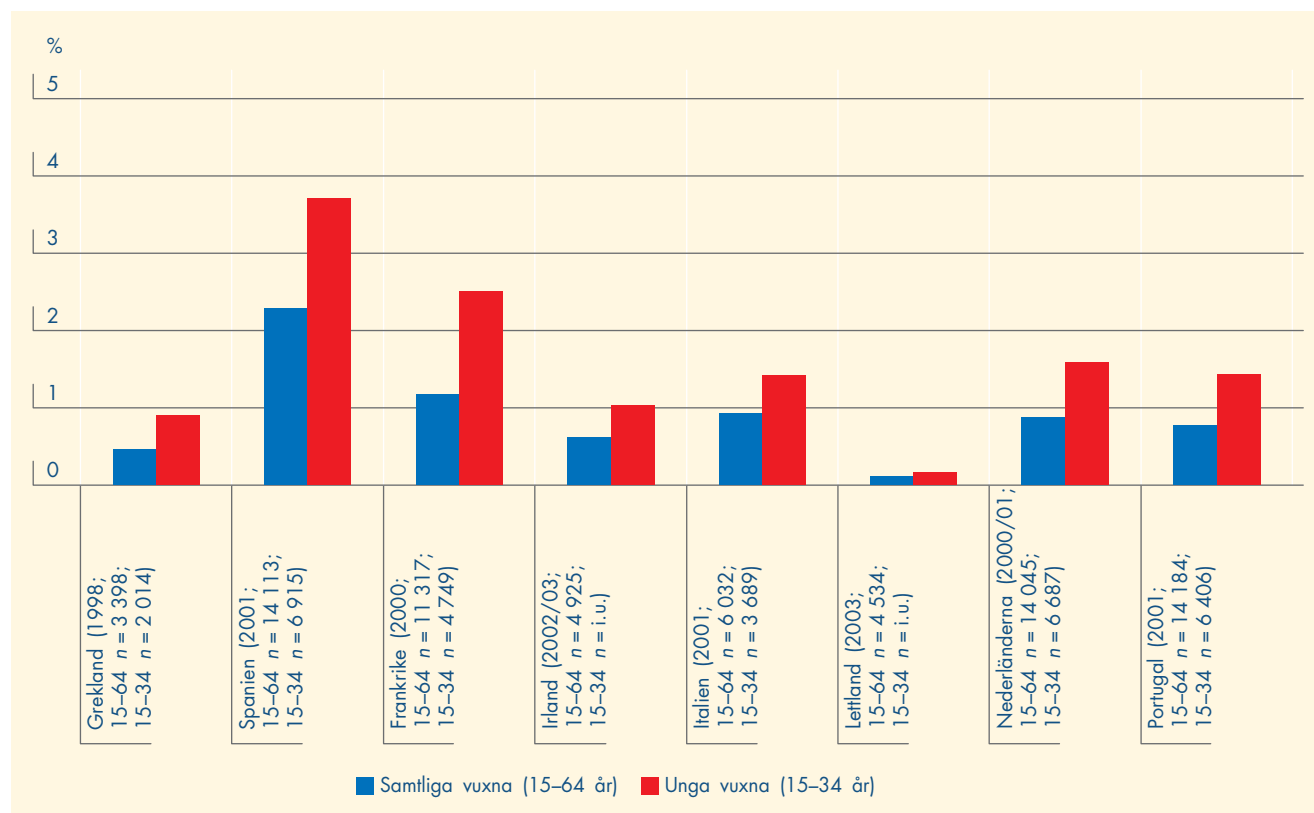
<sup>(166)</sup> Se figur 28 OL: Konsumtionsfrekvens bland samtliga cannabisklienter och TDI tabell 8 i statistikbulletinen för 2004.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

1. EU-länderna fördelar sig på två olika grupper med avseende på om marijuana eller hasch är den oftast konsumerade produkten. Bland de länder som har redovisat information var hasch vanligast i Tyskland, Irland, Portugal och Förenade kungariket, medan marijuana var vanligast i Belgien, Tjeckien, Estland, Nederländerna och Österrike.
2. Det har inte funnits någon markant uppåtgående trend i fråga om styrkan hos den marijuana och det hasch som importerats till Europa. I alla EU-länderna – utom möjligen Nederländerna – är den största delen av den konsumerade cannabisen importerad, även om det för närvarande saknas systematiska uppgifter om tillgången på inhemskt producerad marijuana.
3. Inomhusodling av cannabis förekommer i viss utsträckning i alla europeiska länder. I Nederländerna uppskattar man att inomhusodlad cannabis utgör över hälften av den konsumerade cannabisen.
4. Marijuana som odlas inomhus med hjälp av intensivmetoder (t.ex. hydroponiska system med konstgjord belysning, sticklingsförökning och reglering av dagsljusperioden) har oftast en högre THC-halt än den importerade drogen. Även om styrkeintervallen för hemmaodlad marijuana och importerad cannabis kan överlappa varandra, kan den hemmaodlade cannabisen vara två till tre gånger starkare.
5. De generella ökningarna av cannabisens styrka som har rapporterats i vissa länder beror nästan uteslutande på att konsumtionen av hemmaodlad cannabis ökat.
6. Om man tar hänsyn till de olika cannabisprodukternas marknadsandelar har den faktiska styrkan legat ganska stabilt på omkring 6–8 % i nästan alla länderna under många år. Det enda undantaget är Nederländerna, där den faktiska styrkan år 2001 hade nått upp till 16 %.
7. I Nederländerna har det inhemskt producerade haschet en särskilt hög THC-halt, men denna produkt är fortfarande ovanlig i Nederländerna och nästan okänd utanför landet.
8. I populärpressen har det hävdats att cannabisens styrka har blivit minst tio gånger så hög under de senaste decennierna, men detta påstående har inget stöd i de begränsade uppgifterna från vare sig Europa eller Förenta staterna. De största långsiktiga förändringarna av styrkan verkar ha skett i Förenta staterna, men man måste beakta att cannabisen var svag i Förenta staterna före 1980, med europeiska mått mätt.
9. Den övergripande slutsatsen av studien är att förändringarna i THC-halterna i stort sett är begränsade till den intensivt hemmaodlade cannabis som på senare tid har börjat säljas i EU. Dessutom noteras det att cannabisprodukternas THC-halt varierar extremt mycket. Det finns ett klart behov av att utveckla övervakningssystem som kan bedöma de olika cannabisprodukternas marknadsandelar och följa förändringar över tid. För närvarande saknas sådan information i stor utsträckning.
10. I studien anges ett antal viktiga områden där det måste vidtas åtgärder för att frågorna kring cannabisens styrka skall kunna utvärderas ordentligt. Bland annat måste man enas om terminologin för olika cannabisprodukter, kontrollen av marknadsinformationen måste förbättras, analysstandarderna, insamlingen och presentationen av uppgifterna på europeisk nivå måste bli bättre, och studier som undersöker sambandet mellan drogens styrka, rökbeteende och halterna av THC och dess nedbrytningsprodukter i blodet måste göras, och man måste också undersöka i vilken utsträckning mycket stark cannabis leder till ökad dosexponering och eventuella kopplingar till hälsoproblem. Det noteras att det finns skäl att överväga för- och nackdelarna med att vidta olika motåtgärder mot de olika cannabisprodukterna.

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

På preventionssidan är det få initiativ som särskilt har utformats med anledning av den ökade cannabiskonsumtionen bland ungdomar, eftersom preventionsarbetet sällan är drogspecifikt. Vissa medlemsstater rapporterar dock en ny utveckling på området, med två huvudsakliga strategier: dels betonar man risken för att ungdomar som använder cannabis skall

få med det straffrättsliga systemet att göra, dels försöker man genom allmänna eller riktade massmediekampanjer att ändra på den rådande uppfattningen i vissa grupper om att cannabismissbruk är ett normalt beteende.

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

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

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

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

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

Tyskland, Spanien, Frankrike, Irland, Italien, Luxemburg, Nederländerna, Österrike, Portugal, Slovenien och Norge).

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

## Slutsatser

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

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

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

<sup>(171)</sup> Se Internet ([http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=385](http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385)).

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

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

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

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

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

När det gäller ökningen av behandlingsefterfrågan förefaller det som att ändringar i remitteringspraxis har haft en viss inverkan, och en betydande andel av dem som remitteras verkar inte vara intensiva drogmissbrukare. Trots detta kommer – åtminstone i vissa länder – en avsevärd del av behandlingsefterfrågan från enskilda personer med ett

intensivt cannabissmissbruk. Problemen i denna grupp är fortfarande dåligt beskrivna och det finns ett stort behov av forskning på detta område. Iakttagelsen att majoriteten av önskemålen om behandling kommer från mycket unga personer tyder på att man måste ägna särskild uppmärksamhet åt behov, remitteringsvägar och motåtgärder för denna grupp.

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

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

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