



Europeiska centrumet för kontroll  
av narkotika och narkotikamissbruk

SV

ISSN 2314-9000

# Europeisk narkotika- rapport

Trender och utveckling

2019





Europeiska centrumet för kontroll  
av narkotika och narkotikamissbruk

# Europeisk narkotika- rapport

Trender och utveckling

2019

## Rättsligt meddelande

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

Rapporten finns på bulgariska, spanska, tjeckiska, danska, tyska, estniska, grekiska, engelska, franska, kroatiska, 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.

Luxemburg: Europeiska unionens publikationsbyrå, 2019

<b>Print</b>	ISBN 978-92-9497-447-1	ISSN 2314-9000	doi:10.2810/716961	TD-AT-19-001-SV-C
<b>PDF</b>	ISBN 978-92-9497-394-8	ISSN 2314-9221	doi:10.2810/950592	TD-AT-19-001-SV-N

© Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, 2019  
Kopiering är tillåten med angivande av källan.

Rekommenderad källhänvisning: Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (2019), *Europeisk narkotikarapport 2019: Trender och utveckling*, Europeiska unionens publikationsbyrå, Luxemburg.

Printed by Imprimerie Centrale in Luxembourg



Europeiska centrumet för kontroll  
av narkotika och narkotikamissbruk

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lissabon, Portugal

Tfn: +351 211210200

[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) | [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

[twitter.com/emcdda](https://twitter.com/emcdda) | [facebook.com/emcdda](https://facebook.com/emcdda)



## | Innehåll

5	Förord
9	Inledande kommentar
11	KOMMENTAR <b>Att förstå Europas narkotikasituation år 2019</b>
19	KAPITEL 1 <b>Tillgången till narkotika och marknaden</b>
41	KAPITEL 2 <b>Narkotikaanvändningens prevalens och trender</b>
63	KAPITEL 3 <b>Narkotikarelaterade skador och insatser</b>
87	BILAGA Nationella datatabeller

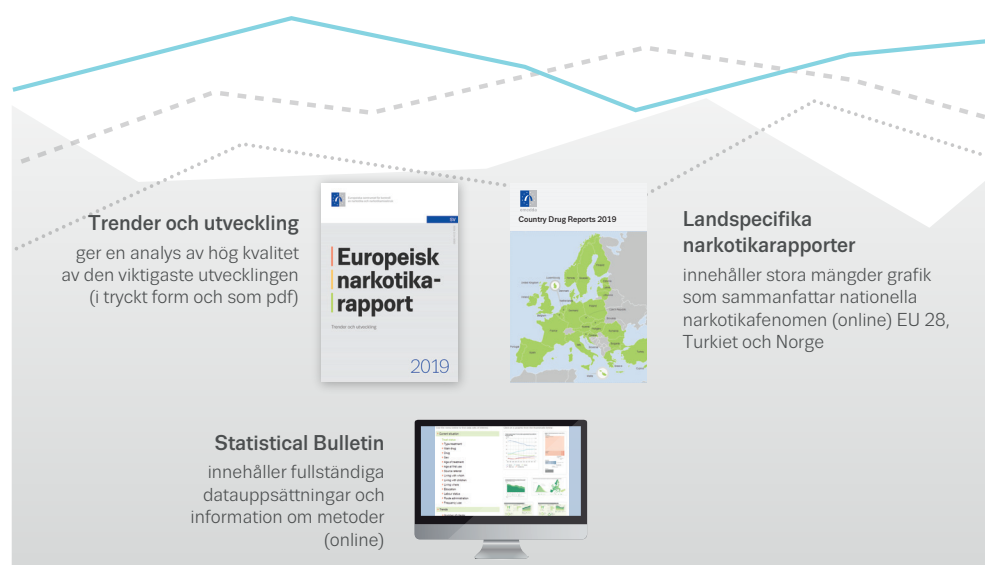


## Förord

Det är med stor glädje vi nu lägger fram EMCDDA:s viktigaste publikation, *Europeisk narkotikarapport 2019: Trender och utveckling*. Rapporten innehåller en analys av de senaste uppgifterna om narkotikasituationen och åtgärderna för att hantera den i Europeiska unionen, Norge och Turkiet. Rapporten stöds av andra nätbaserade informationsresurser, däribland vår Statistical Bulletin som innehåller källuppgifter. Rapportpaketet omfattar även narkotikarapporter från 30 länder som ger en översikt över den nuvarande situationen i alla länder som medverkar i EU:s nätverk för information om narkotika.

### PAKETET EUROPEISKA NARKOTIKARAPPORTEN 2019

Ett antal sinsemellan sammanhängande delar ger tillgång till befintliga uppgifter och analyser om narkotikaproblemen i Europa och nationellt



Vårt mål är att bidra till ett friskare och säkrare Europa. Vi strävar därför efter att ta fram bästa tillgängliga uppgifter som ska vara ett stöd i utformningen av väl underbyggda och riktade strategier och åtgärder mot narkotika. Vår flaggskeppsrapport ger berörda parter en aktuell översikt över narkotikasituationen så att de kan utforma effektiva åtgärder mot dagens problem. Den ger också en analys av nya hot så att vi kan förbereda oss inför framtida utmaningar på detta snabbt föränderliga och komplexa område.

Årets rapport släpps vid en tidpunkt då det är viktigt att reflektera över narkotikapolitikens utveckling, särskilt med tanke på den internationella debatten om den lämpliga uppföljningen av FN:s extra session om narkotikaproblemet i världen 2016. Nästa år kommer vi att se resultatet av den slutliga utvärderingen av EU:s aktuella narkotikastrategi (2013–2020). Under denna strategiperiod har vi sett en del dramatiska förändringar i utmaningarna på narkotikaområdet i Europa. Bland annat har fler icke-kontrollerade ämnen dykt upp. Vi har också sett betydande förändringar på narkotikamarknaden och i narkotikaanvändningen och vi har fått bättre förståelse för vilka insatser som är effektiva. En marknad som dominerats av växtbaserade ämnen importerade till Europa har utvecklats till att bli en marknad där syntetiska droger och produktion inom Europa förekommer i allt högre utsträckning. Globaliseringen och de tekniska framstegen har förändrat de strategiska frågor som beslutsfattarna i Europa måste överväga. Vi är stolta över EMCDDA:s internationella rykte när det gäller att hålla jämna steg med dessa förändringar och att tillhandahålla den information som är nödvändig till stöd för det samarbete och den samordning som EU:s narkotikastrategi innebär.

EU och dess medlemsländer har åtagit sig att uppnå målen som antogs i FN:s Agenda 2030 för hållbar utveckling. Många aspekter i målen har direkt och indirekt samband med narkotikaproblemen. Exempelvis kan produktionen av och handeln med narkotika orsaka stora skador på den fysiska miljön, de institutionella strukturerna och den livskvalitet som medborgarna i de drabbade länderna kan uppnå. Mål 3.3 och mål 3.5 fokuserar på att sätta stopp för epidemier av smittsamma sjukdomar och att förbättra förebyggandet och behandlingen av problem till följd av narkotikaanvändning. I detta sammanhang har Europa uppgiften att arbeta mot målet att under det kommande årtiondet eliminera virushepatit bland personer som injicerar narkotika. Det är mycket vanligt att personer i denna grupp är infekterade med hepatit C-virus. Men med den senaste tidens framsteg när det gäller att få fram läkemedel för att behandla infektionen kan man nu se det som realistiskt att eliminera viruset. Detta är anledningen till att vi i årets narkotikarapport särskilt betonar behovet av att förbättra tillgången på förebyggande insatser, testning och behandling för att uppnå detta viktiga mål för folkhälsan.

Slutligen vill vi tacka våra nationella motparter i Reitox-nätverket av nationella kontaktpunkter, liksom andra nationella och internationella partner och EMCDDA:s vetenskapliga kommitté. Utan deras stöd skulle denna rapport inte ha kunnat bli till. Vi vill även tacka våra partner på europeisk nivå, i synnerhet Europeiska kommissionen, Europol, Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar och Europeiska läkemedelsmyndigheten. Vi riktar också ett tack till de specialiserade nätverk som har samarbetat med oss och berikat vår rapport med innovativa data på högsta tekniska nivå.

**Laura d'Arrigo**

ordförande för EMCDDA:s styrelse

**Alexis Goosdeel**

direktör för EMCDDA







## Inledande kommentar

Denna rapport bygger på information som EMCDDA har fått av medlemsstaterna, kandidatlandet Turkiet och Norge i den årliga rapporteringsprocessen.

Syftet med rapporten är att både ge en översikt över och en sammanfattning av narkotikasituationen i Europa och åtgärderna för att hantera den. De statistiska uppgifter som redovisas avser 2017 (eller det senast tillgängliga året). Trendanalysen bygger dock endast på de länder som har tillhandahållit tillräckligt med data för att beskriva förändringar under den angivna perioden. Läsaren bör även vara medveten om att det är både en praktisk och metodologisk utmaning att kartlägga mönster och följa trender för ett dolt och stigmatiserat beteende som narkotikaanvändning. Därför används flera datakällor för den analys som redovisas i rapporten. Betydande förbättringar kan noteras både nationellt och när det gäller vad som går att uppnå för en analys på europeisk nivå, men de metodologiska svårigheterna på området går inte att komma ifrån. Alla tolkningar måste därför göras med försiktighet, särskilt vid jämförelse mellan länder avseende ett enda mått. Reservationer avseende data finns i webbversionen av denna rapport och i [Statistical Bulletin](#), som innehåller detaljerad information om metodik, förbehåll vad gäller analysen och kommentarer om begränsningar i de data som använts. Där finns även information om de metoder och data som använts för beräkningar på europeisk nivå, där interpolering kan ha använts.

Referensperioden för all grafik och alla analyser och uppgifter i denna rapport är hur narkotikasituationen såg ut fram till slutet av 2018. Alla indelningar, sammanställningar och beteckningar speglar därför situationen som den var under 2018 med avseende på sammansättningen av Europeiska unionen och länderna som ingick i EMCDDA:s rapportering. På grund av den tid som behövs för att sammanställa och lämna uppgifter är många av de årliga datauppsättningarna från referensåret 2017 (januari–december).

EMCDDA vill tacka alla dem som varit behjälpliga i arbetet med rapporten, nämligen

- | cheferna och personalen vid Reitox nationella kontaktpunkter,
- | de myndigheter och experter i de enskilda medlemsstaterna som samlade in rådata för rapporten,
- | ledamöterna i EMCDDA:s styrelse och vetenskapliga kommitté,
- | Europaparlamentet, Europeiska unionens råd – särskilt dess övergripande arbetsgrupp för narkotikafrågor – och Europeiska kommissionen,
- | Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC), Europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA) och Europol,
- | Europarådets Pampidougrupp, FN:s drog- och brottsbekämpningsbyrå, Världshälsoorganisationens (WHO) regionala kontor för Europa, Interpol, Världstullorganisationen, Europeiska skolundersökningsprojektet för alkohol och narkotika (Espad), Sewage Analysis Core Group Europe (Score), European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus), nätverket European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise (Escape), nätverket Trans-European Drug Information network (Tedi) och gruppen European Web Survey on Drugs,
- | Översättningscentrum för Europeiska unionens organ och Europeiska unionens publikationsbyrå.

### Reitox nationella kontaktpunkter

Reitox är det europeiska nätverket för information om narkotika och narkotikaanvändning. Nätverket består av nationella kontaktpunkter i EU:s medlemsstater, kandidatlandet Turkiet, Norge och Europeiska kommissionen. Kontaktpunkterna är de nationella myndigheter som under respektive regerings ansvar lämnar information om narkotika och narkotikaanvändning till EMCDDA. Kontaktuppgifter till de nationella kontaktpunkterna finns på [EMCDDA:s webbplats](#).

# Kommentar

**Europeiska narkotikarapporten 2019  
ger en ögonblicksbild  
av narkotikasituationen i Europa**



# Att förstå Europas narkotikasituation år 2019

EMCDDA:s senaste analys av narkotikasituationen i Europa visar på en marknad som å ena sidan är motståndskraftig gentemot den utveckling som sker på global nivå, och å andra sidan återspeglar denna utveckling. Etablerade och nyare typer av illegal narkotika medför fortsatta hälso- och säkerhetsproblem som skapar utmanande politiska förutsättningar för utformningen och genomförandet av effektiva insatser. Europeiska narkotikarapporten 2019 ger en ögonblicksbild av narkotikasituationen i Europa och är baserad på de senast tillgängliga uppgifterna. Denna inledande del innehåller en kortfattad analytisk kommentar om vissa av de viktiga frågor som för närvarande finns på Europas narkotikapolitiska dagordning.

## Opioider: fortsatta insatser krävs för att ta itu med ett växande problem

Det europeiska narkotikaproblemet bestod en gång i tiden till stor del av injicering av heroin. I dag är efterfrågan på ny heroinbehandling historiskt låg, injiceringsgraden har gått ner och antalet årliga nya fall av hiv som kan tillskrivas injicering av droger har minskat med omkring 40 procent under det senaste årtiondet. Detta är goda nyheter. Länderna i Europa kan klappa sig själva på axeln för att ha infört de pragmatiska åtgärder för skademinskning och behandling som har bidragit till dessa framgångar. På andra platser ses en motsatt trend, till exempel i Nordamerika och i vissa av de länder som gränsar till EU. Där har opioidproblemen fortsatt att tillta och medfört ökade folkhälsokostnader. Trots de förbättringar som skett i Europa fortsätter dock opioidanvändningen att stå för en betydande del av de hälso- och sjukvårdskostnader samt sociala kostnader som kan tillskrivas narkotikaanvändningen i Europa. Det kan till och med vara så att de hot som denna typ av narkotika utgör håller på att växa.

En analys av de satsningar som görs för att ta itu med opioidrelaterade problem visar att tillgången till effektiv skademinskning och behandling fortfarande är otillräcklig i ett antal länder, i synnerhet i Östeuropa. Det finns även tecken på att situationen har försämrats i vissa länder med ett historiskt sett gott tjänsteutbud. Samtidigt fortsätter behoven att öka hos en åldrande och ofta alltmer sårbar grupp av långtidsanvändare av opioider. Om detta vittnar dels de överdosrelaterade dödsfallen, där offrens

genomsnittsålder nu är 39 år, men även de talrika fallen av såväl fysiska som psykiska hälsoproblem inom denna grupp. Vidare har det konstaterats en övergripande ökning av narkotikarelaterade dödsfall under de senaste fem åren, och ökningarna rapporteras för alla åldersgrupper över 30 år. Indikatorer för tillgångssidan visar tecken på att hotet kan vara på väg att växa. Mängden beslagttaget heroin har ökat, renhetsgraden är fortsatt relativt hög och priset relativt lågt, vilket tyder på att tillgången är god i stora delar av Europa. Laboratorier för heroinframställning har även upptäckts nyligen i vissa EU-länder, och detta är en oroande utveckling.

### Bekämpning av virushepatit

Europa har förbundit sig till det internationella initiativet Agenda 2030 för hållbar utveckling. I detta globala handlingsprogram ingår bekämpning av virushepatit. Inom EU är detta särskilt relevant för personer som injicerar narkotika, eftersom de både lider av den största sjukdomsbördan och löper störst risk för överföring. För att hantera hur virushepatit påverkar hälsan kommer därför både förebyggande åtgärder och tillgång till testning för och behandling av hepatit B och C för denna grupp att behöva trappas upp fram till 2030.

Strategier mot hepatit finns nu i 17 EU-länder och i Norge, och allt fler länder tillhandahåller obegränsad tillgång till direktverkande antivirala läkemedel som både tolereras bättre av patienterna och är effektivare mot viruset. Mer måste dock göras. Screening efter hepatit C-viruset är en viktig ingång till effektiv hepatitbehandling och bidrar till att förhindra ytterligare överföring. Gemenskapsbaserade behandlingstjänster kan spela en viktig roll i detta sammanhang. I många länder finns det dock ingen politik för effektiva tester och det saknas många gånger lämpliga remissgångar. Bland yrkespersoner kan det även finnas ett motstånd mot att behandla personer som använder narkotika. De erkänner inte alltid fördelarna som denna investering i vård medför för såväl enskilda personer som samhället i stort. EMCDDA håller på att utveckla olika verktyg till stöd för att behandla virushepatit inom ramen för behandling för narkotikamissbruk. Bland dessa finns en checklista för att identifiera hinder för införandet av testning för och behandling av hepatit C-virus, en kunskapsenkät för personal samt belysande fallstudier som visar hur innovativa samhällsbaserade testningsstrategier kan ge värdefulla bidrag i bekämpningen av denna sjukdom.

### Syntetiska opioider får en alltmer framträdande roll

I USA och Kanada beror den nuvarande opioidepidemin till stora delar på användningen av syntetiska opioider, i synnerhet fentanylanaloger. Så är inte fallet i Europa, men det finns farhågor på detta område. Omkring 50 nya syntetiska opioider har rapporterats till EU:s system för tidig varning om nya psykoaktiva substanser. Många av dessa substanser har kopplats till allvarlig förgiftning och dödsfall. Vissa av dem, till exempel karfentanil, är extremt starka, vilket innebär att de kan smugglas i mycket små mängder som är svåra att upptäcka men som samtidigt räcker till tusentals doser. Syntetiska opioider, som vanligtvis används som läkemedel och inbegriper preparat som används för substitutionsbehandling och smärtlindring, verkar dessutom ha en allt större del av skulden för narkotikaproblemet i många delar av Europa. Var femte person som inleder behandling för ett opioidrelaterat problem rapporterar i dagsläget att det är en syntetisk opioid, snarare än heroin, som de i första hand har problem med, och det blir allt vanligare att denna typ av narkotika identifieras i samband med överdoser. Trots detta hot förblir den nuvarande förmågan att upptäcka och rapportera om tillgången till, samt användningen och konsekvenserna av syntetiska opioider begränsad. Att förbättra precisionen hos informationsresurserna på det här området måste därför prioriteras.

### Värdet av toxikologiska och forensiska datakällor

Dödsfall på grund av narkotikaöverdos förknippas sällan med användning av endast en substans. Moderna mönster för narkotikakonsumtion är mycket dynamiska. Ett allt större antal olika narkotikavarianter dyker upp på marknaden och den typiska konsumenten använder – medvetet eller omedvetet – ett antal olika substanser. Detta innebär att det krävs gedigna forensiska och toxikologiska uppgifter för att säkerställa att vi inte förbiser nya hälsohot. Annars finns det en risk för att missa den roll som nya starka psykoaktiva substanser som till exempel fentanylanaloger har i samband med dödsfall på grund av överdos, i synnerhet när de används tillsammans med mer traditionell narkotika som heroin. Vissa EU-medlemsstater, i synnerhet i norra Europa, har investerat i förbättrade toxikologiska data, både när det gäller tillgång och kvalitet.

**Europa har förbundit sig till det internationella initiativet Agenda 2030 för hållbar utveckling**

FIGUR 1

## Nya indikatorer som kompletterar befintliga datakällor



Det gör att man nu kan få en bättre förståelse för narkotikatrender och relaterade hälsohot. I Sverige ledde till exempel införandet av omfattande screening och förbättrad testkänslighet till att dubbelt så många fentanylfall upptäcktes i det urval av narkotikarelaterade dödsfall som undersöktes. Enligt en studie som EMCDDA publicerade nyligen saknar dock en del laboratorier den kapacitet som krävs för att upptäcka de ovanligare substanserna. För forensiska och toxikologiska undersökningar är tillgången till referensstandarder avgörande. För nya psykoaktiva substanser saknas det dock ofta sådana i många laboratorier. Dessutom är avsaknaden av europeiska riktlinjer för forensisk toxikologi i samband med utredningar av narkotikarelaterade dödsfall ett hinder för att förbättra uppföljning och praxis på detta område. Eftersom alla typer av syntetisk narkotika sannolikt kommer att fortsätta att växa i betydelse krävs det ökade investeringar i toxikologiska och forensiska datakällor.

### Innovativa uppföljningsverktyg synliggör framväxande trender

Årets europeiska narkotikarapport hämtar information från ett urval av nyare riktade uppgiftskällor. Dessa "framkantsindikatorer" är inte representativa för allmänheten och har andra begränsningar. Men de tillhandahåller användbara uppgifter i ett tidigt skede, uppgifter som kan användas i kompletterande syfte för att få värdefull kunskap om narkotikaanvändningen i Europa (se figur 1). En sådan datakälla är analys av avloppsvatten som nu ger en ögonblicksbild av den mängd narkotika som konsumeras på samhällsnivå i Europas städer. En av fördelarna med denna datakälla är att informationen kan rapporteras snabbt och därmed kan ge en tidig varning vid eventuella förändringar i narkotikaanvändningen. Detta framkommer av nya data för 2018 som Score-gruppen och EMCDDA nyligen släppte, och som tyder på en större geografisk spridning och en generellt ökad användning av alla vanliga typer av stimulantia.

Bland de övriga nya datakällor som ingår i årets rapport finns European Web Survey on Drugs (europeiska webbenkäten om narkotika). Det är en undersökning som baseras på ett urval av personer som använder narkotika som rekryterats på nätet, och resultaten ger information om användning- och inköpsmönster när det gäller de vanligaste illegala narkotikatyperna. Information från tjänster, där människor kan få sin narkotika analyserad och få information om innehållet, granskas också för att få kunskap om hur narkotikabruket ser ut i specifika nöjessammanhang.

Akutvårdsuppgifter om akuta narkotikarelaterade skador kan öka förståelsen för vilka följderna av narkotikabruk har för folkhälsan i Europa. De narkotikarelaterade fallen av akut toxicitet vid utvalda sjukhus i 18 EU-länder följs av European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus). Resultaten av årets analys visar hur de droger som står för akutfallen kan variera i Europa. Stimulantia kunde till exempel kopplas till ett stort antal akutfall. Fall som inbegrep amfetaminer var vanligast i norra och östra Europa, medan kokain var det dominerande centralstimulerande medlet i länderna i södra och västra Europa.

Den roll som stimulantia har inom ramen för injektionsbruk synliggörs även i en ny pilotstudie som analyserar de narkotikarester som utvunnits från använda kanyler som samlats in vid sprutbytesprogram i fem europeiska städer. På alla platser utom en var den vanligaste upptäckta substansen någon typ av stimulantia. Hälften av de sprutor som analyserades innehöll spår av två eller fler droger, och den vanligaste kombinationen var en blandning av stimulantia och opioider. Dessa nya informationskällor gör det möjligt att bekräfta och komplettera befintliga datakällor, vilket ökar vår kunskap om de mer okända formerna av narkotikabruk.

### Europas kokainmarknad fortsätter att växa

Aktuella uppgifter om kokain visar att såväl antalet beslag och de mängder som beslagtas ligger på rekordhöga

nivåer. Kokainet kommer in i Europa via många smuggleleder och förs in på många olika sätt, men tillväxten av smuggling i stora volymer via stora hamnar med hjälp av containerar, sticker ut. En annan indikation på att tillgången på drogen har ökat är att kokainets renhet på slutkundsnivå i dagsläget är den högsta på tio år. På mellanhands- och slutkundsnivå kan man se en omorganisering av distributionskedjan för kokain och de inblandade aktörerna, med en framväxt av fragmenterade, lösare och mer horisontella organisationsstrukturer. Mindre grupper har kunnat träda in på marknaden genom att använda olika it-tekniker som till exempel kryptering, marknadsplatser på darknet (den mörka webben), sociala medier för försäljning samt kryptovalutor. Innovativa distributionsstrategier som till exempel kokainexklusiva callcenter vittnar om att det råder betydande aktivitet på den konkurrensutsatta kokainmarknaden. Dessa nya metoder verkar i viss grad spegla den typ av störningar som även ses på många andra områden till följd av den allmänna användningen av mobiltelefoner. Det handlar om en potentiell "uberisering" av kokainhandeln på en konkurrensutsatt marknad där säljarna konkurrerar genom att erbjuda tilläggstjänster som exempelvis snabba och flexibla leveransalternativ.

### Kokain: mer uppenbart skadliga effekter för hälsan

Det är särskilt svårt att uppskatta hur utbredd den problematiska kokainanvändningen är, eftersom denna drog är mindre synlig i de etablerade indikatorerna som tenderar att fokusera mer på opioidrelaterade problem. Trots detta finns det tecken på att den ökade tillgången på kokain leder till ökade kostnader för hälso- och sjukvården. Sedan 2014 har antalet nya klienter som inlett behandling för kokainproblem ökat med mer än 35 procent (även om antalet fortfarande är relativt lågt), och en ökning har noterats i omkring två tredjedelar av länderna. I vissa länder har man sett ett samband mellan kokain och den senaste tidens ökning av antalet narkotikarelaterade dödsfall. Kokain påträffas ofta tillsammans med opioider vid dödsfall på grund av överdos i de delar av Europa där detta är det dominerande centralstimulerande medlet. Dessutom kan det hända att det eventuella sambandet mellan kokain och dödsfall med koppling till kardiovaskulära sjukdomar inte rapporteras. Där det finns tillgängliga uppgifter visar de på en övergripande ökning av kokainrelaterade akutfall. Kokain är dessutom den vanligaste illegala substans som rapporteras i den studie som gjorts av Euro-DEN och som omfattar 18 länder. Kokain hittades även i minst en fjärdedel av de sprutor som testades i tre av de fem städer som deltog i en pilotövning för att ta reda på nyttan av att analysera rester på sprutor för att kartlägga mönster för injektionsbruk. De nya

uppgifter som finns tillgängliga tyder på att användningen av crack, en rökbar form av kokain som har ett starkt samband med problematiskt bruk, kan vara på väg att vinna mark. Antalet crackklienter som inlett behandling sedan 2014 har ökat i Belgien, Irland, Frankrike, Italien, Portugal samt i Storbritannien, där det sistnämnda är det europeiska land som varit mest förknippat med användning av crack.

De tillgängliga beläggen till stöd för vad som utgör effektiva insatser för kokainanvändare är fortsatt relativt svaga, och de program som riktas till kokainanvändare är för närvarande begränsade i Europa. Detta har börjat förändras tack vare att vissa länder inför mer specialiserade insatser för skademinskning. Eftersom behoven på det här området tycks öka generellt sett, finns det dock ett brådskande behov av investeringar i utveckling och utvärdering av alla slags insatser. I synnerhet effektiva behandlingsmodeller, om aktörerna i fråga ska bli bättre på att hantera denna klientgrupp.

### Europas internationella roll i framställningen av syntetisk narkotika

Framställningen av syntetisk narkotika i Europa är visserligen svår att kartlägga, men produktionen tycks öka, diversifieras och bli innovativare. Denna expansion kan ses i aktuella uppgifter som dokumenterar ökade beslag av kemiska prekursorer. EMCDDA:s och Europols *European Drug Markets Report*, som kommer att offentliggöras under senare delen av 2019, innehåller en ingående analys av denna utveckling. Upptäckten av producerande laboratorier, tippningsplatser samt styrkan hos och mångfalden av den syntetiska narkotika som finns tillgänglig på den europeiska marknaden utgör viktiga källor till farhågor på det här området.

Det finns nu även tydligare tecken som pekar på att Europa spelar en viktig roll på den globala marknaden för syntetisk narkotika. Exempel på sådana tecken är betydande beslag av olika substanser vid EU:s gränser, det faktum att mer MDMA nu beslagtas i Turkiet än i EU som helhet, samt upptäckten av anläggningar i Europa som producerar

**Det är särskilt svårt att uppskatta hur utbredd den problematiska kokainanvändningen är**

I KORTHET – ESTIMERAD NARKOTIKAANVÄNDNING I EU

## Cannabis



### Vuxna (15–64)



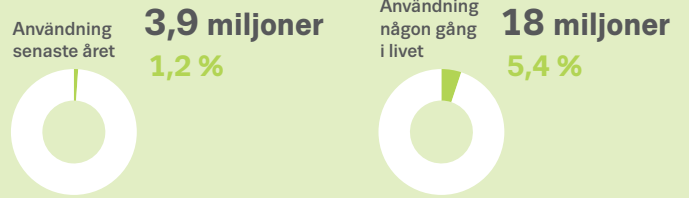
### Unga vuxna (15–34)



## Kokain



### Vuxna (15–64)



### Unga vuxna (15–34)



## MDMA



### Vuxna (15–64)



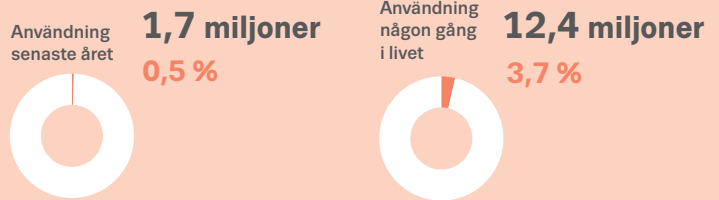
### Unga vuxna (15–34)



## Amfetaminer



### Vuxna (15–64)



### Unga vuxna (15–34)



## Opioider



Opioidmissbrukare (högriskanvändare) **1,3 miljoner**

**654 000** personer som använde opioider fick substitutionsbehandling 2017

Förfrågan om drogbehandling

Huvudsaklig drog i cirka **35 procent** av alla förfrågningar om drogbehandling inom EU



Dödliga överdoser

**85 %** Opioider förekommer i 85 procent av dödliga överdoser



metamfetamin och annan syntetisk narkotika som är avsedd att exporteras. Den infrastruktur som gör det möjligt för varor att röra sig snabbt mellan länder har i allt större utsträckning använts för att underlätta för handel in till EU med kontrollerad narkotika, nya psykoaktiva substanser, prekursorer och andra kemikalier som är nödvändiga för framställning av narkotika. Samma infrastrukturer används även ibland för illegal handel till tredjeländer med syntetisk narkotika, i synnerhet MDMA men även andra substanser.

Framställning av syntetisk narkotika verkar också ligga bakom spridningen av amfetaminanvändningen till nya länder i EU. Globalt sett utgör metamfetamin den största utmaningen inom syntetisk narkotika. I Europa har metamfetaminanvändningen koncentrerats till ett fåtal länder med långvariga problem. Detta gäller i stor utsträckning fortfarande i dag, men trots den utbredda tillgängligheten till andra stimulantia tyder analyser av restämnen i avloppsvatten på att metamfetamin har börjat sprida sig till nya länder. Upptäckter av laboratorier tyder också på viss expansion av framställningen i stort och framställning för marknader i tredjeländer.

### Cannabis: ny utveckling för Europas mest väletablerade narkotika

Cannabis är en av de droger som har varit etablerade längst i Europa. Det är den allra vanligaste illegala narkotikatypen, och närmare 20 procent av alla ungdomar i åldersgruppen 15–24 uppger att de har använt cannabis under det senaste året. Både internationellt och inom Europa fortsätter cannabisanvändning att vara ett ämne som väcker ett betydande intresse både bland politiker och allmänheten, och den senaste utvecklingen skapar debatt kring hur samhället bör ställa sig till denna substans.

En av diskussionerna gäller det terapeutiska värdet hos cannabis, cannabispreparat och läkemedel som utvinns från cannabisplantan. Vissa länder har legaliserat cannabis, vilket provocerat fram överväganden av kostnader och nyttan med olika tillsyns- och kontrollalternativ. Detta är en komplex fråga. I Europa avsätts avsevärda polisiära resurser för cannabis kontroll. Över hälften av de 1,2 miljoner brott rörande användning eller innehav för personligt bruk som rapporterades under 2017 var cannabisrelaterade. Inblandning i cannabismarknaden kan även vara en pådrivande faktor för kriminalitet bland unga och en stor inkomstkälla för den organiserade brottsligheten. Dessutom har vår förståelse för de potentiella hälsoriskerna med cannabisanvändning ökat, i synnerhet när det gäller användning bland unga. Cannabis är nu den substans som personer som söker

specialistvård för narkotikaberoende oftast anger som främsta anledning till att de söker hjälp. Detta är oroväckande eftersom EMCDDA:s övergripande bedömning de senaste åren varit att cannabistrenden har hållit sig i stort sett stabil. Nya uppgifter talar dock emot detta, och ett antal länder rapporterar en ökad användning bland grupper i lägre åldrar.

Detta kompliceras ytterligare av att nya former av cannabis har utvecklats de senaste åren till följd av framsteg inom tekniker för odling, utvinning och framställning. Hybridplantor med flera stammar som ger starkare cannabis har börjat ersätta de traditionella formerna av plantan både inom Europa och i Marocko, varifrån stora delar av det hasch som används i Europa kommer. En nyligen genomförd studie som EMCDDA stött visar att styrkan har ökat för såväl hasch som för cannabisväxtdelar (marijuana) under det senaste årtiondet. Framväxten av marknader för laglig cannabis för nöjesanvändning där drogen har legaliserats driver också på innovationen, och leder till att nya cannabisprodukter som ätbara produkter, e-vätskor och koncentrat utvecklas. Vissa av dessa dyker nu upp på den europeiska marknaden, där de utgör en ny utmaning för upptäckt och narkotikakontroll.

EMCDDA är medvetna om denna dynamik och den komplicerade natur som präglar cannabispolicyområdet, och har därför lanserat en ny serie publikationer som innehåller evidensgranskningar och analyser på området. I dessa ingår en översikt som visar hur tillhandahållandet av cannabis för medicinska ändamål har utvecklats i EU. En väl underbyggd debatt på detta område hindras av att det saknas en gemensam begreppsmässig förståelse av vad cannabis för medicinska ändamål är. Detta kompliceras ytterligare av det stora utbudet av tillgängliga produkter, som kan variera från läkemedel som innehåller kemiska föreningar från cannabisplantan till obearbetade cannabispreparat.

### Cannabisprodukter med låg THC-halt utgör en regleringsmässig utmaning

Ett annat exempel på den snabba utveckling som sker på cannabisområdet har varit de senaste två årens tilltagande förekomst av marijuana och cannabisolja med låg styrka, som säljs i hälsokostbutiker eller specialistbutiker i vissa EU-länder. Försäljningen sker med argumentet att dessa produkter har liten eller ingen berusande effekt, och de omfattas därför inte av narkotikalagstiftningen. Cannabis innehåller många olika kemiska ämnen, men de två cannabinoiderna tetrahydrokannabinol (THC) och cannabidiol (CBD) är de som uppmärksammas mest. THC är den substans i cannabis som mest bidrar till dess



psykoaktiva effekter. Produkter som innehåller CBD marknadsförs alltmer med påståenden om gynnsamma effekter. Den komplexa och föränderliga litteraturen om evidens för medicinsk användning av såväl THC som CBD har berörts i en publikation som EMCDDA gav ut nyligen. Tillverkarna av de nya produkterna hävdar att de har mindre än 0,2 procent eller 0,3 procent THC och generellt hör till två kategorier av produkter: en som vänder sig till cannabisanvändare för rökning, och en, med produkter som oljor och krämer, som vänder sig till personer intresserade av eventuell hälsovårdsanvändning. Vissa EU-medlemsstater betraktar sådana låg-THC-produkter som cannabisextrakt med straffrättsliga påföljder, och andra anser dem vara läkemedel som inte kan säljas utan tillstånd. Ett fåtal klassificerar dem som produkter som inte utgör något hot mot folkhälsan och därför inte kräver någon licens för att få säljas. Denna utveckling väcker frågor om reglering på såväl EU-nivå som på nationell nivå.

### Utnyttjande av digitalisering i hälsofrämjande syfte

Unga personer är en viktig målgrupp för många av insatserna mot narkotikaanvändning. De är sannolikt den del av befolkningen som är mest bekant med och öppen när det gäller att använda informations- och kommunikationsteknik på många områden i sina liv. Troligen är de även den grupp som är mest villig att acceptera och dra nytta av denna teknik för att genomföra insatser för att förebygga narkotikaanvändning, ge narkotikabehandling och vidta åtgärder för skademinskning. Europeisk narkotikarapport 2019 går igenom en del av den nya utvecklingen av mobil hälsa eller "m-hälsa", som syftar till att ta itu med en stor mängd frågor, från tjänstetillgång till tillhandahållande av kompetensutveckling för de som arbetar på narkotikaområdet. För utvecklingen på detta område används onlineresurser och mobilapplikationer, och vissa innovativa strategier utforskar hur virtuell verklighet exempelvis kan användas i narkotikabehandling för att hjälpa patienter att utveckla motståndskraft i fråga om fysiska referenser som utlöser sug efter narkotika, eller för att minska suget. Det krävs dock försiktighet, eftersom de nya applikationerna på det här området inte alltid åtföljs av robusta kvalitetsstandarder, dataskyddsbestämmelser och bevisvärdering. Precis som inom alla andra hälso- och sjukvårdsområden kommer dessa aspekter att vara avgörande för att de potentiella fördelarna med ny teknik ska kunna tas tillvara på området för narkotikainsatser.

### Förstärkning av EU:s system för tidig varning om och riskbedömning av nya psykoaktiva substanser

Under 2018 rapporterades nya psykoaktiva substanser till EU:s system för tidig varning om nya psykoaktiva substanser i en takt av ungefär en ny substans i veckan. Antalet nya droger (55) som upptäcktes under 2018 ligger nära det antal som upptäcktes under 2017, men har minskat kraftigt jämfört med 2013 och 2014. Samtidigt som detta kan tyda på avtagande innovation på området, bör det noteras att ett betydande antal substanser som redan har anmälts fortsätter att dyka upp på den europeiska narkotikamarknaden varje år, vilket tyder på att substanser kan dröja sig kvar på marknaden över tid. Det har även skett förändringar när det gäller vilken typ av substanser som observeras, vilket kan peka på att nya psykoaktiva substanser i allt högre grad riktas till personer som använt narkotika lång tid och de med problematisk användning. Medan exempelvis EU:s system för tidig varning om nya psykoaktiva substanser fortsätter att få in rapporter om många olika typer av substanser, har nu också mer syntetiska opioider och bensodiazepiner börjat förekomma alltmer.

Tidig varning och riskbedömning är centrala för Europas insatser inom området nya psykoaktiva substanser. År 2018 gjordes en översyn av det europeiska systemet i syfte att tillhandahålla en stärkt och snabbare kapacitet för EU att upptäcka, bedöma och ingripa mot de hälsorelaterade och sociala hot som nya typer av narkotika utgör. Detta ger inte bara tidig varning i hela Europa, utan gör det även möjligt att riskbedöma och kontrollera substanser på europeisk nivå snabbare. Förändringarna stärker även det nätverk som består EMCDDA och Europol i detta arbete, och formella arbetsavtal finns nu mellan EMCDDA och Europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA), Europeiska myndigheten för livsmedelssäkerhet (Efsa), Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) och Europeiska kemikaliemyndigheten (Echa).

**Unga personer är en viktig målgrupp för många av insatserna mot narkotikaanvändning**

# 1

**I ett globalt sammanhang  
är Europa en viktig narkotikamarknad**



# Tillgången till narkotika och marknaden

I ett globalt sammanhang är Europa en viktig narkotikamarknad som försörjs både genom inhemsk produktion och genom smuggling av narkotika från andra delar av världen. Sydamerika, västra Asien och Nordafrika är viktiga ursprungsområden för illegala droger som förs in i Europa, medan Kina är ett viktigt ursprungsland för nya psykoaktiva substanser. Europa fungerar även som transiteringspunkt för vissa droger och prekursorer som är på väg till andra kontinenter. Dessutom är Europa en producentregion för cannabis och syntetisk narkotika. Cannabis framställs mest för lokal konsumtion, men viss syntetisk narkotika tillverkas för export till andra delar av världen.

## Uppföljning av narkotikamarknader, försäljning och lagstiftning

Analysen i det här kapitlet bygger på rapporterade data om beslag av narkotika och prekursorbeslag samt stoppade sändningar, nedstängda narkotikaproduktionsanläggningar, narkotikalagstiftning, brott mot narkotikalagstiftningen, drogpriser på slutkundsnivå samt drogernas renhet och styrka. I vissa fall är det svårt att analysera trender eftersom det saknas uppgifter om beslag i en del viktiga länder. Trender kan påverkas av en rad faktorer, till exempel användarnas preferenser, förändringar i fråga om produktion och handel, brottsbekämpande åtgärder och prioriteringar, samt hur effektiva förbudsåtgärderna är. Fullständiga datauppsättningar och metodkommentarer finns i internetversionen av [Statistical Bulletin](#).

Där presenteras också data om beslag av nya psykoaktiva substanser som rapporterats till EU:s system för tidig varning av EMCDDA:s och Europols nationella partner. Eftersom denna information kommer från fallrapporter och inte från system för rutinövervakning representerar antalet redovisade beslag ett minimivärde. En fullständig beskrivning av EU:s system för tidig varning om nya psykoaktiva substanser finns på EMCDDA:s [webbplats](#).

FIGUR 1.1

Relativt stora marknader för cannabis, heroin och amfetaminer har funnits i många europeiska länder sedan 1970- och 1980-talet. Med tiden har även andra substanser etablerat sig, bland annat MDMA och kokain på 1990-talet. Den europeiska narkotikamarknaden fortsätter att utvecklas och en stor mängd nya psykoaktiva substanser har dykt upp under det senaste årtiondet. Den senaste tidens förändringar på drogmarknaden kan till stor del förklaras med globaliseringen och den nya tekniken, och har bland annat inneburit att det har utvecklats nya metoder för produktion och handel med droger. Dessutom har nya smuggelvägar upprättats och internetmarknaderna har vuxit.

### Narkotikamarknaderna i Europa: komplexa och på många nivåer

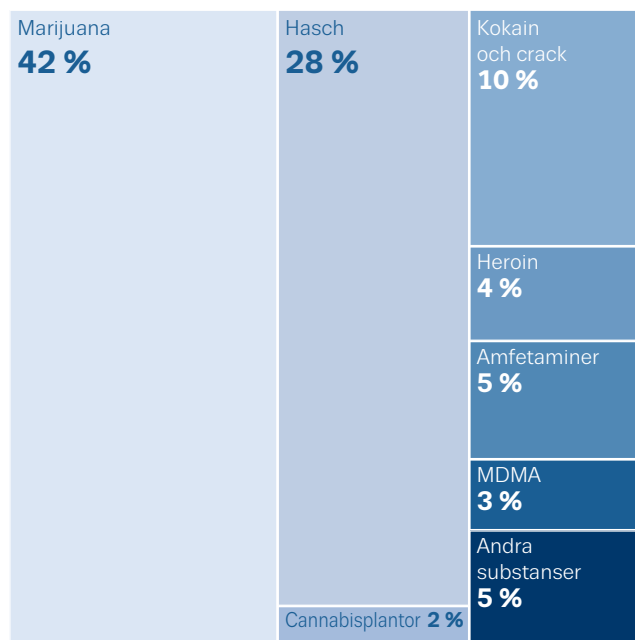
Narkotikamarknaderna består av en komplex kombination av sammanlänkade verksamheter, däribland framställning, smuggling, distribution och försäljning till slutkonsumenter. De spänner över stora geografiska avstånd. Olika aktörer kan vara involverade i de olika stadierna, men organiserade kriminella grupper spelar en central roll för handeln med olaglig narkotika, en verksamhet som genererar miljardtals euro i inkomster varje år.

På slutkundsnivå genomförs försäljningen av narkotika fortfarande främst via direktkontakt mellan leverantörer och konsumenter. Mobil teknik och kryptering utnyttjas dock alltmer av nätverk för narkotikahandel.

Onlineplattformar för försäljning av olaglig narkotika har ökat i betydelse de senaste åren, även om de fortfarande utgör en relativt liten del av den totala marknaden. Onlinemarknader kan hittas på den synliga webben, det vill säga den indexerade eller sökbara delen av nätet inbegripet webbshoppar och sociala medieplattformar. Det finns också marknader på den mörka webben (darknet), ett krypterat nätverk som kräver särskilda verktyg för att få tillträde och där säljare och köpare kan dölja sina identiteter.

Över 100 globala darknetmarknader har funnits vid olika tillfällen sedan anonyma onlinemarknader började förekomma 2010. I samband med en internationell polisinsats i juli 2017 stängdes AlphaBay ner. Det är den största marknadsplatsen av den här typen som hittills upptäckts, och vid samma polisinsats stängdes även en annan stor webbplats ner, nämligen Hansa-marknaden. Denna brottsbekämpningsinsats kan ha urholkat konsumenternas förtroende för dessa marknadsplatser. Trots detta visar en analys som genomförts av EMCDDA

Antal rapporterade narkotikabeslag, uppdelat efter drog, 2017



och Europol att intäkter och handelsvolymen kopplade till narkotikaförsäljning på den mörka webben ett år senare återgått till samma nivåer som innan polisoperationen genomfördes.

### Över en miljon beslag av olaglig narkotika

De brottsbekämpande myndigheternas beslag av olaglig narkotika är en viktig indikator för narkotikamarknaderna, och över 1,1 miljoner beslag av olaglig narkotika rapporterades i Europa under 2017. Merparten av dessa inbegrep små mängder narkotika som beslagtogs hos användare. Ett litet antal narkotikaförsändelser på flera kilo står dock för den största andelen av den totala mängden beslagtagna narkotika. De tre länder som rapporterar det största antalet beslag och som tillsammans står för över två tredjedelar av alla narkotikabeslag i EU, är Spanien, Storbritannien och Frankrike. Det saknas dock uppgifter om antalet beslag i Nederländerna, och de senaste uppgifterna för Tyskland och Slovenien avser 2015, vilket behåftar analysen med en viss osäkerhet. Cannabis är den drog som oftast beslagts. Den står för närmare tre fjärdedelar av det totala antalet beslag i Europa (figur 1.1).

## Cannabis: ökade beslag och styrka men stabila prisnivåer

På den europeiska narkotikamarknaden finns i huvudsak två olika cannabisprodukter: marijuana och hasch (cannabisharts). Cannabisolja är jämförelsevis sällsynt, även om vissa stora beslag i bulk har rapporterats under de senaste åren. Den marijuana som konsumeras i Europa odlas i huvudsak i Europa, även om en del smugglas från andra länder. Den marijuana som produceras i Europa kommer framför allt från inomhusodlingar. Hasch importeras mestadels från Marocko, men Libyen håller också på att bli ett stort nav för smuglingen. Det rapporteras också om att en del hasch framställs inom EU och framställningen av "nederhash" har dokumenterats i ett antal år i Nederländerna. Dessutom är västra Balkan en källa till marijuana och på senare tid även cannabisolja.

År 2017 rapporterade EU:s medlemsstater 782 000 beslag av cannabisprodukter, inbegripet 440 000 beslag av marijuana, 311 000 beslag av hasch och 22 700 beslag av cannabisplantor. Antalet beslag av marijuana har sedan 2009 varit större än antalet beslag av hasch. Mängden beslagttaget hasch är dock mer än dubbelt så stor som mängden beslagttagen marijuana (466 ton jämfört med 209 ton). Detta är delvis en följd av att hasch smugglas i större volymer över nationsgränserna, vilket gör det mer sannolikt att bekämpningsåtgärderna lyckas. På grund av landets närhet till Marocko är Spanien särskilt viktigt när det gäller mängden beslagttaget hasch: det står för närmare tre fjärdedelar (72 procent) av den totala mängd som beslagtogs i EU under 2017 (figur 1.2).

### CANNABIS



#### HASCH

##### Beslag

Antal

**311 000** EU **329 000** EU + 2

Mängd

**466** EU **550** EU + 2

Pris

(EUR/g)

**25 €**  
**9–13 €**  
**2 €**

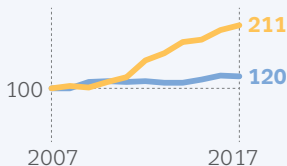
Styrka

(% THC)

**25 %**  
**15–22 %**  
**9 %**

##### Indexerade trender

Pris och styrka



#### MARIJUANA

##### Beslag

Antal

**440 000** EU **486 000** EU + 2

Mängd

**209** EU **304** EU + 2

Pris

(EUR/g)

**22 €**  
**7–13 €**  
**4 €**

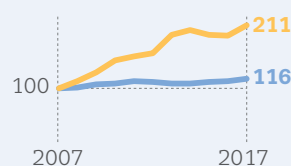
Styrka

(% THC)

**15 %**  
**9–12 %**  
**3 %**

##### Indexerade trender

Pris och styrka



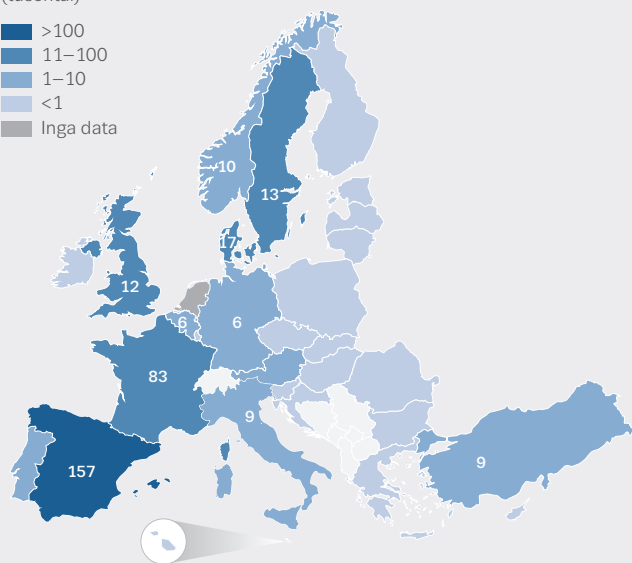
EU + 2 avser EU:s medlemsstater, Turkiet och Norge. Cannabisprodukternas pris och styrka: nationella medelvärden – minimum, maximum och kvartilavstånd. Vilka länder som omfattas varierar mellan olika indikatorer.

FIGUR 1.2

Beslag av hasch och marijuana, 2017 eller senaste året

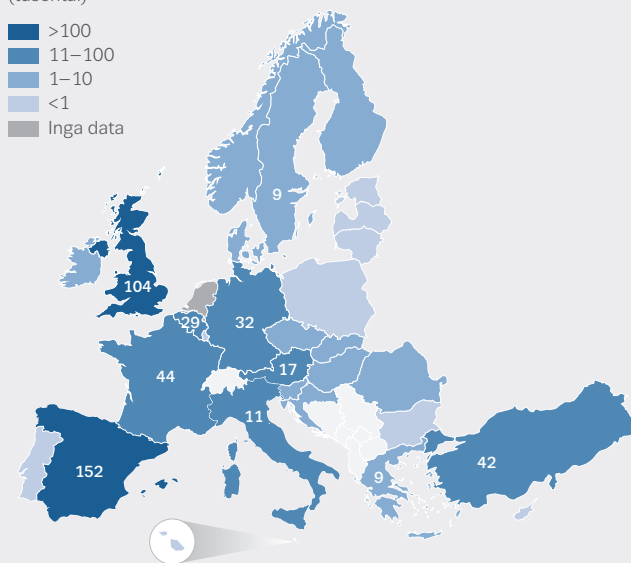
Antal beslag av hasch (tusental)

- >100
- 11–100
- 1–10
- <1
- Inga data



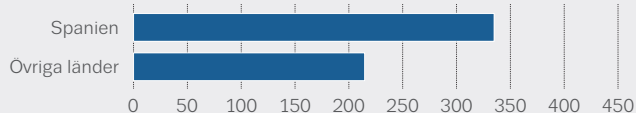
Antal beslag av marijuana (tusental)

- >100
- 11–100
- 1–10
- <1
- Inga data

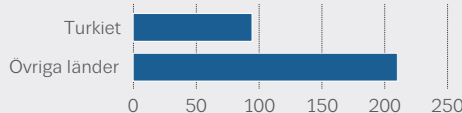


Obs! Antalet beslag för de tio länderna med högst värden.

Mängd beslagtagnen hasch (ton)



Mängd beslagtagnen marijuana (ton)



Antalet cannabisbeslag som rapporterats i EU har hållit sig på en relativt stabil nivå sedan 2012 (figur 1.3), och detta gäller både hasch och marijuana (växtdelar). Efter en nedgång år 2015 har dock mängden beslagtagnen marijuana ökat i många länder. Den övergripande ökningen mellan 2016 och 2017 beror främst på de betydande ökningarna som rapporterats i Grekland, Spanien och i synnerhet i Italien. Sedan 2009 har Turkiet varje år beslagtagit mer marijuana än något EU-land, men för 2017 är mängden beslagtagnen marijuana i Italien nästan lika stor som i Turkiet. Dessutom visade ett antal länder, som vanligtvis beslagtar små mängder marijuana, också betydande ökningarna för 2017. Ett exempel är Ungern, där det beslagtogs sju gånger mer än året innan (över 3,5 ton under 2017, 0,5 ton under 2016).

Beslagen av cannabisplantor kan ses som en indikator på den inhemska produktionen av drogen. Skillnader mellan länder när det gäller brottsbekämpningsprioriteringar och rapporteringspraxis innebär dock att uppgifterna måste tolkas med försiktighet. Antalet beslagtagna plantor i Europa nådde sin högsta nivå – sju miljoner – år 2012. Detta var en följd av intensifierade bekämpningsinsatser i Italien det året. Därefter sjönk antalet beslag till 2,5 miljoner plantor för år 2015, varpå antalet ökade till

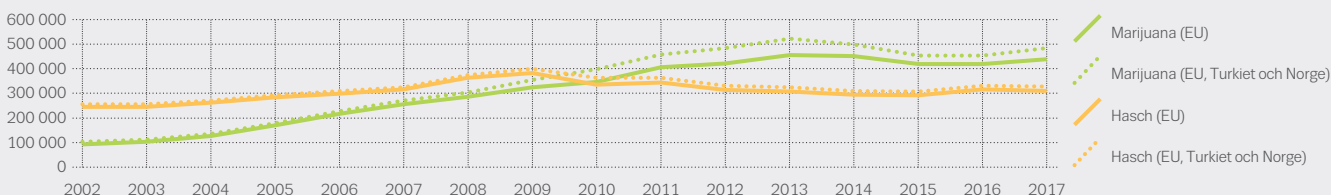
3,4 miljoner för 2017. De europeiska länderna rapporterade 490 beslag av cannabisolja under 2017, och Turkiet (50 liter på tre beslag) och Grekland (12 kg på 37 beslag) stod för de största beslagen.

För de länder som konsekvent rapporterar uppgifter om pris och styrka visar en analys av de indexerade trenderna en ökning av styrkan i både marijuana och hasch sedan 2007. Haschets styrka har ökat konstant sedan 2009. Den ökade genomsnittliga haschstyrkan kan sannolikt delvis tillskrivas införandet av högpotenta plantor och nya framställningstekniker i Marocko och, i mindre utsträckning, ökad användning i Europa av tekniker för utvinning av hasch som ger starkare produkter. Den genomsnittliga styrkan hos marijuana ökade år 2017 efter att ha legat på ungefär samma nivå mellan 2013 och 2016. Det återstår dock att se huruvida den senare tidens ökning är inledningen på en ny trend. Uppgifter tyder på att konsumentpriset per gram för hasch liknar det för marijuana, och att priserna har hållit sig på en stabil nivå sedan omkring 2009.

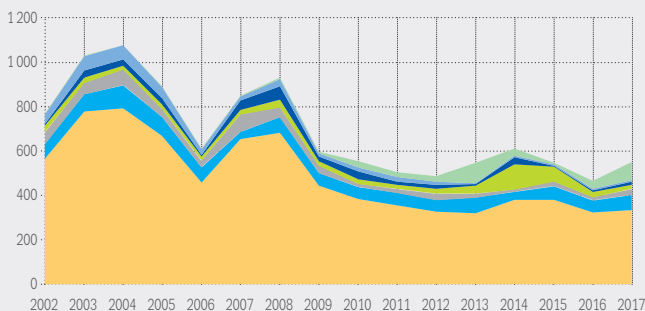
FIGUR 1.3

## Trender för antalet cannabisbeslag och beslagtagna mängd: hasch och marijuana

Antal beslag

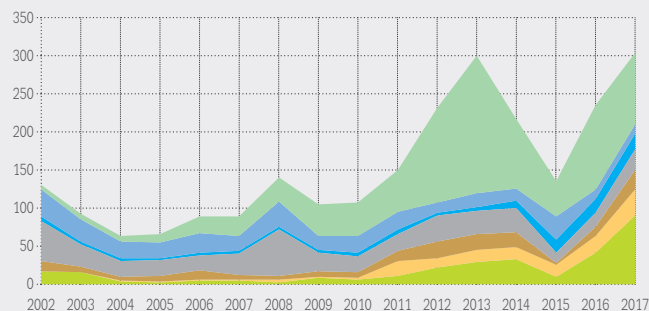


Hasch (ton)



Turkiet Storbritannien Portugal Italien  
Övriga länder Frankrike Spanien

Marijuana (ton)



Turkiet Storbritannien Frankrike Övriga länder  
Grekland Spanien Italien

## Tillgången till cannabisprodukter med låg THC-halt

Sedan 2017 har marijuana och cannabisolja sålts öppet i hälsokostbutiker eller specialistbutiker i flera EU-länder. Försäljningen sker med argumentet att dessa produkter har en liten eller helt saknar berusande effekt, och därför inte omfattas av narkotikalagstiftningen.

Marijuana och dess extrakt är kända för att innehålla de två cannabinoiderna tetrahydrokannabinol (THC) och cannabidiol (CBD). THC kan ha berusande effekter medan CBD har kopplats till hälsofördelar, även om det för närvarande finns mycket lite evidens för de flesta tillstånd som studerats. Procentandelen av respektive ämne kan variera kraftigt mellan olika cannabisplantor. EU:s gemensamma jordbrukspolitik subventionerar odling av vissa varianter av cannabisplantan för industriellt bruk, förutsatt att THC-halten inte överstiger 0,2 procent (en gräns som ursprungligen var avsedd för att skilja mellan olika typer av plantor och inte för att utgöra en säkerhetsprofil för mänsklig konsumtion). Nationella gränser kan ligga mellan 0 och 0,3 procent.

De nya produkterna påstås innehålla mindre än 0,2 procent eller 0,3 procent THC och verkar i grova drag höra till två kategorier som kan överlappa varandra. Den första kategorin marknadsförs till användare av illegal cannabis som "laglig" cannabis, i format som vanligtvis kopplas till rökning. Den andra kategorin produkter säljs

ofta i form av oljor eller krämer och marknadsförs med anspelningar på "hälsa" och "välbefinnande" samt betoning på dess halter av CBD. Respektive kategori återspeglas även i typen av försäljningsställen och deras dekor. Eftersom det inte finns någon överenskommen provningsstandard för dessa produkter kan THC- och CBD-halten skilja sig från den som anges på etiketterna, eller på de "analysresultat" som visas i produktinformationen.

## Heroin: allt större mängder beslagtas

Heroin är den vanligaste opioiden på EU:s narkotikamarknad. Historiskt sett har det funnits två former av importerat heroin i Europa. Den vanligaste av dessa är det bruna heroinet (den kemiska basformen) som i huvudsak framställs av morfin som utvunnits ur vallmo odlat i Afghanistan. Betydligt mindre vanligt är det vita heroinet (i saltform), som förr hade sitt ursprung i Sydostasien men som nu även produceras i Afghanistan och dess grannländer. Andra opioider, som finns tillgängliga på de olagliga marknaderna i Europa, är till exempel opium och läkemedlen morfin, metadon, buprenorfin, tramadol och olika fentanylanaloger. Vissa av dessa opioider kan ha avletts från lagliga läkemedelsleveranser, medan andra framställts illegalt.

Afghanistan fortsätter att vara världens största producent av olagligt opium, och större delen av det heroin som finns i Europa är troligen tillverkat där eller i grannländerna Iran och Pakistan. I Europa har den olagliga produktionen av opioider fram tills nyligen varit begränsad till hemmagjorda vallmoprodukter som framställts i vissa östeuropeiska länder. Upptäckten av laboratorier som framställer heroin från morfin med hjälp av ättiksyraanhydrid i Bulgarien, Tjeckien, Spanien och Nederländerna under de senaste åren, tillsammans med en ökning av antalet beslag av morfin och opium, tyder dock på att en del av heroinet nu framställs närmare konsumentmarknaderna i Europa. Denna förändring kan vara en konsekvens av leverantörernas strävan efter att minska kostnaderna genom att utföra de sista etapperna av

heroinframställningen i Europa, där sådana prekursorer som ättiksyraanhydrid är billigare än i opiumproducerande länder. Framställningen av denna narkotika nära konsumentmarknaden kan även syfta till att minska riskerna för att bli ertappade.

Heroin förs in i Europa längs fyra huvudsmuggelleder. De två viktigaste kallas Balkanleden och södra leden. Den första och viktigaste av dessa leder går genom Turkiet, via länderna på Balkan (Bulgarien, Rumänien eller Grekland) och vidare till centrala, södra och västra Europa. Det har även tillkommit en alternativ rutt till Balkanleden som går genom Syrien och Irak. Den södra leden, där sändningarna från Iran och Pakistan förs in i Europa via flyg eller båt direkt eller via transitering genom afrikanska länder, har blivit viktigare på senare år. Andra viktiga leder är den norra leden från Afghanistan genom Centralasien till Ryssland och leden som går genom södra Kaukasus och över Svarta havet.

En period av minskad tillgång till heroin kunde noteras i ett antal europeiska länder omkring 2010–2011, tillsammans med en övergripande minskning i såväl antal heroinbeslag som i mängden beslagttaget heroin. Sedan dess har beslagen i EU till stor del stabiliserats, med 37 000 beslag och en mängd på 5,4 ton rapporterade under 2017. I Turkiet beslagtas fortfarande mer heroin än i samtliga övriga europeiska länder tillsammans (figur 1.4). Efter en kraftig minskning av antalet beslag under perioden 2014–2016, med beslagtagna mängder som gick från 12,8 ton till 5,6 ton, beslagtogs Turkiet 17,4 ton heroin under 2017, den största mängden på ett årtionde.

## HEROIN

### Beslag

Antal

**37 000** EU  **50 000** EU + 2

Mängd

**5,4** EU  **22,9** EU + 2

### Pris

(EUR/g)

**140** €  
**28–58** €  
**15** €

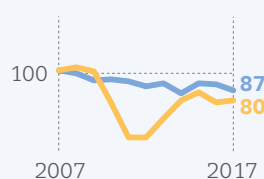
### Renhet

(%)

**51** %  
**15–31** %  
**9** %

### Indexerade trender

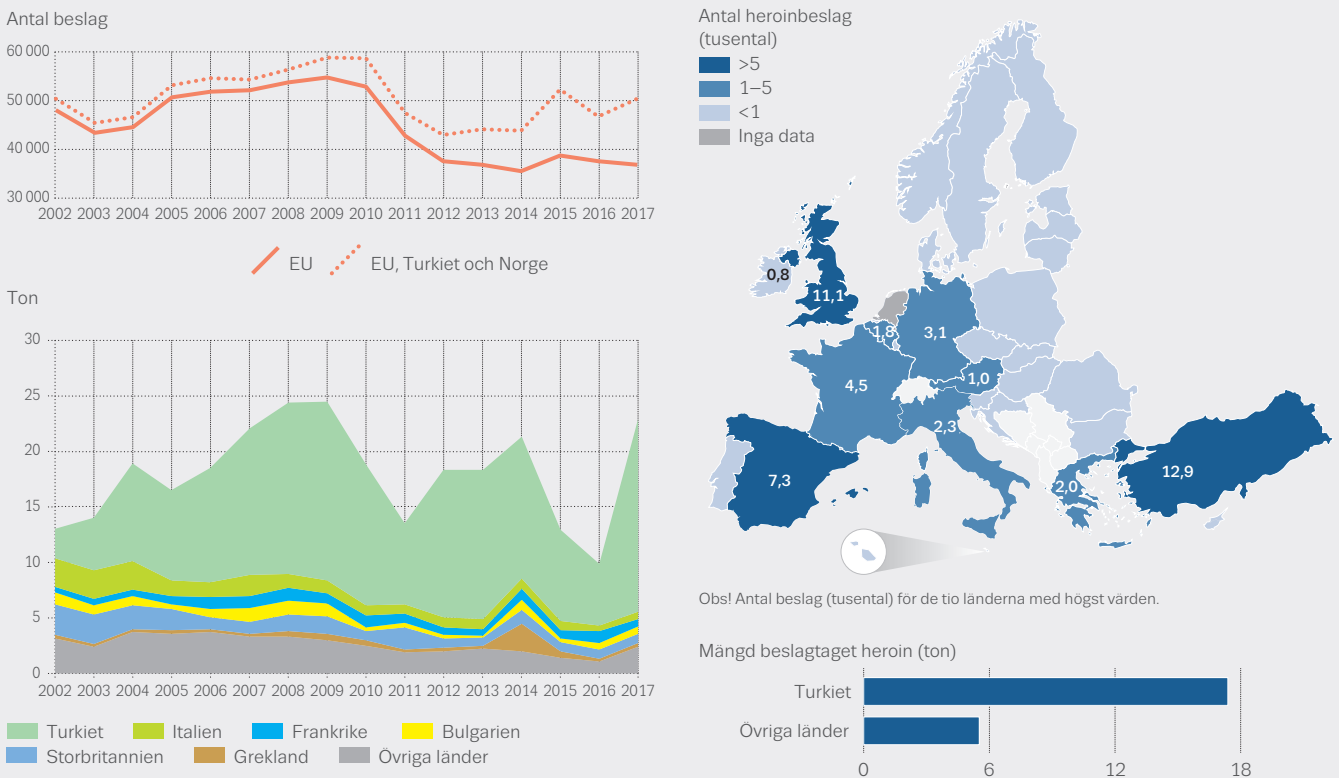
Pris och renhet



EU + 2 avser EU:s medlemsstater, Turkiet och Norge. Pris och renhet för brunt heroin: nationella medelvärden – minimum, maximum och kvartilavstånd. Vilka länder som omfattas varierar mellan olika indikatorer.

FIGUR 1.4

## Antal heroinbeslag och beslagtagna mängd: trender samt under 2017 eller senaste året



I de länder som regelbundet rapporterar uppgifter om pris och renhet tyder indexerade trender på att heroinets renhet, efter en markant minskning 2009–2011, snabbt ökade för att sedan stabiliseras de senaste åren, dock under 2007 års nivåer. Konsumentpriset på heroin sett över hela det senaste årtiondet har gått ner något, och en minskning kunde även ses 2017.

Förutom heroin beslagtas även andra opioider i europeiska länder. Även om dessa endast utgör en liten andel av det

totala antalet opioidbeslag ökade de markant under 2017. Bland de övriga opioider som oftast tas i beslag finns de medicinska opioiderna tramadol, buprenorfin och metadon (se tabell 1.1). År 2017 rapporterades ökade beslagtagna mängder tramadol och fentanylanaloger för andra året i rad. Vidare var även mängden opium och morfin som beslagtogs under 2017 mycket större jämfört med det föregående året.

TABELL 1.1

## Beslag av opioider förutom heroin under 2017

Opioid	Antal	Mängd				Antal länder
		Kilo	Liter	Tabletter	Lappar	
Metadon	1 428	17,2	26,4	30 381		18
Buprenorfin	2 649	0,5	0,01	58 682		17
Tramadol	4 290	13,8	0,1	118 935 898		11
Fentanylanaloger	940	14,3	1,9	10 551	2 291	13
Morfin	358	246,0	1,3	9 337		13
Opium	1 837	2 177,9				17
Kodein	522	0,1		18 475		8
Dihydrokodein	21			1 436		4
Oxykodon	560	0,0001		18 035		8

### Europas stimulantiamarknad: regionala skillnader

De illegala stimulantia som är vanligast i Europa är kokain, amfetamin, metamfetamin och MDMA. Det finns betydande regionala skillnader när det gäller vilka stimulantia som oftast tas i beslag (figur 1.5). Dessa skillnader beror delvis på var införselportar, smuggelleder, stora produktionscentra och stora konsumentmarknader är belägna. Kokain är det stimulantia som oftast tas i beslag i många länder i västra och södra Europa, medan beslagen av amfetaminer och MDMA dominerar i norra och östra Europa.

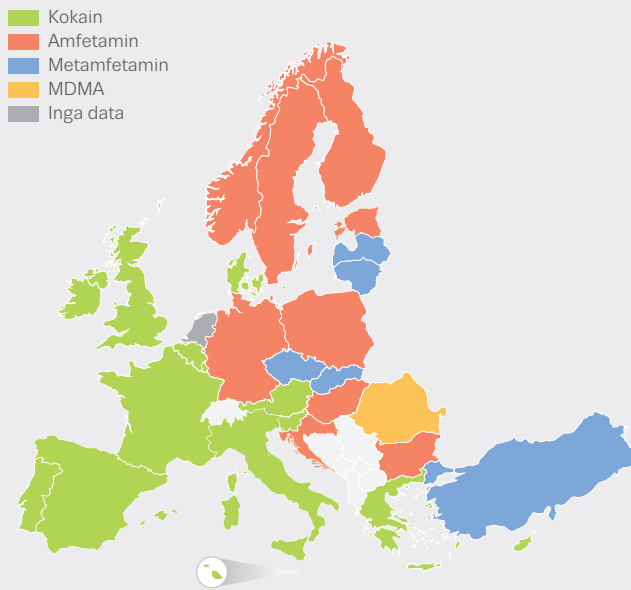
### Kokainmarknaden: antalet beslag på historiskt höga nivåer

I Europa finns kokain tillgängligt i två former, varav den vanligaste är kokainpulver (saltformen). Mindre vanligt är crack (fri bas), som man röker. Kokain tillverkas av blad från kokabusken, som främst odlas i Colombia, Bolivia och Peru. Kokainet transporteras sedan från olika platser i Syd- och Centralamerika till Europa på olika sätt: passagerarflyg, fraktflyg, posttjänster, privatflygplan, lustjakter och andra mindre fartyg. Merparten tycks dock smugglas via sjötransport, i synnerhet i containrar. Västindien samt västra och södra Afrika är viktiga transitzoner för det kokain som kommer till Europa.

År 2017 nådde antalet kokainbeslag och mängden beslagttaget kokain i EU de högsta nivåerna som någonsin registrerats, med mer än 104 000 rapporterade kokainbeslag, motsvarande 140,4 ton beslagttaget kokain.

FIGUR 1.5

Stimulantia som oftast beslagtas i Europa, 2017 eller senaste uppgifter



Mängden beslagttaget kokain översteg det tidigare rekordet från 2006 med mer än 20 ton och innebar en fördubbling av den mängd som beslagtogs 2016 (se figur 1.6). De kombinerade beslagen uppgick till omkring 86 ton. Belgien (45 ton) och Spanien (41 ton) stod för 61 procent av den uppskattade totala mängden i EU under 2017, men stora mängder rapporterades även av Frankrike (17,5 ton) och Nederländerna (14,6 ton). Dessutom har kokainets renhet på slutkundsnivå ökat sedan 2010, i synnerhet under 2016 och 2017 då det nådde de högsta nivåerna på det senaste årtiondet. Konsumentpriset på kokain har hållit sig på en

## KOKAIN

### Beslag

Antal

**104 000** EU  **109 000** EU + 2

Mängd

**140,4** EU  **142,0** EU + 2

### Pris

(EUR/g)

**135** €

**55–82** €

**38** €

### Renhet

(%)

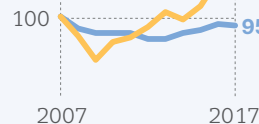
**88** %

**49–71** %

**27** %

### Indexerade trender

Pris och renhet

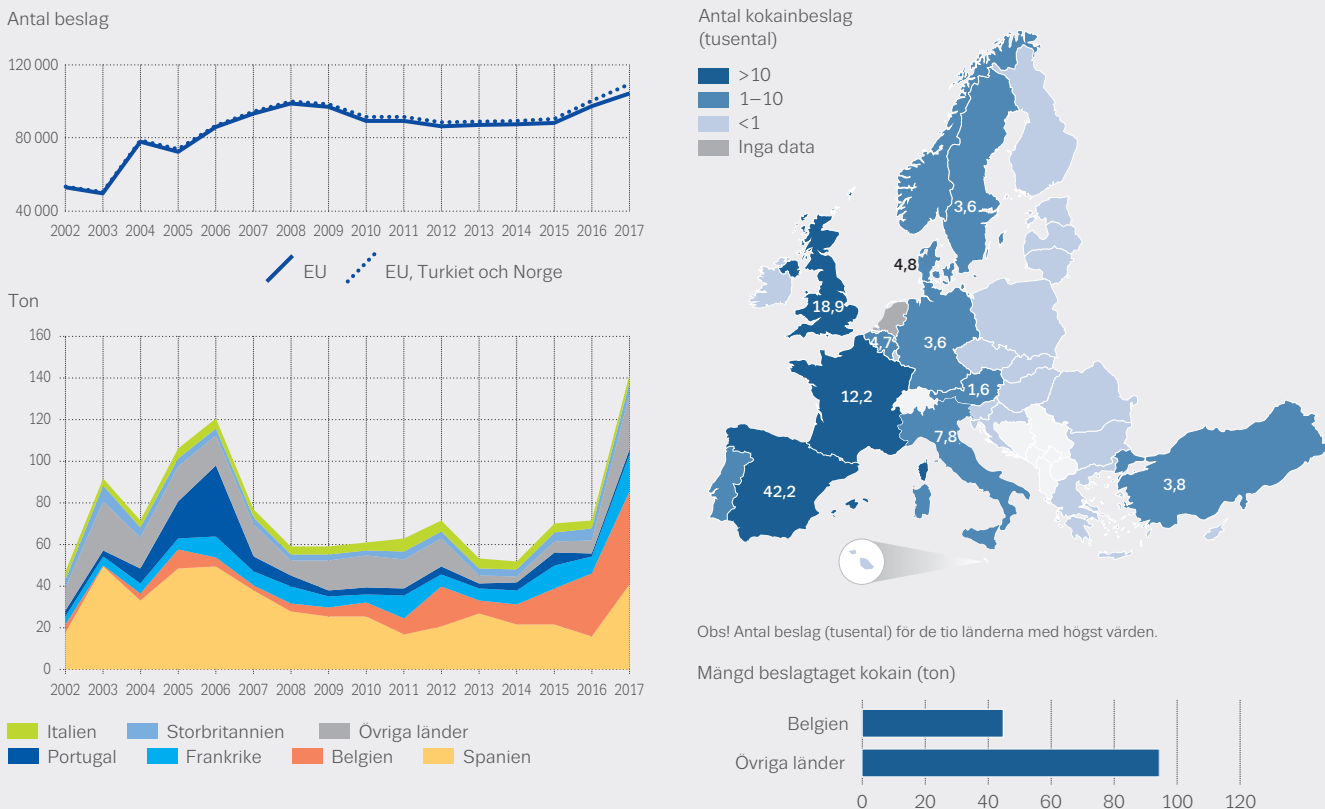


EU + 2 avser EU:s medlemsstater, Turkiet och Norge. Pris och renhet för kokain: nationella medelvärden – minimum, maximum och kvartilavstånd. Vilka länder som omfattas varierar mellan olika indikatorer.



FIGUR 1.6

Antal kokainbeslag och beslagtagna mängd: trender samt under 2017 eller senaste året



stabil nivå. Sammantaget tyder dessa indikatorer på att tillgången på kokain är rekordstor.

Antalet crackbeslag ligger på en låg och stabil nivå i de länder som rapporterar om sådana. Det skulle delvis kunna förklaras av att crack framställs i Europa, nära konsumentmarknaderna, och inte transporteras över gränserna, där många av narkotikabeslagen vanligtvis görs.

Antalet beslag av och mängden beslagtagna kokablad har ökat, och uppgick 2017 till totalt 204 kg kokablad, tillsammans med en liten mängd kokapasta. Denna utveckling tyder på att en del kriminella organisationer har diversifierat sina produktionsstrategier, eftersom de kokainlaboratorier som tidigare påträffats i Europa främst har varit anläggningar för sekundär extraktion, vilket innebär att kokainet tas ut från material i vilka det tidigare ingått (till exempel vin, kläder eller plast). Det handlar därmed inte om utpräglade laboratorier som behandlar kokablad.

**Indikatorerna tyder på att tillgången på kokain är rekordstor**

## Narkotikaproduktion: utvecklingen på området prekursor-kemikalier

Prekursorer är kemikalier som behövs för att tillverka illegala droger. Historiskt sett har det huvudsakliga problemområdet i Europa varit förknippat med prekursorer för framställning av syntetisk narkotika som exempelvis amfetamin, metamfetamin och MDMA. Framväxten av heroinlaboratorier i EU har dock medfört att större vikt läggs vid avledning av ättiksyraanhydrid, den prekursor som används för att omvandla morfin till heroin. Eftersom många av de kemikalier som används till prekursorer har legitima användningsområden är de inte förbjudna, men handeln med dem följs och kontrolleras genom EU-förordningar som förtecknar vissa kemikalier. Tillgången på prekursorer och andra kemikalier som krävs för drogframställning har stor inverkan på narkotikamarknaden och på produktionsmetoderna i illegala laboratorier. Framställningsteknikerna utvecklas dessutom över tid för att undvika upptäckt, kontroller och straff. Förändringarna innebär vanligtvis användning av alternativa substanser för att framställa syntetisk narkotika eller deras prekursorer, vilket sedan blir den föredragna framställningsmetoden. Det extra arbete som kan krävas när sådana alternativa substanser används, och de mer komplicerade syntesvägarna, kan medföra ett behov av mer kemikalier, vilket genererar mer avfall och kan ha större skadliga

effekter för miljön om kemikalierna inte kasseras på ett lämpligt sätt.

Data om beslag och stoppade sändningar av prekursorer bekräftar att både förtecknade och icke förtecknade kemikalier används för att tillverka illegala substanser i EU, särskilt för amfetaminer och MDMA (tabell 1.2). BMK-prekursor (bensylmetylketon) APAAN (alfa-fenylacetoacetamid) togs upp i förteckningen över kontrollerade ämnen i slutet av 2013, vilket fortsätter att ha effekt med en minskning av de beslagtagna mängderna från 48 ton år 2013 till omkring 5 ton år 2017. Beslagen av den alternativa kemikalien APAA (alfa-fenylacetoacetamid) ökade kraftigt under 2016 och 2017. Beslagen av glycidderivat av BMK, som också lätt kan omvandlas till BMK, rapporterades för första gången 2015 och ökade även de kraftigt till omkring 3 ton år 2016 och därefter till nästan 6 ton år 2017.

De beslagtagna mängderna av PMK (piperonylmetylketon) och av icke förtecknade kemikalier för MDMA-framställning ökade dramatiskt under 2017. Samtliga beslag av PMK och de flesta beslagen av glycidderivat av PMK under 2017 gjordes i Nederländerna. Dessutom beslagtogs stora mängder 2-bromo-4-metylpropiofenon, en prekursor för syntetiska katinoner, samt stora mängder BMK (och BMK-glycidderivat), i Nederländerna, vilket bekräftar

### TABELL 1.2

Sammanfattning av beslag och stoppade sändningar av i EU förtecknade prekursorer och icke förtecknade kemikalier som används för ett urval av syntetisk narkotika som produceras i EU, 2017

Förtecknade/icke förtecknade	Beslag		Stoppade sändningar		TOTALT	
	Antal	Mängd	Antal	Mängd	Antal	Mängd
<b>MDMA eller besläktade substanser</b>						
PMK (liter)	10	5 397	0	0	10	5 397
Safrol (liter)	5	2 969	0	0	5	2 969
Piperonal (kg)	3	37	4	6 384	7	6 421
PMK-glycidderivat (kg)	20	17 774	0	0	20	17 774
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	25	0	0	1	25
<b>Amfetamin och metamfetamin</b>						
BMK (liter)	29	3 506	0	0	29	3 506
Efedrin, bulk (kg)	14	25	0	0	14	25
Pseudoefedrin, bulk (kg)	23	13	0	0	23	13
APAAN (kg)	9	5 065	0	0	9	5 065
PAA, fenylättiksyra (kg)	0	0	4	300	4	300
APAA (kg)	90	10 830	0	0	90	10 830
BMK-glycidderivat (kg)	5	5 725	0	0	5	5 725
<b>Övrigt</b>						
Ättiksyraanhydrid (liter)	24	81 289	55	243 011	79	324 300
2-brom-4-metylpropiofenon (kg)	4	1 211	0	0	4	1 211
N-fenetyl-4-piperidon (kg)	2	4,5	0	0	2	4,5

landets centrala roll inom framställning av syntetisk narkotika i EU.

År 2017 beslagtogs mer än 81 ton ättiksyraanhydrid och ytterligare 243 ton stoppades innan leverans, vilket innebär en stor ökning jämfört med tidigare år. Vidare är det värt att notera att Estland rapporterat om betydande beslagtagna mängder av *N*-fenetyl-4-piperidon, en prekursor för framställning av fentanylanaloger.

### Beslagen av amfetamin och metamfetamin tyder på gradvis ökning

Amfetamin och metamfetamin är syntetiska stimulantia som i vissa datauppsättningar kategoriseras tillsammans som "amfetaminer". Uppgifter om beslagen under de senaste tio åren visar att tillgången till metamfetamin långsamt har ökat och spridit sig geografiskt, även om

metamfetamin fortfarande är mycket mindre vanligt än amfetamin.

Båda drogerna tillverkas i Europa för den europeiska marknaden. Tillgängliga data tyder på att amfetamin främst tillverkas i Belgien, Nederländerna och Polen och i mindre omfattning i de baltiska staterna och Tyskland. Normalt sett sker alla delar av amfetaminframställningen på samma plats. Beslag av amfetaminolja i vissa medlemsstater tyder dock på att även denna produkt smugglas mellan länder och att det sista steget i framställningen sker på eller i närheten av den avsedda destinationen.


En del av det amfetamin som tillverkas inom EU exporteras, främst till Mellanöstern. Stora beslag av amfetamintabletter med Captagon-logotyp som gjorts i Turkiet har rapporterats ha koppling till Syrien.

## AMFETAMINER



### AMFETAMIN

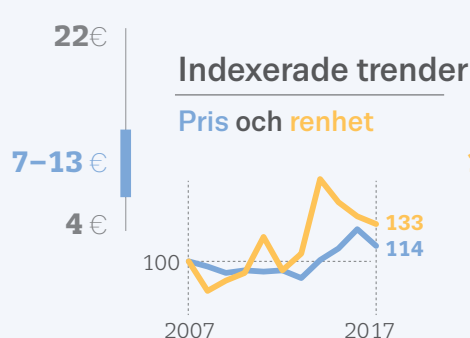
#### Beslag

Antal  
**35 000** EU  **40 000** EU + 2

Mängd  
**6,4** EU  **13,4** EU + 2

#### Pris

(EUR/g)




#### Renhet

(%)



### METAMFETAMIN

#### Beslag

Antal  
**9 000** EU  **19 000** EU + 2

Mängd  
**0,7** EU  **1,4** EU + 2

#### Pris

(EUR/g)



#### Renhet

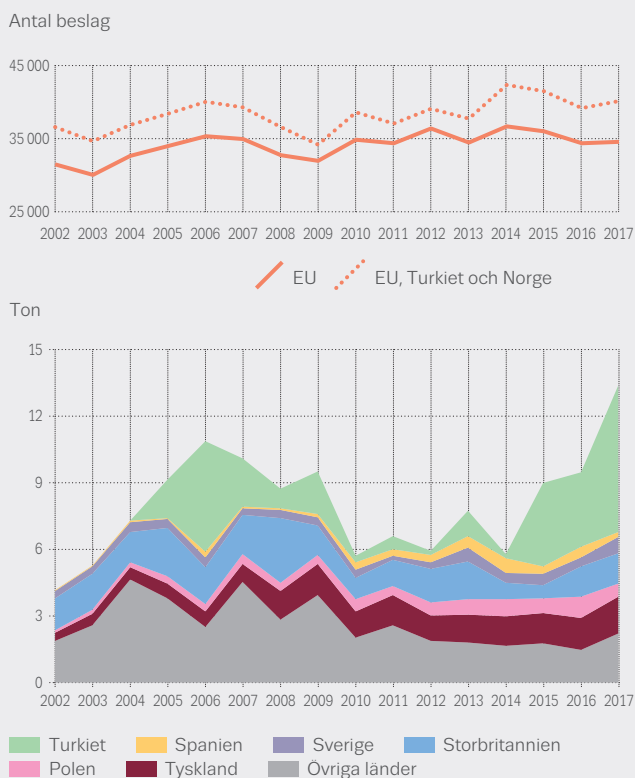
(%)



EU + 2 avser EU:s medlemsstater, Turkiet och Norge. Pris och renhet för amfetaminer: nationella medelvärden – minimum, maximum och kvartilavstånd. Vilka länder som omfattas varierar mellan olika indikatorer. Det finns inga indexerade trender för metamfetamin.

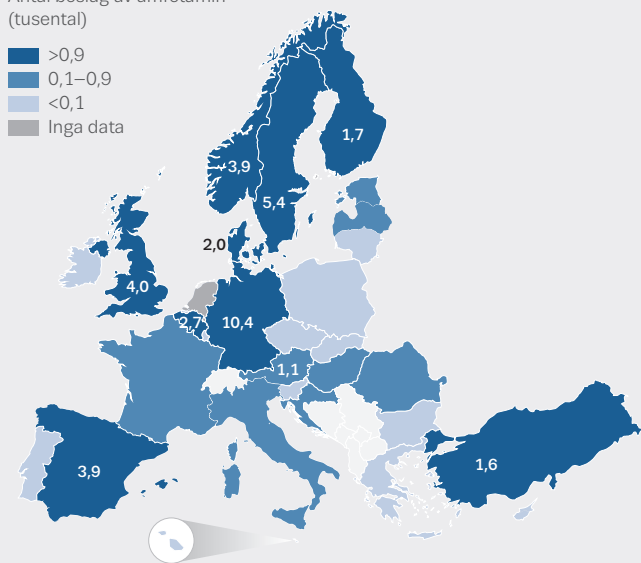
FIGUR 1.7

Antal amfetaminbeslag och beslagtagna mängd: trender samt under 2017 eller senaste året



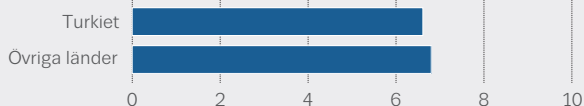
Antal beslag av amfetamin (tusental)

- >0,9
- 0,1–0,9
- <0,1
- Inga data



Obs! Antal beslag (tusental) för de tio länderna med högst värden.

Mängd beslagtagna amfetamin (ton)



Merparten av det metamfetamin som beslagtas i Europa framställs i Tjeckien eller i gränsområden som tillhör dess grannländer. I Nederländerna påträffas det några få illegala metamfetaminlaboratorier varje år. I vissa fall är dessa relativt stora och producerar främst för export till marknader i Fjärran Östern och Oceanien. I Tjeckien framställs metamfetamin i huvudsak från pseudoefedrin, som utvinns ur läkemedel. Under 2017 rapporterades 298 olagliga metamfetaminlaboratorier i EU, varav 264 låg i Tjeckien. I de flesta fall rör det sig om småskaliga laboratorier som drivs av lokala användare eller langare och som försörjer den inhemska marknaden. Storskaliga anläggningar som drivs av icke-tjeckiska organiserade kriminella grupper, och som framställer metamfetamin för andra europeiska länder, har dock också vuxit fram de senaste åren.

Under 2017 rapporterade EU:s medlemsstater 35 000 beslag av amfetamin på sammanlagt 6,4 ton. Den uppskattade mängden beslagtagna amfetamin i EU har generellt sett pendlat mellan fem och sex ton per år sedan 2010, även om det skett ökning under de två senaste åren (figur 1.7). Tyskland och Storbritannien beslagtar som regel de största mängderna, ofta mer än ett ton vardera. Antalet metamfetaminbeslag i EU under 2017 var betydligt lägre: 9 000 rapporterade beslag som motsvarade 0,7 ton.

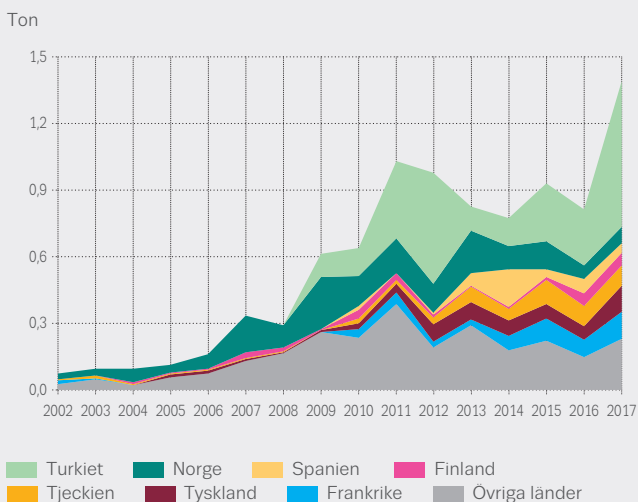
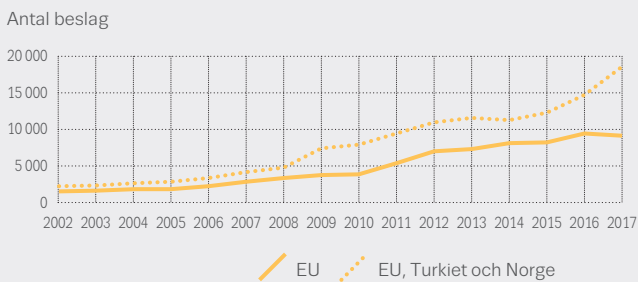
Den största beslagen gjordes i Frankrike (122 kg), Tyskland (114 kg) och Tjeckien (93 kg) (figur 1.8). Antalet metamfetaminbeslag har överlag ökat sedan 2002, men tecken på en stabilisering har setts de senaste åren. Den beslagtagna mängden har ökat sedan 2009, om än med vissa variationer.

Under 2017 beslagtogs Turkiet mer amfetamin (6,6 ton) än EU:s medlemsstater tillsammans (6,4 ton). Nästan all amfetamin som beslagtogs i Turkiet var i tablettform (26,3 miljoner tabletter, vilket står för mer än 99,5 procent av den totala uppskattade beslagtagna mängden), inbegripet stora mängder Captagon-tabletter som innehåller amfetamin. Turkiet beslagtogs även en exceptionellt stor mängd metamfetamin under 2017 (658 kg), vilket är nästan identiskt med den beslagtagna mängd som rapporterats för hela EU (662 kg).

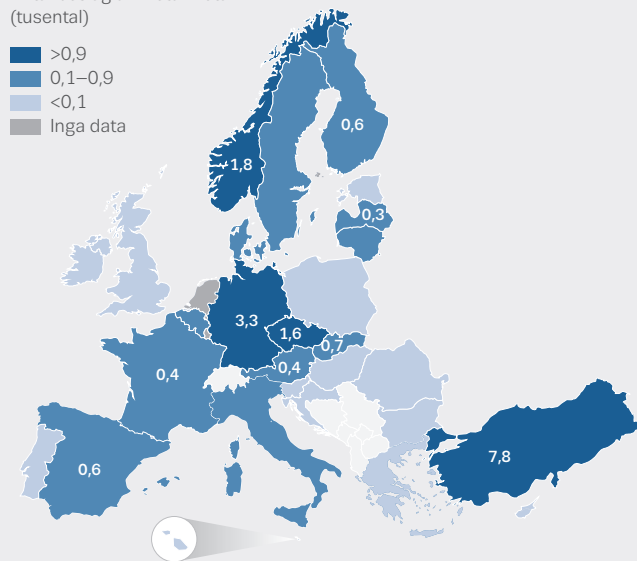
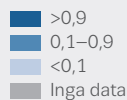
Jämfört med ett årtionde tidigare var såväl amfetaminpriset som renheten i Europa högre 2017, även om en liten minskning jämfört med föregående år kunde konstateras. Både den genomsnittliga rapporterade renheten och priset är generellt högre för metamfetaminprover än för amfetaminprover.

FIGUR 1.8

Antal metamfetaminbeslag och beslagtagn mängd: trender samt under 2017 eller senaste året

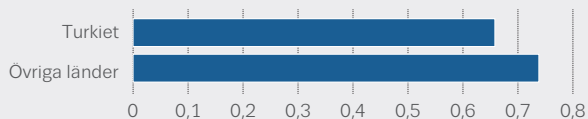


Antal beslag av metamfetamin (tusental)



Obs! Antal beslag (tusental) för de tio länderna med högst värden.

Mängd beslagtagn metamfetamin (ton)



MDMA: ökad tillverkning och fler beslag

MDMA (3,4-metylendioxymetamfetamin) är en syntetisk drog som är kemiskt besläktad med amfetamin men har andra effekter. MDMA konsumeras i form av tabletter (ofta

kallade ecstasy), eller i pulver- och kristallform. Internationella insatser för att kontrollera prekursorer (de kemikalier som krävs för framställningen av olaglig narkotika) störde MDMA-marknaden under den senare delen av 2000-talet. Ett uppsving har dock konstaterats för

MDMA



Beslag

Antal



Mängd



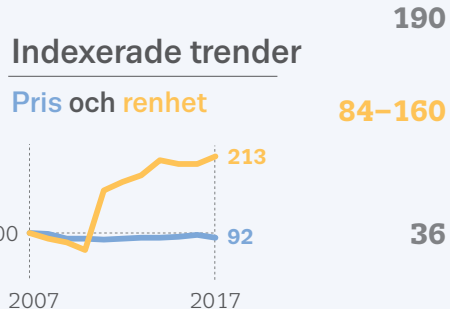
Pris

(EUR/tablett)



Renhet

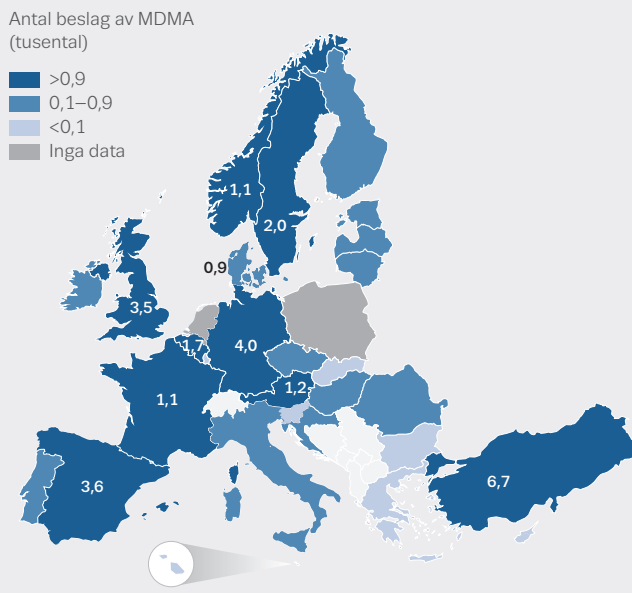
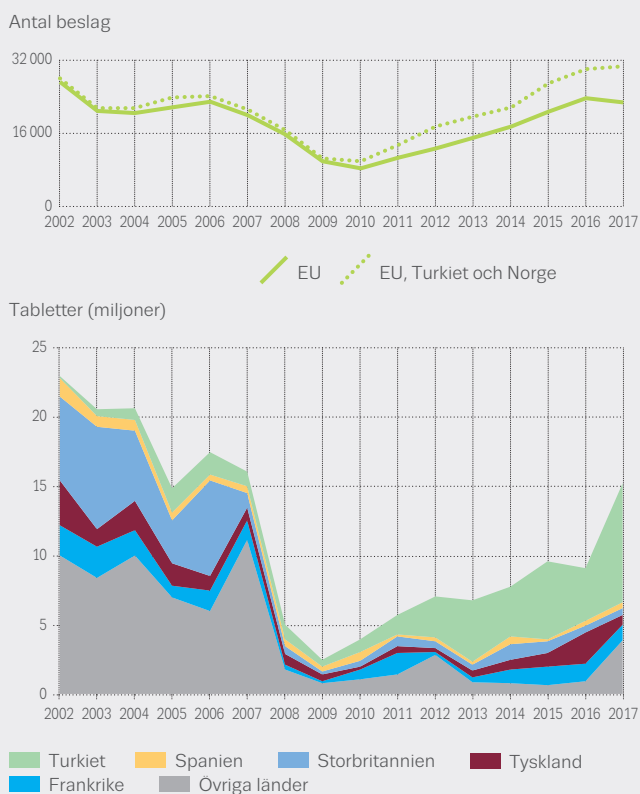
(MDMA mg/tablett)



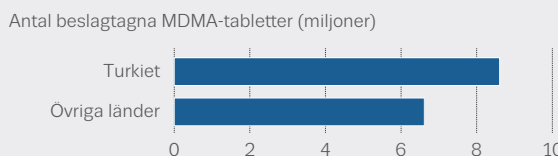
EU + 2 avser EU:s medlemsstater, Turkiet och Norge. Pris och renhet för MDMA: nationella medelvärden – minimum, maximum och kvartilavstånd. Vilka länder som omfattas varierar mellan olika indikatorer.

FIGUR 1.9

Antal MDMA-beslag (alla former) och beslagtagna mängd tabletter: trender samt under 2017 eller senaste året



Obs! Antal beslag (tusental) för de tio länderna med högst värden.



MDMA-marknaden under senare år, eftersom producenterna har hittat icke-kontrollerade ersättningskemikalier som kan användas för att framställa drogen. Bland de länder som regelbundet rapporterar uppgifter återspeglas denna utveckling i tablettens genomsnittliga MDMA-halt. Halten har ökat sedan 2010 och nådde den högsta halten på tio år under 2017. Marknadsföring tycks ha betydelse för försäljningen med tanke på att tablettens färg, form och logotyper hela tiden ändras.

Framställningen av MDMA i Europa är främst koncentrerad till Nederländerna och Belgien. Totalt stängdes 21 aktiva MDMA-laboratorier enligt rapporterna i EU under 2017, och samtliga låg i Nederländerna. Det är nästan en fördubbling jämfört med 2016. Inga anläggningar för framställning av MDMA upptäcktes i Belgien under 2017, men rapporter om dumpning av kemiskt avfall från framställning av MDMA tyder ändå på att drogen fortsätter att framställas där.

Rapporter om beslag från länder utanför Europa, som identifierats med hjälp av information från öppna källor samt analyser av data om marknader på darknet, belyser den viktiga roll som europeiska producenter spelar inom den globala försörjningen av MDMA. Exempelvis visar

övervakningsdata att marknaderna på darknet inte bara underlättar för direkt försäljning till konsumenter, utan även används av handlare över hela världen för att köpa MDMA som framställts i Europa. Analyser visar att transaktioner för tablettmängder som motsvarar marknadens mellannivå står för mer än dubbelt så stora intäkter jämfört med försäljningen av mängder som motsvarar slutkundsnivå. I motsats till detta sker transaktioner på darknet rörande cannabis och kokain till övervägande del på slutkundsnivå.

De rapporterade MDMA-beslagen i EU visar på en uppåtgående trend sedan 2010. Mängden MDMA som beslagtas rapporteras oftare i antal tabletter än i vikt. Under 2017 beslagtogs uppskattningsvis 6,6 miljoner MDMA-tabletter i EU, vilket är den största mängden sedan 2007. Långsiktiga variationer kan ses vad gäller de årliga beslagens storlek inom EU, men detta är delvis en konsekvens av stora enskilda beslag. Vissa länder har även rapporterat beslag av MDMA-pulver. De rapporterade beslagen av MDMA-pulver i EU ökade från 0,3 ton 2016 till 1,7 ton 2017. Denna ökning beror främst på beslag som rapporterats av Nederländerna, där man nu för första gången på fem år tillhandahåller uppgifter om mängden beslagtagna MDMA, och således bidrar till en mer heltäckande analys på området.

FIGUR 1.10

I Turkiet gjordes stora beslag av MDMA-tabletter under 2017: 8,6 miljoner tabletter beslagtogs. Det överstiger den totala mängd som beslagtogs i EU (figur 1.9) och innebär mer än en fördubbling jämfört med föregående år.

### Beslag av LSD, GHB och ketamin

Beslag av andra illegala droger rapporteras i EU, däribland över 2 000 beslag av LSD (lysergsyredietylamid) under 2017, vilket motsvarar 74 000 enheter. Det totala antalet LSD-beslag har mer än fördubblats sedan 2010, även om mängden har varierat. Sexton EU-länder rapporterade omkring 2 000 beslag av ketamin, som tillsammans stod för cirka 194 kg och 5 liter av drogen. Danmark, Italien och Storbritannien gjorde merparten av beslagen. Norge rapporterade också ett fåtal beslag av ketamin, närmare bestämt 42 beslag och en sammanlagd mängd på 0,1 kg. Under 2017 rapporterades beslag av GHB (gammahydroxybutyrat) eller GBL (gammabutyrolakton) av 14 EU-länder plus Norge och Turkiet, där Norge stod för över en fjärdedel av det totala antalet beslag. Totalt beräknades antalet beslag till 1 600 stycken och den beslagtagna mängden till nästan 127 kg och 1 300 liter av drogen. Närmare hälften av den totala mängden beslagtogs i Belgien, främst i form av GBL.

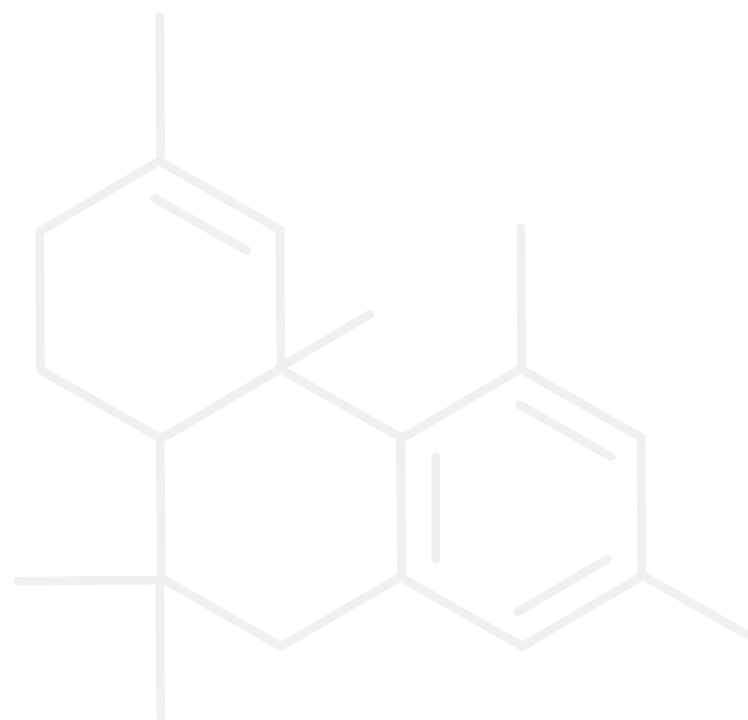
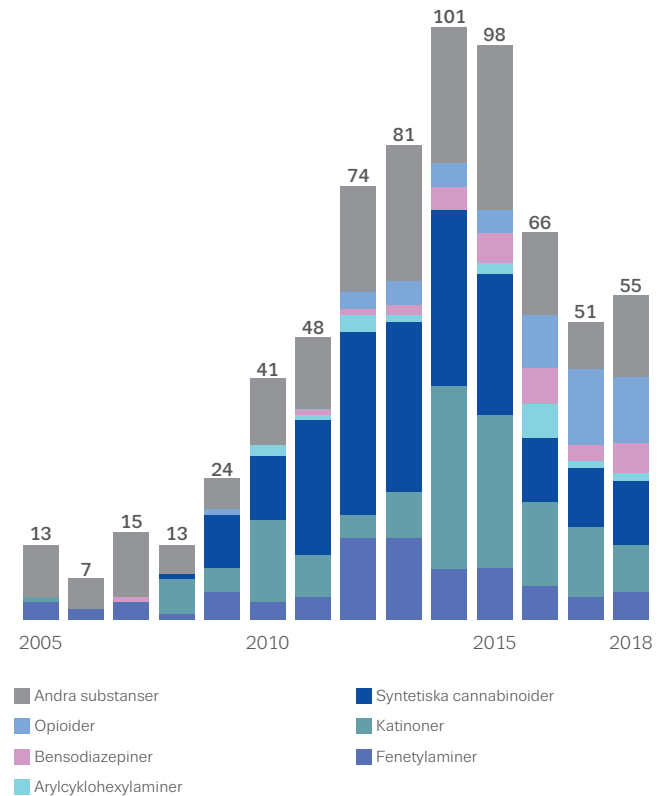
### Nya psykoaktiva substanser: en komplex marknad

I slutet av 2018 övervakade EMCDDA över 730 nya psykoaktiva substanser, varav 55 upptäcktes för första gången i Europa under 2018. Psykoaktiva substanser består av ett brett spektrum av droger. Det kan till exempel röra sig om syntetiska cannabinoider, stimulantia, opioider och bensodiazepiner.

I de flesta fallen bulk tillverkas nya psykoaktiva substanser i kemi- och läkemedelsföretag i Kina. Därifrån transporteras de till Europa där de bearbetas vidare till produkter som förpackas och säljs. I vissa fall säljs de öppett i fysiska butiker. Även om restriktioner i vissa länder har begränsat den öppna försäljningen av dessa produkter kan de fortfarande finnas tillgängliga genom förtäckt försäljning. De kan även skaffas genom onlinebutiker eller på darknet, eller så säljs de på den illegala marknaden. I sådana fall kan de säljas under eget namn eller säljas som – eller blandas med – andra droger, till exempel heroin, kokain, MDMA eller psykoaktiva läkemedel.

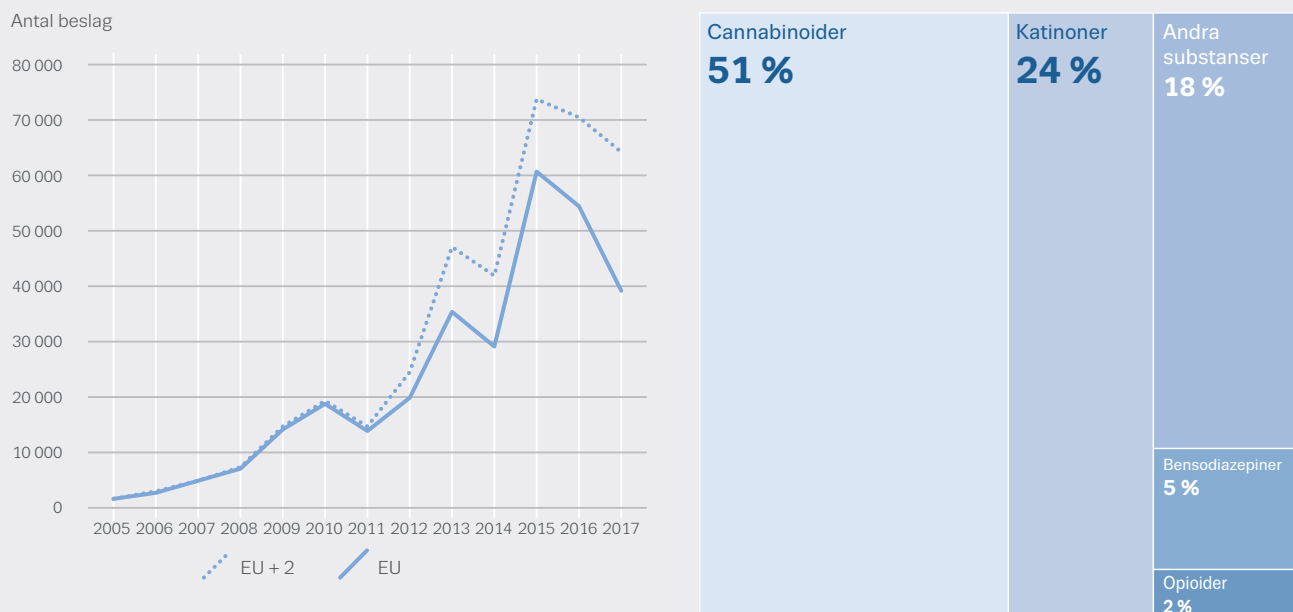
Antalet nya substanser som identifieras för första gången varje år var som störst under 2014–2015. Därefter har antalet legat stabilt på en nivå som motsvarar nivån för 2011–2012 (figur 1.10). Orsaken till detta är oklar, men

Antal och huvudgrupper av nya psykoaktiva substanser som för första gången har anmälts till EU:s system för tidig varning, 2005–2018



FIGUR 1.11

Beslag som rapporterats till EU:s system för tidig varning: trender i totalt antal beslag samt antal beslag per huvudgrupp under 2017



ihållande insatser för att kontrollera nya substanser i Europa i kombination med lagstiftningsinitiativ i Kina kan vara en del av förklaringen.

Antalet nya substanser som upptäcks för första gången varje år är bara ett av flera mått som EMCDDA använder för att skaffa sig en uppfattning om den totala marknaden. Exempelvis upptäcktes 390 substanser, det vill säga ungefär hälften av de nya substanser som följs av EU:s system för tidig varning, i Europa under 2017, och några av dessa dök upp för första gången för över tio år sedan. Detta visar hur dynamisk denna del av narkotikamarknaden är: enskilda substanser kan dyka upp och sedan snabbt försvinna, men antalet substanser på marknaden förblir stort.

### Beslag av nya psykoaktiva substanser

Under 2017 rapporterade de brottsbekämpande myndigheterna i Europas länder sammanlagt omkring 64 160 beslag av nya psykoaktiva substanser till EU:s system för tidig varning. Av dessa rapporterades 39 115 beslag av EU:s 28 medlemsstater (figur 1.11).

De flesta nya psykoaktiva substanser som rapporterades 2017 hade pulverform, närmare bestämt 2,8 ton, oavsett övrig kategori. I stort liknar detta siffrorna från tidigare år. Dessutom rapporterades strax under 240 kg örtmaterial, varav två tredjedelar var i form av rökblandningar som innehöll syntetiska cannabinoider. Nya substanser hittades

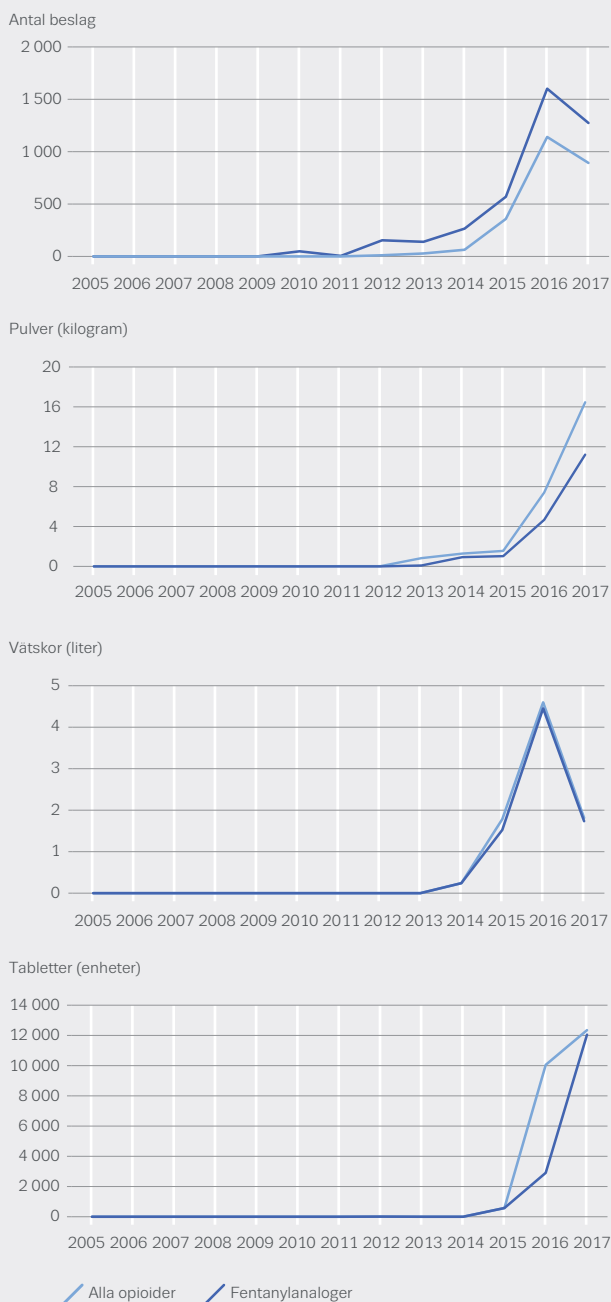
även i tabletter (6 769 fall, 2,8 miljoner enheter), blotTERS (läskpapper) (980 fall, 23 000 enheter) och vätskor (1 430 fall, 490 liter). Vissa av dessa vätskor såldes som nässprejer färdiga att användas eller som e-vätskor för e-cigarett.

I Europa består beslagen av nya psykoaktiva substanser normalt sett av syntetiska cannabinoider och katinoner. En större mångfald har dock setts de senaste åren, och andra grupper av substanser håller på att få en mer framträdande ställning. Exempelvis tycks mängden opioider och bensodiazepiner som beslagtas i Europa öka.



FIGUR 1.12

Beslag av syntetiska opioider som rapporterats till EU:s system för tidig varning: trender i antal beslag och beslagtagna mängder



Obs! Data för EU, Turkiet och Norge. Beslag av tramadol är ej inräknade.

### Nya syntetiska opioider

Sedan 2009 har 49 nya syntetiska opioider upptäckts på den europeiska narkotikamarknaden – elva av dessa rapporterades för första gången 2018. Den totala siffran inbegriper 34 fentanylanaloger och av dessa rapporterades 6 för första gången 2018. Många nya opioider (i synnerhet de som tillhör fentanylfamiljen) har än så länge en relativt obetydlig marknadsandel i Europa, men vissa av dem är mycket starka och utgör ett allvarligt hot mot enskilda personers hälsa och folkhälsan i stort.

Under 2017 rapporterade de brottsbekämpande myndigheterna uppskattningsvis 1 300 beslag av nya opioider till EU:s system för tidig varning. Merparten av dessa (70 procent) var beslag av fentanylanaloger (figur 1.12), men ett antal andra typer av opioider (till exempel U-47,700 och U-51,754) rapporterades också. Den totala mängden opioidpulver och opioidtabletter har ökat kontinuerligt sedan 2012 (figur 1.12). Totalt uppgick den beslagtagna mängden nya opioider under 2017 till cirka 17 kg pulver, 1,8 liter vätska och över 29 000 tabletter. I mindre omfattning har nya opioider även hittats i blotters och i rökblandningar. I dessa fall kan det saknas indikation på att de innehåller starka opioider, vilket kan utgöra en risk för förgiftning, i synnerhet om en person som tar drogen inte har någon befintlig tolerans för opioider.

Karfentanilbeslagen i Europa väcker särskild oro, eftersom karfentanil är en av de starkaste opioiderna man känner till. Det rapporterades över 300 karfentanilbeslag i Europa under 2017. Dessa beslag bestod sammanlagt av ungefär 4 kg pulver och 250 ml vätskor. Några av dessa pulver såldes som heroin eller blandades med heroin.

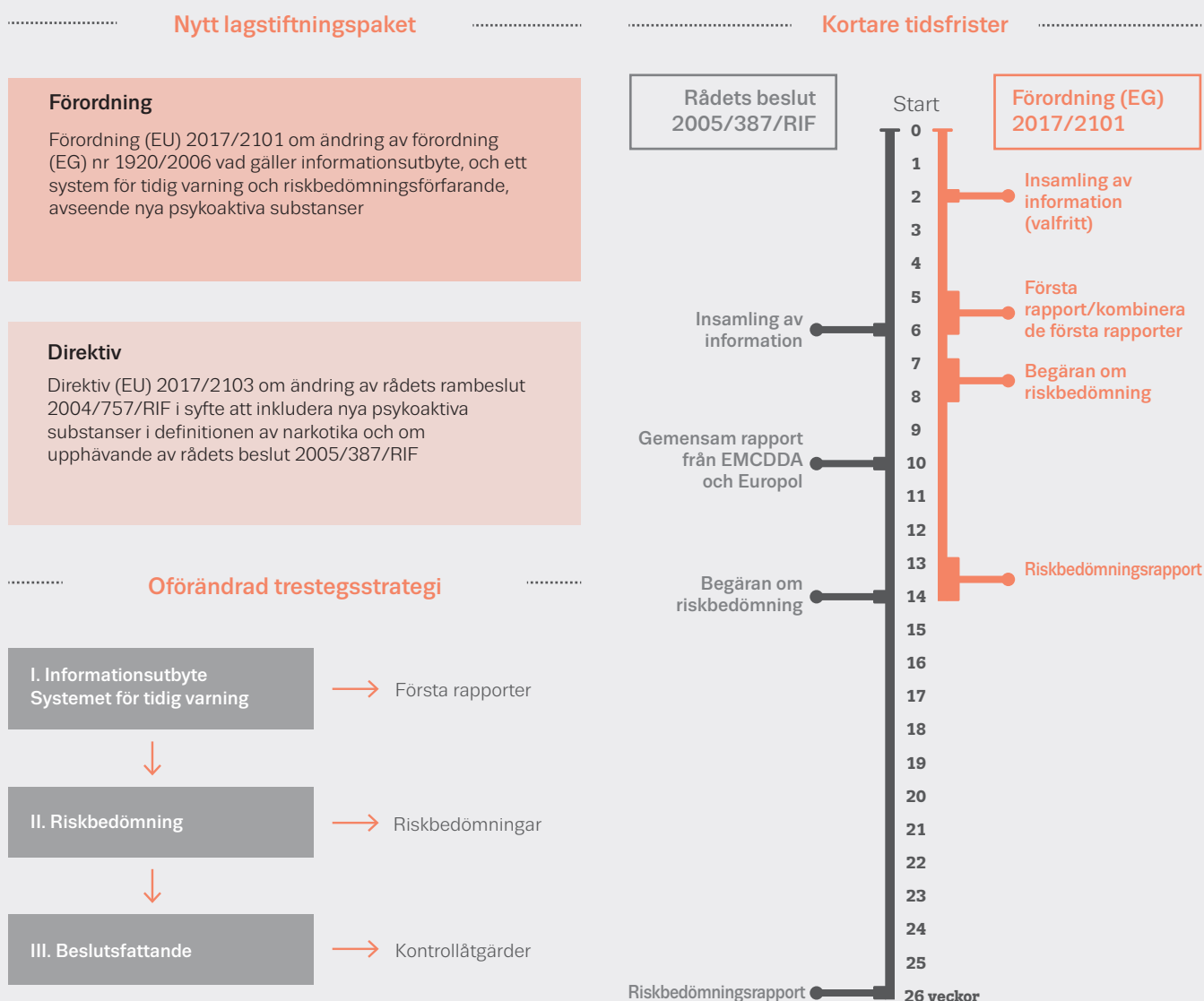
### Nya bensodiazepiner

Under de senaste åren tycks antal, typer och tillgång till bensodiazepiner ha ökat. Det är en klass nya psykoaktiva substanser som inte omfattas av den befintliga internationella narkotikalagstiftningen. Några av dessa substanser säljs som förfälskningar av vanliga ångestdämpande läkemedel, till exempel alprazolam (Xanax) och diazepam, och drar nytta av befintliga distributionsnätverk på den illegala narkotikamarknaden. Andra säljs online, ibland under eget namn, och marknadsförs som "lagliga" versioner av godkända läkemedel.

EMCDDA följer för närvarande upp 28 nya bensodiazepiner, varav 23 upptäckts i Europa under de senaste 5 åren. Närmare 3 500 beslag av nya bensodiazepiner rapporterades till EU:s system för tidig varning under 2017. De flesta av dessa beslag gällde tabletter, närmare bestämt mer än 2,4 miljoner enheter. Det är en stor ökning jämfört med 2016, då omkring en halv miljon tabletter av denna klass beslagtogs. Denna ökning kan tillskrivas stora beslag av etizolam i ett enda land, ett ämne som först rapporterades till systemet för tidig varning år 2011. Dessutom rapporterades att det under 2017 beslagtogs omkring 27 kg pulver, 1,4 liter vätska och 2 400 blotters som innehöll nya bensodiazepiner.

FIGUR 1.13

Nya påskyndade EU-förfaranden för att upptäcka och hantera nya psykoaktiva substanser som påträffas i EU



**Nya psykoaktiva substanser: nya lagstiftningsåtgärder**

För att förhindra försäljning av droger vidtar de europeiska länderna åtgärder enligt tre FN-konventioner som utgör ett ramverk för att begränsa produktion, handel och innehav av över 240 psykoaktiva substanser. Den snabba framväxten av nya psykoaktiva substanser och de många olika typerna av produkter inom denna kategori har visat sig vara en svårreglerad situation, både för konventionerna och för Europas beslutsfattare och lagstiftare.

På nationell nivå har man vidtagit olika åtgärder för att kontrollera de nya substanserna. Tre huvudsakliga initiativ har tagits. Många länder i Europa har stiftat lagar om konsumentssäkerhet på området. Befintlig narkotikalagstiftning har anpassats och utvidgats för att

även omfatta nya psykoaktiva substanser. Flera länder har skapat ny, specifik lagstiftning på området.

Under lång tid registrerade de flesta europeiska länder varje kontrollerad substans för sig. Men i takt med att allt fler nya substanser upptäckts i Europa har fler länder försökt att kontrollera hela grupper av substanser. Merparten av länderna har avgränsat grupperna efter kemisk struktur (så kallade generiska grupper), även om ett fåtal har avgränsat grupperna efter substansernas effekter. De flesta länder som har tillämpat den generiska metoden har lagt till gruppdefinitionerna till befintlig narkotikalagstiftning, men vissa har enbart lagt in sådana grupper i specifik lagstiftning för nya psykoaktiva substanser.

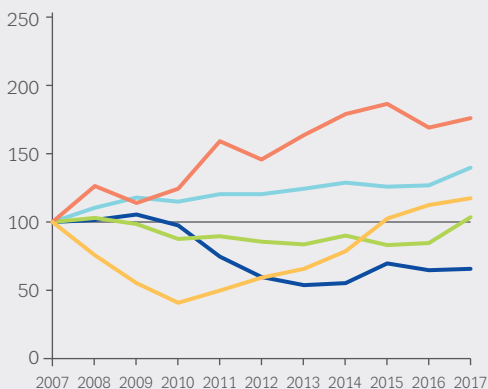
På EU-nivå har de rättsliga ramarna för åtgärder vid hot mot folkhälsan och samhällshot som vållas av nya

FIGUR 1.14

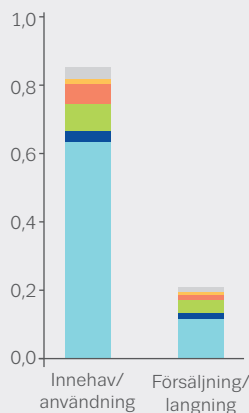
Narkotikabrott i EU som gäller användning eller innehav för personligt bruk eller narkotikaförsäljning/langning: indexerade trender och rapporterade brott 2017

#### Innehav/användning

Indexerade trender

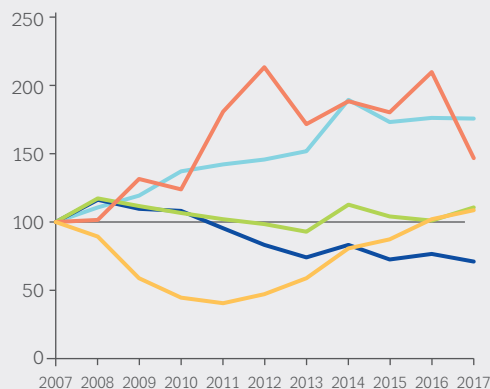


Antal brott (miljoner)



#### Försäljning/langning

Indexerade trender



Heroin Kokain MDMA Cannabis Amfetaminer Andra substanser

Obs! Uppgifterna avser brott där den inblandade drogen har rapporterats förekomma.

psykoaktiva substanser från 2005 reviderats för att skapa ett snabbare och effektivare system (figur 1.13). I den nya lagstiftningen kvarstår trestegsmetoden för respons vid nya psykoaktiva substanser – tidig varning, åtgärder för riskbedömning och kontrollåtgärder. Samtidigt har de befintliga förfarandena förstärkts genom att förfarandena för datainsamling och bedömning har rationaliserats och påskyndats, och kortare tidsfrister har införts. Efter riskbedömningen kan kommissionen lägga fram ett förslag om att låta ämnet genomgå kontrollåtgärder. Europaparlamentet och rådet har rätt att motsätta sig kommissionens förslag inom två månader och på vissa villkor. De nationella myndigheterna har sex månader (i stället för tolv) på sig att reglera ämnet efter att beslutet har trätt i kraft. Denna nya lagstiftning gäller i hela Europa sedan den 23 november 2018.

innehav av narkotika som inbegriper cannabis fortsatte att öka. I tre fjärdedelar (75 procent) av brotten som gällde bruk eller innehav ingick cannabis, även om denna siffra minskade med två procentenheter jämfört med 2016. Den stigande trenden inom brott som gällde bruk eller innehav av MDMA fortsatte under 2017, även om MDMA-brotten fortfarande bara utgör två procent av brotten som gäller bruk (figur 1.14).

Totalt sett har antalet narkotikaförsäljningsbrott i EU ökat med 22 procent jämfört med 2007, och uppgick 2017 till uppskattningsvis drygt 230 000 fall. Återigen dominerar cannabis, som majoriteten av dessa brott gällde (57 procent). Rapporterna om brott som gäller försäljning av MDMA har ökat sedan 2011 (figur 1.14), medan brotten som gäller försäljning av heroin under samma period har minskat något och situationen för kokain är relativt stabil.

### Narkotikabrott: cannabis klart vanligast

Tillämpningen av lagarna övervakas via data om rapporterade narkotikabrott. Siffrorna återspeglar skillnader i nationell lagstiftning och nationella prioriteringar, och även de olika sätt på vilka lagarna tillämpas och verkställs.

I Europeiska unionen rapporterades uppskattningsvis 1,5 miljoner narkotikabrott 2017, en ökning med ungefär en femtedel (20 procent) sedan 2007. De flesta av dessa brott (79 procent eller cirka 1,2 miljoner brott) gällde bruk eller innehav. Detta innebär en ökning med 27 procent jämfört med tio år tidigare. Brotten som gällde bruk eller

## MER INFORMATION

### EMCDDA:s publikationer

#### 2019

Country Drug Reports 2019.

#### 2018

Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation — an update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

Captagon: understanding today's illicit market, EMCDDA Papers.

#### 2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

Changes in Europe's cannabis resin market, Perspectives on drugs.

Drug squads: units specialised in drug law enforcement in Europe. Situation in the EU Member States, Norway and Turkey in 2015, EMCDDA Paper.

Drug supply reduction: an overview of EU policies and measures, EMCDDA Paper.

Drug trafficking penalties across the European Union: a survey of expert opinion, Technical reports.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

#### 2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Perspectives on Drugs.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, Perspectives on Drugs.

#### 2015

Opioid trafficking routes from Asia to Europe, Perspectives on Drugs.

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

#### 2014

New developments in Europe's cannabis markets, Perspectives on Drugs.

### Gemensamma publikationer från EMCDDA och Europol

#### 2018

Improved drug supply indicators for Europe: progress report, joint publication.

EMCDDA–Europol 2017 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA, implementation reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (methoxyacetylfentanyl), Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (cyclopropylfentanyl), Joint Reports.

#### 2017

Drugs and the darknet: perspectives for enforcement, research and policy.

#### 2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

### Gemensamma publikationer från EMCDDA och Eurojust

#### 2016

New psychoactive substances in Europe: legislation and prosecution — current challenges and solutions.

Alla publikationer finns på

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



# 2

**Samtida bruk av flera  
substanser är vanligt bland  
de som använder narkotika**

# Narkotikaanvändningens prevalens och trender

Narkotikaanvändningen i Europa omfattar numera ett bredare spektrum av substanser än förr. Det är vanligt bland personer som använder narkotika att bruka flera substanser, och de individuella användningsmönstren omfattar allt från sporadisk användning till regelbundet bruk och beroende. Cannabis är den vanligaste drogen – prevalensen av användning är ungefär fem gånger större än för andra substanser. Användningen av heroin och andra opioider är fortfarande relativt sällsynt, men dessa substanser fortsätter att vara de som oftast kopplas till de mer skadliga formerna av användning, exempelvis injicering av droger. Hur omfattande användningen av stimulantia är och vilka typer som är vanligast varierar mellan länderna, och det finns alltmer belegg som tyder på att injicering av stimulantia ökar. Användning av alla typer av droger är vanligare bland pojkar och män, och denna skillnad blir oftast ännu tydligare vid mer intensiva eller regelbundna användningsmönster.

## Uppföljning av narkotikabruket

EMCDDA samlar in data om narkotikaanvändning och användningsmönster i Europa och uppdaterar dessa uppgifter löpande.

Undersökningar som utförts bland skolungdomar och i den allmänna befolkningen kan ge en överblick över prevalensen av experimentellt och rekreationellt narkotikabruk. Resultaten från dessa undersökningar kompletteras med analyser på samhällsnivå av narkotikarester i kommunalt avloppsvatten i olika europeiska städer.

Studier som skattar narkotikamissbruk används för att identifiera omfattningen av mer befästa narkotikaproblem, medan uppgifter om personer som inleder specialiserade narkotikabehandlingar tillsammans med andra indikatorer bidrar till att skaffa sig en uppfattning om narkotikamissbrukets beskaffenhet och trender.

Andra mer riktade datakällor används också. Dessa så kallade framkantsindikatorer ger kunskap om hur användningsmönster förändras och om vilka typer av narkotika som används. Även om de inte är representativa för allmänheten tillhandahåller de uppgifter i ett tidigt skede som kan användas i kompletterande syfte. Alla datakällor rörande narkotikaanvändning har sina styrkor och sina svagheter, och både tillgången och kvaliteten på uppgifterna kan variera mellan olika länder. Detta är anledningen till att EMCDDA använder en försiktig strategi med många indikatorer för att beskriva den europeiska narkotikasituationen.

Fullständiga datauppsättningar och metodkommentarer finns i onlineversionen av [Statistical Bulletin](#).

## Omkring 96 miljoner vuxna har använt illegala droger

Enligt beräkningar har omkring 96 miljoner, det vill säga 29 procent, av den vuxna befolkningen (i åldern 15–64 år) i EU provat illegala droger någon gång i livet. Män uppger oftare än kvinnor att de har använt narkotika (57,8 miljoner män respektive 38,3 miljoner kvinnor). Den vanligaste drogen är cannabis (55,4 miljoner män och 36,1 miljoner kvinnor), medan betydligt lägre siffror rapporteras i fråga om livstidsanvändningen av kokain (12,4 miljoner män och 5,7 miljoner kvinnor), MDMA (9,3 miljoner män och 4,6 miljoner kvinnor) och amfetamin (8,3 miljoner män och 4,1 miljoner kvinnor). Livstidsanvändningen av cannabis varierar kraftigt mellan olika länder, från ungefär 4 procent av den vuxna befolkningen i Malta till 45 procent i Frankrike.

Användningen av narkotika under de senaste tolv månaderna är ett bra mått på aktuellt bruk av narkotika och är vanligast bland unga vuxna. Uppskattningsvis 19,1 miljoner unga vuxna (i åldern 15–34 år) har använt narkotika under det senaste året (16 procent), och antalet unga män som rapporterat att de gjort det var dubbelt så stort som antalet unga kvinnor (20 procent mot 11 procent).

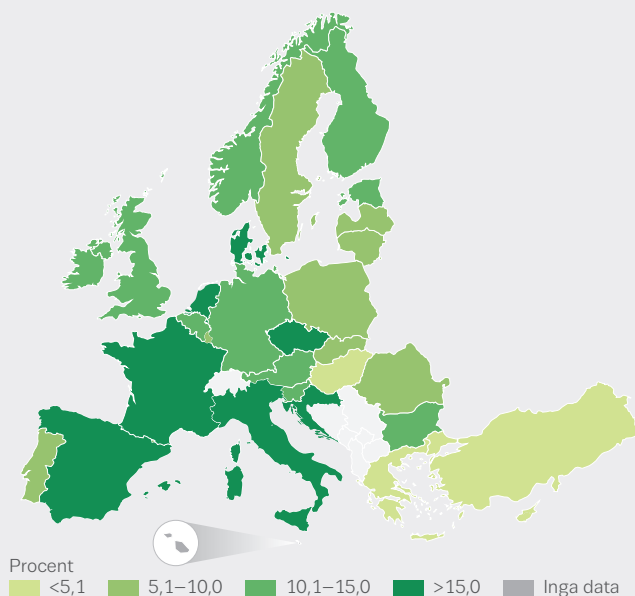
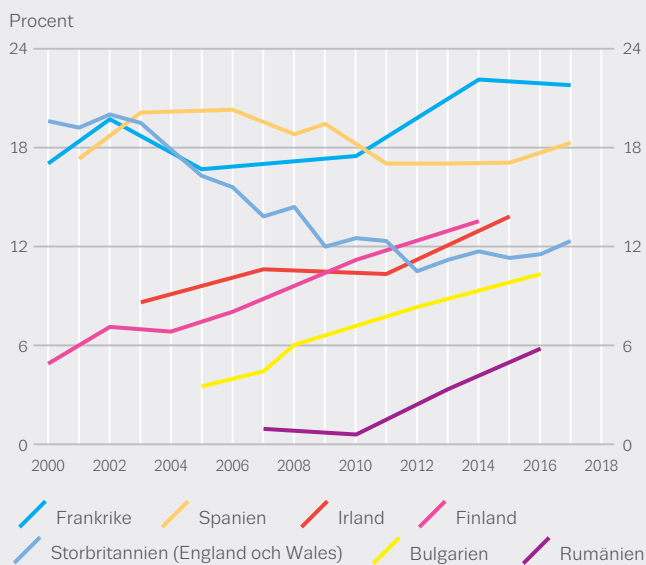
## Cannabisanvändningen bland unga

Cannabis är den vanligaste illegala drogen, oavsett åldersgrupp. Cannabis röks vanligen och i Europa blandas den ofta med tobak. Mönstren för cannabisanvändning kan variera från sporadisk användning till regelbundet bruk och beroende.

Enligt beräkningar har 91,2 miljoner vuxna i EU (i åldern 15–64 år), det vill säga 27,4 procent i denna åldersgrupp, provat cannabis någon gång i livet. Av dessa konsumerade uppskattningsvis 17,5 miljoner unga vuxna (i åldern 15–34 år) cannabis under det senaste året, det vill säga 14,4 procent i denna åldersgrupp. Årsprevalensen bland unga vuxna varierar från 3,5 procent i Ungern till 21,8 procent i Frankrike. Bland de unga som har använt cannabis under det senaste året var förhållandet mellan män och kvinnor två till ett. När man enbart tar hänsyn till ungdomar i ålder 15–24 är prevalensen för cannabisanvändning högre, med 18 procent (10,1 miljoner) som använt drogen under det senaste året och 9,3 procent under den senaste månaden (5,2 miljoner).

FIGUR 2.1

Årsprevalens för cannabisanvändning bland unga vuxna (15–34 år): utvalda trender och de senaste uppgifterna



Obs! Andra åldersintervall än 15–34 rapporteras av Danmark, Storbritannien och Norge (16–34), Sverige (17–34) och Tyskland, Frankrike, Grekland och Ungern (18–34).



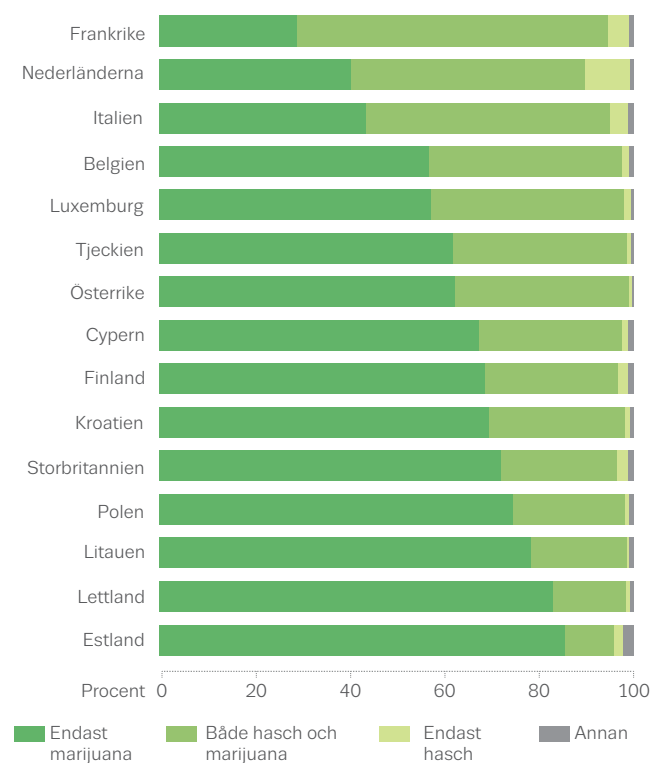
FIGUR 2.2

I de flesta länder visar aktuella undersökningar att cannabisanvändningen bland unga vuxna antingen är oförändrad eller ökande. Av de länder som har genomfört undersökningar efter 2016 och rapporterat konfidensintervall, rapporterade sex högre siffror än i föregående jämförbara undersökning, fem rapporterade att läget var oförändrat och ett rapporterade lägre siffror. I elva av dessa länder har en ökning av användningen bland ungdomar i åldern 15–24 år rapporterats i den senaste undersökningen.

Endast ett fåtal länder har tillräckliga undersökningsresultat för att det ska gå att göra en statistisk analys av de långsiktiga trenderna för cannabisanvändning hos unga vuxna (15–34 år) under det senaste året. Exempel på sådana länder är Spanien och Storbritannien (England och Wales), där de nedåtgående trender som observerats tidigare har stabiliserats enligt de senaste uppgifterna. I Storbritanniens fall har man dock under det senaste året sett en ökning till 12,3 procent (figur 2.1). Sedan år 2000 har man i ett antal länder kunnat se en ökande trend inom årsprevalensen för cannabisanvändning bland unga vuxna. Bland dessa ingår Irland och Finland, där de senaste uppgifterna tyder på nivåer som närmar sig EU-genomsnittet på 14,4 procent. Detsamma gäller Bulgarien och Rumänien, om än i något mindre utsträckning. I Frankrike visar aktuella undersökningar att prevalensnivåerna ligger stabilt på en hög nivå på 22 procent. I Danmark rapporterades en minskning till 15,4 procent i en undersökning från 2017, från 17,6 procent 2013.

Data från webbenkäter kan ge information som kompletterar undersökningar bland allmänheten samt ge ytterligare kunskaper om narkotikaanvändningen i Europa. Även om de inte är representativa för allmänheten kan dessa enkäter bygga på stora urval av personer som använder narkotika. "European Web Survey on Drugs" (europeiska webbenkäten om narkotika) samlade in information om användningsmönster och köp av de vanligaste illegala drogerna från 40 000 personer som använde narkotika och som främst fångats upp via sociala medier. Resultaten visar att marijuana användes oftare än hasch. Många svarade dock att de använde båda varianterna, i synnerhet i Frankrike, Italien och Nederländerna. Användning av enbart hasch rapporterades oregelbundet (figur 2.2).

Former av cannabis som deltagarna i en webbenkät uppgav att de hade använt förra året



Obs! Enkäten genomfördes i två omgångar, en under 2016 (Tjeckien, Frankrike, Kroatien, Nederländerna, Storbritannien) och en under 2017/2018 (övriga tio EU-länder).

Källa: European Web Survey on Drugs (europeiska webbenkäten om narkotika).

**Cannabis är den vanligaste  
illegala drogen**

## Cannabismissbruk: tecken på stabilisering

Baserat på undersökningar hos allmänheten uppskattas det att cirka 1 procent av den vuxna befolkningen i EU använder cannabis dagligen eller nästan dagligen – de har med andra ord använt drogen minst 20 dagar den senaste månaden. Omkring 60 procent av dessa är under 35 år, och omkring tre fjärdedelar är män.

Uppgifterna om personer som inleder behandling för sina cannabisproblem kan tillsammans med andra indikatorer bidra till en förståelse av beskaftenheten och omfattningen av cannabismissbruket i Europa. År 2017 inledde omkring 155 000 personer narkotikabehandling i Europa för problem kopplade till cannabisanvändning. Av dessa var det omkring 83 000 personer som inledde behandling för första gången i livet. I de 24 länderna med tillgängliga data ökade det sammanlagda antalet förstagångsklienter som sökte hjälp för cannabisproblem med 76 procent mellan 2006 och 2017.

Totalt sett rapporterade 47 procent av de cannabisanvändare som 2017 inledde behandling för första gången att de använt drogen varje dag den senaste månaden. De här siffrorna varierade från 10 procent eller mindre i Lettland, Ungern och Rumänien till 68 procent eller mer i Spanien, Nederländerna och Turkiet.

## Kokainanvändning: vissa tecken på ökning

Kokain är det vanligaste illegala stimulantia i Europa, även om användningen är vanligare i södra och västra Europa. De senaste åren har dess användning ökat i Europa. För forsknings- och övervakningsändamål kategoriseras personer som använder kokain på olika sätt, efter miljö, vilken produkt de använder eller anledningen till att de använder kokain. Bland regelbundna användare kan en grov skiljelinje dras mellan mer socialt välanpassade användare, som sniffar kokainpulver (kokainhydroklorid) och marginaliserade användare, som injicerar kokain eller röker crack (kokainbas), ibland parallellt med konsumtion av opioider. I många dataunderlag görs det ingen åtskillnad mellan de två formerna av kokain (pulverkokain eller crack) och begreppet kokainanvändning inbegriper båda två.

Det beräknas att 18,0 miljoner vuxna i EU (i åldern 15–64 år), eller 5,4 procent i denna åldersgrupp, någon gång i livet har använt kokain. Bland dessa har omkring 2,6 miljoner unga vuxna i åldern 15–34 år (2,1 procent av denna åldersgrupp) använt drogen under det senaste året.

Danmark, Irland, Spanien, Frankrike, Nederländerna och Storbritannien rapporterade en årsprevalens för kokainanvändning bland unga vuxna på mer än 2,5 procent (figur 2.3). Av de länder som har genomfört undersökningar efter 2016 och rapporterat konfidensintervall, rapporterade tre högre siffror än vid

## CANNABISANVÄNDARE SOM INLEDER BEHANDLING



### Egenskaper

17% 83%



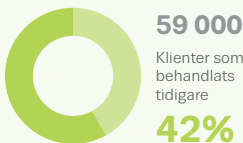
17 Genomsnittsålder vid första användning

25 Genomsnittsålder när första behandlingen inleds

83 000

Forstagångsklienter

58%



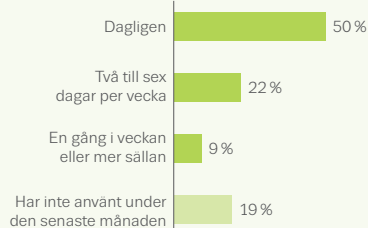
59 000

Klienter som behandlats tidigare

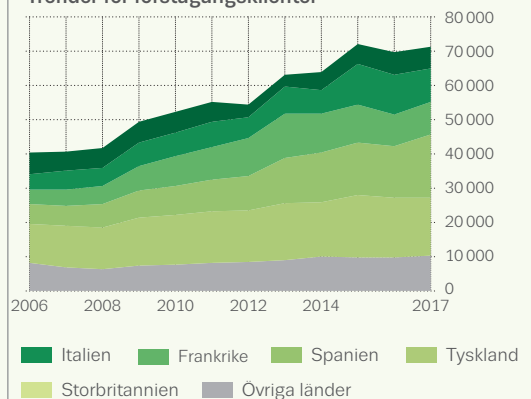
42%

### Användningsfrekvens under den senaste månaden

Genomsnittlig användning 5,3 dagar per vecka



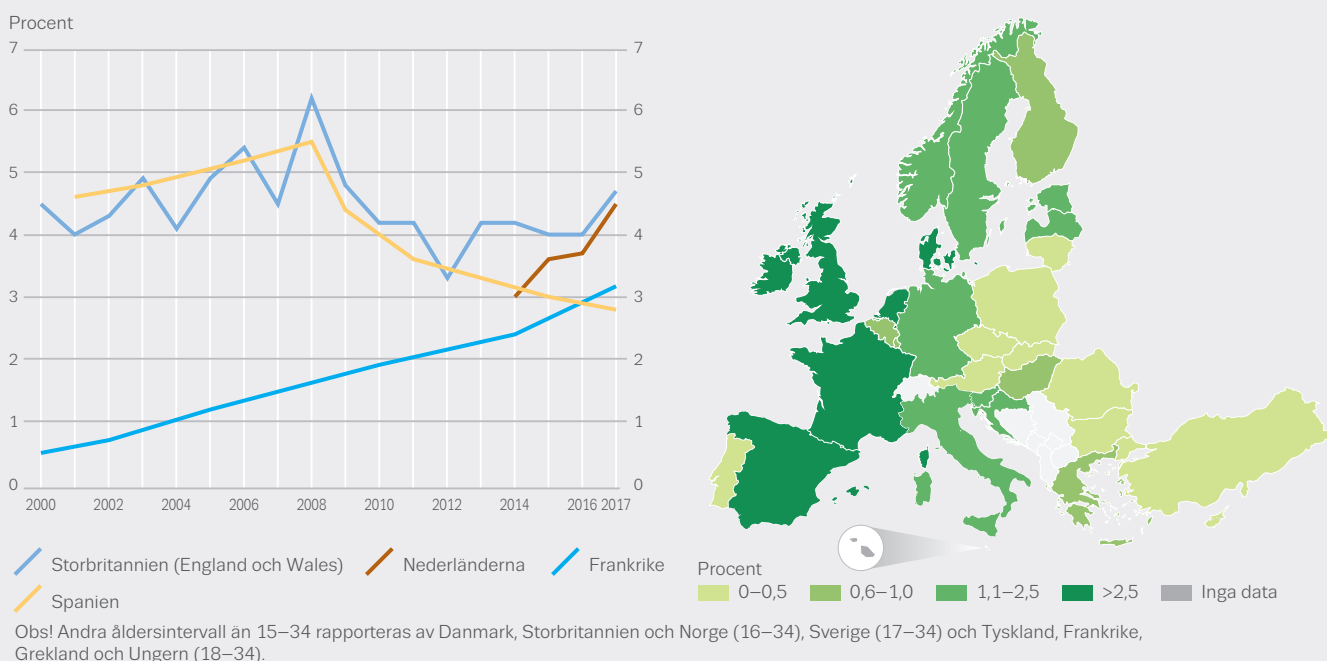
### Trender för förstagångsklienter



Obs! Bortsett från trenderna avser uppgifterna alla som inledde behandling och angav cannabis som primärdrog. Trender för förstagångsklienter avser 24 länder. Bara länder med data för minst elva av de tolv åren ingår i trenddiagrammet. Saknade värden interpoleras från närliggande år. Till följd av förändringar i dataflödet på nationell nivå är data för Italien från och med 2014 inte jämförbara med tidigare år. Till följd av ändringar i rapporteringssystemet bygger beräkningarna av totalen 2017 för Tyskland på uppgifter från 2016.

FIGUR 2.3

## Årsprevalens för kokainanvändning bland unga vuxna (15–34 år): utvalda trender och de senaste uppgifterna



föregående jämförbara undersökning och nio rapporterade oförändrade siffror.

Det går endast att göra en statistisk analys av de långsiktiga trenderna för det senaste årets kokainanvändning bland unga vuxna för ett begränsat antal länder. Bland några av dem finns det vissa tecken på ökad användning. I den årliga undersökningen i Storbritannien rapporteras till exempel en ökning till 4,7 procent efter en period av relativ stabilitet. Den fjärde jämförbara årliga undersökningen från Nederländerna rapporterar också om en uppåtgående trend med sina 4,5 procent, och för Frankrike steg prevalensen för första gången över 3-procentsgränsen. I motsats till detta fortsatte Spanien att rapportera en fallande prevalens: en minskning till 2,8 procent (figur 2.3).

En trendsplaneringsrapport från EMCDDA som utarbetades 2018 och som analyserar flera datakällor, rapporterade att den ökade tillgången på renare kokain på Europas narkotikamarknader kan leda till en stigande kokainanvändning i vissa länder. Studien tog även upp tecken på att kokainet håller på att expandera till nya marknader i Östeuropa, där användningen tidigare varit mycket låg.

I en studie som omfattar flera olika städer har man analyserat kokainrester i det kommunala avloppsvattnet för att komplettera resultaten från befolkningsundersökningarna. Analysen av avloppsvatten

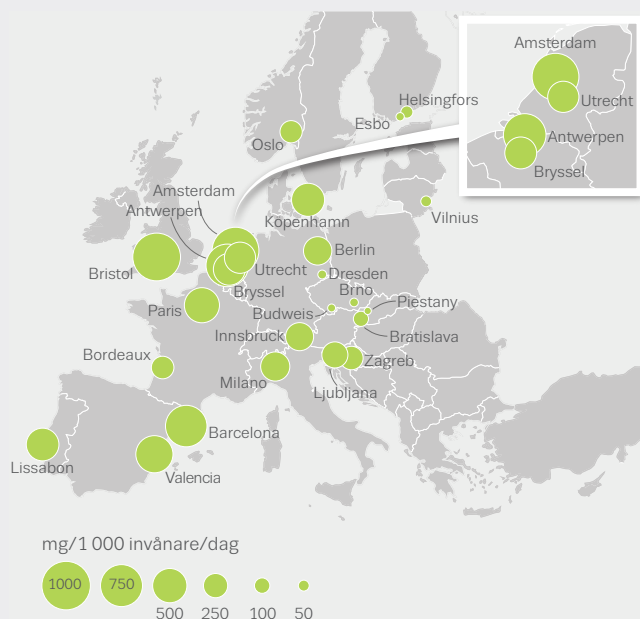
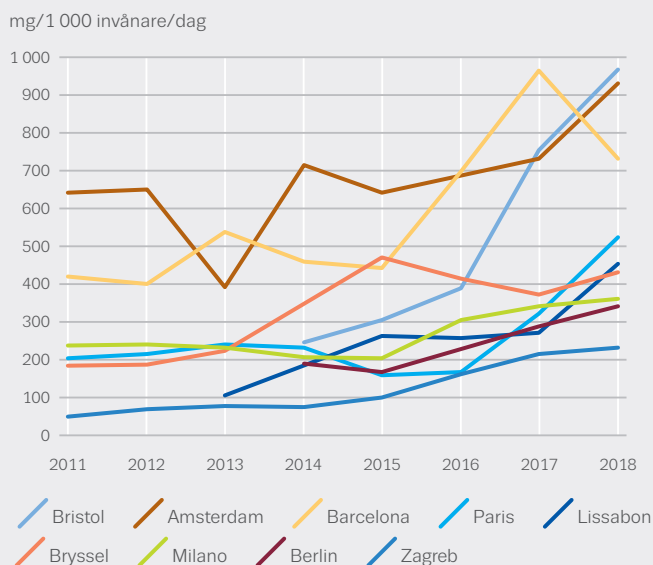
ger information om den sammantagna konsumtionen av rena substanser på samhällsnivå. Resultaten kan dock inte direkt jämföras med den beräknade prevalensen i nationella befolkningsundersökningar. Resultaten från analysen av avloppsvatten presenteras i standardiserade mängder (koncentrationer) för drogrester per 1 000 invånare och dag. Dessa uppgifter kan användas för att skaffa sig en uppfattning om den mängd kokain som används på en viss plats, men de ger ingen direkt information om antalet personer som använder respektive drog på dessa platser.

En analys från 2018 visade de högsta koncentrationerna av bensoylekgonin – kokainets huvudmetabolit – i städer i Belgien, Spanien, Nederländerna och Storbritannien. I merparten av de östeuropeiska städer där undersökningen gjordes var de uppmätta nivåerna dock mycket låga (se figur 2.4), men de senaste uppgifterna visar tecken på ökning. Jämförelser med data från föregående år tyder på en allmän ökning av konsumtionen. Av de 38 städer som har data för 2017 och 2018 rapporterade 22 städer en ökning, 5 en minskning och 11 rapporterade oförändrade värden. Stigande långsiktiga trender rapporteras för de flesta av de 13 städer som har data för 2011 och 2018.

**Kokain är den vanligaste typen av illegal stimulantia**

FIGUR 2.4

Kokainrester i avloppsvatten i utvalda europeiska städer: trender och de senaste uppgifterna



Obs! Genomsnittlig daglig mängd bensoylketonin i milligram per 1 000 invånare. Provtagningen gjordes i utvalda europeiska städer under en vecka varje år från 2011 till 2018.  
Källa: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Data från den europeiska webbenkäten European Web Survey on Drugs ger insikter i användningsmönstret för kokain inom olika grupper och hur detta kan variera mellan länder. Vid jämförelser av de mängder som används i olika länder är det viktigt att notera att såväl priset på och renheten hos det kokain som finns på marknaden kan skilja sig åt mellan länder, och att detta kan inverka på de mängder som används. Bland de som svarade att de använder kokain varierade andelen som tar drogen regelbundet (mer än 50 dagar under det senaste året) från inga alls i Tjeckien till över 10 procent i Belgien, Cypern, Frankrike, Italien och Luxemburg (figur 2.5).

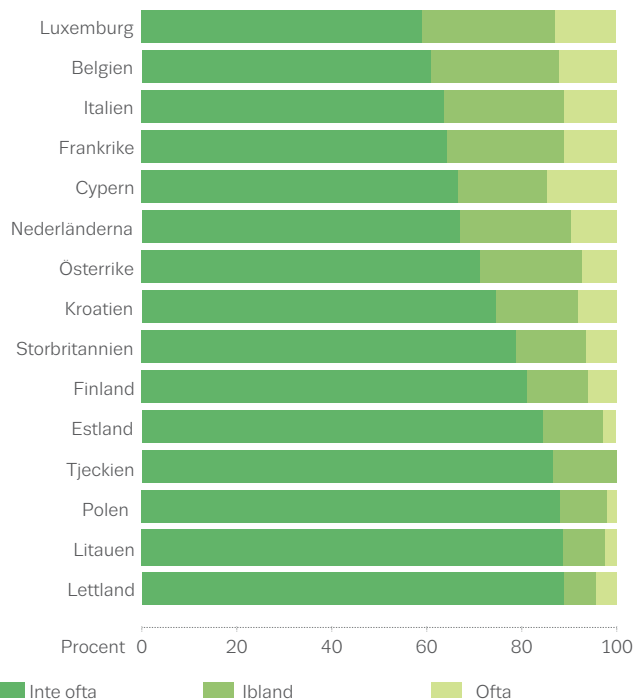
Kokainanvändningen varierade mellan länder, från i genomsnitt 1,3 gram per användningsdag i Österrike, Belgien och Frankrike till 3,5 gram i Cypern. I allmänhet konsumerade regelbundna användare större mängder av drogen varje användningsdag än de som använde den mindre ofta.

**Kokainmissbruk: ökat behandlingsbehov i många länder**

Det är svårt att uppskatta prevalensen av kokainmissbruk (högrisk användning) bland vuxna i Europa, eftersom bara fyra länder har gjort mätningar av detta på senare tid. Dessutom är dessa mätningar inte direkt jämförbara, eftersom de har gjorts med hjälp av olika definitioner och metoder. En ny undersökning bland allmänheten i Spanien använde hög användningsfrekvens som faktor för att

FIGUR 2.5

Användningsfrekvens bland deltagarna i en webbenkät som rapporterade ha använt kokain under det senaste året



Obs! Enkäten genomfördes i två omgångar, en under 2016 (Tjeckien, Frankrike, Kroatien, Nederländerna, Storbritannien) och en under 2017/2018 (övriga tio EU-länder). Användning under senaste året: ofta, under mer än 50 dagar; ibland, under 11–50 dagar; inte ofta, under 1–10 dagar  
Källa: European Web Survey on Drugs (europeiska webbenkäten om narkotika).

beräkna kokainmissbruk, och resultatet för perioden 2017–2018 visade att 0,3 procent av alla personer i åldern 15–64 år tillhörde högriskgruppen. Baserat på ett frågeformulär om beroendets svårighetsgrad beräknade Tyskland 2015 att kokainmissbruket hos den vuxna befolkningen motsvarade 0,2 procent. År 2017 uppskattade Italien med hjälp av behandlingsdata och brottsstatistik att 0,69 procent av den vuxna befolkningen hade ett missbruk av kokain. En studie från 2017 med fångst-återfångst-urval beräknade prevalensen för crackmissbruk i Frankrike till 0,07 procent.

Spanien, Italien och Storbritannien står för nästan tre fjärdedelar (73 procent) av alla påbörjade behandlingar av kokainmissbruk som rapporterats i Europa. Sammanlagt angavs kokain som primärdrog av 73 000 klienter som inledde specialiserad narkotikabehandling under 2017 och av mer än 33 000 förstagångsklienter.

Efter en period med fallande siffror ökade det sammanlagda antalet förstagångsklienter som inledde behandling för kokainmissbruk med 37 procent under perioden 2014–2017. Italien och Storbritannien står för den största delen av denna ökning, men sammanlagt 19 länder rapporterade ökning under samma period. Överlag visar de senaste europeiska uppgifterna en eftersläpning med elva år mellan den första gången då kokain konsumeras, i genomsnitt vid 23 års ålder, och den första behandlingen för kokainrelaterade problem, som i genomsnitt sker vid 34 års ålder.

De flesta av de personer som inledde specialiserad behandling på grund av kokainrelaterade problem använde primärt kokainpulver (55 000 eller 14 procent av alla narkotikaklienter 2017). De flesta klienter med kokain som primär drog söker antingen behandling endast för sitt kokainbruk (46 procent av alla kokainpulverklienter) eller för användning av kokain i kombination med cannabis (20 procent), alkohol (23 procent) eller andra substanser (10 procent). Denna grupp rapporteras i allmänhet vara relativt socialt välanpassad med stabila levnadsförhållanden och fast anställning, medan det inte är lika vanligt bland personer som inleder behandling för opioidrelaterade problem. Även de personer som inleder behandling för primär användning av crack (11 000 klienter eller 3 procent av alla narkotikaklienter 2017) tycks vara mer marginaliserade. Efterfrågan på crackrelaterad vård är enligt rapporterna störst i Storbritannien (65 procent). Många klienter som primärt använder crack rapporterar att heroin är en sekundär problemdrog. Från 2014 rapporteras ökning av antalet crackklienter i Belgien, Irland, Frankrike, Italien, Portugal och Storbritannien.

Användning av kokain i kombination med heroin eller andra opioider rapporterades av 56 000 klienter som inledde specialiserad narkotikabehandling i Europa under 2017. Detta motsvarar 16 procent av alla klienter som inleder behandling där både primär och sekundär drog har angetts.

## KOKAINANVÄNDARE SOM INLEDER BEHANDLING

### Egenskaper

15% 85%



23 Genomsnittsålder vid första användning

34 Genomsnittsålder när första behandlingen inleds

33 500

Förstagångsklienter

48%



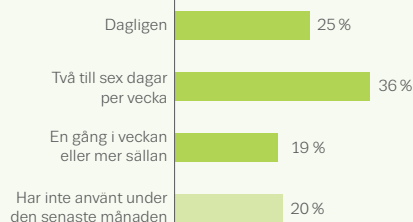
36 800

Klienter som behandlats tidigare

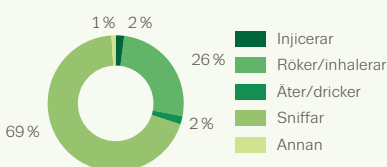
52%

### Användningsfrekvens under den senaste månaden

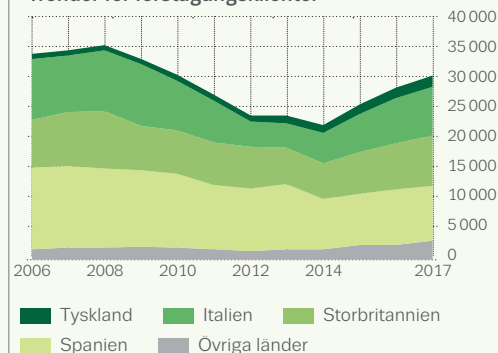
Genomsnittlig användning 4 dagar per vecka



### Administreringsväg



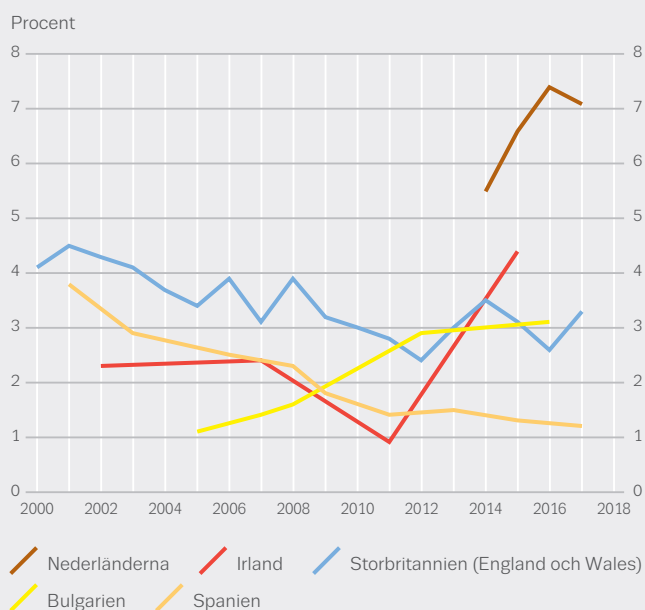
### Trender för förstagångsklienter



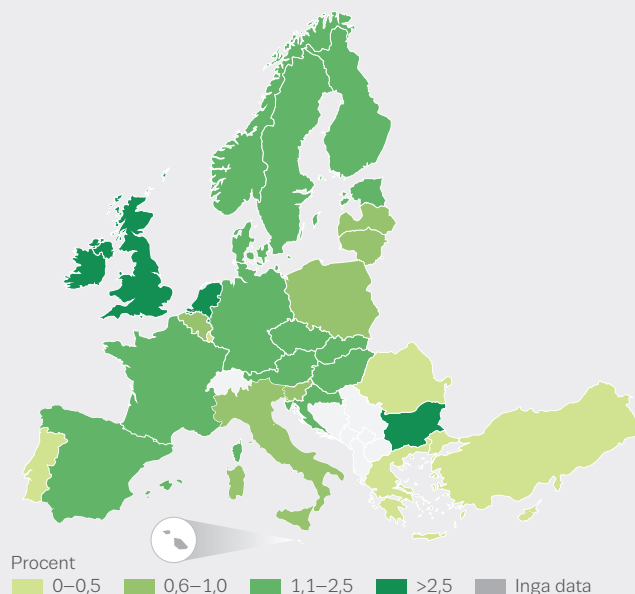
Obs! Bortsett från trenderna avser uppgifterna alla som inledde behandling och angav kokain som primärdrog. Trender för förstagångsklienter avser 24 länder. Bara länder med data för minst elva av de tolv åren ingår i trenddiagrammet. Saknade värden interpoleras från närliggande år. Till följd av förändringar i dataflödet på nationell nivå är data för Italien från och med 2014 inte jämförbara med tidigare år. Till följd av ändringar i rapporteringssystemet bygger beräkningarna av totalen 2017 för Tyskland på uppgifter från 2016.

## FIGUR 2.6

Årsprevalens för MDMA-användning bland unga vuxna (15–34 år): utvalda trender och de senaste uppgifterna



Obs! Andra åldersintervall än 15–34 rapporteras av Danmark, Storbritannien och Norge (16–34), Sverige (17–34) och Tyskland, Frankrike, Grekland och Ungern (18–34).



### Användning av MDMA: en blandad bild

MDMA (3,4-metylendioxymetamfetamin) används mestadels i form av tabletter (kallas ofta ecstasy) men även i form av kristaller och pulver. Tabletterna sväljs som regel, medan kristaller och pulver kan tas oralt eller sniffas.

Enligt beräkningar har 13,7 miljoner av den vuxna befolkningen i EU (i åldern 15–64 år), det vill säga 4,1 procent av denna åldersgrupp, provat MDMA/ecstasy någon gång i livet. Enligt mer aktuella siffror om konsumtionen bland unga vuxna använde 2,1 miljoner unga vuxna (15–34 år) MDMA under det senaste året (det vill säga 1,7 procent i denna åldersgrupp). De nationella beräkningarna varierar från 0,2 procent i Portugal och Rumänien till 7,1 procent i Nederländerna (figur 2.6). Prevalensberäkningarna för personer i åldern 15–24 år är högre, och 2,3 procent (1,3 miljoner) beräknas ha använt MDMA under det senaste året.

Fram tills nyligen var MDMA-prevalensen i många länder på väg ner från toppnivåerna som noterades i början och fram till mitten av 2000-talet. Under senare år pekar dock mätningarna på en blandad bild utan tydliga trender. De länder som har genomfört nya undersökningar efter 2016 och använt konfidensintervall rapporterade följande: fyra länder uppgav högre nivåer jämfört med den föregående jämförbara undersökningen, sex länder uppgav stabila nivåer och två länder uppgav lägre nivåer.

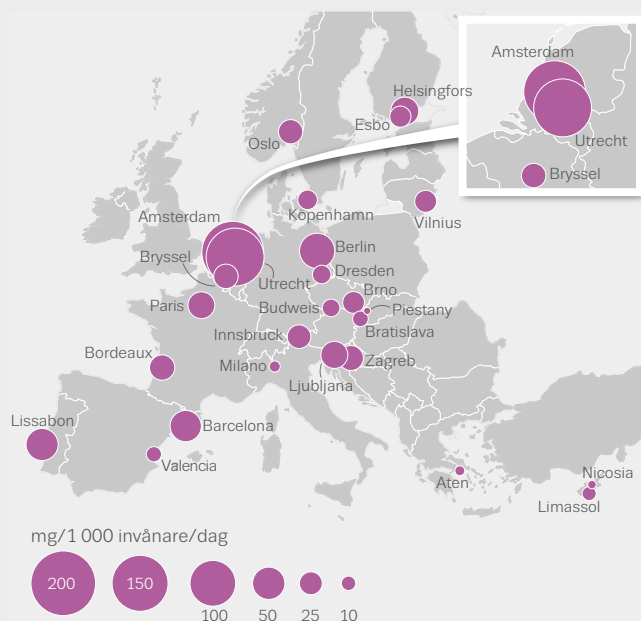
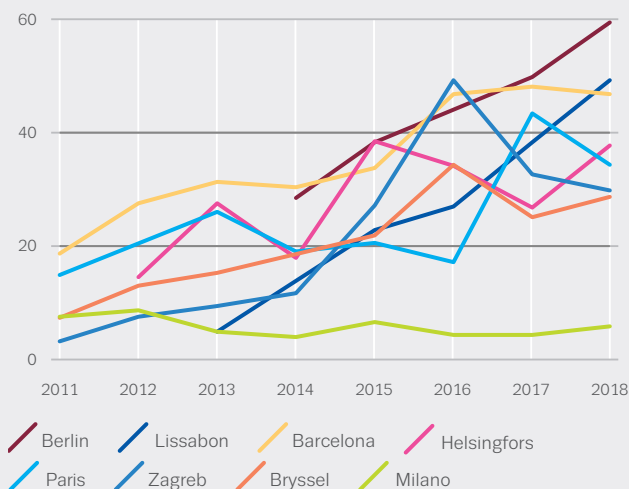
I de fall där det finns data för en statistisk analys av trenderna för användning av MDMA det senaste året bland unga vuxna, målar de senaste uppgifterna upp en blandad bild (figur 2.6). I Storbritannien visar de senaste uppgifterna att prevalensen för användning har börjat stiga igen efter minskningar under 2015 och 2016 (vilka i sin tur föregicks av ökning under 2012–2014). I Spanien är den långsiktiga trenden fortfarande nedåtgående, även om de aktuella värdena innebär oförändrade nivåer. De senaste uppgifterna från Bulgarien visar en fortsatt stigande trend. Data från 2017 års undersökning i Nederländerna bekräftar de höga nivåer som rapporterades i de tre föregående årliga undersökningarna.



FIGUR 2.7

## MDMA-rester i avloppsvatten i utvalda europeiska städer: trender och de senaste uppgifterna

mg/1 000 invånare/dag



Obs! Genomsnittlig daglig mängd MDMA i milligram per 1 000 invånare. Provtagningen gjordes i utvalda europeiska städer under en vecka varje år från 2011 till 2018. Källa: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

I den analys som gjordes i flera olika städer 2018 noterades de högsta koncentrationerna av MDMA i avloppsvattnet i städer i Belgien, Tyskland och Nederländerna (figur 2.7). Av de 37 städer som har uppgifter för 2017 och 2018 rapporterade 21 städer en ökning, 9 oförändrade nivåer och 7 en minskning. Om man ser på de långsiktiga trenderna i de städer som har uppgifter för både 2011 och 2018 (tio städer) var mängden MDMA i avloppsvattnet högre 2018 än 2011. Den markanta ökningen som observerades under perioden 2011–2016 verkade ha stabiliserats under 2017. De senaste uppgifterna från 2018 tyder dock på ökning i de flesta städer.

MDMA tas ofta tillsammans med andra substanser, bland annat alkohol. I länder med högre prevalens finns det nu tecken på att MDMA inte längre bara är en nisch- eller subkulturdrog. Den förekommer numera inte bara på dansställen och dansevenemang, utan används av en bredare grupp ungdomar i vanliga nattlivsmiljöer som barer och fester i hemmiljö. Webbenkäten European Web Survey on Drugs visade att av de personer som använt MDMA under det föregående året varierar andelen som rapporterade regelbunden användning (mer än 50 dagar under det senaste året) från inga alls i Cypern till omkring 8 procent i Österrike och Kroatien.

MDMA-konsumtion anges sällan som skäl till att inleda en specialiserad narkotikabehandling. Under 2017 angavs

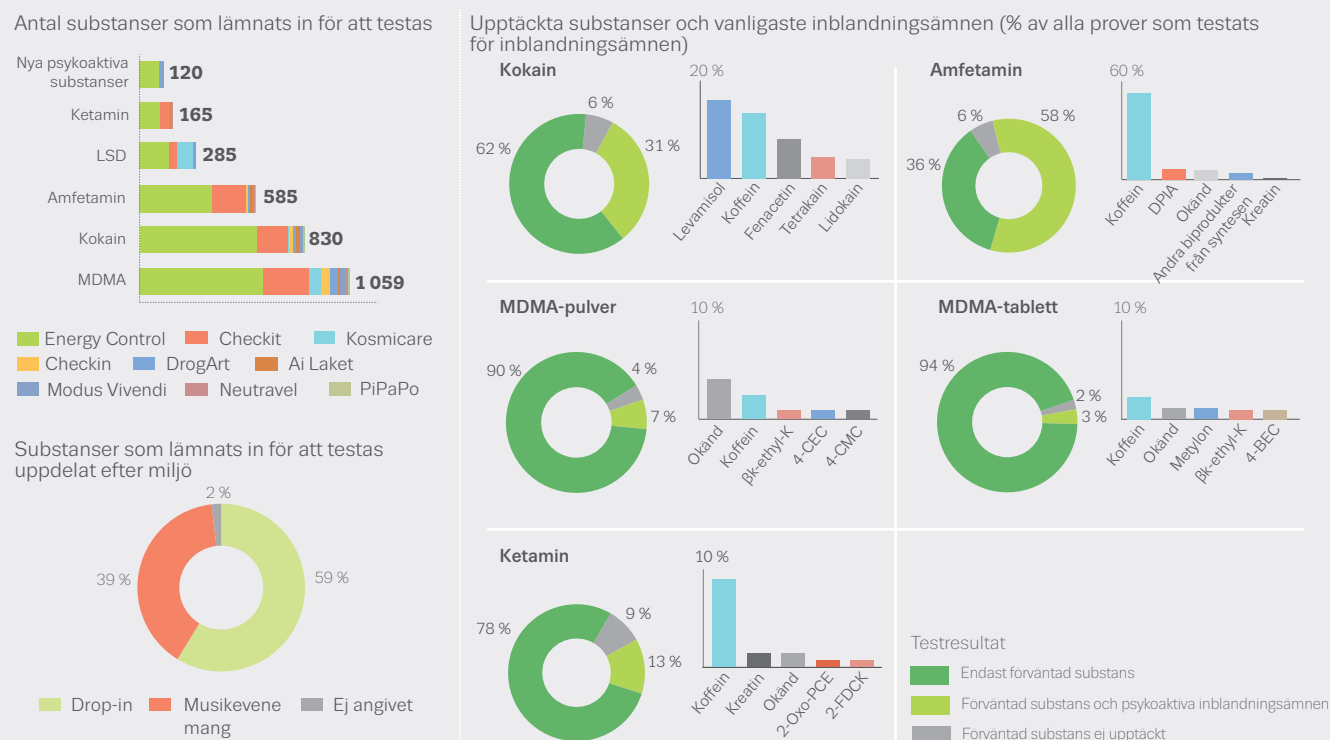
MDMA som primär drog av mindre än 1 procent (cirka 1 700 fall) av förstagångsklienterna i Europa, och Frankrike, Ungern, Storbritannien och Turkiet stod tillsammans för 68 procent av dessa.

**MDMA tas ofta tillsammans med andra substanser, bland annat alkohol**



FIGUR 2.8

Narkotikaprover som testats av narkotikakontrolltjänster mellan januari och juli 2018



Obs! Med psykoaktiva inblandningsämnen avses endast substanser med aktiva farmakologiska egenskaper. Inaktiva komponenter anses inte vara psykoaktiva inblandningsämnen.

Källa: Uppgifterna är hämtade från narkotikakontrolltjänster i Österrike (Checkit), Belgien (Modus Vivendi), Italien (Neutravel), Luxemburg (PiPaPo), Portugal (Kosmicare och Checkin), Slovenien (DrogArt) och Spanien (Energy Control och Ai Laket).

**Narkotikaanvändning i rekreationssammanhang: innovativa metoder**

Studier visar konsekvent att narkotikaanvändning oftare rapporteras i undersökningar som genomförs i nattlivsmiljöer (till exempel klubbar, barer och musikfestivaler) än bland allmänheten. Det har utvecklats nya sätt att följa upp narkotikaanvändning i rekreationsmiljöer som inte enbart är beroende av självrapporterade undersökningsdata. Det går även att använda kemisk analys av prover från en mängd källor: biologiska prover som till exempel utandnings-, urin- och hårprover, innehållet i drogamnesticitunnor och narkotika som lämnats in på speciella droganalysanläggningar.

Resultat finns tillgängliga från 3 044 analyser av drogprover som utfördes mellan januari och juli 2018 och sammanställdes av nätverket Trans-European Drug Information network (Tedi). Användare lämnade in proverna till nio droganalysanläggningar som är verksamma i sju EU-medlemsstater. Omkring hälften av proverna testades vid musikevenemang och omkring hälften testades i drop-in-centrum. Dubbelt så många kokainprover lämnades in vid drop-in-centrum, främst i Spanien, än vid musikevenemang.

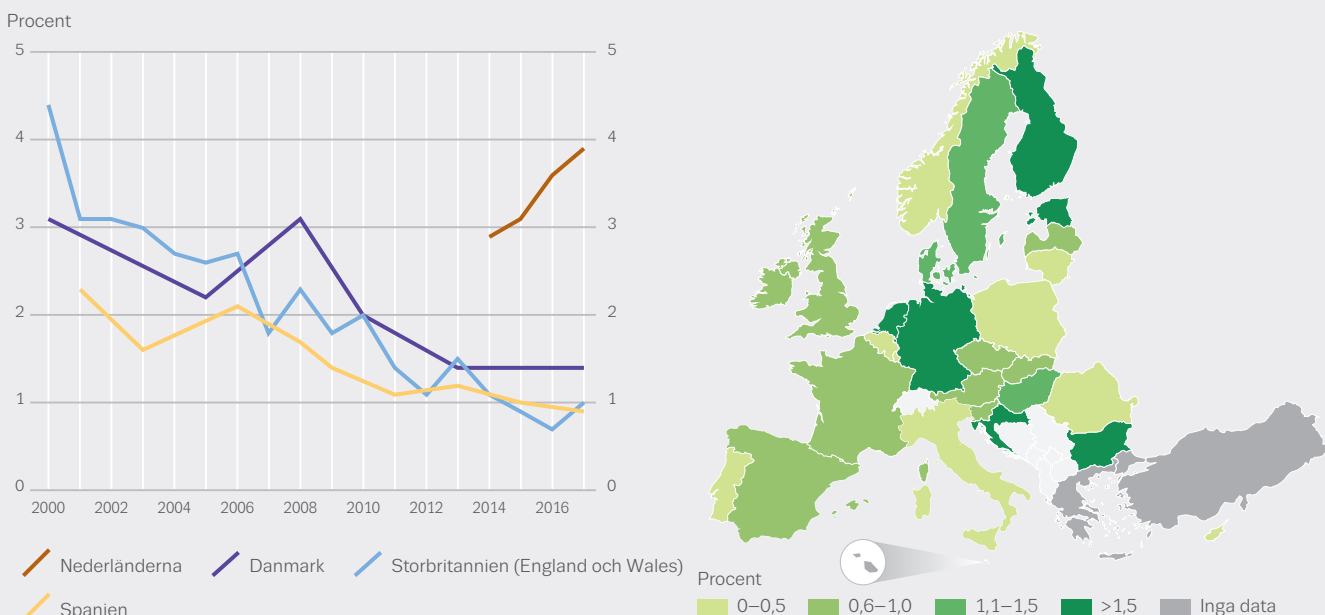
Överlag var MDMA (i tablett- och pulverform), kokain och amfetamin de tre droger som oftast lämnades in för testning, även om det förekom vissa variationer mellan länderna. Amfetamin lämnades sällan in för testning i Belgien och Portugal, men utgjorde över 25 procent av de prover som lämnades in i Italien och Österrike. Nya psykoaktiva substanser, främst syntetiska katinoner, utgjorde enbart 3 procent av alla droger som lämnades in för testning, även om vissa, som till exempel 4-CMC och 4-CEC (syntetiska katinoner) ibland påträffades i prover som lämnats in som MDMA (figur 2.8).

De uppgifter om narkotikans renhet från åtta droganalysanläggningar under första hälften av 2018 bekräftar den senaste tidens rapporter från narkotikamarknaderna i västra Europa om ökad tillgång på MDMA och kokain med hög renhetsgrad. Den högsta genomsnittliga dosen MDMA i tabletter som provats vid droganalysanläggningar rapporterades från Belgien (182 mg). Fem anläggningar rapporterade om enskilda tabletter som innehöll höga halter MDMA (mer än 250 mg). Det var överlag osannolikt att prover som överlämnades som MDMA till anläggningarna skulle innehålla någon oväntad aktiv beståndsdel, och förfalskat MDMA-pulver eller förfalskade MDMA-tabletter utgjorde mindre än



FIGUR 2.9

Årsprevalens för amfetaminanvändning bland unga vuxna (15–34 år): utvalda trender och de senaste uppgifterna



Obs! Andra åldersintervall än 15–34 rapporteras av Danmark, Storbritannien och Norge (16–34), Sverige (17–34) och Tyskland, Frankrike, Grekland och Ungern (18–34).

10 procent av alla MDMA-prover som testades. Koffein var det vanligaste psykoaktiva inblandningsämnet i dessa prover. Trots de höga genomsnittliga renhetsnivåerna hos kokain (73 procent) var prover som uppgavs vara kokain ofta blandade med potentiellt skadliga substanser som till exempel levamisol och fenacetin samt lokalbedövningsmedel som till exempel lidokain och tetrakain. Bland alla substanser som provades vid droganalysanläggningar var prover som uppgavs vara amfetamin de som förfälskades mest. De hade en genomsnittlig renhet på 34 procent och innehöll ofta höga halter koffein.

### Amfetaminer: variationer i användning men stabil trend

Amfetamin och metamfetamin är två närbesläktade stimulantia som båda används i Europa, men användning av amfetamin är betydligt vanligare. Användningen av metamfetamin har historiskt sett varit begränsad till Tjeckien och på senare tid Slovakien, men under senare år har användningen ökat i andra länder. I vissa datauppsättningar går det inte att särskilja de båda substanserna från varandra. I dessa fall används samlingsbeteckningen amfetaminer.

Båda drogerna kan tas oralt eller sniffas, och i vissa länder är dessutom injicering en stor del av narkotikaproblemet.

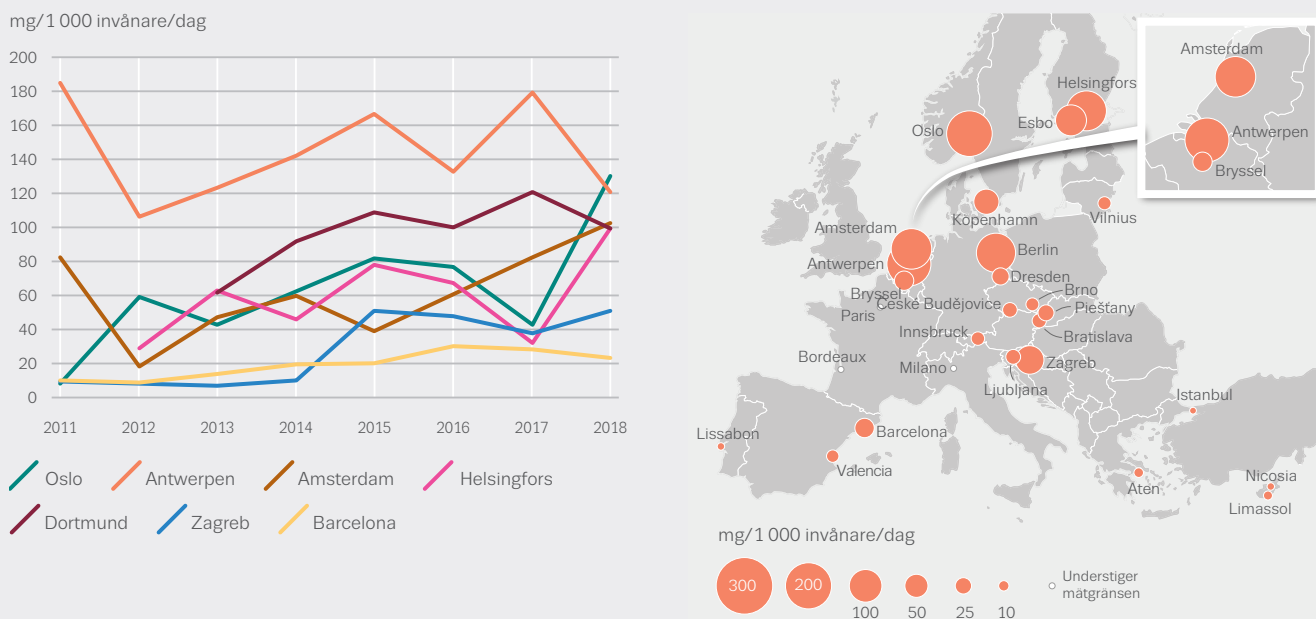
Det går också att röka metamfetamin, men den administreringsvägen rapporteras sällan i Europa.

Enligt beräkningar har 12,4 miljoner vuxna i EU (i åldern 15–64 år), eller 3,7 procent av denna åldersgrupp, provat amfetaminer någon gång i livet. Aktuella siffror för användningen bland unga vuxna (i åldern 15–34 år) tyder på att 1,3 miljoner (1,0 procent) av dem använde amfetaminer det senaste året. De senaste nationella prevalensberäkningarna varierar från noll i Portugal till 3,9 procent i Nederländerna (figur 2.9). Tillgängliga data tyder på att situationen i de flesta europeiska länder har varit relativt stabil sedan början av 2000-talet när det gäller amfetaminanvändning. Av de länder som har genomfört nya undersökningar efter 2016 och rapporterat konfidensintervall, rapporterade inga höjda nivåer, åtta var oförändrade och tre rapporterade lägre siffror än i föregående jämförbara undersökning.

En statistisk analys av trenderna för årsprevalensen för unga vuxnas användning av amfetamin kan bara göras för ett litet antal länder. Långsiktiga nedåtgående trender kan ses i Danmark, Spanien och Storbritannien (figur 2.9). Den fjärde jämförbara undersökningen från Nederländerna tyder på en uppåtgående trend.

## FIGUR 2.10

## Amfetaminrester i avloppsvatten i utvalda europeiska städer: trender och de senaste uppgifterna



Obs! Genomsnittlig daglig mängd amfetamin i milligram per 1 000 invånare. Provtagningen gjordes i utvalda europeiska städer under en vecka varje år från 2011 till 2018. Källa: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Den analys av kommunalt avloppsvatten som genomfördes 2018 konstaterade stora variationer av mängden amfetamin i Europa. De högsta nivåerna rapporterades i städer i norra och östra Europa (figur 2.10). Betydligt lägre amfetaminnivåer uppmättes i städer i södra Europa.

Av de 38 städer som har uppgifter om amfetamin i avloppsvatten för 2017 och 2018 rapporterade 21 en ökning, 7 oförändrade nivåer och 10 en minskning. Totalt sett visade uppgifterna för åren 2011–2018 en varierad bild, men med en relativt stabil trend för amfetamin i de flesta städer.

Metamfetaminanvändningen har generellt varit låg och har tidigare varit koncentrerad till Tjeckien och Slovakien, men tycks nu även förekomma i Cypern, östra Tyskland, Spanien och norra Europa (se figur 2.11). Av de 40 städer som har data för 2017 och 2018 om metamfetamin i avloppsvatten rapporterade 5 en ökning, 20 oförändrade nivåer och 15 en minskning.

### Amfetaminmissbruk: stort behandlingsbehov

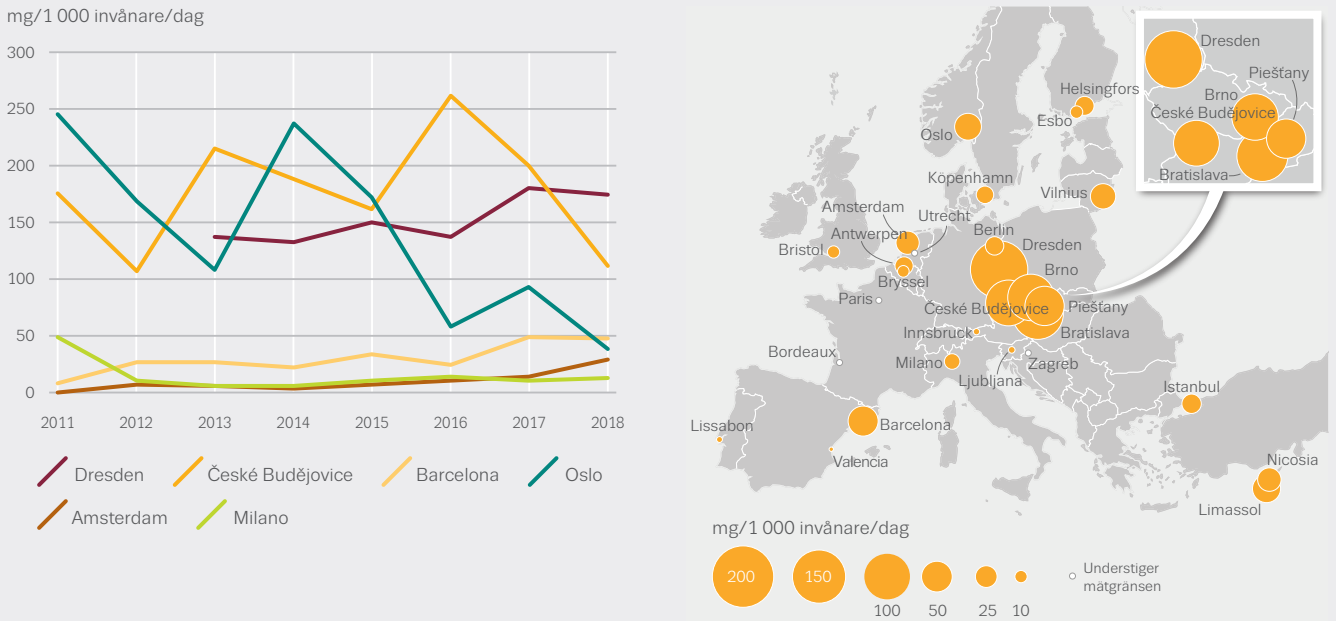
Problemen med långvarig och kronisk amfetaminanvändning och injicering av amfetamin har historiskt sett varit mest påtagliga i norra Europa. Metamfetaminproblemen har däremot varit mest påtagliga i Tjeckien och Slovakien. Enligt en beräkning i Tyskland

från 2015 fanns det 102 000 vuxna med ett missbruk av amfetamin i landet, motsvarande 0,19 procent av befolkningen. Personer som använder amfetamin utgör troligen majoriteten av de uppskattningsvis 2 234 (0,18 procent) personer med missbruk av stimulantia som rapporterades av Lettland 2017, vilket var en nedgång från 6 540 (0,46 procent) 2010. I Tjeckien beräknades metamfetaminmissbruket (högriskanvändning) bland vuxna (15–64 år) till cirka 0,50 procent år 2017 (34 700 personer). Detta innebär en ökning från 20 900 personer 2007, även om antalet har legat på en relativt stabil nivå de senaste åren. I Cypern beräknades andelen till 0,03 procent för 2017, eller 176 personer.

Under 2017 uppgav cirka 30 000 klienter som inledde specialiserad narkotikabehandling i Europa att amfetamin var deras primärdrog. Av dessa var cirka 12 000 förstagångsklienter. Primära amfetaminanvändare utgör mer än 15 procent av förstagångsklienterna i Tyskland, Lettland, Polen och Finland, och en uppåtgående trend har observerats i Tyskland sedan 2009. De som inledde behandling och rapporterade metamfetamin som sin primärdrog var koncentrerade till Tjeckien, Slovakien, Polen och Turkiet, som tillsammans stod för 88 procent av de 5 000 metamfetaminklienterna som inledde specialiserad behandling i Europa. Amfetamin är de droger där det är minst skillnad mellan könen, även om kvinnor fortfarande bara utgör omkring en fjärdedel (26 procent) av amfetaminklienterna. När det

FIGUR 2.11

Metamfetamin-rester i avloppsvatten i utvalda europeiska städer: trender och de senaste uppgifterna

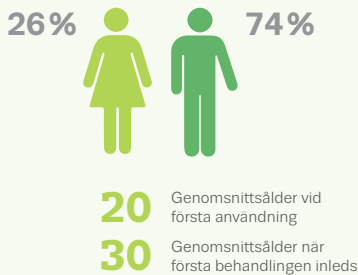


Obs! Genomsnittlig daglig mängd metamfetamin i milligram per 1 000 invånare. Provtagningen gjordes i utvalda europeiska städer under en vecka varje år från 2011 till 2018. Källa: Sewage Analysis Core Group Europe (Score).

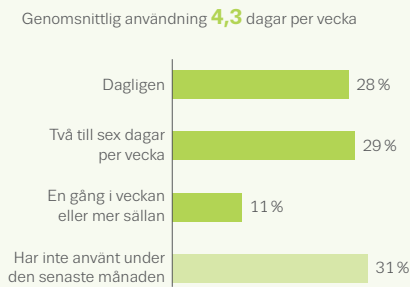
gäller administreringsväg rapporterade 14 procent av alla som inledde behandling oralt intag av amfetaminer, 65 procent rapporterade att de sniffar och 9 procent rapporterade att de injicerar.

PERSONER SOM ANVÄNDER AMFETAMIN SOM INLEDER BEHANDLING

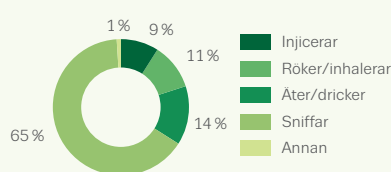
Egenskaper



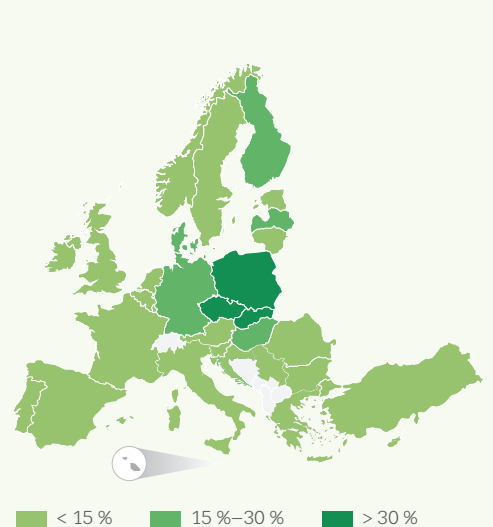
Användningsfrekvens under den senaste månaden



Administreringsväg



Andelen förstagångsklienter för alla droger (%)



Obs! Bortsett från kartan avser uppgifterna alla som inledde behandling och angav amfetamin som primärdrog. Uppgifterna för Tyskland, Sverige och Norge avser klienter som uppgav annat stimulantia än kokain som primärdrog.

## Ketamin, GHB och hallucinogener: fortsatt låg användning

Ett antal andra substanser med hallucinogena, anestetiska, dissociativa eller lugnande effekter används i Europa. Dessa omfattar LSD (lysergsyredietylamid), hallucinogena svampar, ketamin och GHB (gammahydroxybutyrat).

Under de senaste tjugo åren har rekreationell användning av ketamin och GHB (inklusive dess prekursor GBL, gammabutyrolaceton) rapporterats bland subgrupper av personer som använder narkotika i Europa. I de fall man gjort nationella beräkningar av prevalensen av GHB- och ketaminanvändning bland vuxna och skolungdomar är siffran fortfarande låg. I Norges undersökning för 2017 rapporterades en årsprevalens för GHB-användning på 0,1 procent för vuxna (16–64). Årsprevalensen 2017 för användning av ketamin hos unga vuxna (16–34 år) uppskattades till 0,6 procent i Danmark och 1,7 procent i Storbritannien.

De totala prevalensnivåerna för LSD och hallucinogena svampar i Europa har generellt sett varit låga och stabila i flera år. Bland unga vuxna (15–34) uppskattades årsprevalensen i nationella undersökningar till mindre än 1 procent för båda substanserna år 2017 eller det senaste året då undersökningen genomfördes, förutom i Finland (1,9 procent) och Nederländerna (1,6 procent) för hallucinogena svampar, och Norge (1,1 procent) och Finland (1,3 procent) för LSD.

## Nya psykoaktiva substanser: låg användning och minskat behandlingsbehov

Sedan 2011 har mer än hälften av de europeiska länderna rapporterat nationella beräkningar av användningen av nya psykoaktiva substanser (förutom ketamin och GHB) utifrån sina allmänna befolkningsundersökningar, även om skillnader i metoder och undersökningsfrågor begränsar möjligheterna att göra jämförelser mellan länderna. Bland unga vuxna (15–34 år) varierade årsprevalensen för användning av dessa substanser från 0,1 procent i Norge till 3,2 procent i de senaste resultaten från Nederländerna från 2016. Den mest använda substansen var 4-fluoramfetamin (4FA). Undersökningsdata för användningen av mefedron finns för Storbritannien (England och Wales). I den senaste undersökningen (2017) beräknades årsprevalensen för användning av drogen bland 16–34-åringar till 0,2 procent, vilket är en nedgång från 1,1 procent 2014/2015. I de senaste undersökningarna från fjolåret varierade den beräknade användningen av syntetiska cannabinoider bland

15–34-åringar från 0,1 procent i Nederländerna till 1,5 procent i Lettland.

Samtidigt som användningen av nya psykoaktiva substanser totalt sett är låg i Europa, rapporterade över två tredjedelar av länderna i en EMCDDA-studie från 2016 att användningen bland personer med narkotikamissbruk innebär ett hälsoproblem. I synnerhet har användningen av syntetiska katinoner bland personer som injicerar opioider och stimulantia kopplats till hälsoproblem och sociala problem. Dessutom har marginaliserade gruppers rökning av syntetiska cannabinoider, däribland hemlösa och personer i fängelse, konstaterats vara ett problem i många europeiska länder.

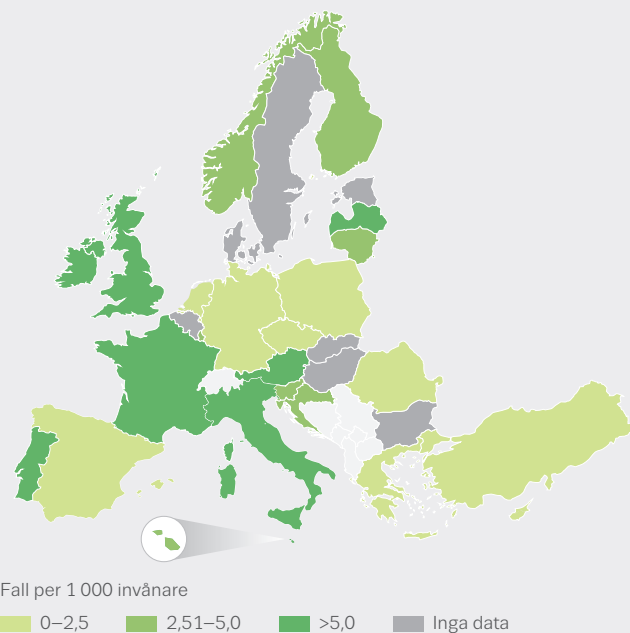
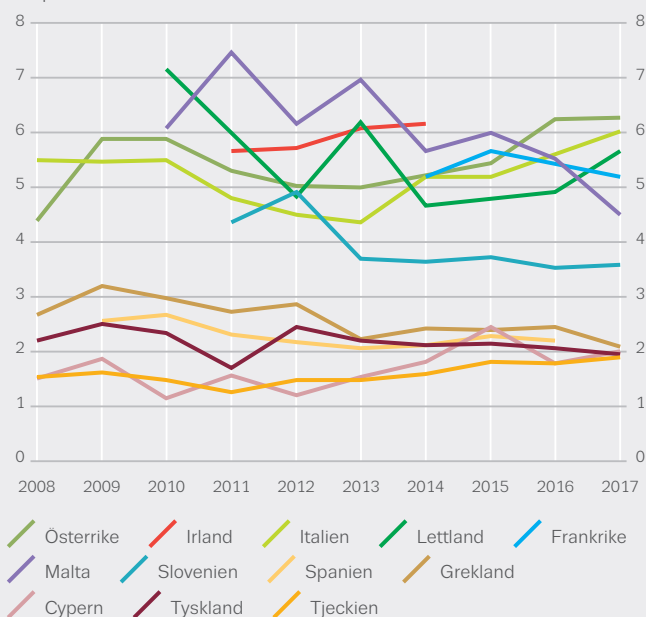
Överlag är det i dag färre människor som påbörjar behandling i Europa för problem kopplade till användning av nya psykoaktiva substanser. I vissa länder spelar dessa substanser dock en betydande roll. I de senaste uppgifterna uppges användning av syntetiska cannabinoider som den främsta orsaken till start av specialiserad narkotikabehandling för 19 procent av klienterna i Turkiet och för 6 procent i Ungern. Problem som rör primär användning av syntetiska katinoner nämndes av 0,2 procent av förstagångsklienterna i Storbritannien. Alla tre länderna har dock i de senaste uppgifterna rapporterat att antalet förstagångsklienter för behandling för nya psykoaktiva substanser har minskat på sistone.



FIGUR 2.12

## Nationella estimeringar av årsprevalensen av opioidmissbruk: utvalda trender och de senaste uppgifterna

Fall per 1 000 invånare



### Opioidmissbruk: antalet förstagångsklienter med heroin som primär drog minskar i flera länder

Den vanligaste illegala opioiden i Europa är heroin, en drog som kan rökas, sniffas eller injiceras. Det förekommer också missbruk av en rad olika syntetiska opioider, såsom metadon, buprenorfin och fentanyl.

Europa har gått igenom olika vågor av heroinmissbruk. En första våg drabbade många västeuropeiska länder i mitten av 1970-talet och en andra våg drog fram genom andra länder, framför allt i centrala och östra Europa, mellan mitten och slutet av 1990-talet. Under senare år har det observerats en åldrande grupp av personer som missbrukar opioider, som i många fall fått regelbunden eller sporadisk substitutionsbehandling och annan vård.

Prevalensen för opioidmissbruk bland vuxna (15–64 år) uppskattas till 0,4 procent av EU:s befolkning, vilket motsvarar 1,3 miljoner personer 2017. På nationell nivå varierar den beräknade prevalensen för opioidmissbruk från mindre än ett fall till över åtta fall per 1 000 invånare i åldersgruppen 15–64 år. De fem folkrikaste länderna i EU, som står för 62 procent av EU:s befolkning, har tre fjärdedelar (77 procent) av det beräknade antalet personer med opioidmissbruk (Tyskland, Spanien, Frankrike, Italien och Storbritannien). Av de tolv länder som har gjort

regelbundna mätningar av opioidmissbruket mellan 2008 och 2017 visar Grekland, Malta, Slovenien och Spanien en statistiskt signifikant minskning, medan Tjeckien och Irland (fram till 2014) uppvisar en statistiskt signifikant ökning (figur 2.12).

År 2017 rapporterades opioidanvändning som den främsta orsaken till start av specialiserad narkotikabehandling av 171 000 klienter, det vill säga 35 procent av alla personer som påbörjade narkotikabehandling i Europa. Av dessa var 32 000 förstagångsklienter. Heroin var primär drog för 78 procent (20 500 klienter) av förstagångsklienterna som hade opioider som primär drog, en minskning med 4 700 klienter eller 17 procent jämfört med året innan.

Enligt tillgängliga uppgifter mer än halverades antalet förstagångsklienter för heroinmissbruk från den högsta noteringen 2007 till den lägsta nivån, som uppmättes 2013. Därefter har antalet legat på en stabil nivå de senaste åren. Enligt tillgängliga uppgifter minskade antalet förstagångsklienter med heroin som primär drog i 16 av de 27 länderna mellan 2016 och 2017.

### Syntetiska opioider: många olika substanser cirkulerar i Europa

Även om heroin fortfarande är den vanligaste illegala opioiden visar flera källor att lagliga syntetiska opioider (såsom metadon, buprenorfin och fentanyl) missbrukas alltmer. Utöver heroin var de opioider som angavs av

klienter som inledde behandling följande: metadon, buprenorfin, fentanyl, kodein, morfin, tramadol och oxykodon. Av alla klienter med opioider som primär drog uppgav 22 procent att de konsumerar dessa typer av opioider, och i vissa länder är det vanligare med icke-heroin-opioider bland personer som inleder specialiserad behandling. Under 2017 rapporterade 19 europeiska länder att mer än 10 procent av alla opioidklienter som inledde specialiserad behandling hade problem som primärt var relaterade till andra opioider än heroin (figur 2.13). I Estland användes fentanyl av de flesta av dem som påbörjade behandling och uppgav en opioid som primär drog, medan buprenorfin var den oftast nämnda primära opioiden bland dem som påbörjade behandling i Finland. Buprenorfinmissbruk angavs av cirka 22 procent av opioidklienterna i Tjeckien och missbruk av metadon av 33 procent av opioidklienterna i Tyskland och 19 procent i Danmark. I Cypern och Polen påbörjar 20–50 procent av opioidklienterna behandling för problem som rör konsumtion av andra opioider, till exempel oxykodon (Cypern) och så kallad kompot – heroin framställt av vallmohalm (Polen). De personer som inleder behandling på grund av konsumtion av nya psykoaktiva substanser med opioidliknande effekt kan dessutom ha rapporterats under den allmänna rubriken opioider.

## PERSONER SOM ANVÄNDER HEROIN SOM INLEDER BEHANDLING

### Egenskaper

20% 80%



24

Genomsnittsalder vid första användning

35

Genomsnittsalder när första behandlingen inleds

23 500

Förstagångsklienter

17%



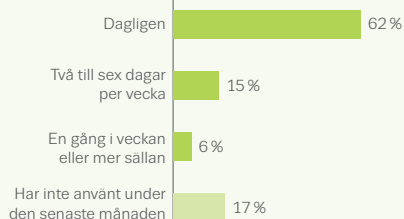
115 000

Klienter som behandlats tidigare

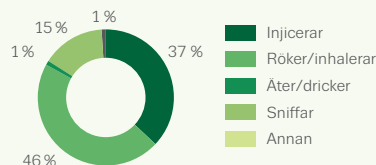
83%

### Användningsfrekvens under den senaste månaden

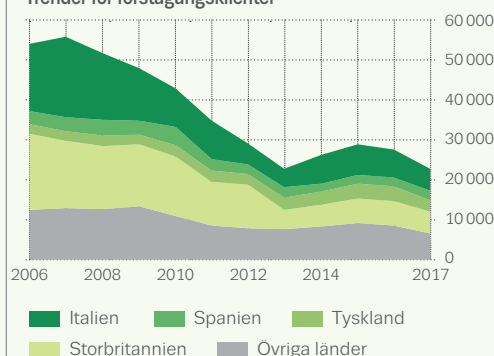
Genomsnittlig användning 5,9 dagar per vecka



### Administreringsväg



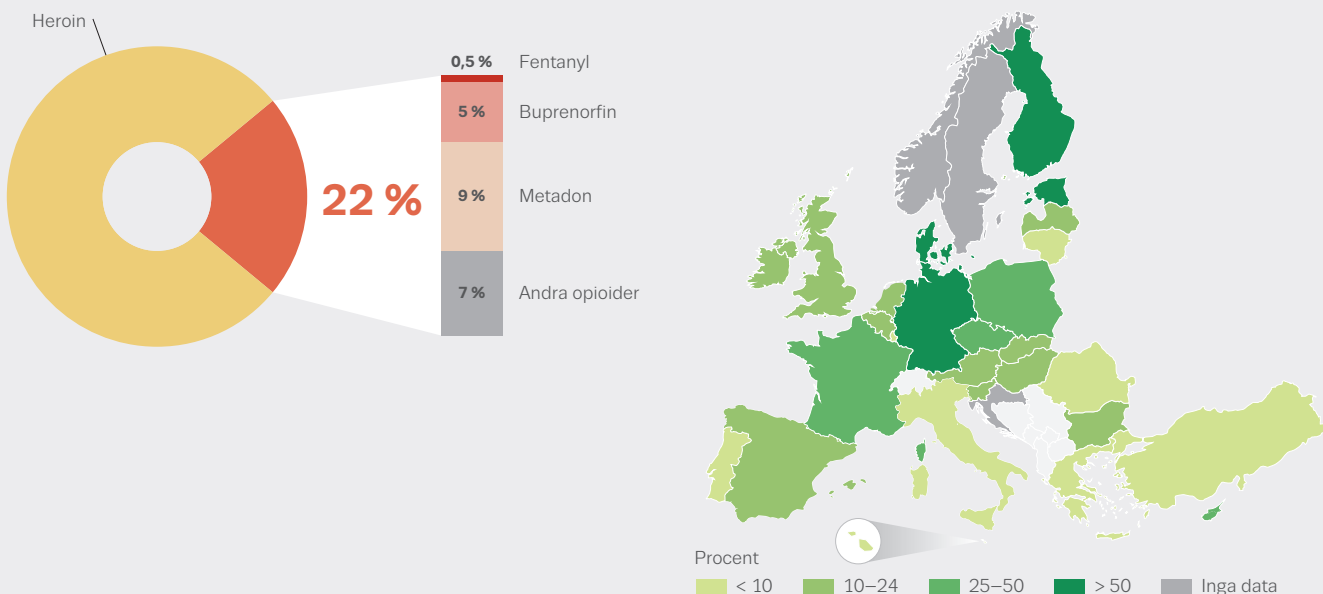
### Trender för förstagångsklienter



Obs! Bortsett från trenderna avser uppgifterna alla som inledde behandling och angav heroin som primär drog. Uppgifterna för Tyskland avser klienter som uppgav opioider som primär drog. Trender för förstagångsklienter avser 24 länder. Bara länder med data för minst elva av de tolv åren ingår i trenddiagrammet. Saknade värden interpoleras från närliggande år. Till följd av förändringar i dataflödet på nationell nivå är data för Italien från och med 2014 inte jämförbara med tidigare år. Till följd av ändringar i rapporteringssystemet bygger beräkningarna av totalen 2017 för Tyskland på uppgifter från 2016.

FIGUR 2.13

Personer som inledde behandling och angav opioider som primär drog: efter typ av opioid (vänster) och procentandel som rapporterade andra opioider än heroin (höger)



### Injicering av droger fortsätter att minska bland nya heroinklienter

Injicering av droger förknippas oftast med opioider, men i vissa länder är injicering av stimulantia, såsom amfetaminer eller kokain, också vanligt.

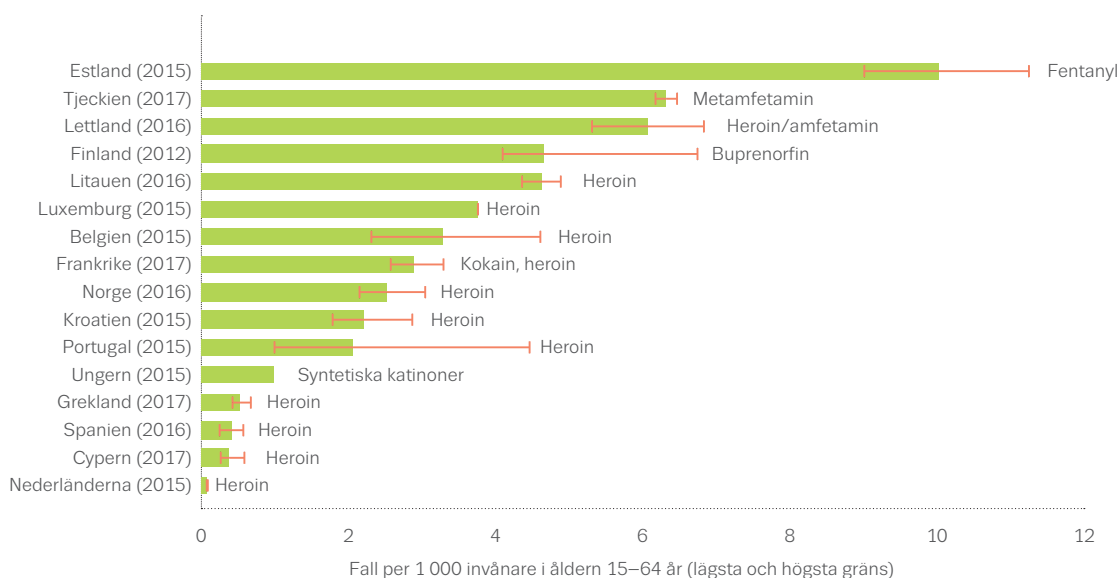
Endast 16 länder har gjort mätningar av prevalensen för injektionsbruk sedan 2012, där den varierar mellan färre än ett till över tio fall per 1 000 invånare i åldern 15–64 år. I de flesta av dessa länder kan den primära drog som injiceras tydligt identifieras. I vissa länder har dock två droger lika hög användningsnivå. Opioider rapporteras som den vanligaste injicerade narkotikatypen i merparten (14) av länderna (se figur 2.14). Heroin nämns i tolv av länderna, medan buprenorfin nämns i Finland och fentanyl i Estland. Stimulantia rapporteras som den främsta injicerade narkotikatypen i fyra länder, där de använda substanserna omfattar syntetiska katinoner (Ungern), kokain (Frankrike), amfetamin (Lettland) och metamfetamin (Tjeckien).

**Injicering av droger förknippas oftast med opioider**



FIGUR 2.14

Injektion av droger: senaste uppskattningar av injektionsprevalensen för alla droger under det senaste året samt injicerad primärdrog



Bland förstagångsklienter som inledde specialiserad narkotikabehandling 2017 med heroin som primärdrog angav 25 procent att injicering var deras främsta administreringsväg, vilket är en minskning från 43 procent år 2006. Inom denna grupp varierar omfattningen av injicering mellan olika länder, från 8 procent i Spanien till över 90 procent i Lettland. Injicering rapporteras som den främsta administreringsvägen av mindre än 1 procent av förstagångsklienterna som använder kokain och 9 procent av förstagångsklienterna som främst använder amfetaminer. Den övergripande bilden för amfetaminer påverkas dock av Tjeckien, som står för över 50 procent av alla nya amfetaminklienter som injicerar drogen i Europa. Om de tre droger som oftast injiceras betraktas tillsammans så har injektion som främsta administreringsväg minskat, från 26 procent år 2006 till 11 procent år 2017, bland förstagångsklienter som inleder behandling i Europa (figur 2.15).

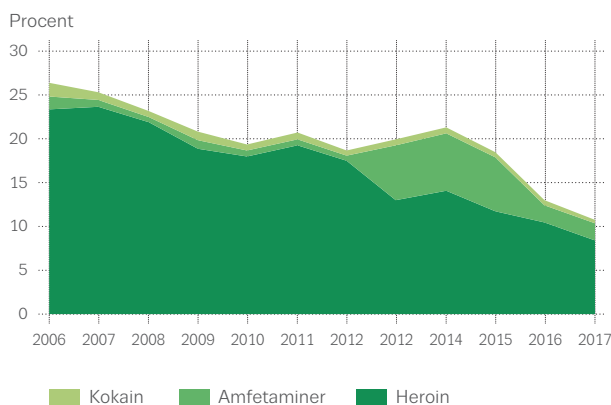
Injektion av syntetiska katinoner är inget utbrett fenomen men fortsätter att rapporteras för särskilda grupper, såsom personer som injicerar opioider och klienter i narkotikabehandling i vissa länder samt bland klienter i sprutbytesprogram i Ungern. I en nyligen genomförd EMCDDA-studie rapporterade tio länder injicering av syntetiska katinoner – ofta tillsammans med andra stimulantia och GHB. Detta rapporteras oftast i samband med sexpartyn bland män som har sex med män.

### Slutsatser från analys av narkotikarester i sprutor: stimulantia vanligt förekommande

Uppgifterna från narkotikabehandlingar och uppskattningarna av narkotikamissbruket kan kompletteras med resultaten från det europeiska nätverket för sprutinsamling och sprutanalys (European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise – Escape), som samlar in information om injicerade substanser genom att analysera innehållsrester i använda sprutor. Sprutorna samlades in under 2017 från avfallsbehållare

FIGUR 2.15

Injicering bland förstagångsklienter som inleder behandling med heroin, kokain eller amfetaminer som primärdrog: procentandel som anger injicering som främsta administreringsväg

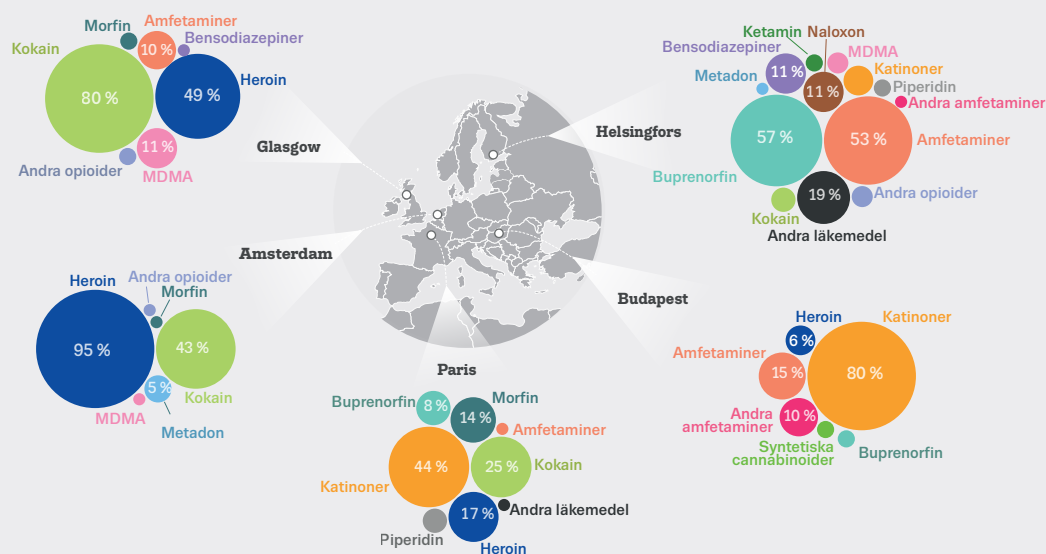


Obs! Trenderna avser de 21 länderna med data för minst nio av de elva åren.



FIGUR 2.16

## Narkotikarester i använda sprutor i utvalda europeiska städer



Obs! Cirkelns area är proportionell till procentandelen sprutor på varje plats där substansen upptäcktes. Mer än en substans kan ha upptäckts i en och samma spruta. Studien genomfördes under 2017.

Källa: Europeiska nätverket för sprutinsamling och sprutanalys (European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise – Escape)

i automatiska gatudispensrar med injektionskit och från skademinimeringstjänster i ett nätverk som består av fem kontrollstäder i EU: Amsterdam, Budapest, Glasgow, Helsingfors och Paris. Innehållet från 1 288 använda sprutor testades i fem laboratorier.

Resultaten tyder på att de injicerade substanserna varierar både mellan och inom städerna (figur 2.16). En stor del av sprutorna i alla fem städerna innehöll stimulantia. Vanligast förekommande var kokain, amfetaminer och syntetiska katinoner. Hälften av de sprutor som testades innehöll två eller fler droger, där den vanligaste kombinationen var en blandning av stimulantia och opioider. I den mån bensodiazepiner förekom var det oftast i sprutor som innehöll opioider.

**Hälften av de testade sprutorna innehöll två eller fler droger**

## MER INFORMATION

### EMCDDA:s publikationer

#### 2019

Country Drug Reports 2019.

Wastewater analysis and drugs: a European multi-city study, Perspectives on Drugs.

Drugs in syringes from six European cities: results from the ESCAPE project, Rapid communications.

#### 2018

Medical use of cannabis and cannabinoids: questions and answers for policymaking, Rapid communications.

Trendspotter manual: a handbook for the rapid assessment of emerging drug-related trends, Manuals.

Cannabis and driving: questions and answers for policymaking, Rapid communications.

Monitoring drug use in recreational settings across Europe: conceptual challenges and methodological innovations, Technical reports.

Misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users, Perspectives on Drugs.

#### 2017

High-risk drug use and new psychoactive substances, Rapid communications.

#### 2016

Assessing illicit drugs in wastewater: advances in wastewater-based drug epidemiology, Insights.

Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market, Rapid communications.

#### 2015

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Perspectives on Drugs.

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

#### 2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

#### 2013

Trends in heroin use in Europe: what do treatment demand data tell us?, Perspectives on Drugs.

### Gemensamma publikationer från EMCDDA och Espad

#### 2016

ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

Alla publikationer finns på [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)



# 3

**Användningen av illegala droger  
har en koppling till kroniska  
och akuta hälsoproblem**

# Narkotikarelaterade skador och insatser

Det är allmänt känt att användningen av illegala droger bidrar till den globala sjukdomsbördan. Det finns ett samband mellan användningen av illegala droger och kroniska och akuta hälsoproblem som förvärras av olika faktorer, till exempel substansernas effekter, administreringsväg, individuell sårbarhet och det sociala sammanhang inom vilket drogerna konsumeras. De kroniska problemen omfattar beroende och narkotikarelaterade infektionssjukdomar, men det förekommer också en rad olika akuta skador, varav överdos är den mest dokumenterade. Användning av opioider är visserligen relativt ovanligt men står fortfarande för en stor del av sjukligheten och dödligheten i samband med narkotikaanvändning. Att injicera droger ökar riskerna. Detta kan jämföras med cannabis, där användningen visserligen ger betydligt mindre hälsoproblem men där den omfattande användningen ändå kan leda till konsekvenser för folkhälsan. Det varierande innehållet i och renheten hos de substanser som användarna i dag har tillgång till ökar de potentiella skadorna och gör det allt svårare att sätta in åtgärder.

## Uppföljning av narkotikarelaterade skador och relaterade insatser

EMCDDA får information om hälsorelaterade och sociala insatser mot narkotikaanvändning, med strategier och offentliga utgifter för narkotikapolitiken, från Reitox nationella kontaktpunkter samt expertgrupper. Expertvärderingar ger kompletterande information om tillgången till insatser om det inte finns mer formaliserade data att tillgå. Detta kapitel bygger också på granskningar av de vetenskapliga beläggen för effektiviteten av folkhälsoåtgärder. Ytterligare information finns på EMCDDA:s webbplats under [Health and social responses to drug problems: a European guide](#) och tillhörande internetmaterial, samt [Best practice portal](#).

De huvudsakliga hälsoskador som EMCDDA systematiskt följer upp är narkotikarelaterade infektionssjukdomar samt dödlighet och sjuklighet i samband med narkotikaanvändning. Detta kompletteras med mer begränsade uppgifter om det narkotikarelaterade behovet av akutsjukvård samt uppgifter från EU:s system för tidig varning, som följer upp hälsoskador som har samband med nya psykoaktiva substanser. Mer information finns på internet under [Key epidemiological indicators](#), [Statistical Bulletin](#) och [Action on new drugs](#).

Utformningen och genomförandet av effektiva evidensbaserade insatser mot drogproblemen är ett viktigt fokus för europeisk narkotikapolitik och omfattar flera olika åtgärder. Narkotikaförebyggande arbete och tidiga insatser syftar till att förebygga narkotikaanvändning och narkotikarelaterade problem, medan narkotikabehandling där man använder både psykosociala strategier och läkemedel utgör den primära åtgärden mot beroende. Vissa centrala åtgärder, såsom opioidsstitutionsbehandling och sprutbytesprogram, har till viss del utvecklats som åtgärder för dem som injicerar opioider och de problem som injicering för med sig, framför allt spridningen av infektionssjukdomar och dödsfall på grund av överdoser. Eftersom drogproblematiken förändras över tid måste nya strategier tas fram och utvärderas, och några av dessa strategier diskuteras här nedan.

### Narkotikastrategier: metoder för utvärdering

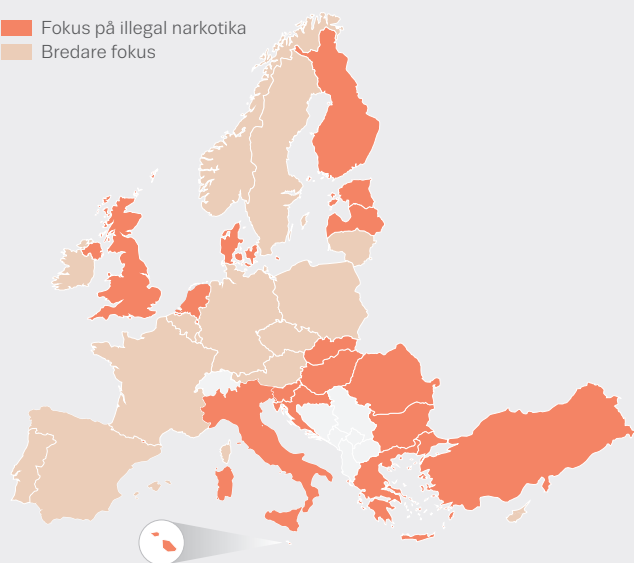
Nästan hälften av de 30 länder som följs av EMCDDA har nu infört nationella narkotikastrategier som omfattar olika kombinationer av substansrelaterade problem och missbruksbeteenden vid sidan av illegala droger. Dessa

planeringsverktyg används av regeringar när de utarbetar sina allmänna strategier och specifika insatser mot narkotikaproblemens olika hälsorelaterade, sociala och säkerhetsmässiga dimensioner. Danmarks nationella narkotikapolitik kommer till uttryck i ett antal strategidokument, lagar och konkreta åtgärder, medan alla övriga länder har ett nationellt narkotikastrategidokument. I 14 länder är strategierna bredare och omfattar även andra beroendeframkallande substanser och beteenden (se figur 3.1). I Storbritannien har dock de ansvariga myndigheterna i Skottland, Wales och Nordirland sina egna bredare strategidokument. Om dessa tre dokument tas med i beräkningen ökar det totala antalet bredare strategier gällande olaglig narkotika till 17. Dessa dokument tar vanligtvis upp olaglig narkotika, och variationerna är stora när det gäller hur andra substanser och beroende hanteras. I samtliga dokument diskuteras åtgärder mot alkohol, i tio mot tobak och i nio mot läkemedel, och åtta tar även upp andra former av beroenden såsom spelberoende. Oavsett fokus följer alla nationella narkotikastrategier uttryckligen den balanserade strategi för narkotikapolitik som föreskrivs i EU:s narkotikastrategi (2013–2020) och handlingsplan för narkotika (2017–2020), som betonar hur viktigt det är att minska såväl efterfrågan på som tillgången till narkotika.

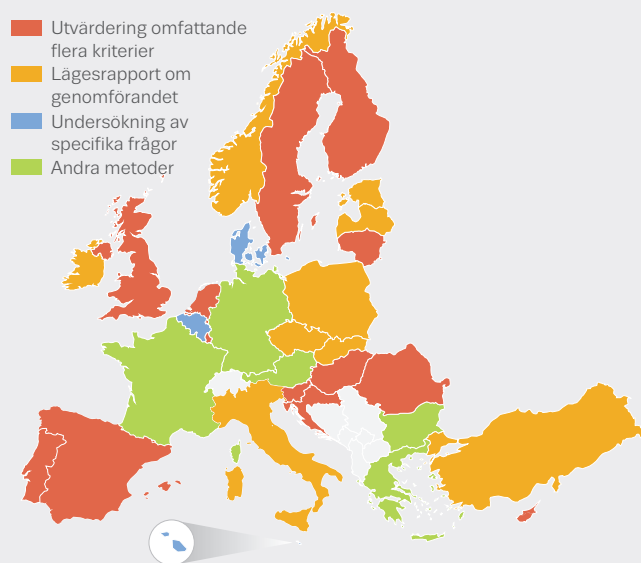
FIGUR 3.1

#### Inriktning på nationella narkotikastrategidokument (vänster) och metod för utvärdering (höger) 2018

■ Fokus på illegal narkotika  
■ Bredare fokus



■ Utvärdering omfattande flera kriterier  
■ Lägesrapport om genomförandet  
■ Undersökning av specifika frågor  
■ Andra metoder



Obs! Strategier med ett bredare fokus kan till exempel innefatta lagliga droger och andra missbruk. Storbritannien har en strategi för illegal narkotika, men Skottland, Wales och Nordirland har bredare strategidokument som innefattar alkohol.

Tack vare att strategierna utvidgas till att omfatta fler områden är det möjligt att skapa en mer integrerad folkhälsopolitik, men det innebär också en utmaning när det gäller samordningen av genomförande, uppföljning och utvärdering.

Alla europeiska länder utvärderar sina nationella narkotikastrategier, även om de gör detta på många olika sätt. Genom utvärderingarna vill man bedöma i vilken omfattning strategin genomförts och hur den totala narkotikasituationen förändrats över tid. Under 2018 genomfördes enligt rapporteringen 13 utvärderingar omfattande flera kriterier, nio som undersökte genomförandet av insatserna och tre som undersökte specifika frågor. Fem länder använde andra metoder, till exempel en blandning av indikatorbedömningar och forskningsprojekt (se figur 3.1). Trenden mot användning av brett fokuserade strategier avspeglas gradvis av användningen av utvärderingar som även de har ett bredare fokus. För närvarande har Frankrike, Luxemburg, Sverige och Norge publicerat utvärderingar av brett fokuserade strategier.

### Narkotikaförebyggande arbete: kontextuella strategier

Att förebygga narkotikakonsumtion och narkotikarelaterade problem bland unga är ett huvudmål i europeiska nationella narkotikastrategier och innefattar ett brett urval av strategier. Kontextuell och universell prevention är inriktad på hela populationer, medan selektiv prevention avser sårbara grupper som kan löpa större risk att utveckla missbruksproblem, och indikerad prevention är fokuserad på enskilda personer i riskzonen.

Den så kallade isländska preventionsmodellen, där en kombination av effektiva förebyggande principer tillämpas konsekvent på populationsnivå, har på sistone fått mycket internationell uppmärksamhet. Modellen innebär organiserade fritidsaktiviteter efter skoltid då de unga får universell tillgång till idrott och kulturella aktiviteter i kombination med föräldraövervakning och tidsbegränsat utgångsförbud för de under 18 år. I Europa har den isländska modellen genomförts i vissa kommuner i Spanien, Nederländerna och Rumänien. Det krävs ytterligare utvärdering för att klargöra huruvida den betydande minskningen i narkotikaanvändning som har observerats på Island det senaste årtiondet, som speglar ungas minskade substansanvändning i vissa andra europeiska länder, främst beror på landets förebyggande strategi och alkoholpolitik eller om det finns andra viktiga faktorer.

Den isländska modellen bygger på en strategi med en förebyggande kontext. Modellen förespråkar tanken om att det är möjligt att ändra oönskat beteende genom att ändra de fysiska, ekonomiska och rättsliga aspekter i omgivningarna som erbjuder eller minskar möjligheterna att ägna sig åt det oönskade beteendet. Detta kan i sin tur leda till att det blir mindre accepterat, normaliserat och synligt. Åtgärderna rör bland annat tillgången till och priset på substanser, minskade serveringsstorlekar och färre utskänkingsställen.

Principerna om en förebyggande kontext står också i centrum för Good Behaviour Game, ett manualbaserat program för grundskolebarn, som i vissa forskningsstudier har visat sig ha god effekt. Det syftar till att minska riskbeteenden genom att använda beteenderelaterade incitament på gruppnivå för att förstärka positiva normer och regler. På ett bredare plan kan man säga att cigaretternas ändrade status och minskade konsumtion i många EU-länder är ett exempel på kontextuell prevention i praktiken.

Vidareutbildning tycks onekligen vara viktigt för att införandet av preventionsmetoder ska lyckas. Genom ett nytt initiativ har den europeiska kursplanen för allmänprevention sjösatts. Kursplanen grundas på evidens och internationella standarder för regionala och lokala beslutsfattare och opinionsbildare. År 2018 genomfördes delar av kursplanen i en tredjedel av EU:s medlemsstater.

**Alla europeiska länder  
utvärderar sina nationella  
narkotikastrategier**

FIGUR 3.2

Spektrum av m-hälsoappar utifrån deras huvudsakliga syfte



### Insatser mot narkotikaanvändning: ny teknik

Insatser för att förebygga och behandla narkotikaanvändning utvecklas ständigt, och användningen av nya digitala lösningar såsom datorbaserad teknik ökar. En mängd olika enheter kan användas för digitala insatser (appar), allt från stationära datorer till bärbara enheter och i allt större utsträckning mobiltelefoner. Dessa mobilappar eller m-hälsoappar används för många olika ändamål, bland annat för att förebygga narkotikaanvändning, minska skador, erbjuda digital utåtriktad verksamhet på sociala medieplattformar, patienttillsyn, patientövervakning samt faktisk behandling (figur 3.2). Några appar tillhandahåller praktiskt stöd, såsom narkotikarelaterade ordlistor och information och rådgivning om narkotika. Ett innovativt exempel är användningen av geolokalisering för att hjälpa personer som injicerar droger att hitta ställen för sprutbyte. Vissa appar använder också preventionstekniker som har stöd i forskning, såsom metoder som påverkar sociala normer, och tar upp missuppfattningar om narkotikabruket i umgängeskretsen. Även om många m-hälsoappar nu finns tillgängliga för allmänheten konstaterade EMCDDA i en nyligen genomförd undersökning att få av dem var vetenskapligt utvärderade, att det saknades kvalitetsstandarder och att det fanns orosmoment när det gällde skyddet av personuppgifter.

Användningen av teknik för virtuell verklighet som ett sätt att tillhandahålla exponeringsterapi utforskas också. Med hjälp av speciella headset för virtuell verklighet skapas realistiska och omslutande drogrelaterade omgivningar som gör att ett sug uppstår, och patienterna får öva sig på tekniker för att hantera suget.

### Narkotikabehandling: behandling inom öppenvården dominerar

Narkotikabehandling fortsätter att vara den primära insatsen för individer med problematisk droganvändning, såsom beroende. Att garantera god tillgång till lämpliga behandlingar är ett viktigt politiskt mål.

Större delen av narkotikabehandlingen i Europa sker inom öppenvården, där specialiserade behandlingscentrum är den största vårdgivaren sett till antalet behandlade narkotikaanvändare (figur 3.3). Lågröskelinrättningar är den näst största vårdgivaren, följt av primärvården och allmänna psykiatriska vårdmottagningar. Denna sistnämnda kategori innefattar allmänläkarna, som är betydelsefulla förskrivare av opioidsubstitutionsbehandling i vissa större länder såsom Frankrike och Tyskland. På andra håll, till exempel i Polen och Slovenien, spelar psykiatriska öppenvårdsmottagningar en roll i tillhandahållandet av behandling.

En mindre andel av narkotikabehandlingarna i Europa ges inom slutenvården, främst på sjukhusbaserade behandlingscentrum (till exempel inom psykiatri), men också i terapeutiska samhällen och specialiserade behandlingscentrum. Den relativa betydelsen av slutenvård och öppenvård inom nationella behandlingssystem varierar kraftigt mellan länderna.

### Tillgång till narkotikabehandling: egenremitter är den vanligaste vägen

Under 2017 fick uppskattningsvis 1,2 miljoner människor behandling för användning av illegala droger i EU (1,5 miljoner om Norge och Turkiet räknas in). Egenremitter är fortfarande den vanligaste vägen till specialiserad narkotikabehandling. Det kan även omfatta remisser från familjemedlemmar eller vänner och mer än hälften (54 procent) av alla klienter som inledde specialiserad

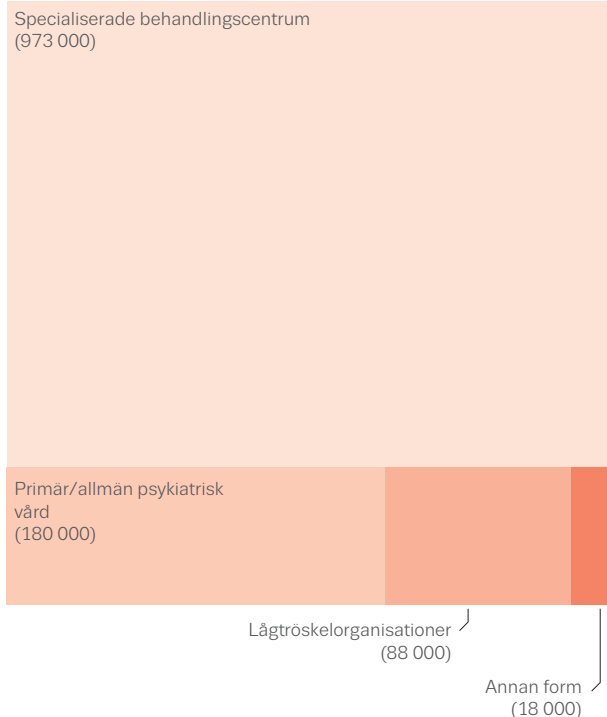
**Större delen  
av narkotikabehandlingen  
i Europa sker inom öppenvården**



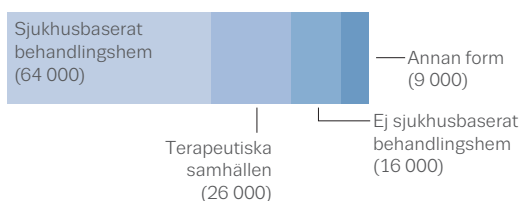
FIGUR 3.3

Antal klienter som får narkotikabehandling i Europa 2017, efter behandlingsform

### Öppenvård



### Slutenvård



### Fängelser

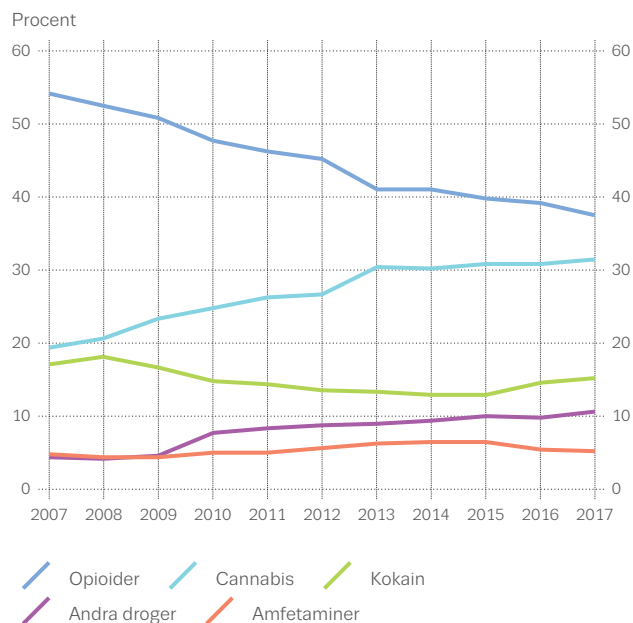


narkotikabehandling i Europa under 2017 fick behandling via den vägen. Runt 17 procent av klienterna remitterades genom kriminal- och rättsväsendet, medan 15 procent av klienterna remitterades från hälso- och sjukvården och utbildnings- och socialtjänsten, medräknat andra centrum för narkotikabehandling. I ett antal länder har det införts olika strategier för att styra över narkotikabrottslingar från kriminal- och rättsväsendet till narkotikabehandlingsprogram. Detta kan omfatta ett domstolsbeslut om att delta i behandling eller en villkorlig dom kopplad till krav på behandling.

Bland länder med fler än 100 personer som remitterats till behandling genom kriminal- och rättsväsendet år 2017 varierade andelen klienter som inledde behandling på

FIGUR 3.4

Trender för procentandelen klienter som inleder specialiserad narkotikabehandling, efter primärdrog

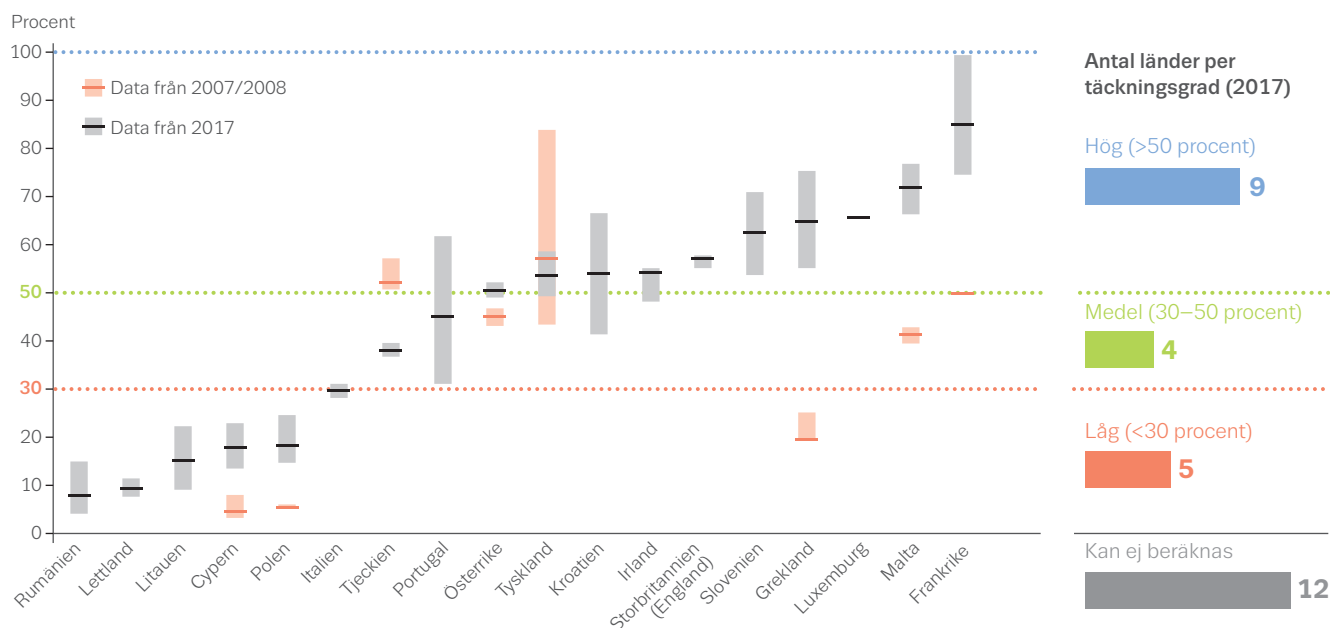


detta sätt, från mindre än 5 procent i Tjeckien, Grekland, Nederländerna och Polen till runt 70 procent i Ungern. Generellt sett är det oftast personer som primärt använder cannabis som remitteras till behandling genom kriminal- och rättsväsendet, medan det minst vanliga är personer som primärt använder opioider.

Klientens väg genom narkotikabehandlingen innebär ofta olika behandlingsinsatser, flera inskrivningar och varierande behandlingstider. Personer som använder opioider är den största gruppen som inleder och genomgår specialiserad behandling och utnyttjar den största delen av de tillgängliga behandlingsresurserna, framför allt i form av substitutionsbehandling. Personer som använder cannabis och kokain är de andra och tredje största grupperna som inleder behandling (figur 3.4). Tjänsterna som dessa klienter erbjuds ser ofta olika ut, men vanligtvis rör det sig om någon form av psykosocial intervention. Resultaten av en analys av specialiserade behandlingar i tio europeiska länder 2014–2017 visar hur behandlingsvägen kan se ut. Av de 300 000 klienter som var under behandling i dessa länder hade över hälften varit under kontinuerlig behandling sedan över ett år tillbaka. Många av dem hade problem med opioidanvändning, i synnerhet heroin. Resten inledde behandling det året. Av dessa hade 16 procent påbörjat behandling för första gången medan 28 procent hade påbörjat en ny behandling efter att ha fått behandling ett annat år. Dessa uppgifter återspeglar många narkotikarelaterade sjukdomars långvariga och återkommande karaktär.

## FIGUR 3.5

Täckning av opioidsstitutionsbehandling (procentandel uppskattade personer med ett högriskbruk av opioider som är föremål för insatsen) 2017 eller senast tillgängligt år och 2007/2008



Obs! Uppgifterna visas som punktskattningar med osäkerhetsintervall.

### Opioidsstitutionsbehandling: varierande täckningsgrad

Substitutionsbehandling, ofta kombinerad med psykosociala insatser, är den vanligaste typen av behandling för opioidberoende. Den evidens som finns stöder metoden och positiva resultat har konstaterats när det gäller att få klienterna att stanna kvar i behandling och i fråga om minskad användning av illegala opioider, rapporterat riskbeteende och narkotikarelaterade skador och dödsfall.

Omkring 654 000 personer som använde opioider fick substitutionsbehandling i EU under 2017 (662 000 om Norge räknas in). Efter en stadig minskning 2010–2015 sågs en ökning på 4 procent i hela EU under 2017 jämfört med föregående år. Mellan 2015 och 2017 konstaterades en ökning i 17 länder, däribland Sverige (21 procent), Rumänien (21 procent) och Italien (16 procent), medan minskningar under senare tid rapporterades för nio länder, däribland Litauen (18 procent) och Cypern (17 procent).

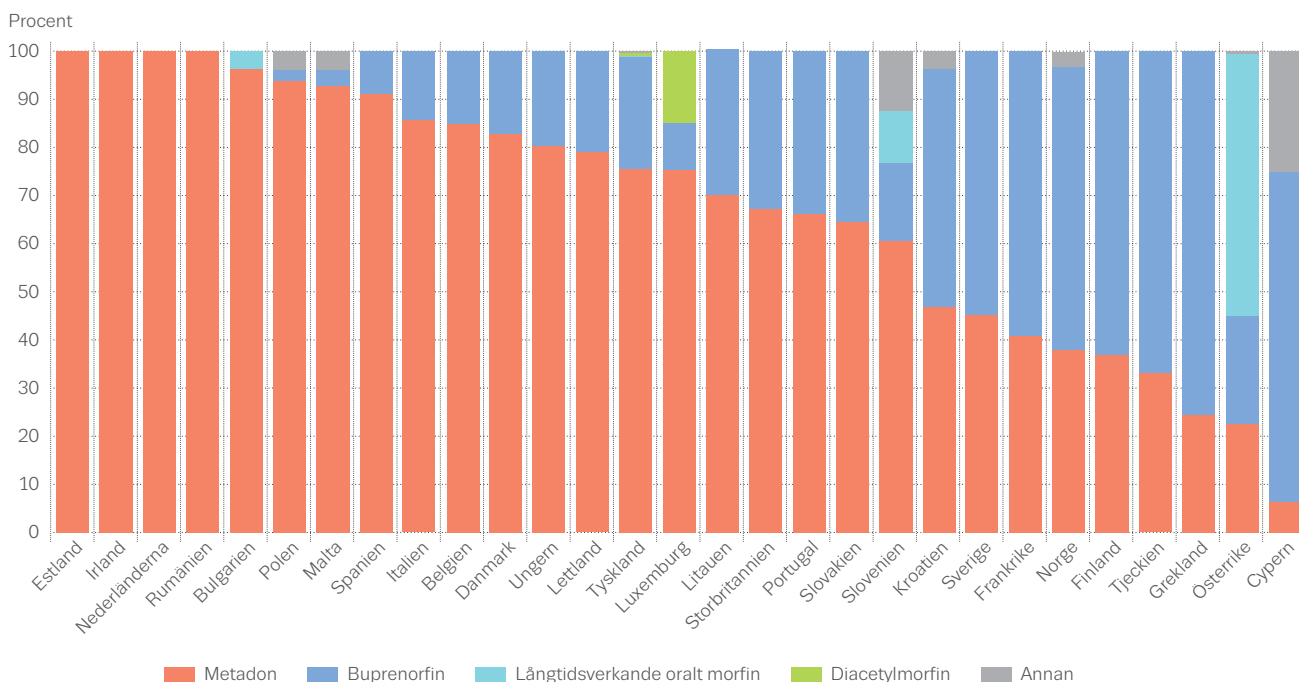
En jämförelse med aktuella beräkningar av antalet personer med ett opioidmissbruk i Europa tycks tyda på att totalt sett hälften av dem får substitutionsbehandling. Det finns dock skillnader i täckningsgrad mellan länderna (figur 3.5) och vissa av dem ligger under den rekommenderade täckningsgraden. Om man tittar på de

länder där det finns uppgifter från 2007 och 2008 att jämföra med ökade täckningen i allmänhet.

Metadon är det läkemedel som oftast förskrivs vid opioidsstitutionsbehandling. Det används av nästan två tredjedelar (63 procent) av de klienter som får substitutionsbehandling. Ytterligare 34 procent av klienterna behandlas med läkemedel baserade på buprenorfin, som är det primära substitutionsläkemedlet i åtta länder (figur 3.6). Förskrivning av andra substanser, såsom långtidsverkande morfin eller diacetylmorfin (heroin), är mindre vanligt. Uppskattningsvis används de av 3 procent av dem som får substitutionsbehandling i Europa. Klientgruppen i Europa som får substitutionsbehandling åldras; merparten av dem är nu äldre än 40 år och har vanligtvis behandlats i över två år. Det finns alternativa behandlingar för personer som använder opioider i alla europeiska länder men de används inte lika ofta. I de elva länder där det finns tillgängliga uppgifter får mellan 2 procent och 17 procent av alla personer som använder opioider under behandling insatser som inte innefattar opioidsstitution.

FIGUR 3.6

Andel klienter som får olika typer av förskrivna opioidsubstitutionsbehandling i europeiska länder



Obs! I Nederländerna får omkring 10 procent av de klienter som får metadon även diacetylmorfin. I Finland ges buprenorfin antingen som enda läkemedel eller tillsammans med naloxon. Uppgifterna från Storbritannien avser endast Wales.

KLIENTER I OPIOIDSUBSTITUTIONSBEHANDLING

Population

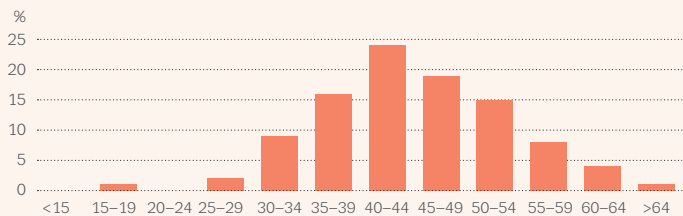
654 000 EU

662 000 EU+ Norge

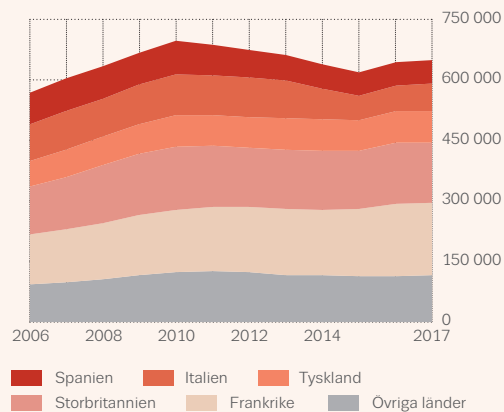
25% 75%



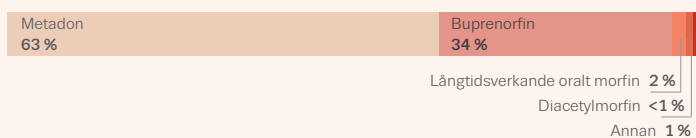
Åldersfördelning



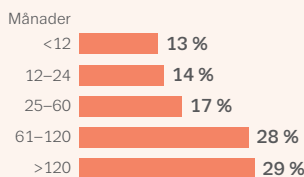
Trender i antal i substitutionsbehandling



Typ av läkemedel



Behandlingslängd



Obs! Bara länder med data för minst åtta av de elva åren ingår i trenddiagrammet. Saknade värden interpoleras från närliggande år.

## Olika sätt att hantera narkotikaproblem: utgifter och genomförandemekanismer

Det är viktigt att känna till kostnaderna för de narkotikarelaterade insatserna, både för att kunna ta fram och för att kunna utvärdera politiken. Informationen om narkotikarelaterade offentliga utgifter i Europa är emellertid fortfarande både sparsam och heterogen, såväl lokalt som nationellt. Det senaste årtiondet har 26 länder genomfört uppskattningar av de offentliga utgifterna på narkotikaområdet. Uppskattningarnas omfattning varierar och de ligger på mellan 0,01 procent och 0,5 procent av bruttonationalprodukten (BNP), där omkring hälften av uppskattningarna hamnar på mellan 0,05 procent och 0,2 procent av BNP.

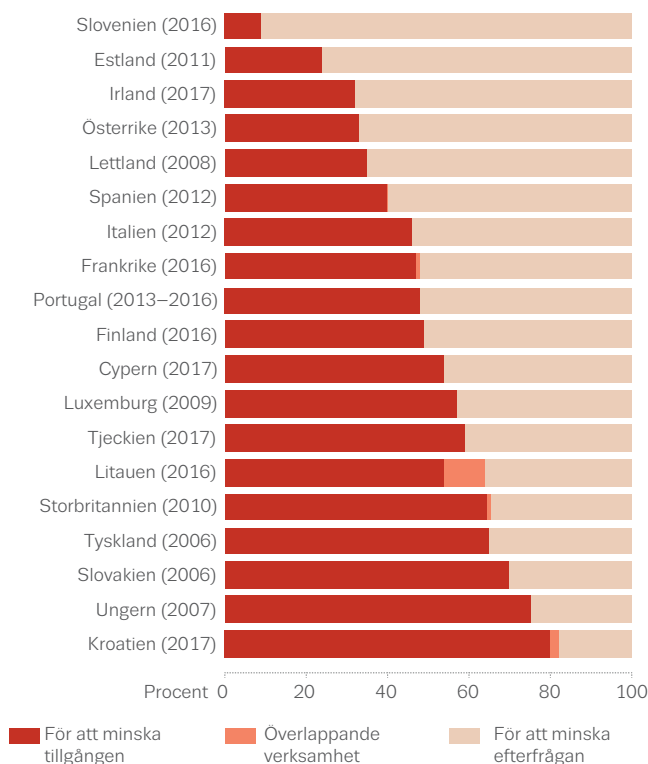
Mellan 2006 och 2017 gjorde 19 länder uppskattningar av utgifterna för initiativ avsedda att minska efterfrågan, som en andel av de totala offentliga utgifterna på narkotikaområdet. Det skiljer sig stort mellan länderna och sträcker sig från 8 procent till 80 procent (figur 3.7). I de fall utgifterna för narkotikabehandling är kända står de för en stor andel av de beräknade utgifterna för efterfrågeminskande åtgärder.

Framgångsrikt genomförda program kräver att man fokuserar på bland annat kostnader, standarder och utbildning. Analyser av kostnadseffektiviteten hos insatser i form av narkotikabehandling kan bidra till att de finansiella resurserna används på bästa möjliga sätt. Trots att farmakoterapi för opioidberoende medför kostnader för öppenvård och receptförskrivningar blir de totala hälsorelaterade kostnaderna i slutändan lägre. De som får sådan behandling utnyttjar nämligen i mindre utsträckning tjänster med höga kostnader, såsom akutvård och slutenvård.

En nyligen genomförd studie från EMCDDA konstaterade att minst 80 procent av de rapporterade länderna offentliggjorde någon form av vägledning för att stödja genomförandet av metoder för att minska efterfrågan, och 60 procent av dem rapporterade att de använder kvalitetsstandarder. Det var 70 procent av länderna som rapporterade att de har ackrediteringssystem som kopplar tillstånden för att tillhandahålla tjänster inom ramen för offentligt finansierade system till kvalitetsstandarder. Dessutom rapporterade merparten av länderna att yrkesverksamma kan få fortbildning (80 procent). Det är mindre vanligt med register eller förteckningar över evidensbaserade program eller program som bygger på bästa praxis, men det finns i en fjärdedel av länderna. En positiv utveckling jämfört med tidigare år är att det har skett en betydande ökning av andelen länder som nu rapporterar att de har offentliggjort vägledningar och

### FIGUR 3.7

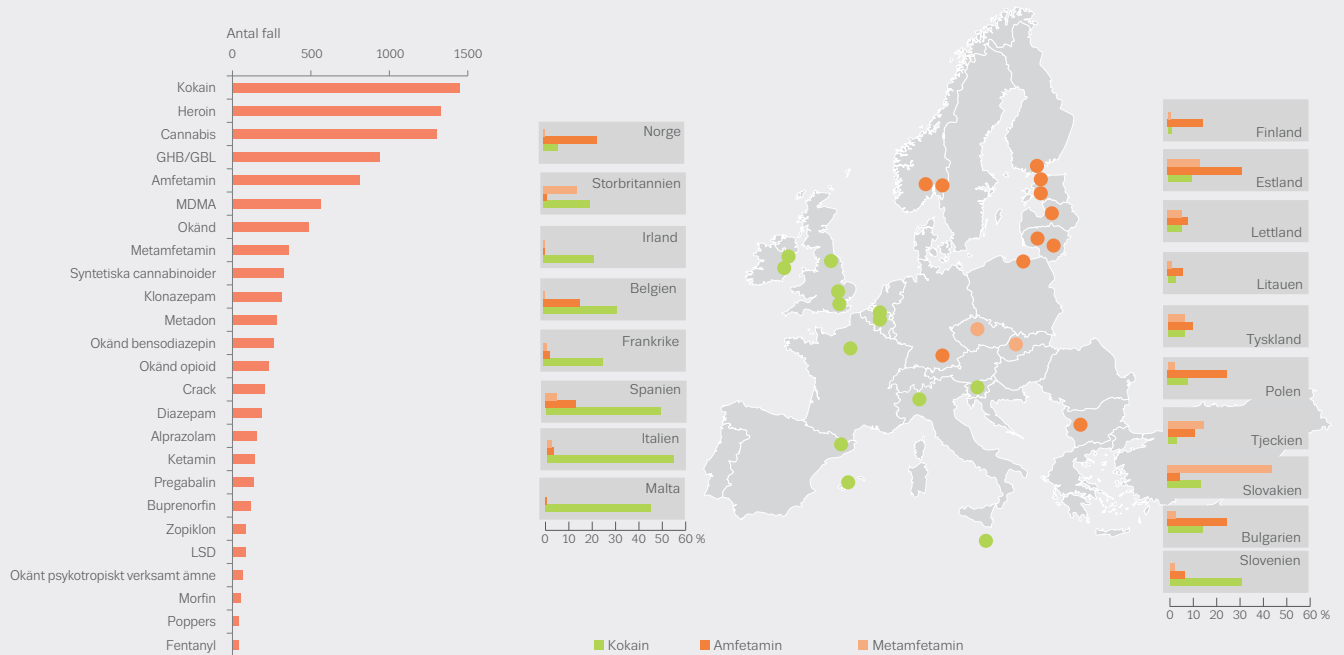
Narkotikarelaterade offentliga utgifter: uppskattad fördelning av utgifterna för att minska efterfrågan eller för att minska tillgången



standarder för interventioner och som har inrättat något slags ackrediteringssystem för att tillhandahålla tjänster. Överlag tycks det som att fortbildningsmöjligheterna för de som arbetar inom narkotikaområdet ökar, men det är allmänt känt att det är ett område som skulle må bra av mer investeringar.

FIGUR 3.8

De 25 mest registrerade drogerna vid akutvårdsfall på kontrollsjukhus 2017 (vänster) och fall som beror på kokain och amfetaminer (uttryckt som procentandel av alla fall), sammanslaget för varje land (höger)



Obs! Resultaten baseras på 7 267 fall på 26 kontrollsjukhus i nätverket Euro-DEN plus i 18 europeiska länder.  
Källa: European Drugs Emergencies Network (Euro-DEN plus).

### Akuta narkotikarelaterade skador: de kokainrelaterade ökar och de heroinrelaterade minskar

Data från sjukhusens akutvård kan ge en insikt i akuta narkotikarelaterade skador och narkotikaanvändningens folkhälsokonsekvenser i Europa. De narkotikarelaterade fallen av akut toxicitet på 26 (kontroll-)sjukhus i 18 EU-länder följs av European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus). År 2017 registrerade sjukhusen 7 267 fall och merparten var män (76 procent). Nästan tre fjärdedelar av fallen kom till sjukhuset med ambulans, varav majoriteten (78 procent) skrevs ut från sjukhuset inom tolv timmar. Ett fåtal fall behövde dock skrivas in på intensivvårdsavdelning (6 procent) eller psykiatriavdelning (4 procent). I urvalet registrerades 30 dödsfall på sjukhusen, varav 17 rörde opioider.

Kokain var den drog som oftast var inblandad i fallen under 2017, följt av heroin och cannabis (figur 3.8). Nästan en fjärdedel av fallen omfattade missbruk av receptbelagda eller receptfria läkemedel (oftast bensodiazepiner och opioider), i över 10 procent var GHB/GBL inblandat och i 4 procent var nya psykoaktiva substanser inblandade.

Skillnaderna mellan olika platser när det gäller vilka droger som låg bakom akutvårdsfallen tycks spegla variationer i sjukhusens upptagningsområden och lokala mönster vad

gäller bruk av droger. Till exempel var akutvårdsfall som omfattade amfetaminer vanligast i norra och östra Europa, medan fall relaterade till kokain dominerade i södra och västra Europa.

FIGUR 3.9

Den allmänna trenden för de 15 centrum som rapporterade in data 2014–2017 visar en minskning i antalet heroinrelaterade fall och en ökning av fall relaterade till kokainpulver och crack (figur 3.9). Under samma period skedde en övergripande minskning av fall relaterade till syntetiska katinoner och en ökning relaterad till syntetiska cannabinoider.

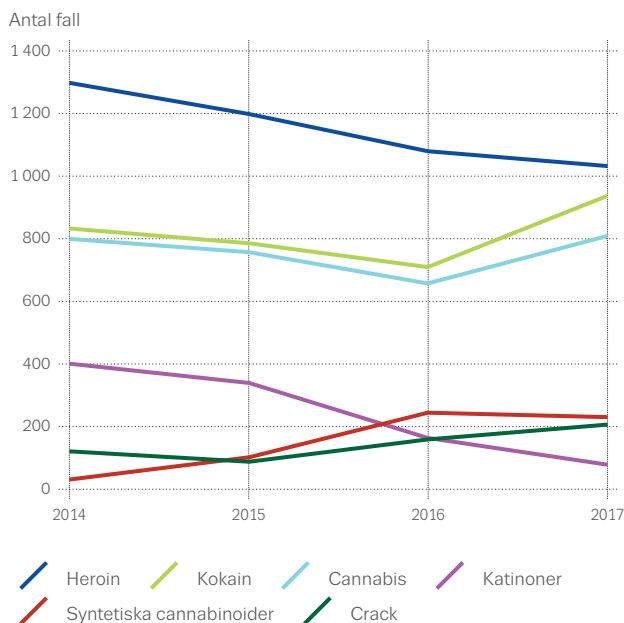
Endast ett fåtal länder övervakar akuta narkotikavårdsfall på nationell nivå. Bland dessa rapporterade Tjeckien, Danmark, Litauen och Slovenien en nedåtgående trend för heroinrelaterade akutfall. Mellan 2013 och 2017 rapporterade Danmark en ökning av akuta förgiftningar i samband med bruk av andra opioider än heroin och metadon, och en fördubbling av antalet kokainrelaterade akuta förgiftningar. I Spanien stod kokain för nästan hälften av de rapporterade narkotikarelaterade akutfallen under 2016, medan kontrollregioner i Nederländerna rapporterade en minskning vid första hjälpen-centraler mellan 2016 och 2017 av akutvårdsfall med anknytning till MDMA och det centralstimulerande medlet 4-fluoramfetamin (4-FA). Nästan en tredjedel av de narkotikarelaterade ambulansutryckningarna i Nederländerna var kopplade till användning av GHB.

### Kokain och crack: hälsorelaterade åtgärder

Det finns insatser för att behandla personer som använder kokain och crack. I Europa är dessa åtgärder oftast någon form av psykosociala interventioner, såsom kognitiv beteendeterapi, motiverande samtal, korta interventioner, förstärkningsmetoder och symtombaserad farmakologisk behandling. Andra behandlingsalternativ som för närvarande utforskas är bland annat användningen av centralstimulerande läkemedel, som modafinil och lisdexamfetamin, för att minska sug och abstinenssymtom, och ett kokainvaccin för att minska de euforiska och belönande effekterna av kokain.

I dag har vi fortfarande relativt lite evidens för vad som är effektiva behandlingsalternativ för kokainrelaterade problem, och det är ett område där det krävs mer forskning och utveckling. På motsvarande sätt är tillgången till specialiserade program som är särskilt inriktade på personer som använder kokain begränsad i Europa. Några länder uppger emellertid att de arbetar med att ta fram skraddarsydda interventioner för att hantera det ökande antalet individer som söker behandling för kokainrelaterade problem. Det rör sig till exempel om program som kombinerar olika förstärkningsmetoder, bland annat från samhällets sida (Belgien) och en anpassning av öppettiderna till kokainklienternas behov (Luxemburg och Österrike).

Trender i antal fall vid kontrollsjukhus med avseende på utvalda droger



Obs! Uppgifterna kommer från de 15 kontrollsjukhus i nätverket Euro-DEN Plus som rapporterat in varje år 2014–2017.  
Källa: Euro-DEN Plus.

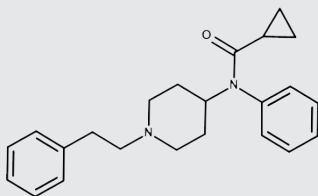
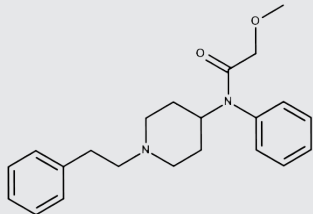
I vissa länder finns också skademinimeringsinsatser för de som använder kokain och crack som fokuserar på hälsorelaterade risker i samband med injicering av kokain eller crackrökning och sexuellt riskbeteende. Det rör sig bland annat om övervakade konsumtionsrum i Danmark, Tyskland, Frankrike, Luxemburg och Nederländerna och att tillhandahålla kit för crackanvändning (pipor och filter i Frankrike och Portugal). Vissa länder har narkotikaanalystjänster, som ska minska de risker som hänger ihop med mycket rent eller förfalskat kokain.

## Gemensamma utredningar och riskbedömningar

År 2017 gjorde EMCDDA:s vetenskapliga kommitté en formell bedömning av riskerna hos nio nya psykoaktiva substanser. Bland dessa fanns fem fentanylderivat: akrylfentanyl, furanylfentanyl, 4-fluoroisobutyrfentanyl, tetrahydrofuranfentanyl och karfentanil. De har sedan dess kontrollerats på internationell nivå i enlighet med villkoren i FN-konventionen om narkotika från 1961.

Som en uppföljning av de utredningar som EMCDDA och Europol gemensamt inledde 2017 avseende cyklopropylfentanyl och metoxiacetylfentanyl gjorde EMCDDA under 2018 en formell riskbedömning av dessa två fentanylderivat, vilka varit inblandade i över 90 dödsfall (tabell 1). På grundval av resultaten av riskbedömningsrapporterna, och på Europeiska kommissionens initiativ, beslutade Europeiska unionens råd och Europaparlamentet att dessa två substanser skulle omfattas av kontrollåtgärder i hela EU.

**Tabell 1. Viktiga resultat från de riskbedömningar av två fentanylanaloger som genomfördes 2018**

Gängse benämning	Cyklopropylfentanyl	Metoxiacetylfentanyl
Kemisk beteckning	<i>N</i> -fenyl- <i>N</i> -[1-(2-fenyletyl)piperidin-4-yl]cyklopropankarboxamid	2-metoxi- <i>N</i> -fenyl- <i>N</i> -[1-(2-fenyletyl)piperidin-4-yl]acetamid
Kemisk struktur		
Formell anmälan till EU:s system för tidig varning	4 augusti 2017	9 december 2016
Rapporterade dödsfall i samband med användning	78	13
Antal länder där dödsfall inträffat i samband med användning	3	4
Antal beslag gjorda av brottsbekämpande myndigheter	144	48
Antal länder där den har beslagtogs (EU, Turkiet och Norge)	6	10
Total beslagtagna mängd	1,76 kg pulver 772 ml vätska 329 tabletter	180 g pulver 352 ml vätska 119 tabletter

### Nya droger: högpotenta syntetiska opioider

Nya psykoaktiva substanser, inbegripet syntetiska opioider, syntetiska cannabinoider och syntetiska katinoner, fortsätter att förknippas med dödsfall och akuta förgiftningar i Europa. Och trots att en mängd nya åtgärder vidtagits inom detta område fortsätter de att vara en utmaning för dagens narkotikapolitiska modeller.

Även om nya opioider spelar en mindre roll på den europeiska narkotikamarknaden utgör de ett allvarligt hot mot både individen och folkhälsan. Särskilt oroande är fentanylanalogerna, som utgör majoriteten av de nya opioider som rapporteras in till EMCDDA. Dessa substanser kan vara särskilt starka, och mycket små

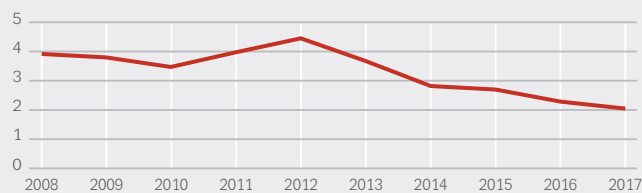
mängder kan orsaka livshotande förgiftning till följd av en snabb och allvarlig andningsdepression. Rapporterade fall av överdoser omfattar bland annat personer som trodde att de köpte heroin, annan olaglig narkotika eller smärtlindrande läkemedel. Förutom den akuta risken för överdos, då användning av naloxon kan vara indikerad, verkar fentanylanalogerna också ha beroendeframkallande effekter och kan skapa ett problematiskt bruk.

**Nya opioider utgör ett allvarligt hot mot både individen och folkhälsan**

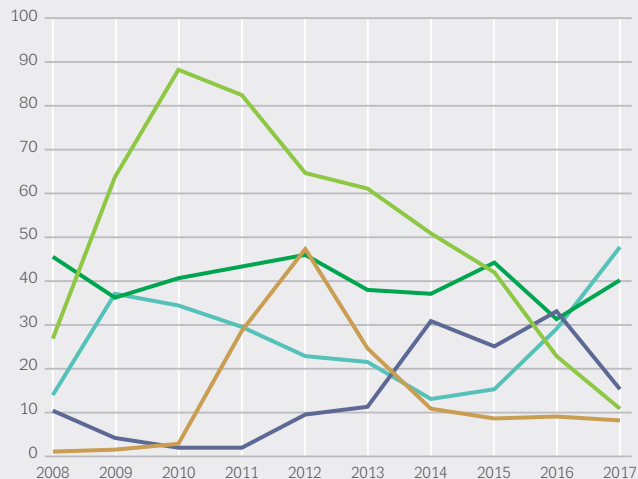
## FIGUR 3.10

## Nydiagnostiserade hivinfektioner i samband med injektionsdrogbruk: övergripande samt utvalda trender och de senaste uppgifterna

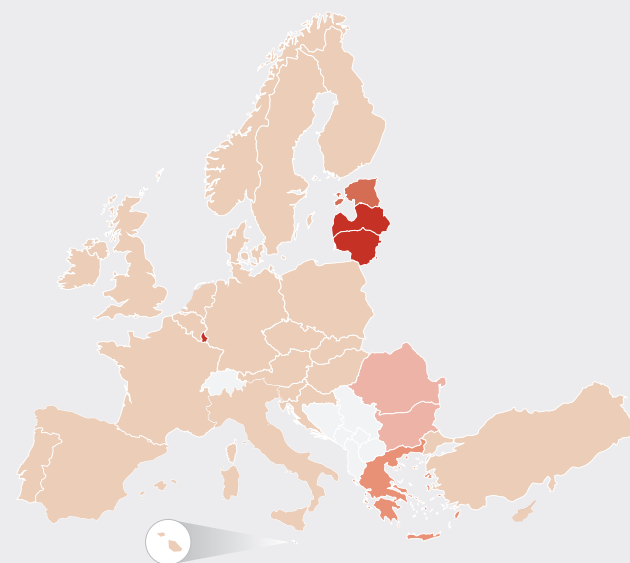
Fall per miljon invånare (EU)



Fall per miljon invånare



— Litauen — Lettland — Luxemburg — Estland  
— Grekland



Fall per miljon invånare

— <3 — 3,1–6 — 6,1–9 — 9,1–12 — > 12

Källa: ECDC. Data för 2017.

### Kroniska drogrelaterade skador: lokala utbrott av hiv, sena diagnoser

Förutom risker i samband med oskyddat sex löper personer som använder narkotika, i synnerhet de som injicerar, en risk att ådra sig infektioner såsom hepatit C-virus (HCV) och humant immunbristvirus (hiv) genom delning av injektionsverktyg med andra. Följaktligen är hivprevalensen bland personer som injicerar droger högre än bland den allmänna befolkningen.

Under 2017 anmäldes 1 046 nya hivdiagnoser på grund av injektion av droger i EU, vilket utgör 5 procent av alla hivdiagnoser där överföringsvägen är känd (83 procent var män och merparten över 35 år). Andelen har varit stabilt lågt under det senaste decenniet. Anmälningarna om nya hivdiagnoser bland personer som injicerar droger har minskat i de flesta europeiska länder mellan 2008 och 2017 (figur 3.10). Injicering av droger är dock fortfarande en vanlig överföringsväg i vissa länder. Enligt de data som rapporterades till Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar uppgavs injektion av droger stå för 62 procent av alla nydiagnostiserade fall av hiv i Litauen och 33 procent i Lettland under 2017.

Seroprevalensstudier – utifrån blodprover från personer

som injicerar droger – som genomfördes i Estland, Lettland och Polen 2016–2017 visade att över 10 procent av de som testades var hivpositiva.

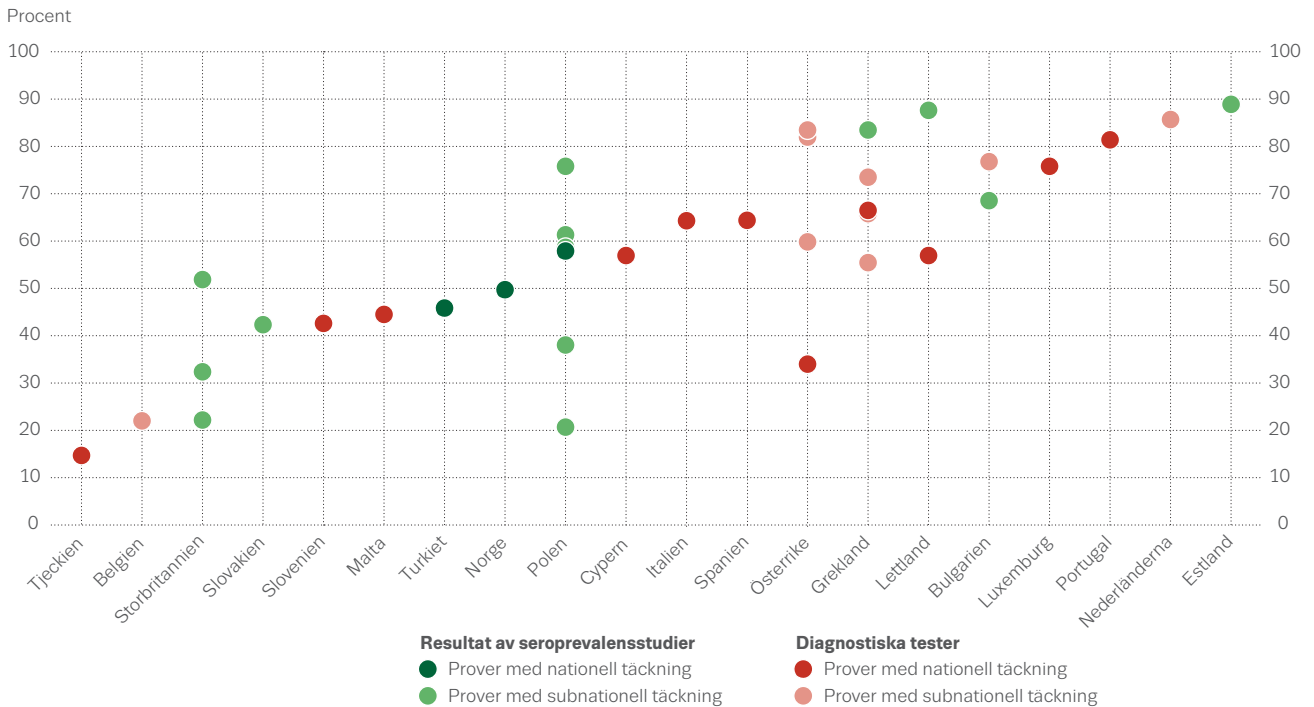
Lokala utbrott av hiv har dokumenterats bland marginaliserade grupper av personer som injicerar droger i Dublin (2014–2015), Luxemburg (2014–2016), München (2015–2016) och Glasgow (2015–2018). För alla dessa fyra utbrott har man funnit samband med injicering av stimulantia.

Där det fanns information diagnostiserades hälften av de nya hivdiagnoser som berodde på injektion av droger i EU under 2017 sent – det vill säga när viruset redan har börjat skada immunsystemet. En sen hivdiagnos leder till fördröjd insättning av antiretroviral behandling samt ökad sjuklighet och dödlighet. Metoden att "testa och behandla" för hiv, som innebär att antiretroviral behandling inleds direkt efter hivdiagnosen, kan leda till minskad smittspridning och är särskilt viktig i grupper med högriskbeteenden, till exempel bland personer som injicerar droger. Genom tidig diagnos och insättning av antiretroviral behandling får den som smittats en normal förväntad livslängd.



FIGUR 3.11

Prevalensen av antikroppar mot HCV bland personer som injicerar droger: resultat av seroprevalensstudier (SP) och diagnostiska tester (DT) med nationell eller subnationell täckning, 2016–2017



Under 2017 kunde 14 procent av de nyrapporterade aidsfallen i EU där man kände till överföringsvägen hänföras till injektion av droger. Dessa 379 anmälda fall utgör mindre än en fjärdedel av det antal som rapporterades för ett decennium sedan.

### HCV-prevalens: de nationella trenderna varierar

Virushepatit, i synnerhet den infektion som orsakas av hepatit C-virus (HCV), har hög prevalens bland personer som injicerar droger i Europa. Av 100 personer som smittats med HCV kommer 75 till 80 att utveckla en kronisk infektion. Detta har påtagliga långsiktiga följder eftersom kroniska HCV-infektioner, ofta förvärrade av tungt alkoholbruk, kommer att leda till ett ökande antal dödsfall och fall av leversjukdomar, däribland skrumplever och cancer, i en åldrande population av personer med narkotikamissbruk.

Prevalensen av antikroppar mot HCV bland personer som injicerar droger, ett tecken på befintlig eller tidigare infektion, uppskattas utifrån seroprevalensstudier eller rutinmässiga diagnostiska tester som erbjuds av lågtröskelinrättningar. År 2016–2017 varierade prevalensen av antikroppar mot HCV i nationella urval av personer som injicerar droger mellan 15 procent och 82 procent, och 8 av de 14 länder som rapporterade nationella uppgifter redovisade nivåer på över 50 procent

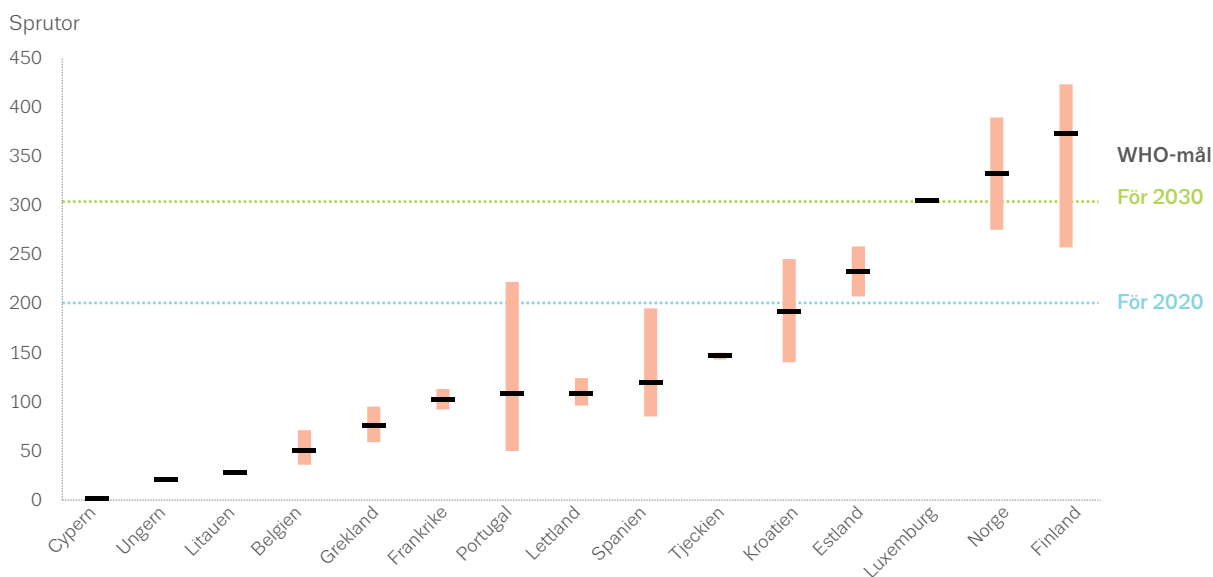
(figur 3.11). Av länderna med nationella trenduppgifter för perioden 2011–2017 rapporterades nedåtgående HCV-prevalens bland personer som injicerar droger i sex länder, medan tre rapporterade en ökning.

Infektion med hepatit B-virus (HBV) förekommer mer sällan hos personer som injicerar droger än HCV-infektion, men det är fortfarande vanligare än vad det är bland den allmänna befolkningen trots att det finns ett effektivt vaccin. Om personen har HBV-ytantigen visar det på en pågående infektion, som kan vara akut eller kronisk. I de sju länder som hade nationella data för 2016–2017 beräknades mellan 1 procent och 9 procent av de personer som injicerar droger vara smittade med HBV.

Injektion av narkotika är en riskfaktor även för andra infektionssjukdomar, och drogrelaterade kluster av hepatit A rapporterades i Tjeckien och Tyskland 2016. I Storbritannien har antalet anmälda fall av grupp A-streptokocker i samband med injektion av droger ökat sedan 2013, och fall av sårbotulism fortsätter att rapporteras i Europa.

FIGUR 3.12

Omfattning av speciella sprutprogram: antal sprutor som delats ut per beräknad person som injicerar droger



Obs! Uppgifterna visas som punktskattningar med osäkerhetsintervall. Målen anges i WHO:s globala strategi för vårdsektorn mot virushepatit 2016–2021

### Prevention av infektionssjukdomar: tillgången till effektiva åtgärder varierar

Ett antal olika åtgärder rekommenderas för att minska drogrelaterade infektionssjukdomar bland personer som injicerar droger. Bland annat kan man tillhandahålla opioidsstitutionsbehandling, dela ut sterila sprutor, kanyler och andra rena injektionsverktyg, vaccinera, testa för virushepatit och hiv samt erbjuda hälsofrämjande insatser inriktade på att minska injektionsrelaterade och sexuella riskbeteenden.

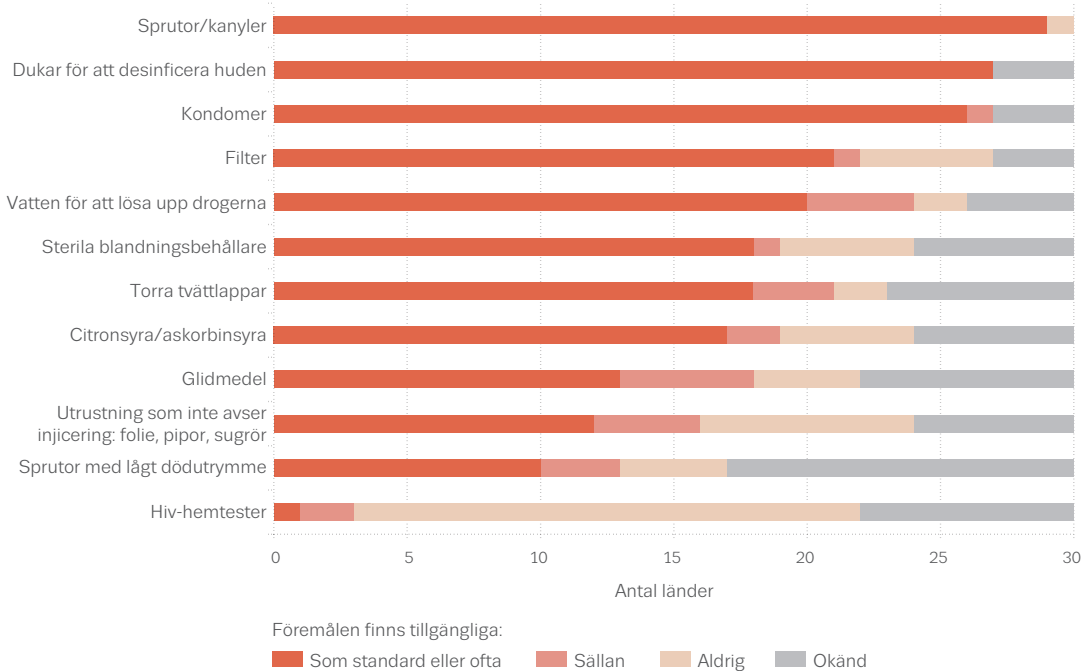
För personer som injicerar opioider leder substitutionsbehandling till betydligt lägre infektionsrisk, och vissa analyser tyder på att skyddseffekten förstärks när hög täckningsgrad för behandlingen kombineras med omfattande tillhandahållande av rena sprutor. Det finns belägg för att sprutbytesprogram minskar spridningen av hiv bland personer som injicerar droger. Alla de 30 länder som följs av EMCDDA utom Turkiet har särskilda utlämningsställen där ren injektionsutrustning lämnas ut kostnadsfritt. Uppgifter om utdelning av sprutor via särskilda sprutbytesprogram finns för 25 länder, som sammantaget rapporterar att cirka 53 miljoner sprutor delades ut under det år som var det senaste för vilket det finns tillgängliga uppgifter från (2015/2017). Detta antal

utgör en kraftig underskattning eftersom flera stora länder – däribland Tyskland, Italien och Storbritannien – inte rapporterar fullständiga nationella uppgifter om sprutbytesprogrammen. Vidare kan man i vissa länder köpa sprutor på apoteken. Det tycks emellertid som att täckningsgraden för systemen för sprututdelning varierar kraftigt mellan de 15 länder för vilka det finns uppgifter som gör att en jämförelse med de senaste beräkningarna av antalet personer som injicerar droger (figur 3.12) kan göras.

Utöver sterila sprutor och kanyler tillhandahåller skademinimeringstjänsterna i många länder ofta eller som standard dukar för att desinficera huden, vatten för att lösa upp drogerna och rena blandningsbehållare (figur 3.13), men inte lika ofta annan utrustning som inte avser injicering, såsom folie och pipor. Hiv-hemtester kan hjälpa personer som injicerar droger att diagnostiseras i ett tidigt skede. Dessa hemtester finns att köpa på apoteken i ett växande antal europeiska länder, och i vissa länder tillhandahålls de av skademinimeringstjänsterna.

FIGUR 3.13

## Tillgång till utrustning för säkrare användning/säkrare sex i 30 europeiska länder



Obs! Baseras på expertbedömningar.

### HCV-eliminering: att öka tillgången till tester och behandling

EU strävar efter att utrota virushepatit eftersom det är ett hot mot folkhälsan, i linje med den globala Agenda 2030 för hållbar utveckling. För att detta mål ska uppnås är det viktigt att personer som injicerar droger får ökad tillgång till prevention, tester och behandling avseende HBV och HCV. År 2018 hade 17 EU-länder samt Norge nationella strategier eller handlingsplaner för hepatit.

Screening efter hepatit C-viruset är ingången till vård för och effektiv behandling mot hepatit för de som testas, och spelar en avgörande roll när det gäller att förhindra smittspridning. Det finns hinder för att testa sig och få behandling på såväl systemnivå som hos de som tillhandahåller tjänster och klienterna själva, till exempel ekonomiska begränsningar, dålig kunskap om HCV-behandling samt stigmatisering och marginalisering av de som använder narkotika. Det krävs innovativa metoder för att övervinna dessa utmaningar, och samhällsbaserade narkotikabekämpningsorgan spelar en viktig roll när det gäller att nå ut med tester till personer som injicerar droger och remittera dem till vård.

Europeiska expertriktlinjer rekommenderar att personer som löper stor risk att överföra viruset omedelbart erbjuds HCV-behandling – vilket omfattar personer i fängelse och personer som aktivt injicerar droger. Nya orala behandlingar med direktverkande antivirala medel botar inom 8–12 veckor tillståndet i 95 procent av fallen. Eftersom priset på dessa läkemedel har sänkts växer antalet europeiska länder som nu erbjuder alla patientgrupper obegränsad tillgång till direktverkande antivirala medel för alla genotyper av viruset, oavsett hur långt framskriden infektionen är.

## Åtgärder i fängelser: den nationella tillgången varierar

Personer i fängelser rapporterar högre livstidsprevalens när det gäller narkotikaanvändning och mer skadliga användningsmönster, bland annat injektioner, än den allmänna befolkningen. Narkotikaåtgärder är därför särskilt viktiga på fängelser. En ny granskning av EMCDDA konstaterade att nya psykoaktiva substanser används i fängelserna i 22 länder (figur 3.14), och att syntetiska cannabinoider var den största utmaningen. Nya psykoaktiva substanser kopplades till många olika fysiska och psykiska hälsorisker, vare sig de berodde på akut förgiftning eller kroniskt bruk. I Lettland har användningen av nya syntetiska opioider i fängelserna kopplats till ett ökat antal överdoser såväl som ökad injicering och delad sprutanvändning.

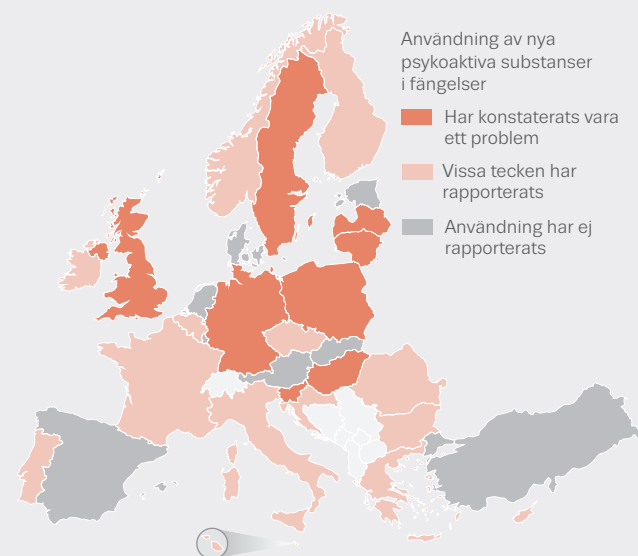
Tester av infektionssjukdomar (hiv, HBV, HCV och tuberkulos) är tillgängliga i fängelserna i merparten av länderna; de kan dock vara begränsade till tester vid inskrivningen eller av enbart personer som uppvisar symtom. Behandling av hepatit C rapporteras i 24 länder, men i endast fem av dem är det fler än 60 procent av de som behöver behandling som får det. Vaccinationsprogram mot hepatit B finns enligt rapporter i 16 länder. Mindre vanligt förekommande är att tillhandahålla ren injektionsutrustning, med tre länder som rapporterar att de genomför sprutbytesprogram i denna miljö. En analys av prevalensen av hiv och HCV bland personer som injicerar droger från 17 europeiska länder, för 2006–2017, konstaterade det att förekomsten av hiv och HCV var signifikant högre bland personer som tidigare internerats.

Behandlingsåtgärderna för personer i fängelser varierar avsevärt i täckningsgrad mellan länderna, men de kan bland annat omfatta avgiftning, rådgivning enskilt och i grupp, behandling i terapeutiska samhällen och på särskilda slutenvårdsavdelningar. En del europeiska länder har etablerat partnerskap mellan kriminalhälsovården och vårdgivare ute i samhället för att underlätta hälsoundervisning och behandling på anstalterna och säkra vårdkontinuiteten i samband med inskrivning och frigivning. Förberedelser inför frigivningen och återintegrering i samhället rapporteras av alla länder. Program för att förhindra risk för överdosering av droger, som är särskilt hög hos dem som injicerar opioider direkt efter frigivning från fängelset, rapporteras i fem länder. Personerna i fängelser där får utbildning i att upptäcka och hantera överdoser och de får naloxon vid frigivningen.

År 2017 rapporterade 28 länder att de tillät opioidsubstitutionsbehandling i fängelserna, men täckningsgraden är ofta låg.

FIGUR 3.14

### Användning av nya psykoaktiva substanser bland personer i fängelser



Obs! Baseras på rapporter från nationella experter.

Opioidsubstitutionsbehandling kan påbörjas i fängelserna i 24 länder, och i fem länder får personer fortsätta behandlingen under förutsättning att den påbörjades ute i samhället.

**Personer i fängelser  
rapporterar högre  
livstidsprevalens vad gäller  
narkotikaanvändning  
och mer skadliga  
användningsmönster**

## Överdosis: en av de huvudsakliga dödsorsakerna för personer som missbrukar narkotika

Narkotikaanvändning är en känd orsak till dödsfall bland vuxna i Europa som hade kunnat undvikas. Generellt löper personer i Europa som använder opioider fem till tio gånger högre risk att dö än andra personer i samma ålder och av samma kön. Det är allmänt vedertaget att det är viktigt att minska den överdosrelaterade dödligheten bland de som använder opioider. I denna grupp finns det emellertid även andra betydande dödsorsaker som indirekt kan kopplas till narkotikaanvändning, till exempel infektioner, olyckor och våld såsom mord och självmord. Kroniska lung- och leversjukdomar samt hjärt-kärlproblem är vanliga och står nu för en ökad andel dödsfall bland äldre och kroniska narkotikaanvändare.

Data om överdoser, särskilt den totala summan för Europa, måste tolkas med försiktighet. Detta beror bland annat på en systematisk underrapportering från vissa länder, skillnader i tillvägagångssättet när toxikologiska undersökningar genomförs samt registreringsprocesser som kan leda till försenade rapporter. De årliga beräkningarna utgör därför ett preliminärt minimivärde.

År 2017 inträffade i EU uppskattningsvis minst 8 238 dödsfall på grund av överdos, där en eller fler illegala droger var inblandade. Siffran stiger till uppskattningsvis

9 461 dödsfall om man räknar in Norge och Turkiet. Siffran visar på att situationen är stabil i förhållande till den reviderade uppskattningen om 9 397 dödsfall år 2016. Situationen i EU som helhet är också stabil jämfört med 2016. Precis som tidigare år stod Storbritannien (34 procent) och Tyskland (13 procent) tillsammans för nästan hälften av alla rapporterade dödsfall på grund av överdos i EU, Norge och Turkiet. När man tolkar denna siffra måste man ta såväl risikopopulationens storlek i dessa länder som underrapporteringen från en del andra länder i beaktande.

Över tre fjärdedelar av de som dör till följd av en överdos är män (78 procent). Medelåldern vid dödsfall fortsatte att stiga och 2017 var den 39,4 år. För män var den två år lägre än för kvinnor. Detta speglar Europas åldrande population av opioidbrukare, som löper störst risk för att dö av narkotikaöverdos. I vissa länder kan en andel av de opioidrelaterade fallen avse dödsfall som hänger ihop med långvarig användning av opioider i smärtlindringssyfte.

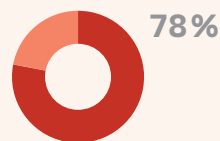
## DROGRELATERADE DÖDSFALL

### Egenskaper

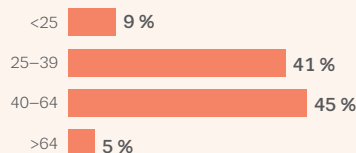


Genomsnittsålder, dödsfall **39**  
39 år

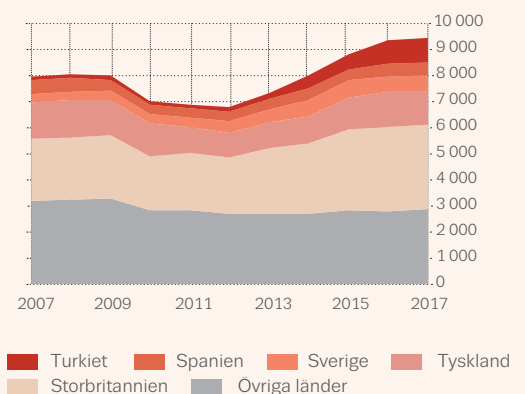
### Dödsfall med opioider närvarande



### Ålder vid dödsfallet



### Trender för dödsfall på grund av överdos



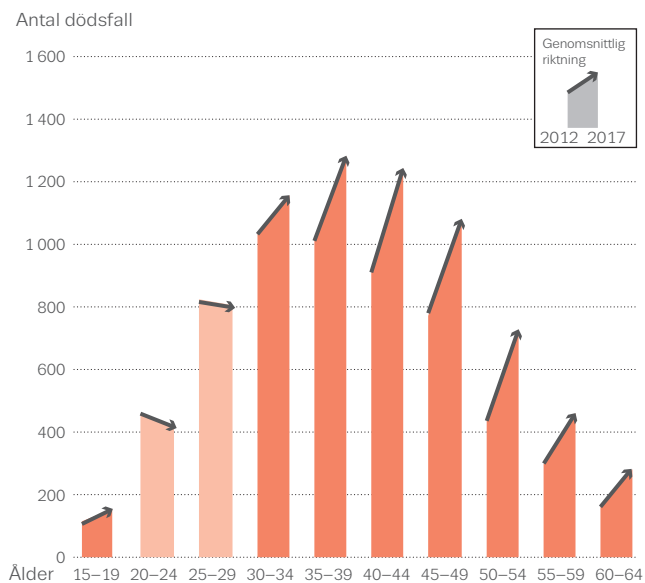
### Antal dödsfall

**8 238** EU  **9 461** EU + 2

Obs! Data avser EU:s medlemsstater, Turkiet och Norge (EU + 2).

FIGUR 3.15

Antal drogrelaterade dödsfall rapporterade i Europeiska unionen under 2012 och 2017, eller senaste året, per åldersgrupp



Mellan 2012 och 2017 ökade dödsfallen på grund av överdos i EU i alla ålderskategorier över 30 år (figur 3.15). Dödsfall i åldersgruppen 50+ ökade med 62 procent totalt, medan antalen dödsfall bland yngre åldersgrupper generellt sett har varit stabila. En analys av dödliga

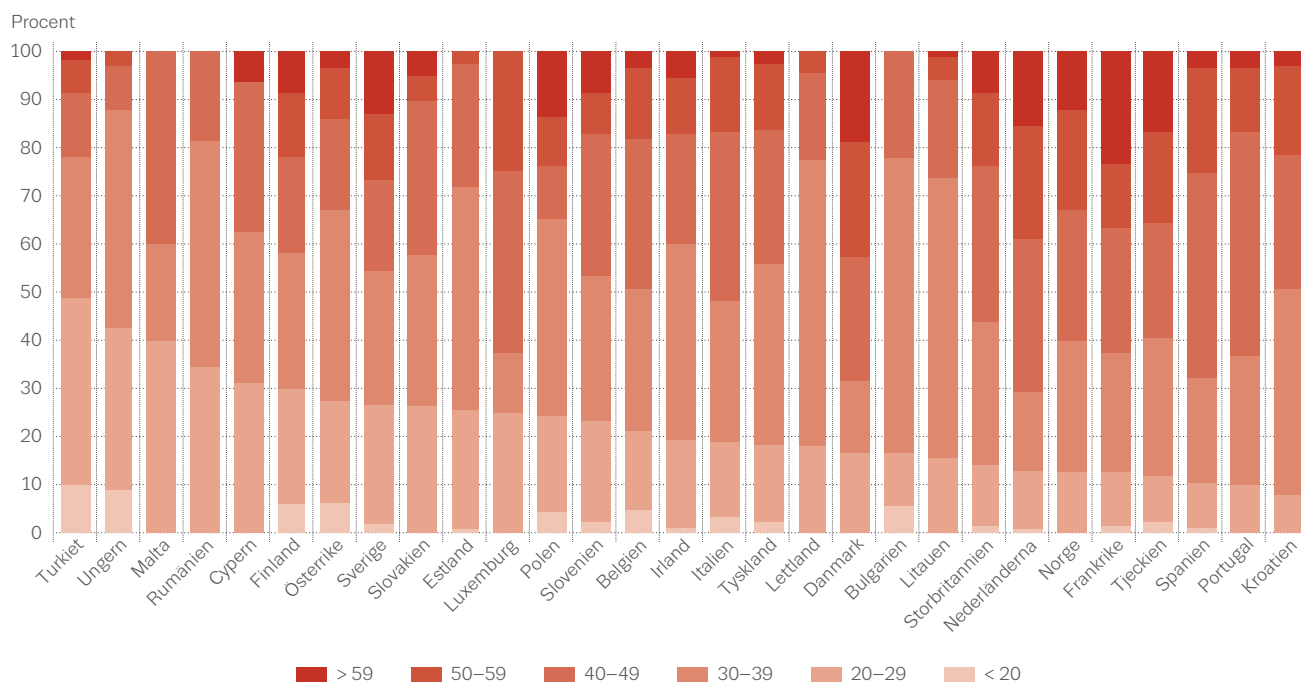
överdos som rapporterades av Turkiet 2017 visar en yngre profil än EU-genomsnittet, med en medelålder på 32 år (figur 3.16).

### Drogrelaterad dödlighet: siffror över genomsnittet rapporteras i norra Europa

För 2017 uppskattades dödligheten på grund av överdos i Europa till 22,6 dödsfall per miljon invånare i åldern 15–64 år. Frekvensen bland män (35,8 fall per miljon män) är nästan fyra gånger högre än bland kvinnor (9,3 fall per miljon kvinnor). Nationella dödlighetstal och trender varierar kraftigt (figur 3.17). De påverkas av faktorer som prevalens och mönster för narkotikaanvändning, i synnerhet injicering av opioider, riskfaktorer och skyddsfaktorer såsom tillgång till behandling. Andra faktorer är nationell praxis för rapportering, registrering av uppgifter och kodning av överdosfall, inräknat varierande nivåer av underrapportering i den nationella databasen över dödsfall. Enligt de senast tillgängliga uppgifterna rapporterades över 40 dödsfall per miljon invånare i åtta länder i norra Europa. De högsta siffrorna rapporterades från Estland (130 per miljon) och Sverige (92 per miljon) (figur 3.17).

FIGUR 3.16

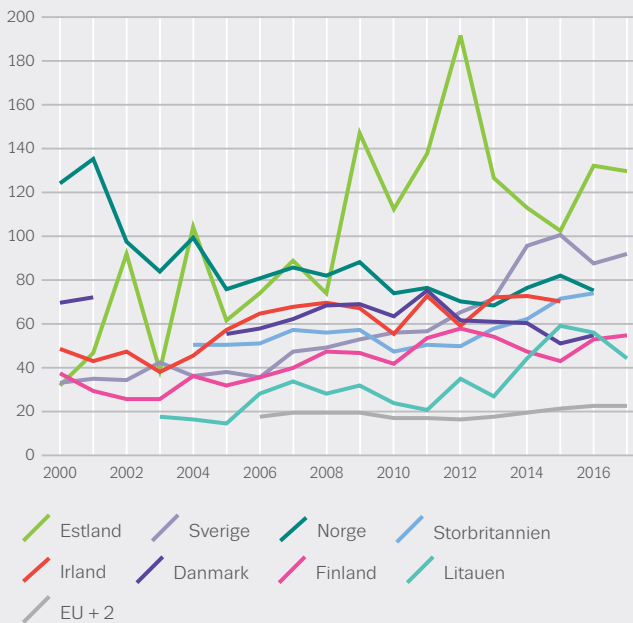
Fördelning av de drogrelaterade dödsfall som rapporterades under 2017, eller senaste året, per åldersgrupp i tioårsintervall



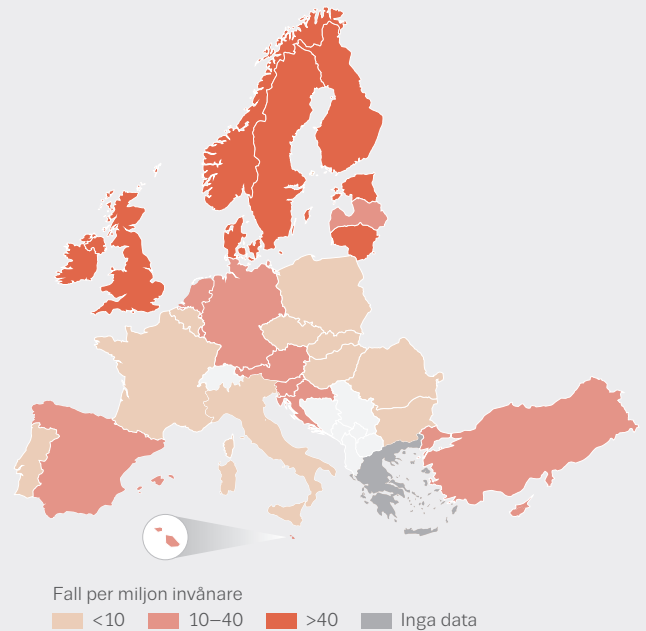
FIGUR 3.17

## Narkotikarelaterad dödlighet bland vuxna (15–64 år): utvalda trender och de senaste uppgifterna

Fall per miljon invånare



Obs! Trender i de åtta länder som rapporterade högst nivåer under 2017 eller 2016 samt total trend i Europa. EU + 2 avser EU:s medlemsstater, Turkiet och Norge.



### Dödliga överdoser: opioider är inblandade i merparten av dödsfallen

Opioider, huvudsakligen heroin eller metaboliter av heroin, och ofta i kombination med andra substanser, förekommer vid de flesta dödliga överdoser som rapporteras i Europa. De senaste uppgifterna visar på en ökning av antalet opioidrelaterade dödsfall i några europeiska länder, till exempel i Storbritannien, där någon form av opioid ingick i nio av tio dödsfall (89 procent) på grund av överdos.

I Frankrike omnämndes heroin i 26 procent av överdosdödsfallen 2016, jämfört med 15 procent år 2012, medan metadon förekom i mer än en tredjedel (36 procent) av dödsfallen. Även andra opioider återkommer regelbundet i toxikologirapporterna. Dessa substanser, främst metadon men även buprenorfin (Finland), fentanyl och dess analoger (särskilt i Estland) och tramadol, förekommer i samband med en stor andel av de dödliga överdoserna i vissa länder. Det ökade antalet överdosdödsfall som rapporterades i Tjeckien år 2017 berodde i huvudsak på ett ökat antal fall där fentanylliknande substanser förekom, såsom morfin och kodein, medan den ökning som rapporterades i Slovakien främst gällde tramadol.

Stimulantia som kokain, amfetaminer, MDMA och katinoner är involverade i ett lägre antal dödsfall på grund av överdos i Europa, men deras betydelse varierar från land till land. I Frankrike var kokain inblandat i en femtedel av dödsfallen, och i hälften av dessa förekom även opioider. I Slovenien, där heroin var inblandat i merparten av dödsfallen, konstaterades kokain i ungefär en tredjedel av fallen. År 2017 rapporterade Turkiet 185 dödsfall relaterade till MDMA, en nedgång jämfört med 2016.

Turkiet rapporterade även en stor ökning av antalet dödsfall relaterade till syntetiska cannabinoider: från 137 år 2015 till 563 år 2017. Syntetiska cannabinoider förekom i 60 procent av alla narkotikarelaterade dödsfall som rapporterades i landet, och i merparten av fallen rörde det sig om män i tjugoårsåldern. I mer än en fjärdedel av dessa fall förekom även cannabis. I Storbritannien, i synnerhet i Skottland, har ett ökat antal dödsfall rapporterats där nya psykoaktiva substanser kopplade till bensodiazepiner var inblandade.

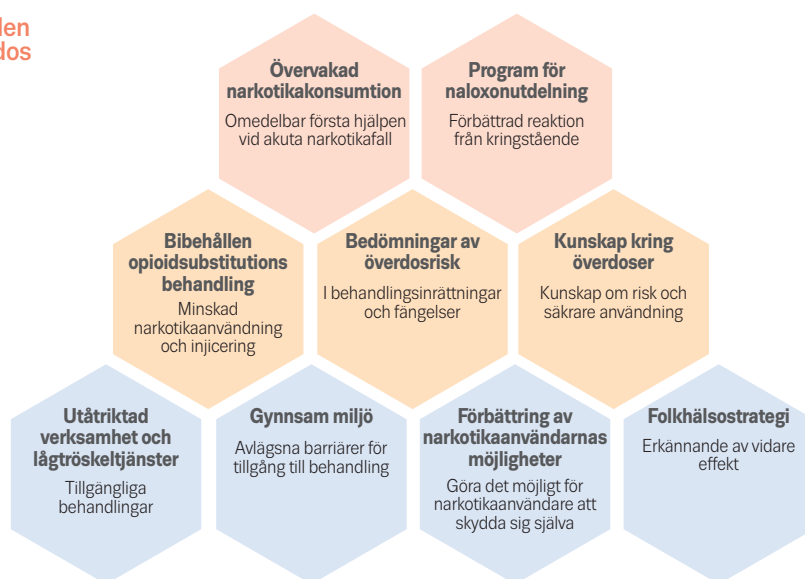
FIGUR 3.18

## Viktiga strategier för att minska opioidrelaterade dödsfall

## Minska dödsfallen till följd av överdos

## Minska risken för överdos

## Minska sårbarheten



## Förebygga överdos och narkotikarelaterade dödsfall: viktiga strategier

En stor utmaning för folkhälsopolitiken i Europa är att minska sjuklighet och dödlighet på grund av överdos. Bredare folkhälsoåtgärder på detta område är avsedda att minska sårbarheten bland dem som använder narkotika, särskilt genom att avlägsna hinder och öka tillgången till behandling, och genom att förbättra narkotikaanvändarnas möjligheter att ta färre risker (figur 3.18). Att bedöma överdosrisken hos personer som använder droger och öka deras överdosmedvetenhet, i kombination med att tillhandahålla effektiv narkotikabehandling, hjälper till att förhindra överdos. Perioder i livet som man vet innebär en ökad risk, till exempel att bli frigiven från fängelse och bli utskriven eller hoppa av från en behandling, kräver särskild uppmärksamhet. Insatser som övervakade konsumtionsrum samt program för naloxonutdelning är riktade insatser som avser att förbättra sannolikheten att överleva en överdos. Vikten av opioidsubstitutionsbehandling för att minska dödligheten framgår tydligt i en metaanalys från 2018 av studier inom detta område.

Övervakade konsumtionsrum är platser där narkotikaanvändare kan använda droger under hygieniska och säkrare förhållanden. Syftet med denna insats är både att förhindra överdos och att se till att det finns

professionellt stöd i händelse av en överdos. Här kan man även träffa användargrupper som ofta är marginaliserade och svåra att nå, samt tillhandahålla narkotikarelaterad och allmänt hälsorelaterad rådgivning och stöd.

I konsumtionsrummen ges också vanligtvis tillgång till andra medicinska och sociala tjänster och remittering till dessa, såsom narkotikabehandling. Det har också framförts att de genom att minska den offentliga narkotikaanvändningen bidrar till att förbättra den sociala miljön i de områden där den äger rum, såsom städernas narkotikamarknader.

Enskilda inrättningar kan övervaka stora konsumtionstal – några av de större inrättningarna har rapporterat 80 000 konsumtioner om året – som annars skulle ha skett på gatan eller under andra riskförhållanden. Den första generationen konsumtionsrum på 1980- och 1990-talen gick främst ut på att övervaka heroininjicering. I dag kan emellertid även personer som sniffar, röker eller inhalerar narkotika övervakas vid inrättningarna. I EU och Norge finns det övervakade konsumtionsrum i 51 städer och totalt sett 72 aktiva inrättningar.



### | Att häva opioidöverdoser: utdelning av naloxon

Naloxon är en opioidantagonist som används i sjukhusens akutavdelningar och av ambulanspersonal för att häva en opioidöverdos. På senare år har program för naloxonutdelning blivit allt vanligare, där de som kan tänkas bli vittne till en opioidöverdos får utbildning i att hantera det och tillgång till läkemedel.

Nyligen genomförda systematiska granskningar av effektiviteten hos programmen för naloxonutdelningen visade att naloxonutdelning i kombination med utbildnings- och träningsinsatser minskar den överdosrelaterade dödligheten.

År 2018 fanns det aktiva samhällsbaserade program för naloxonutdelning i tio europeiska länder. Dessa program drivs vanligtvis av lågtröskelinrättningar eller hälso- och sjukvården, förutom i Italien där naloxon är ett receptfritt läkemedel. Personer i fängelse omfattas av programmen för naloxonutdelning i Estland, Frankrike, Storbritannien och Norge.

**En stor utmaning  
för folkhälsopolitiken i Europa  
är att minska sjuklighet och  
dödlighet på grund av överdos**

## MER INFORMATION

### EMCDDA:s publikationer

#### 2019

Country Drug Reports 2019.

Drug prevention: exploring a systems perspective, Technical reports.

An analysis of practices of post-mortem toxicology practices in drug-related deaths cases in Europe, Technical reports.

#### 2018

Recent changes in Europe's cocaine market: results from an EMCDDA trendspotter study, Rapid communications.

m-Health applications for responding to drug use and associated harms, EMCDDA Papers.

New psychoactive substances in prison, Rapid communications.

Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence, Perspectives on Drugs.

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical reports.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

Report on the risk assessment of CUMYL-4CN-BINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of ADB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of THF-F, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 4F-iBF, Risk assessments.

Report on the risk assessment of AB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 5F-MDMB-PINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of carfentanil, Risk assessments.

Report on the risk assessment of cyclopropylfentanyl, Risk assessments.

Report on the risk assessment of methoxyacetylfentanyl, Risk assessments.

#### 2017

Drug supply reduction: an overview of EU policies and measures, EMCDDA Papers.

Drug-related infectious diseases in Europe. Update from the EMCDDA expert network, Rapid communications.

Evaluating drug policy: A seven-step guide to support the commissioning and managing of evaluations, Manuals.

New developments in national drug strategies in Europe, EMCDDA Papers.

#### 2016

Health responses to new psychoactive substances, Rapid communications.

Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention, Insights.

Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe: update from the Euro-DEN Plus research group and the EMCDDA, Rapid communications.

Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone, Insights.

Strategies to prevent diversion of opioid substitution treatment medications, Perspectives on Drugs.

The role of psychosocial interventions in drug treatment, Perspectives on Drugs.

#### 2015

Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, Insights.

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health, EMCDDA Papers.

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

### Gemensamma publikationer från EMCDDA och ECDC

#### 2018

Public health guidance on active case finding of communicable diseases in prison settings.

Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Systematic review on the prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Guidance in brief: prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Alla publikationer finns på [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)



# Bilaga

**Nationella uppgifter för uppskattad prevalens för narkotikaanvändning, inklusive problematisk användning av opioider, substitutionsbehandling, totala antalet personer i behandling, behandlingsstart, injektionsbruk, drogrelaterade dödsfall, drogrelaterade infektionssjukdomar, utdelning av sprutor och beslag. De uppgifter som presenteras här är hämtade från EMCDDA:s **Statistical Bulletin 2019**, som innehåller kommentarer och metadata. Vilket år uppgifterna avser anges i tabellerna.**

TABELL A1

## OPIOIDER

Land	Uppskattning, missbruk (högriskbruk) av opioider		Klienter som inledde behandling under året						Klienter i substitutionsbehandling
			Opioidklienter som % av klienter som inleder behandling			% av opioidklienterna som injicerar (huvudsaklig administreringsväg)			
			Alla klienter	Förstagångsklienter	Klienter som behandlats tidigare	Alla klienter	Förstagångsklienter	Klienter som behandlats tidigare	
Avser år	fall per 1 000 inv.	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)	antal	
Belgien		–	22,5 (2 493)	8,2 (345)	32 (2 048)	14,1 (309)	9 (28)	15,2 (272)	16 546
Bulgarien		–	67,8 (1 136)	55,9 (100)	89,7 (600)	64,4 (437)	53,8 (50)	66,7 (377)	3 247
Tjeckien	2017	1,8-2,0	19,1 (799)	10,9 (192)	25,6 (565)	63,9 (470)	57,4 (101)	66,1 (347)	5 000
Danmark		–	12 (587)	7,5 (170)	16,5 (399)	17,5 (94)	5,6 (9)	22 (80)	7 050
Tyskland (†)	2016-17	0,9-3,0	29,9 (–)	9,6 (–)	–	20,1 (–)	17,9 (–)	–	78 800
Estland		–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 186
Irland	2014	6,1-7,0	44,9 (3 837)	24,8 (807)	58,8 (2 860)	31,7 (1 180)	23 (184)	33,6 (930)	10 316
Grekland	2017	1,8-2,5	60,9 (2 593)	38,9 (652)	74,8 (1 892)	28,7 (733)	22,2 (143)	31 (581)	9 388
Spanien	2016	1,5-2,9	26,8 (12 235)	13,3 (3 043)	42,6 (8 573)	14,9 (1 796)	7 (212)	17,2 (1 454)	58 749
Frankrike	2017	4,5-5,9	27,3 (12 899)	13,7 (1 813)	44 (8 039)	16,4 (1 842)	10,4 (174)	19,3 (1 360)	178 665
Kroatien	2015	2,5-4,0	–	21,2 (203)	–	–	30,9 (56)	–	4 792
Italien	2017	5,7-6,4	43,1 (20 095)	28,3 (5 921)	55,3 (14 174)	40,9 (7 137)	28,4 (1 395)	45,8 (5 742)	69 642
Cypern	2017	1,6-2,6	25,2 (212)	13,8 (58)	41,8 (137)	50,5 (104)	40,4 (23)	56 (75)	209
Lettland	2017	4,7-7,0	49,4 (399)	28,7 (123)	72,8 (276)	82,8 (323)	73,8 (90)	86,9 (233)	669
Litauen	2016	2,7-6,5	85,3 (1 448)	57 (138)	91,1 (1 298)	85,5 (1 236)	86,9 (119)	85,4 (1 108)	1 136
Luxemburg	2015	4,5	60,9 (109)	60,4 (29)	59,5 (47)	41,7 (43)	50 (14)	41,9 (18)	1 142
Ungern	2010-11	0,4-0,5	4 (192)	1,8 (61)	9,4 (104)	40,5 (66)	36,2 (21)	43,9 (43)	669
Malta	2017	4,2-4,9	69,7 (1 274)	32,8 (76)	75,1 (1 198)	55,2 (690)	21,1 (16)	57,5 (674)	1 025
Nederländerna	2012	1,1-1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	5 241
Österrike	2017	6,1-6,5	48,7 (1 793)	27,8 (432)	63,8 (1 361)	37,7 (529)	21,8 (70)	42,5 (459)	18 632
Polen	2014	0,4-0,7	15,8 (1 122)	5,9 (211)	26,2 (898)	57,4 (636)	37,4 (79)	62,2 (550)	2 685
Portugal	2015	3,8-7,6	41,4 (1 247)	23 (376)	63,3 (871)	13,1 (155)	9,3 (33)	14,7 (122)	16 888
Rumänien	2017	0,8-2,9	25,7 (918)	14,1 (359)	56,9 (551)	84,7 (729)	83,3 (295)	85,8 (429)	1 530
Slovenien	2017	3,2-4,2	86,5 (211)	67,7 (42)	93,4 (169)	44,1 (93)	21,4 (9)	49,7 (84)	3 042
Slovakien		–	26,3 (760)	12 (154)	39,5 (601)	70,7 (525)	53,6 (81)	75,2 (442)	620
Finland	2012	3,8-4,5	51,1 (363)	36,5 (92)	59,2 (271)	76 (275)	66,3 (61)	79,3 (214)	3 329
Sverige (‡)		–	24,2 (9 387)	15,5 (2 140)	29 (7 247)	–	–	–	4 468
Storbritanniska kungariket (‡)	2014-15	8,3-8,7	49,8 (57 430)	21,8 (8 051)	63,1 (49 252)	31,8 (12 407)	16,5 (746)	33,9 (11 633)	149 420
Turkiet	2011	0,2-0,5	58,6 (6 817)	43,4 (2 451)	72,9 (4 366)	27,3 (1 858)	17,8 (437)	32,5 (1 421)	–
Norge (‡)	2013	2,0-4,2	17 (973)	11,2 (302)	22,1 (672)	–	–	–	7 622
EU		–	<b>35,1 (163 557)</b>	<b>16,6 (28 845)</b>	<b>47,9 (129 944)</b>	<b>29,1 (38 450)</b>	<b>20,8 (4 988)</b>	<b>31,3 (32 839)</b>	<b>654 086</b>
EU, Turkiet och Norge		–	<b>35,4 (171 347)</b>	<b>17,4 (31 598)</b>	<b>48,2 (134 982)</b>	<b>29,0 (40 308)</b>	<b>20,5 (5 425)</b>	<b>31,4 (34 260)</b>	<b>661 708</b>

Uppgifterna om klienter som inledde behandling avser 2017, eller senast tillgängliga år: Estland och Spanien, 2016; Nederländerna, 2015.

Uppgifterna om klienter i substitutionsbehandling avser 2017 eller senast tillgängliga år: Spanien och Slovenien, 2016; Danmark, Ungern, Nederländerna och Finland, 2015. Uppgifterna för Sverige omfattar inte alla klienter.

(†) På grund av ändringar i systemet för rapportering om behandlingsstart anges endast andelar.

(‡) Uppgifterna om klienter som inledde behandling avser sjukhusbaserad vård och specialiserade öppenvårdsinrättningar. Uppgifterna i tabellen är inte helt representativa för det nationella läget.

(§) Uppskattningen av opioidmissbruket omfattar inte Nordirland. Antalet klienter i substitutionsbehandling avser England och Wales.

(¶) Procentandelen klienter som behandlas för opioidrelaterade problem är ett minimivärde som inte tar hänsyn till opioidklienter som registrerats som blandmissbrukare.

## TABELL A2

## KOKAIN

Land	Beräknad prevalens				Klienter som inledde behandling under året					
	Den allmänna befolkningen			Skolungdomar	% av klienter som inleder behandling			% av kokainklienterna som injicerar (huvudsaklig administreringsväg)		
	Under-sökn.år	Någon gång i livet, vuxna (15–64)	Senaste tolv mån., yngre vuxna (15–34)	Någon gång i livet, elever (15–16)	Alla klienter	Förstagångsklienter	Klienter som behandlats tidigare	Alla klienter	Förstagångsklienter	Klienter som behandlats tidigare
		%	%	%	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)
Belgien	2013	–	0,9	1	24,3 (2 690)	23,9 (1 007)	24,2 (1 552)	6,2 (124)	1,4 (11)	8,6 (97)
Bulgarien	2016	0,9	0,5	2	2,7 (46)	3,9 (7)	1,6 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tjeckien	2017	2,4	0,2	1	0,7 (28)	0,7 (12)	0,7 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danmark	2017	6,4	3,9	2	15,9 (776)	17,9 (407)	14 (338)	2,1 (15)	0,3 (1)	4,1 (13)
Tyskland (*)	2015	3,8	1,2	3	4,8 (–)	6,4 (–)	–	1,5 (–)	0,8 (–)	–
Estland	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Irland	2015	7,8	2,9	3	16,8 (1 431)	23 (748)	12,8 (623)	1,3 (18)	0 (0)	2,6 (16)
Grekland	2015	1,3	0,6	1	8,1 (345)	10,3 (172)	6,8 (172)	9,9 (34)	4,7 (8)	15,2 (26)
Spanien	2017	10,3	2,8	3	39,2 (17 889)	39,7 (9 052)	38,2 (7 678)	0,8 (134)	0,4 (33)	1,3 (98)
Frankrike	2017	5,6	3,2	4	8,4 (3 988)	7,8 (1 035)	9,8 (1 801)	8,8 (324)	3,8 (37)	13,6 (229)
Kroatien	2015	2,7	1,6	2	–	3,2 (31)	–	–	3,2 (1)	–
Italien	2017	6,9	1,7	2	33 (15 394)	38,1 (7 993)	28,9 (7 401)	2 (299)	1,1 (86)	3 (213)
Cypern	2016	1,4	0,4	3	14,7 (124)	12,1 (51)	19,8 (65)	5 (6)	2 (1)	7,9 (5)
Lettland	2015	1,5	1,2	2	0,5 (4)	0,7 (3)	0,3 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litauen	2016	0,7	0,3	2	0,8 (13)	2,1 (5)	0,5 (7)	11,1 (1)	33,3 (1)	0 (0)
Luxemburg	2014	2,5	0,6	2	21,8 (39)	14,6 (7)	25,3 (20)	40,5 (15)	57,1 (4)	42,1 (8)
Ungern	2015	1,2	0,9	2	3,5 (167)	3,9 (132)	2,4 (26)	2,5 (4)	2,3 (3)	4 (1)
Malta	2013	0,5	–	3	18,6 (340)	41,8 (97)	15,2 (243)	13,4 (43)	4,1 (4)	17,5 (39)
Nederländerna	2017	6,2	4,5	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Österrike	2015	3,0	0,4	2	9,2 (339)	10,1 (156)	8,6 (183)	9,3 (30)	5,4 (8)	12,6 (22)
Polen	2014	1,3	0,4	4	2,3 (163)	2,5 (88)	2,1 (72)	2,5 (4)	1,2 (1)	2,9 (2)
Portugal	2016	1,2	0,3	2	17,3 (522)	20,8 (341)	13,2 (181)	2,6 (13)	0,6 (2)	6,3 (11)
Rumänien	2016	0,7	0,2	3	1,2 (44)	1,4 (36)	0,6 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenien	2012	2,1	1,2	2	4,5 (11)	6,5 (4)	3,9 (7)	45,5 (5)	25 (1)	57,1 (4)
Slovakien	2015	0,7	0,3	2	1,1 (31)	1,9 (24)	0,3 (5)	3,3 (1)	–	25 (1)
Finland	2014	1,9	1,0	1	0,1 (1)	0 (0)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Sverige (²)	2017	–	2,5	1	1,4 (552)	2,7 (371)	0,7 (181)	–	–	–
Storbritannien	2017	10,7	4,7	3	17,6 (20 290)	22,1 (8 185)	15,4 (12 054)	1,9 (259)	0,5 (31)	2,9 (226)
Turkiet	2017	0,2	0,1	–	3,9 (456)	4,4 (247)	3,5 (209)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norge	2017	5,1	2,1	1	1,8 (102)	2,7 (72)	1 (30)	–	–	–
EU	–	5,4	2,1	–	15,5 (72 424)	19,1 (33 178)	16,5 (36 594)	2,1 (1 550)	0,8 (259)	3,1 (1 241)
EU, Turkiet och Norge	–	–	–	–	15,1 (72 982)	18,4 (33 497)	15,9 (36 833)	2,1 (1 550)	0,8 (259)	3,1 (1 241)

Beräknad prevalens för skolungdomar har hämtats från Espad-enkäten 2015, utom för Belgien (2017; endast Flandern), Bulgarien (2017), Tyskland (2011), Italien (2017), Luxemburg (2014; 15 års ålder), Spanien (2016), Sverige (2017) och Storbritannien (2016; endast England, 15 års ålder). Lettland är eventuellt inte jämförbart på grund av osäkerhet kring datainsamlingen.

Beräknad prevalens för den allmänna befolkningen i Storbritannien avser endast England och Wales. Åldersintervall för beräknad prevalens för den allmänna befolkningen: Frankrike, Tyskland, Grekland och Ungern, 18–64, 18–34; Danmark och Norge, 16–64, 16–34; Malta, 18–65; Sverige, 17–34; Storbritannien, 16–59, 16–34.

Uppgifterna om klienter som inledde behandling avser 2017, eller senast tillgängliga år: Estland och Spanien, 2016; Nederländerna, 2015.

(\*) På grund av ändringar i systemet för rapportering om behandlingsstart anges endast andelar.

(²) Uppgifterna om klienter som inledde behandling avser sjukhusbaserad vård och specialiserade öppenvårdsinrättningar. Uppgifterna i tabellen är inte helt representativa för det nationella läget.

## TABELL A3

## AMFETAMINER

Land	Beräknad prevalens				Klienter som inledde behandling under året					
	Den allmänna befolkningen			Skolungdomar	Amfetaminklienter som % av klienter som inleder behandling			% av amfetaminklienterna som injicerar (huvudsaklig administreringsväg)		
	Under-sökn.år	Någon gång i livet, vuxna (15–64)	Senaste tolv månaderna, yngre vuxna (15–34)		Någon gång i livet, elever (15–16)	Alla klienter	Förstagångsklienter	Klienter som behandlats tidigare	Alla klienter	Förstagångsklienter
	%	%	%	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)
Belgien	2013	–	0,5	1	9,1 (1 011)	7,5 (315)	10,6 (681)	11,8 (96)	6,2 (16)	14,6 (80)
Bulgarien	2016	1,5	1,8	3	12,6 (211)	12,8 (23)	2,7 (18)	4,9 (2)	0 (0)	11,8 (2)
Tjeckien	2017	3,3	0,7	1	49,6 (2 078)	52,8 (933)	47,2 (1 041)	62,8 (1 256)	57,6 (520)	67,2 (683)
Danmark	2017	7,0	1,4	1	6,2 (303)	5,4 (122)	7 (170)	1,8 (5)	0,9 (1)	2,5 (4)
Tyskland (¹)	2015	3,6	1,9	4	14,5 (–)	15,3 (–)	–	2,1 (–)	1,9 (–)	–
Estland	2008	–	2,5	2	3,8 (11)	6,9 (6)	2,5 (4)	50 (5)	66,7 (4)	33,3 (1)
Irland	2015	4,1	0,6	3	0,4 (38)	0,6 (19)	0,3 (17)	–	–	–
Grekland	–	–	–	2	0,8 (33)	1,3 (22)	0,4 (11)	18,2 (6)	22,7 (5)	9,1 (1)
Spanien	2017	4	0,9	2	1,7 (754)	1,9 (431)	14 (291)	0,9 (7)	0,9 (4)	1 (3)
Frankrike	2017	2,2	0,6	2	0,4 (212)	0,5 (63)	0,5 (91)	9,7 (18)	8,5 (5)	10,8 (9)
Kroatien	2015	3,5	2,3	3	–	3,4 (33)	–	–	0 (0)	–
Italien	2017	2,4	0,3	2	0,2 (93)	0,3 (55)	0,1 (38)	1,2 (1)	2 (1)	0 (0)
Cypern	2016	0,5	0,1	3	6,8 (57)	6,2 (26)	9,5 (31)	9,1 (5)	4 (1)	13,3 (4)
Lettland	2015	1,9	0,7	3	17,5 (141)	22,9 (98)	11,3 (43)	64,1 (84)	54,9 (50)	85 (34)
Litauen	2016	1,2	0,5	1	3,5 (59)	9,9 (24)	2 (29)	29,6 (16)	13,6 (3)	48,1 (13)
Luxemburg	2014	1,6	0,1	1	–	–	–	–	–	–
Ungern	2015	1,7	1,4	3	11,1 (534)	11,2 (378)	11,3 (124)	9,7 (51)	4,8 (18)	27 (33)
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (3)	0,4 (1)	0,1 (2)	66,7 (2)	100 (1)	50 (1)
Nederländerna	2017	5,4	3,9	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Österrike	2015	2,2	0,9	3	5,5 (203)	7,2 (111)	4,3 (92)	2,2 (4)	1 (1)	3,6 (3)
Polen	2014	1,7	0,4	4	29,4 (2 085)	31,6 (1 126)	26,9 (924)	2,7 (55)	1,3 (15)	4,3 (39)
Portugal	2016	0,4	0,0	1	0,1 (3)	0,1 (2)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Rumänien	2016	0,3	0,1	1	0,8 (30)	1 (26)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenien	2012	0,9	0,8	1	0,8 (2)	3,2 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovakien	2015	1,4	0,8	1	40,8 (1 182)	44 (566)	38,1 (580)	30,9 (350)	26,8 (148)	34,9 (192)
Finland	2014	3,4	2,4	1	18,9 (134)	20,2 (51)	18,1 (83)	71,2 (94)	52 (26)	82,9 (68)
Sverige (²)	2017	–	1,2	1	5,3 (2 076)	7,3 (1 007)	4,3 (1 069)	–	–	–
Storbritannien	2017	9,9	1,0	1	2,1 (2 476)	2,7 (1 015)	1,9 (1 450)	18,9 (295)	11,7 (70)	23,6 (225)
Turkiet	2017	0,0	–	–	6,5 (751)	9,7 (549)	3,4 (202)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norge	2017	3,9	0,8	1	13 (744)	10,3 (277)	15,4 (467)	–	–	–
EU	–	<b>3,7</b>	<b>1,0</b>	–	<b>6,1 (28 291)</b>	<b>6,6 (11 393)</b>	<b>5,9 (16 465)</b>	<b>9,4 (2 871)</b>	<b>8,8 (1 015)</b>	<b>9,3 (1 714)</b>
EU, Turkiet och Norge	–	–	–	–	<b>6,2 (29 786)</b>	<b>6,7 (12 219)</b>	<b>6,0 (17 134)</b>	<b>9,2 (2 871)</b>	<b>8,4 (1 015)</b>	<b>9,2 (1 714)</b>

Beräknad prevalens för skolungdomar har hämtats från Espad-enkäten 2015, utom för Belgien (2017; endast Flandern), Bulgarien (2017), Tyskland (2011), Italien (2017), Luxemburg (2014; 15 års ålder), Spanien (2016), Sverige (2017) och Storbritannien (2016; endast England, 15 års ålder). Lettland är eventuellt inte jämförbart på grund av osäkerhet kring datainsamlingen.

Beräknad prevalens för den allmänna befolkningen i Storbritannien avser endast England och Wales. Åldersintervall för beräknad prevalens för den allmänna befolkningen: Frankrike, Tyskland och Ungern, 18–64, 18–34; Danmark och Norge, 16–64, 16–34; Malta, 18–65; Sverige, 17–34; Storbritannien, 16–59, 16–34. Uppgifterna om klienter som inledde behandling avser 2017 eller senast tillgängliga år: Estland och Spanien, 2016; Nederländerna, 2015. Uppgifterna för Tyskland, Sverige och Norge avser användare av "andra stimulantia än kokain".

(¹) På grund av ändringar i systemet för rapportering om behandlingsstart anges endast andelar.

(²) Uppgifterna om klienter som inledde behandling avser sjukhusbaserad vård och specialiserade öppenvårdsinrättningar. Uppgifterna i tabellen är inte helt representativa för det nationella läget.

## TABELL A4

## MDMA

Land	Beräknad prevalens				Klienter som inledde behandling under året		
	Undersökn.år	Den allmänna befolkningen		Skolungdomar	MDMA-klienter som % av klienter som inleder behandling		
		Någon gång i livet, vuxna (15–64)	Senaste tolv månaderna, yngre vuxna (15–34)	Någon gång i livet, elever (15–16)	Alla klienter	Förstagångsklienter	Klienter som behandlats tidigare
	%	%	%	% (antal)	% (antal)	% (antal)	
Belgien	2013	–	0,8	2	0,5 (53)	0,8 (32)	0,3 (19)
Bulgarien	2016	2,1	3,1	2	1,7 (29)	1,1 (2)	0 (0)
Tjeckien	2017	5,8	2,1	3	0,6 (27)	1 (17)	0,4 (9)
Danmark	2017	3,2	1,5	1	0,3 (16)	0,6 (14)	0,1 (2)
Tyskland	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estland	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irland	2015	9,2	4,4	4	0,5 (42)	0,9 (29)	0,3 (13)
Grekland	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Spanien	2017	3,6	1,2	2	0,2 (89)	0,3 (66)	0,1 (16)
Frankrike	2017	3,9	1,3	2	0,4 (168)	0,4 (54)	0,3 (56)
Kroatien	2015	3,0	1,4	2	–	0,8 (8)	–
Italien	2017	2,7	0,8	1	0,1 (59)	0,2 (34)	0,1 (25)
Cypern	2016	1,1	0,3	3	0,1 (1)	–	–
Lettland	2015	2,4	0,8	3	0,4 (3)	0,2 (1)	0,5 (2)
Litauen	2016	1,7	1,0	2	0,1 (2)	0 (0)	0,1 (2)
Luxemburg	2014	1,9	0,4	1	0,6 (1)	2,1 (1)	–
Ungern	2015	4,0	2,1	2	2,3 (111)	1,7 (57)	3,7 (41)
Malta	2013	0,7	–	2	0,7 (12)	0,9 (2)	0,6 (10)
Nederländerna	2017	9,4	7,1	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Österrike	2015	2,9	1,1	2	0,9 (32)	1,2 (19)	0,6 (13)
Polen	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (12)	0,3 (9)
Portugal	2016	0,7	0,2	2	0,2 (7)	0,2 (3)	0,3 (4)
Rumänien	2016	0,5	0,2	2	0,9 (33)	1,2 (30)	0,2 (2)
Slovenien	2012	2,1	0,8	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovakien	2015	3,1	1,2	3	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (2)
Finland	2014	3,0	2,5	1	0,1 (1)	0,4 (1)	0 (0)
Sverige	2017	–	2,0	1	–	–	–
Storbritannien	2017	10,0	3,3	4	0,5 (616)	1,1 (415)	0,3 (200)
Turkiet	2017	0,4	0,2	–	2 (230)	2,9 (161)	1,2 (69)
Norge	2017	4,1	2,2	1	–	–	–
EU	–	<b>4,1</b>	<b>1,7</b>	–	<b>0,3 (1 428)</b>	<b>0,5 (872)</b>	<b>0,2 (442)</b>
EU, Turkiet och Norge	–	–	–	–	<b>0,3 (1 658)</b>	<b>0,6 (1 033)</b>	<b>0,2 (511)</b>

Beräknad prevalens för skolungdomar har hämtats från Espad-enkäten 2015, utom för Belgien (2017; endast Flandern), Bulgarien (2017), Tyskland (2011), Italien (2017), Luxemburg (2014; 15 års ålder), Spanien (2016), Sverige (2017) och Storbritannien (2016; endast England, 15 års ålder). Lettland är eventuellt inte jämförbart på grund av osäkerhet kring datainsamlingen.

Beräknad prevalens för den allmänna befolkningen i Storbritannien avser endast England och Wales. Åldersintervall för beräknad prevalens för den allmänna befolkningen: Frankrike, Tyskland, Grekland och Ungern, 18–64, 18–34; Danmark och Norge, 16–64, 16–34; Malta, 18–65; Sverige, 17–34; Storbritannien, 16–59, 16–34.

Uppgifterna om klienter som inledde behandling avser 2017 eller senast tillgängliga år: Estland och Spanien, 2016; Nederländerna, 2015.



## TABELL A5

## CANNABIS

Land	Beräknad prevalens				Klienter som inledde behandling under året		
	Den allmänna befolkningen			Skolungdomar	Cannabisklienter som % av klienter som inleder behandling		
	Undersökn.år	Någon gång i livet, vuxna (15–64)	Senaste tolv månaderna, yngre vuxna (15–34)	Någon gång i livet, elever (15–16)	Alla klienter	Förstagångsklienter	Klienter som behandlats tidigare
		%	%	%	% (antal)	% (antal)	% (antal)
Belgien	2013	15,0	10,1	18	34,2 (3 786)	50,7 (2 132)	23,2 (1 487)
Bulgarien	2016	8,3	10,3	20	9,9 (166)	5 (9)	2,5 (17)
Tjeckien	2017	28,6	19,3	37	23,6 (988)	28,4 (501)	19,6 (433)
Danmark	2017	38,4	15,4	12	62,7 (3 069)	65,9 (1 501)	59,5 (1 435)
Tyskland (¹)	2015	27,2	13,3	19	43,1 (–)	64,1 (–)	–
Estland	2008	–	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irland	2015	27,9	13,8	19	24,6 (2 102)	39 (1 270)	14,6 (712)
Grekland	2015	11,0	4,5	9	26,9 (1 148)	46,1 (773)	14,7 (373)
Spanien	2017	35,2	18,3	31	29,2 (13 304)	40,7 (9 278)	15,9 (3 208)
Frankrike	2017	44,8	21,8	31	59,6 (28 205)	74,4 (9 828)	41,1 (7 517)
Kroatien	2015	19,4	16,0	21	–	62,9 (602)	–
Italien	2017	32,7	20,9	19	21,8 (10 155)	30,9 (6 483)	14,3 (3 672)
Cypern	2016	12,1	4,3	7	52,7 (444)	67,5 (284)	28,4 (93)
Lettland	2015	9,8	10,0	17	24 (194)	36 (154)	10,6 (40)
Litauen	2016	10,8	6,0	18	6,5 (110)	22,7 (55)	3,5 (50)
Luxemburg	2014	23,3	9,8	20	16,2 (29)	22,9 (11)	13,9 (11)
Ungern	2015	7,4	3,5	13	63 (3 031)	68,2 (2 310)	49,2 (542)
Malta	2013	4,3	–	13	9,1 (167)	19 (44)	7,7 (123)
Nederländerna	2017	26,6	17,5	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Österrike	2015	23,6	14,1	20	33,2 (1 222)	51,7 (802)	19,7 (420)
Polen	2014	16,2	9,8	24	31,2 (2 209)	39 (1 390)	23,2 (796)
Portugal	2016	11,0	8,0	15	37,2 (1 120)	51,8 (848)	19,8 (272)
Rumänien	2016	5,8	5,8	8	49,3 (1 764)	62,4 (1 585)	15,8 (153)
Slovenien	2012	15,8	10,3	25	6,1 (15)	19,4 (12)	1,7 (3)
Slovakien	2015	15,8	9,3	26	25,7 (743)	38,5 (495)	14,3 (218)
Finland	2014	21,7	13,5	8	18 (128)	31,3 (79)	10,7 (49)
Sverige (²)	2017	–	9,6	6	10 (3 878)	15,4 (2 125)	7 (1 753)
Storbritannien	2017	30	12,3	19	24,2 (27 920)	45,3 (16 733)	14,2 (11 114)
Turkiet	2017	2,7	1,9	–	6,4 (745)	9,2 (520)	3,8 (225)
Norge	2017	24,5	10,1	7	28,8 (1 651)	36,8 (989)	21,8 (662)
<b>EU</b>	–	<b>27,4</b>	<b>14,4</b>	–	<b>32,7 (152 373)</b>	<b>47,0 (81 566)</b>	<b>17,5 (58 103)</b>
<b>EU, Turkiet och Norge</b>	–	–	–	–	<b>32,0 (154 769)</b>	<b>45,7 (83 075)</b>	<b>17,2 (58 990)</b>

Beräknad prevalens för skolungdomar har hämtats från Espad-enkäten 2015, utom för Belgien (2017; endast Flandern), Bulgarien (2017), Tyskland (2011), Italien (2017), Luxemburg (2014; 15 års ålder), Spanien (2016), Sverige (2017) och Storbritannien (2016; endast England, 15 års ålder). Lettland är eventuellt inte jämförbart på grund av osäkerhet kring datainsamlingen.

Beräknad prevalens för den allmänna befolkningen i Storbritannien avser endast England och Wales. Åldersintervall för beräknad prevalens för den allmänna befolkningen: Frankrike, Tyskland, Grekland och Ungern, 18–64, 18–34; Danmark och Norge, 16–64, 16–34; Malta, 18–65; Sverige, 17–34; Storbritannien, 16–59, 16–34.

Uppgifterna om klienter som inledde behandling avser 2017 eller senast tillgängliga år: Estland och Spanien, 2016; Nederländerna, 2015.

(¹) På grund av ändringar i systemet för rapportering om behandlingsstart anges endast andelar.

(²) Uppgifterna om klienter som inledde behandling avser sjukhusbaserad vård och specialiserade öppenvårdsinrättningar. Uppgifterna i tabellen är inte helt representativa för det nationella läget.

## TABELL A6

## ANDRA INDIKATORER

Land	Drogrelaterade dödsfall			Hiv-diagnoser som kan hänföras till injektion av droger (ECDC)	Beräknat antal personer som injicerar droger		Utdelade sprutor inom ramen för särskilda program
	År	Alla åldrar	Ålder 15-64		Avser år	fall per 1 000 invånare	
		antal	fall per miljon invånare (antal)				fall per miljon invånare (antal)
Belgien	2014	61	8 (60)	0,6 (7)	2015	2,32-4,61	1 203 077
Bulgarien	2017	18	4 (18)	4,4 (31)	–	–	52 927
Tjeckien	2017	42	5 (35)	0,5 (5)	2017	6,18-6,47	6 409 862
Danmark <sup>(1)</sup>	2016	237	55 (202)	1 (6)	–	–	–
Tyskland <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup>	2017	1 272	21 (1 120)	1,5 (127)	–	–	–
Estland	2017	110	130 (110)	10,6 (14)	2015	9,01-11,25	1 997 158
Irland	2015	224	69 (215)	2,9 (14)	–	–	519 578
Grekland	2017	62	– (–)	8 (86)	2017	0,43-0,68	278 415
Spanien <sup>(3)</sup>	2016	483	16 (482)	2,3 (105)	2016	0,25-0,57	1 503 111
Frankrike <sup>(4)</sup>	2015	373	7 (299)	0,6 (43)	2017	2,58-3,29	11 907 416
Kroatien	2017	65	23 (64)	0 (0)	2015	1,79-2,87	244 299
Italien	2017	294	8 (293)	1,6 (94)	–	–	–
Cypern	2017	16	26 (15)	0 (0)	2017	0,38-0,59	245
Lettland	2017	22	17 (22)	40 (78)	2016	5,31-6,83	833 817
Litauen	2017	83	44 (83)	47,8 (136)	2016	4,37-4,89	251 370
Luxemburg	2017	8	19 (8)	15,2 (9)	2015	3,77	447 681
Ungern	2017	33	5 (33)	0,1 (1)	2015	0,98	137 580
Malta	2017	5	16 (5)	0 (0)	–	–	315 541
Nederländerna	2017	262	22 (243)	0,1 (2)	2015	0,07-0,09	–
Österrike	2017	154	26 (151)	1,4 (12)	–	–	6 293 593
Polen <sup>(1)</sup>	2016	204	7 (181)	0,7 (27)	–	–	59 958
Portugal	2016	30	4 (30)	1,7 (18)	2015	1,00-4,46	1 421 666
Rumänien <sup>(5)</sup>	2017	32	2 (32)	4,4 (86)	–	–	1 095 284
Slovenien	2017	47	32 (44)	0 (0)	–	–	578 926
Slovakien	2017	19	5 (18)	0 (0)	–	–	395 877
Finland	2017	200	55 (189)	1,8 (10)	2012	4,1-6,7	5 824 467
Sverige	2017	626	92 (574)	2 (20)	–	–	517 381
Storbritannien <sup>(6)</sup>	2016	3 256	74 (3 108)	1,7 (115)	2004-11	2,87-3,22	–
Turkiet <sup>(1)</sup>	2017	941	17 (907)	0,2 (14)	–	–	–
Norge	2016	282	75 (258)	1,3 (7)	2016	2,15-3,04	2 884 230
EU	–	<b>8 238</b>	<b>23 (7 634)</b>	<b>2,0 (1 046)</b>	–	–	–
EU, Turkiet och Norge	–	<b>9 461</b>	<b>22,6 (8 799)</b>	<b>1,8 (1 067)</b>	–	–	–

(1) I vissa fall uppgavs inte åldersgrupp och dessa fall togs inte med i beräkningarna av dödligheten: Tyskland (147), Danmark (5), Polen (1) och Turkiet (22).

(2) Hiv-uppgifterna för Tyskland avser 2016.

(3) Utdelade sprutor inom ramen för särskilda program avser 2016.

(4) Utdelade sprutor inom ramen för särskilda program avser 2015.

(5) Drogrelaterade dödsfall i Rumänien: subnationell täckning.

(6) Uppgifter om sprutor för Storbritannien: England, inga uppgifter; Skottland 4 401 387 och Wales 2 630 382 (i båda fallen 2017); Nordirland 310 005 (2016).

## TABELL A7

## BESLAG

Land	Heroin		Kokain		Amfetaminer		MDMA, MDA, MDEA	
	Beslagtagn mängd	Antal beslag	Beslagtagn mängd	Antal beslag	Beslagtagn mängd	Antal beslag	Beslagtagn mängd	Antal beslag
	kg	antal	kg	antal	kg	antal	tablett (kg)	antal
Belgien	53	1 790	44 752	4 695	163	2 855	491 183 (-)	1 692
Bulgarien	698	32	42	30	406	80	2 335 (322)	41
Tjeckien	19	90	27	227	95	1 703	15 279 (5)	387
Danmark	16	561	151	4 786	322	2 244	2 731 476 (34)	933
Tyskland	298	-	8 166	-	1 784	-	693 668 (-)	-
Estland	<0,1	3	17	154	33	454	- (6)	310
Irland	-	765	-	792	-	91	- (-)	344
Grekland	359	1 952	234	596	164	16	589 (6)	83
Spanien	524	7 283	40 960	42 206	272	4 505	363 138 (-)	3 569
Frankrike	658	4 544	17 500	12 214	405	773	1 130 839 (-)	1 073
Kroatien	27	140	466	418	38	775	- (9)	743
Italien	610	2 296	4 084	7 812	72	271	10 844 (8)	267
Cypern	0,4	4	8	118	1	73	159 (3)	13
Lettland	0,2	66	2	61	21	502	3 660 (28)	169
Litauen	4	173	623	98	28	278	- (22)	140
Luxemburg	1	69	3	222	0,2	26	956 (<0,1)	25
Ungern	21	34	6	276	25	973	51 836 (1)	650
Malta	13	25	0,3	232	<0,1	1	405 (<0,1)	99
Nederländerna (¹)	1 110	-	14 629	-	146	-	- (1 250)	-
Österrike	70	967	71	1 571	55	1 488	446 465 (4)	1 183
Polen	2	2	69	9	608	33	- (-)	-
Portugal	29	492	2 734	816	1	51	1 598 (2)	282
Rumänien	4	222	8	169	2	115	18 810 (0,9)	477
Slovenien	11	286	12	277	6	242	1 537 (1)	63
Slovakien	0,6	41	3	42	4	661	2 448 (<0,1)	74
Finland	0,4	138	7	383	259	2 263	66 420 (-)	695
Sverige	45	675	162	3 640	770	5 524	34 919 (24)	1 993
Storbritannien	844	11 075	5 697	18 912	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Turkiet	17 385	12 932	1 476	3 829	7 268	9 405	8 606 765 (-)	6 663
Norge	99	628	80	1 185	503	5 734	33 657 (12)	1 122
<b>EU</b>	<b>5 418</b>	<b>36 786</b>	<b>140 435</b>	<b>104 348</b>	<b>7 037</b>	<b>43 720</b>	<b>6 581 823 (1 727)</b>	<b>22 803</b>
<b>EU, Turkiet och Norge</b>	<b>22 902</b>	<b>50 346</b>	<b>141 990</b>	<b>109 362</b>	<b>14 808</b>	<b>58 859</b>	<b>15 222 245 (1 739)</b>	<b>30 588</b>

Obs! Amfetaminer omfattar amfetamin och metamfetamin.

Alla uppgifter avser 2017 eller senast tillgängliga år.

(¹) Uppgifterna om antal beslag och beslagtagn mängd omfattar inte alla berörda brottsbekämpande enheter och bör anses vara ofullständiga minimiuppgifter. De flesta stora beslag är kokainbeslag.

## TABELL A7

## BESLAG (fortsättning)

Land	Hasch		Marijuana		Cannabisplantor	
	Beslagtagn mängd	Antal beslag	Beslagtagn mängd	Antal beslag	Beslagtagn mängd	Antal beslag
	kg	antal	kg	antal	plantor (kg)	antal
Belgien	947	6 133	946	28 519	416 576 (-)	1 234
Bulgarien	0,2	9	1 580	57	16 087 (33 822)	102
Tjeckien	9	173	1 095	5 369	54 392 (-)	502
Danmark	6 637	16 678	293	1 803	38 859 (236)	380
Tyskland	1 295	–	7 731	–	101 598 (-)	–
Estland	80	54	54	823	– (24)	35
Irland	–	257	–	1 546	– (-)	280
Grekland	6 251	257	24 940	8 866	46 907 (-)	742
Spanien	334 919	157 346	34 517	151 968	1 124 674 (-)	3 038
Frankrike	67 300	82 797	20 200	44 301	137 074 (-)	395
Kroatien	8	351	2 410	7 057	7 405 (-)	213
Italien	18 755	8 922	90 097	11 253	265 635 (-)	1 545
Cypern	1	8	151	826	161 (-)	23
Lettland	202	36	43	848	– (102)	55
Litauen	2 089	53	124	924	– (-)	–
Luxemburg	19	348	113	935	74 (-)	13
Ungern	114	153	3 674	3 751	5 287 (-)	156
Malta	591	109	0,2	175	11 (-)	5
Nederländerna (*)	942	–	3 104	–	722 618 (-)	–
Österrike	100	1 841	1 557	16 969	31 102 (-)	533
Polen	1 237	18	1 043	93	448 (-)	8
Portugal	14 790	3 647	410	437	22 910 (-)	158
Rumänien	6	185	276	2 861	6 780 (1 540)	179
Slovenien	20	126	838	3 768	13 594 (-)	218
Slovakien	1	26	144	1 115	2 299 (-)	31
Finland	693	252	322	1 158	15 200 (-)	1 150
Sverige	2 809	13 140	1 125	8 825	– (-)	–
Storbritannien	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Turkiet	81 429	8 718	94 379	41 929	– (-)	3 143
Norge	2 035	9 533	385	3 473	– (43)	167
<b>EU</b>	<b>466 097</b>	<b>311 071</b>	<b>209 401</b>	<b>440 295</b>	<b>3 370 222 (35 725)</b>	<b>22 745</b>
<b>EU, Turkiet och Norge</b>	<b>549 561</b>	<b>329 322</b>	<b>304 165</b>	<b>485 697</b>	<b>3 370 222 (35 768)</b>	<b>26 055</b>

Obs! Alla uppgifter avser 2017 eller senast tillgängliga år.

(\*) Uppgifterna om antal beslag och beslagtagn mängd omfattar inte alla berörda brottsbekämpande enheter och bör anses vara ofullständiga minimiuppgifter.

## Kontakta EU

### Besök

Det finns hundratals Europa direkt-kontor i hela EU. Hitta ditt närmaste kontor: [https://europa.eu/european-union/contact\\_sv](https://europa.eu/european-union/contact_sv)

### Telefon eller mejl

Tjänsten Europa direkt svarar på dina frågor om EU. Kontakta tjänsten på något av följande sätt:

- Ring det avgiftsfria telefonnumret 00 800 6 7 8 9 10 11 (en del operatörer kan ta betalt för samtalet).
- Ring telefonnumret +32 22999696.
- Mejla via webbplatsen ([https://europa.eu/european-union/contact\\_sv](https://europa.eu/european-union/contact_sv)).

## EU-information

### På nätet

På webbplatsen Europa finns det information om EU på alla officiella EU-språk ([https://europa.eu/european-union/index\\_sv](https://europa.eu/european-union/index_sv)).

### EU-publikationer

Ladda ned eller beställ både gratis och avgiftsbelagda EU-publikationer (<https://publications.europa.eu/sv/publications>). Om du behöver flera kopior av en gratispublikation kan du kontakta Europa direkt eller ditt lokala informationskontor ([https://europa.eu/european-union/contact\\_sv](https://europa.eu/european-union/contact_sv)).

### EU-lagstiftning och andra rättsliga handlingar

Rättsliga handlingar från EU, inklusive all EU-lagstiftning sedan 1952, finns på alla officiella EU-språk på EUR-Lex (<http://eur-lex.europa.eu>).

### Öppna data från EU

På EU:s portal för öppna data (<http://data.europa.eu/euodp/sv>) finns dataserier från EU. Dataserierna får laddas ned och användas fritt för kommersiella och andra ändamål.



## Om rapporten

Rapporten *Trender och utveckling* ger en översikt över narkotikasituationen i Europa och behandlar såväl försäljning/langning och användning av narkotika som folkhälsoproblem, narkotikapolitik och åtgärder för att bekämpa narkotika. Tillsammans med den webbaserade [Statistical Bulletin](#) och 30 [landsspecifika narkotikarapporter](#) utgör den paketet [Europeiska narkotikarapporten 2019](#).

## Om EMCDDA

Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (EMCDDA) är den centrala källan till information om och den erkända myndigheten för narkotikafrågor i Europa. I över 20 år har EMCDDA samlat in, analyserat och publicerat vetenskapligt tillförlitlig information om narkotika, narkotikamissbruk och dess konsekvenser, och gett en evidensbaserad bild av narkotikasituationen på europeisk nivå.

EMCDDA:s publikationer är en viktig informationskälla för ett stort antal intressenter, bl.a. politiska beslutsfattare och deras rådgivare, yrkesverksamma och forskare inom narkotikaområdet samt – mer generellt – massmedia och allmänheten. EMCDDA är baserat i Lissabon och är ett av EU:s decentraliserade organ.

