



Europeiska centrumet för kontroll
av narkotika och narkotikamissbruk

SV

ISSN 2314-9221

Europeisk narkotika- rapport

Trender och utveckling

2018



Europeiska centrumet för kontroll
av narkotika och narkotikamissbruk

Europeisk narkotika- rapport

Trender och utveckling

2018

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 speglar inte nödvändigtvis den officiella ståndpunkten hos EMCDDA:s partner, EU:s medlemsstater eller Europeiska unionens övriga 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 gjorts av Översättningscentrum för Europeiska unionens organ.

Luxemburg: Europeiska unionens publikationsbyrå, 2018

PRINTED	ISBN 978-92-9497-275-0	ISSN 2314-9000	doi:10.2810/103578	TD-AT-18-001-SV-C
PDF	ISBN 978-92-9497-326-9	ISSN 2314-9221	doi:10.2810/72404	TD-AT-18-001-SV-N

© Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, 2018
Kopiering tillåten med angivande av källan.

Rekommenderad angivelse: Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (2018), *Europeisk narkotikarapport 2018: Trender och utveckling*, Europeiska unionens publikationsbyrå, Luxemburg.



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 | www.emcdda.europa.eu

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Innehåll

5	Förord
9	Inledning och tack
11	KOMMENTAR Att förstå Europas narkotikaproblem och ta fram effektiva åtgärder
19	KAPITEL 1 Försäljning av narkotika och marknaden
39	KAPITEL 2 Prevalens och trender för narkotikaanvändning
59	KAPITEL 3 Narkotikarelaterade skador och åtgärder
83	BILAGA Nationella datatabeller

Förord

Det är ett nöje att lägga fram ECNN:s senaste analys av narkotikasituationen i Europa. *Europeisk narkotikarapport 2018: trender och utveckling* ger en läglig inblick i Europas narkotikaproblem och svar på dessa problem. Vår flaggskeppsrapport bygger på en grundlig granskning av europeiska och nationella data som belyser framväxande mönster och problem. I år åtföljs den på nätet av 30 landsspecifika narkotikarapporter och resurser i form av heltäckande data och grafik, vilket gör att man kan få en överblick för varje land.

Rapporten har utformats för att ge våra intressenter en övergripande översikt. Den kommer även att ge en tidig varning avseende nya narkotikatrender, bidra till att fastställa prioriteringar för nationell och lokal strategisk planering, möjliggöra jämförelser mellan länder och ge underlag för utvärderingar genom att tillhandahålla data om trender. Rapporten kompletteras av vår nyligen offentliggjorda treårsrapport *Health and social responses to drug problems: a European guide* (hälso- och sjukvårdens och samhällets svar på narkotikaproblem: en europeisk vägledning) (2017).



För ett brett spektrum av ämnen ser vi i år vissa oroande tecken på att narkotikaproduktionen ökar i Europa, närmare konsumentmarknaderna. Tekniska framsteg underlättar denna utveckling och gör att europeiska producenter och konsumenter av narkotika kan ansluta sig till globala marknader via synlig webb och darknet. Vi kan även konstatera att den ökade kokainproduktionen i Sydamerika nu påverkar den europeiska marknaden och ger upphov till både en ökad risk för hälsoproblem för användarna och mer komplexa utmaningar för brottsbekämpande organ, eftersom smugglarna anpassar sig och



ändrar sina rutter. De framväxande beläggen för att tillgången till och användningen av crack i Europa ökar är också oroande och kräver övervakning.

Nya psykoaktiva ämnen som finns tillgängliga på Europas narkotikamarknader fortsätter att orsaka folkhälsoproblem och skapa svårigheter för beslutsfattarna. Ny EU-lagstiftning har förstärkt informationsutbytet om nya ämnen på marknaden och minskat den tid det tar innan dessa ämnen blir riskbedömda och kontrollerade i hela Europa. Starka syntetiska opiater och cannabinoider orsakar problem i en rad olika sammanhang och utsätter, vad gäller fentanylderivat, narkotikaanvändarna och dem som står i första ledet vid insatser för stor fara. Vid hanteringen av denna utmaning har man på nytt uppmärksammat opiatmotgiftet naloxon inom ramen för strategier mot överdoser samt narkotikaanvändarnas tillgång till det.

Vi anser att de hot som narkotika utgör mot folkhälsan och säkerheten i Europa alltfjämt kräver ett sektorsövergripande svar på hög nivå. Den nya handlingsplan som EU antog 2017 ger en ram för det europeiska samarbete som krävs.

Vår rapport och dess analys vittnar om det starka stödet från våra nationella och institutionella partner. Uppgifter från våra nationella Reitox-kontaktpunkter och nationella experter gör att vi kan få en unik överblick över narkotikasituationen i Europa. 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. Dessutom är vi tacksamma mot specialiserade nätverk som har hjälpt oss att införliva de senaste uppgifterna i vår rapport när det gäller avloppsvattenanalys, skolundersökningar och narkotikarelaterade akutfall vid sjukhus.

Laura d'Arrigo

Ordförande för ECNN:s styrelse

Alexis Goosdeel

Direktör för ECNN

| Inledning och tack

Denna rapport bygger på information som EMCDDA har fått i en årlig rapportering från EU:s medlemsstater, kandidatlandet Turkiet och Norge.

Syftet med rapporten är att ge en översikt över och sammanfattning av narkotikasituationen i Europa och åtgärder för att hantera den. De statistiska uppgifter som redovisas avser 2016 (eller det senast tillgängliga året). Analysen av trender bygger 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 övervaka mönster och 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. Tolkningen måste därför ske med försiktighet, särskilt när länder jämförs avseende en enda åtgärd. Reservationer avseende data finns i webbversionen av denna rapport och i Statistical Bulletin, som innehåller detaljerad information om metodik, förbehåll avseende analysen och kommentarer om begränsningar för den tillgängliga datauppsättningen. Där finns även information om de metoder och data som använts för beräkningar på europeisk nivå, där interpolering kan ha använts.

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 till 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 Pempidougrupp, FN:s kontor mot narkotika och brottslighet, Världshälsoorganisationens (WHO) regionala kontor för Europa, Interpol, Världstullorganisationen, Projektet för europeiska skolundersökningar om alkohol och andra droger (Espad), Sewage Analysis Core Group Europe (Score) och European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus),
- | Översättningscentrum för Europeiska unionens organ och Europeiska unionens publikationsbyrå.

Reitox nationella kontaktpunkter

Reitox är det europeiska nätverket för information om narkotika och narkotikamissbruk. 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

**Utvecklingen i de europeiska
länderna både påverkas
av och påverkar de globala
narkotikatrenderna**

Att förstå Europas narkotikaproblem och ta fram effektiva åtgärder

I denna kommentar utforskar vi en del centrala faktorer som verkar påverka både de mönster för narkotikaanvändning som vi ser i Europa under 2018 och de hälsoproblem, sociala problem och säkerhetsproblem som förknippas med dem. En utgångspunkt för denna diskussion är den övergripande observationen att Europas narkotikaproblem idag, historiskt sett, inte bara verkar vara i en särskilt dynamisk fas, utan att de tillgängliga uppgifterna också allmänt tyder på en hög tillgång till narkotika som inom vissa områden till och med ökar. Detta innebär flera betydande nya utmaningar för befintliga nationella och europeiska motåtgärder mot narkotikaanvändning och narkotikarelaterade problem, vars konsekvenser diskuteras nedan.

Tecken på ökad narkotikaproduktion i Europa

Utvecklingen i de europeiska länderna både påverkas av och påverkar de globala narkotikatrenderna. Europa är en

större producent av vissa syntetiska stimulantia såsom MDMA, och exporterar produkter och expertkunnskap till andra delar av världen. Vad gäller cannabis har den europeiska produktionen till viss del ersatt importen och verkar ha påverkat de externa producenternas affärsmodeller. En följd av detta kan ses i den ökade styrkan av det hasch som nu smugglas in i Europa.

Vad gäller kokain och heroin, de två andra större olagliga växtbaserade drogerna, är produktionen fortfarande centrerad till länder i Latinamerika respektive Asien. Globala data tyder på att produktionen har ökat för båda ämnena. Hur detta påverkar Europa måste granskas. Vad gäller heroin förblir den totala användningen oförändrad, trots drogens relativt höga renhet på gatunivå, med en uppenbarligen låg introduktion till användning. För kokain har dock flera indikatorer nu en stigande trend. Detta diskuteras mer ingående nedan. För båda ämnena tyder dock beslagsdata på vissa nyligen inträffade förändringar i produktionskedjan som kan få omfattande följder för framtiden. Sekundär tillverkning och extraktion av kokain från "bärarmaterial" fortsätter att observeras i Europa liksom import av stora mängder av drogen som gömms i fartygscontainrar. Vad gäller heroin är den senaste utvecklingen i flera europeiska länder att man har upptäckt och stängt laboratorier som omvandlar morfin till heroin. Detta beror troligen på en större tillgång till och avsevärt lägre kostnad i Europa för ättiksyraanhydrid, en viktig prekursor-kemikalie för produktionen av heroin, i en tid när skördarna av opiumvallmo ökar. Denna utveckling åskådliggör inte bara den globala integreringen av de moderna nätverken för narkotikaproduktion, utan också att åtgärder för drogkontroll, såsom prekursorkontroller, måste sättas in i ett globalt synsätt.

Samtidigt som europeiska och internationella insatser att begränsa produktionen av nya psykoaktiva substanser, liksom tillgången till dem, nu verkar ha fått viss effekt, har det även rapporterats om tabletering och framställning av dessa ämnen innanför EU:s gränser. Denna utveckling inom produktionen av nya droger verkar hittills vara begränsad. Förändringar på detta område kan dock snabbt överföras till narkotikaproblem, varför vaksamhet är nödvändigt för att se till att EU är förberett på att bättre svara på potentiella framtida hot på detta område.

Internetförsäljning: Europa på en global marknad

Narkotikaförsäljningen över internet är ett till bra exempel på hur snabbt förändringen kan ske, och innebär utmaningar för befintliga modeller för policy, motåtgärder och narkotikaövervakning. I en aktuell gemensam rapport från EMCDDA och Europol analyserades den roll som europeiska leverantörer och konsumenterna intar på denna globala marknad. EU-leverantörer uppskattades stå för nästan hälften av narkotikaförsäljningen på "det mörka nätet" (darknet) mellan 2011 och 2015. Internetförsäljningen är för närvarande liten i förhållande till den totala marknaden för olaglig narkotika, men verkar växa. Samtidigt som det mörka nätet ofta uppmärksammas är det också tydligt att de sociala medierna och den synliga webben kan vara lika viktiga för nya psykoaktiva substanser och missbrukade läkemedel. Särskild oro väcker tillkomsten av nya bensodiazepinrelaterade ämnen. Sedan 2015 har 14 nya bensodiazepiner rapporterats till EU:s system för tidig varning. Dessa ämnen är inte godkända läkemedel inom Europeiska unionen, och mycket lite är känt om deras toxikologi; däremot är det troligt att riskerna ökar när de används tillsammans med olaglig narkotika eller alkohol. Tillgången till både etablerade och nya bensodiazepiner på marknaden för olaglig narkotika verkar öka i vissa länder, och dessa ämnen är kända för att spela en viktig men ofta förbisedd roll i dödsfallen orsakade av opioidöverdosering. Nya tecken på att användningen av dessa ämnen kanske ökar bland unga personer är särskilt oroande och det är ett område som kräver närmare undersökning och överväganden av policy och förebyggande insatser. Användning av bensodiazepiner bland personer med ett högriskbruk är ett ämne som tas upp i en bilaga till denna rapport på internet.

Följderna av ökad tillgång till kokain

Den ökande kokainproduktionen i Latinamerika verkar nu bli kännbar på den europeiska marknaden. I några länder har analys av avloppsvatten gett en tidig varning om ökad

tillgång och användning av drogen, som nu även tas upp i andra datakällor. Samtidigt som kokainpriserna har förblivit oförändrade är drogens renhetsgrad för närvarande på sin högsta nivå på över ett årtionde i Europa. Tidigare har det mesta av kokainet kommit in i Europa via Iberiska halvön. Men de senaste stora beslagen på annan plats tyder på att den relativa betydelsen av denna väg kan ha minskat något och att kokain nu alltmer smugglas in i Europa genom stora containerhamnar. Det är i detta sammanhang värt att notera att Belgien gick om Spanien 2016 som landet med störst mängd beslagttaget kokain.

Kokainanvändningens följder för folkhälsan är vanligtvis svåra att mäta, eftersom dess roll i både akuta problem och långvariga hälsoskador är svår att övervaka och ofta kan gå obemärkt förbi. Problemen kan dock förväntas öka om prevalensen av användning, och särskilt mönstren för högriskanvändning ökar. Ett av tecknen på att detta kanske sker är en observerad ökning av antalet förstagångsintagningar till specialiserad behandling som är relaterad till kokain, även om dessa inte har återgått till de höga nivåer som senast sågs för tio år sedan. Bekymmersam, men ändå sällsynt, är också den rapporterade lätta ökningen av användningen av crack, och det finns farhågor för att fler länder kan börja drabbas av detta. Totalt sett finns det fortfarande ett behov av att bättre förstå vad som utgör en effektiv behandling för kokainanvändare, inräknat det bästa sättet att reagera på kokainproblem som kan åtfölja opioidberoende.



Nya psykoaktiva substanser fortsätter att utmana folkhälsan

Vikten av att vara beredd på nya utmaningar betonas av framgången för EU:s system för tidig varning om nya psykoaktiva substanser. Internationellt har detta erkänts som ett system som ger Europa förmågan att identifiera och svara på tillkomsten av narkotika vilket saknas på andra platser. Utökad EU-lagstiftning har nyligen antagits på detta område, vilket gör rapporteringen snabbare, samtidigt som nya uppgiftslämnare fortsätter att ansluta sig till systemet. För narkotikapolitiken är nya psykoaktiva substanser en föränderlig utmaning. Totalt sett övervakas drygt 670 ämnen av systemet, och närvaro av cirka 400 av dem rapporteras varje år. Listan över ämnen som dyker upp på narkotikamarknaden fortsätter att växa, och ungefär ytterligare en ny psykoaktiv substans rapporteras varje vecka i Europa. Även om antalet nya ämnen som dyker upp för första gången har minskat sedan den högsta noteringen 2015 är de negativa folkhälsoföljderna till följd av användningen av dessa droger fortfarande höga.

Uppkomsten i Europa av syntetiska opioider och syntetiska cannabinoider som kopplas till dödsfall och akuta förgiftningar ledde till att EMCDDA bedömde ett aldrig tidigare skådat antal ämnen avseende deras risker för folkhälsan. Denna process kan snabbt starta lagstiftningsåtgärder inom hela Europeiska unionen. Data lämnades även in till Världshälsoorganisationen (WHO) 2017, och vissa av dessa substanser övervägs nu för internationell kontroll. Fem fentanylderivat undersöktes under 2017. Dessa substanser förekom i ett antal nya former, inräknat nässprejer. De påträffades även utblandade med andra droger, t.ex. heroin, kokain eller förfälskade läkemedel, vilket ledde till att användarna ofta inte var medvetna om att de intog substansen. Uppkomsten av dessa starka droger, som ofta handlas via internet, innebär en betydande utmaning för både hälso- och sjukvården och de brottsbekämpande myndigheterna. Substanserna är lätta att transportera och gömma, eftersom små mängder ofta ger hundratusentals potentiella doser på gatan. Ur ett hälsoperspektiv ökar de den redan avsevärda bördan av andra opioidrelaterade dödsfall. I USA står fentanylderivat nu för en stor del av den pågående opioidkrisen, och på kort tid har de blivit de substanser som är mest förknippade med dödlighet på grund av överdosering. I Europa står vi ännu inte inför problem i samma skala, men rapporter till EMCDDA om dödsfall och icke-dödliga förgiftningar förknippade med fentanyl och icke-kontrollerade fentanylanaloger betonar ändå behovet av fortsatt vaksamhet.

Syntetiska cannabinoider kopplas allt oftare till hälsoproblem

Rapporter om hälsoskador i samband med nya syntetiska cannabinoider ledde till att EMCDDA gjorde fyra ytterligare riskbedömningar under 2017. Syntetiska cannabinoider har förknippats med dödsfall och akuta förgiftningar. En aktuell EMCDDA-rapport uppmärksammade de ökande hälso- och säkerhetsproblem som användningen av dessa substanser orsakar i vissa europeiska fängelser. Det var också tydligt att dessa frågor ibland kan förbigås på grund av den lätthet med vilka substanserna kan smugglas in i fängelserna och de utmaningar det innebär att upptäcka användning.

Syntetiska cannabinoider marknadsfördes först som lagliga alternativ till naturliga cannabisprodukter, men är på många sätt annorlunda. Från att först ha förknippats med rekreationell konsumtion används syntetiska cannabinoider nu problematiskt av mer marginaliserade samhällsgrupper, t.ex. hemlösa, även om vår förståelse av dessa drogers användningsmönster ofta förblir begränsad. Där det finns information visar den att prevalensen av användning av syntetiska cannabinoider i allmänhet är låg, men att substanserna har en avsevärd potential att orsaka skada. Detta kan ses i aktuella data från Turkiet, där en total ökning av narkotikainducerade dödsfall delvis verkar bero på användningen av syntetiska cannabinoider.

**Syntetiska opioider och
syntetiska cannabinoider
som kopplas till dödsfall
och akuta förgiftningar**

Den föränderliga cannabismarknaden medför nya politiska utmaningar

Cannabis är fortfarande den mest allmänt använda olagliga drogen i Europa. Drogens framträdande ställning framgår tydligt av dess placering i antalet beslag, fall av narkotikabrott, skattade prevalenser och nya behandlingsbehov. Utvecklingen i Nord- och Sydamerika, med bland annat legalisering av drogen i vissa jurisdiktioner, har gjort att en kommersiell cannabismarknad snabbt har utvecklats. Detta har lett till innovationer av de former som drogen finns tillgänglig på och av tillförselssystemen för dess konsumtion. I dessa ingår extra starka stammar av cannabis, e-vätskor och ätbara produkter. Den lagliga marknaden för rekreationell konsumtion har åtföljts av förordningar som i vissa jurisdiktioner medger tillgång till cannabis för medicinska eller terapeutiska ändamål. EMCDDA övervakar denna utveckling och tillhandahåller förklarande sammanfattningar av policier för att lyfta fram vissa av de frågor de väcker för diskussioner i Europa. Till dessa hör möjligheten att en del av de nya formerna av denna drog kan dyka upp på narkotikamarknaden i Europa.

Utvecklingen i Nordamerika har skapat ett nytt intresse för den roll som cannabis spelar i bilkörning under inflytande av narkotika. Under 2017 anordnade EMCDDA det tredje internationella symposiet om bilkörning under inflytande av narkotika. Rapporten från de internationella experter som deltog i detta möte lyfte fram svårigheterna med att ta fram effektiva politiska åtgärder på området, ett ämne som är relevant för länderna oavsett drogens juridiska status.

Andra viktiga policyfrågor på detta område omfattar vad som utgör en lämplig behandling för cannabisrelaterade sjukdomar, hur man säkerställer synergier mellan drogpolicy och strategier för minskad användning av tobak, och vad som utgör effektiva åtgärder för att minska skadeverkningarna på detta område. Prevalensen av cannabiskonsumtion i Europa är fortsatt hög historiskt sett, och ökningarna har på senare tid noterats i vissa EU-medlemsstater. Också drogens styrka ligger på hög nivå, efter att ha stigit markant det senaste årtiondet, både för marijuana och hasch. Utöver folkhälsofrågorna finns det farhågor om hur denna stora olagliga marknad inverkar på samhällets säkerhet och kan bidra till finansieringen av organiserad brottslighet. Med tanke på de många ingående frågorna är det en uppgift av både växande komplexitet och ökande betydelse att definiera vad som utgör den lämpligaste motåtgärden mot användning av cannabis. EMCDDA har åtagit sig att förbättra förståelsen av dessa frågor och att ge den exakta, vetenskapliga och opartiska information som behövs för en väl underbyggd debatt om detta komplicerade ämne.

Åtgärder mot opioidöverdosering: naloxons roll

Antalet dödsfall till följd av narkotikaöverdosering är fortfarande högt i Europa, och opioider rapporteras i de flesta av fallen. Närvaron av fentanylderivat på den europeiska narkotikamarknaden aktualiserar de redan tunga argumenten för att öka tillgången till opioidantagonisten naloxon. Det finns allt fler belägg för att den bredare tillgången till denna substans, kombinerat med utbildning i att känna igen och sätta in åtgärder mot överdosering, kan bidra till att förhindra dödsfallen bland dem som använder opioider. Att förse opioidbrukare med naloxon ses därför i allt fler länder som en viktig del av deras strategi för att minska antalet dödliga överdoseringar. Tillgången till fentanylderivat ökar riskerna ännu mer på detta område, på grund av deras styrka och eftersom de kan användas av mindre erfarna opioidbrukare eller medför risker för dem som råkar exponeras i yrket – t.ex. tjänstemän från brottsbekämpande myndigheter. Denna utveckling visar på ett överhängande behov av att granska de aktuella strategierna för naloxon och öka utbildningen och medvetenheten för både narkotikaanvändare och personer som kan komma i kontakt med drogen i yrket. Dessa granskningar måste även ta hänsyn till att nya beredningar som inte injiceras, t.ex. nässprejer, som kan underlätta användningen av naloxon i ett bredare sammanhang.

Fängelser: en viktig plats för insättning av motåtgärder

Insättning av straffrättsliga åtgärder mot narkotikaanvändning är ett av ämnena i EMCDDA:s publikation *Health and social responses to drug problems: a European guide*. Frigivning från fängelse innebär en särskilt hög risk för dem som tidigare använt opioider. För att ta itu med detta har ett antal länder tagit fram innovativa program som erbjuder naloxon och utbildning åt dem som frigges från fängelse. Utöver att erbjuda naloxon erkänns hänvisning till lämplig samhällsbehandling och sociala stödtjänster som centrala åtgärder på detta område. Detta lyfter fram den roll som intas av det straffrättsliga systemet i allmänhet och fängelserna i synnerhet som en kritisk plats för att ta itu med problemen för personer med ett högriskbruk av narkotika. Samhället kan vinna betydande fördelar av att bedöma narkotikaanvändare och åtgärda deras hälsomässiga och sociala behov innan de frigges från fängelse.

Cannabis är fortfarande den mest allmänt använda olagliga drogen i Europa

I KORTHET – UPPSKATTNINGAR AV NARKOTIKAANVÄNDNING I EU

Cannabis



Vuxna (15–64)

Senaste 12
månadernas
användning **24,0 miljoner**
7,2 %



Användning
någon gång
i livet **87,6 miljoner**
26,3 %

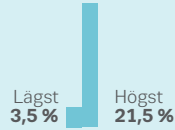


Unga vuxna (15–34)

Senaste 12
månadernas
användning **17,2 miljoner**
14,1 %



Nationella beräkningar av
användning senaste 12 månaderna



Kokain



Vuxna (15–64)

Senaste 12
månadernas
användning **3,5 miljoner**
1,1 %



Användning
någon gång
i livet **17,0 miljoner**
5,1 %

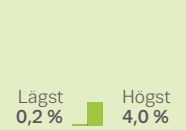


Unga vuxna (15–34)

Senaste 12
månadernas
användning **2,3 miljoner**
1,9 %



Nationella beräkningar av
användning senaste 12 månaderna

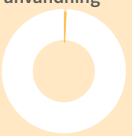


MDMA

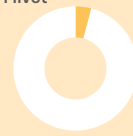


Vuxna (15–64)

Senaste 12
månadernas
användning **2,6 miljoner**
0,8 %



Användning
någon gång
i livet **13,5 miljoner**
4,1 %

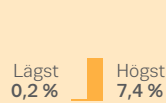


Unga vuxna (15–34)

Senaste 12
månadernas
användning **2,2 miljoner**
1,8 %



Nationella beräkningar av
användning senaste 12 månaderna



Amfetaminer

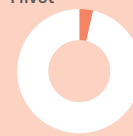


Vuxna (15–64)

Senaste 12
månadernas
användning **1,7 miljoner**
0,5 %



Användning
någon gång
i livet **11,9 miljoner**
3,6 %

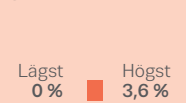


Unga vuxna (15–34)

Senaste 12
månadernas
användning **1,2 miljoner**
1,0 %



Nationella beräkningar av
användning senaste 12 månaderna



Opioider



Personer med problematisk
användning av opioider **1,3 miljoner**

Narkotikarelaterat behandlingsbehov

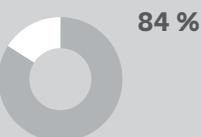
Huvudsaklig drog i cirka
36 procent av alla
förfrågningar om
drogbehandling inom
EU



628 000

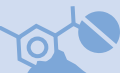
personer som använder
opioider fick
substitutionsbehandling 2016

Dödliga överdoser



Opioider förekommer
i **84 procent** av dödliga
överdoser

Nya psykoaktiva substanser

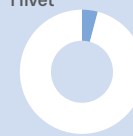


15–16-åriga skolungdomar i 24 europeiska länder

Senaste 12
månadernas
användning **3,0 %**



Användning
någon gång
i livet **4,0 %**



Källa: ESPAD Report 2015 Additional tables.

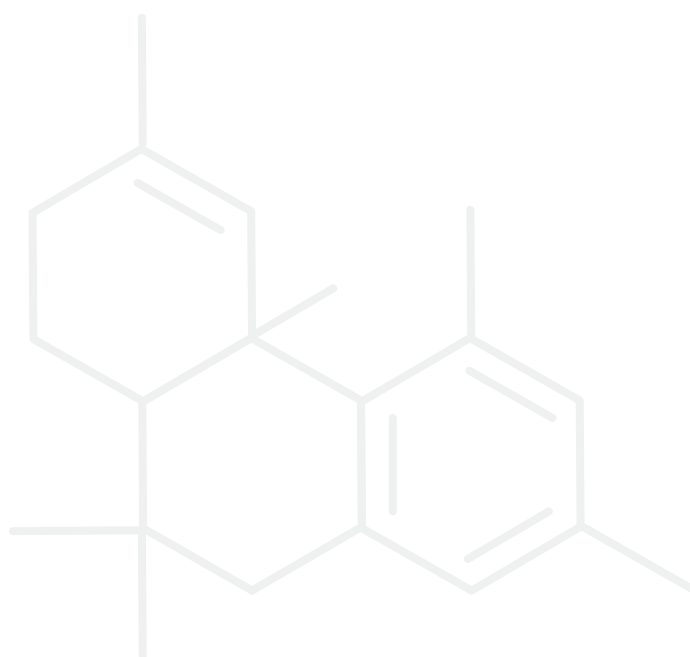
Ett exempel på detta är det potentiella värdet av att trappa upp testerna och behandlingen av infektionssjukdomar bland de intagna på fängelserna. Detta har blivit särskilt viktigt efter Europeiska unionens åtagande att utrota hepatit C-viruset. Injektionsbruk är den dominerande överföringsformen för denna infektion. Nya effektiva behandlingar har nu blivit tillgängliga, men det förblir en utmaning att se till att de som blir infekterade får tillgång till dem. Fängelser och aktörer för narkotikabehandling är viktiga för att identifiera personer med HCV-infektion. Under 2018 kommer EMCDDA att stödja ett nytt initiativ för att öka medvetenheten och uppmuntra till tester och behandling av hepatit C för att åtgärda detta stora narkotikarelaterade problem.

Uppföljning måste anpassas till förändringar i narkotikasituationen

Trots de förbättrade uppgifterna om tillgången till nya psykoaktiva substanser är det mycket svårt att uppskatta efterfrågan på dessa ämnen i Europa. Dessa svårigheter förstärks när vi ser på missbruket av avledda, förfalskade eller olicensierade läkemedel.

En viktig iakttagelse här är att våra befintliga övervakningsinstrument kan vara okänsliga för vissa viktiga förändringar i mönstren för narkotikakonsumtion. Fler investeringar i etablerade och nyutvecklade övervakningsstrategier, t.ex. analys av avloppsvatten, webbaserade undersökningar och trendstudier, krävs för att hålla jämna steg med dessa förändringar. EMCDDA offentliggjorde nyligen fynden från en årlig bedömning av narkotikarester i avloppsvatten som insamlats från städer i 19 europeiska länder, vilka visade på hur användbara dessa kompletterande informationskällor är för att ge en mer aktuell bild av narkotikatrender än den som mer traditionella datakällor tillhandahåller.

Förutom att stödja datainsamlingar inom Europa arbetar Europeiska unionen även med att hjälpa tredjeländer att utveckla sin egen övervakningsförmåga. Initiativ i detta syfte är t.ex. tekniska stödprojekt för EU-kandidatländer, potentiella kandidatländer och grannländer som finansieras av Europeiska kommissionen. Dessa aktiviteter är inte bara viktiga för att narkotikaproblemen försvårar hälso- och säkerhetsproblemen i de länder som gränsar till EU men också för att utvecklingen i dessa länder samverkar med, och inverkar på, de narkotikaproblem som vi själva står inför i våra egna medlemsstater. Av den analys som rapporteras i årets Europeisk narkotikarapport framgår det därför tydligt att förståelsen av de nuvarande och framtida utmaningar som narkotikaanvändningen innebär för Europas hälso- och säkerhetspolitiska agenda förutsätter att man förstår de globala dimensionerna av denna fråga.



1

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

Försäljning av narkotika och marknaden

I ett globalt sammanhang är Europa en viktig narkotikamarknad som försörjs både genom inhemsk produktion och smuggling av narkotika från andra delar av världen. Sydamerika, västra Asien och Nordafrika är viktiga ursprungsområden för olaglig narkotika som förs in i Europa, medan nya psykoaktiva substanser kommer från länder som Kina. 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 syntetiska droger. Produktionen av cannabis är mest avsedd för lokal konsumtion, men en del av de syntetiska drogerna tillverkas för export till andra delar av världen.

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 under det senaste årtiondet har ett brett urval av nya psykoaktiva substanser tillkommit. Den senaste tidens förändringar av marknaden för olaglig

narkotika kan till stor del förklaras med globaliseringen och den nya tekniken, och har bland annat inneburit att det har utvecklats nya metoder för narkotikaproduktion och smuggling, samt att nya smuggelvägar och internetmarknader har upprättats.

Övervakning av narkotikamarknader, försäljning och lagstiftning

Analysen i det här kapitlet bygger på rapporterade data om narkotikabeslag, prekursorbeslag samt stoppade sändningar, nedstängda narkotikaproduktionsanläggningar, narkotikalagstiftning och brott mot denna, narkotikapriser i detaljhandeln samt drogernas renhet och styrka. I vissa fall är det svårt att analysera trender eftersom en del viktiga länder inte har lämnat data om beslag. Trender kan påverkas av en rad faktorer, till exempel användarnas preferenser, förändringar i fråga om produktion och smuggling, brottsbekämpande åtgärder och prioriteringar, samt hur effektiva förbudsåtgärderna är. Fullständiga datauppsättningar och metodkommentarer finns i onlineversionen av Statistical Bulletin.

Här 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 systemet för tidig varning finns på EMCDDA:s webbplats på sidan [Action on new drugs](#).

FIGUR 1.1

Narkotikamarknader i Europa: komplexa och på många nivåer

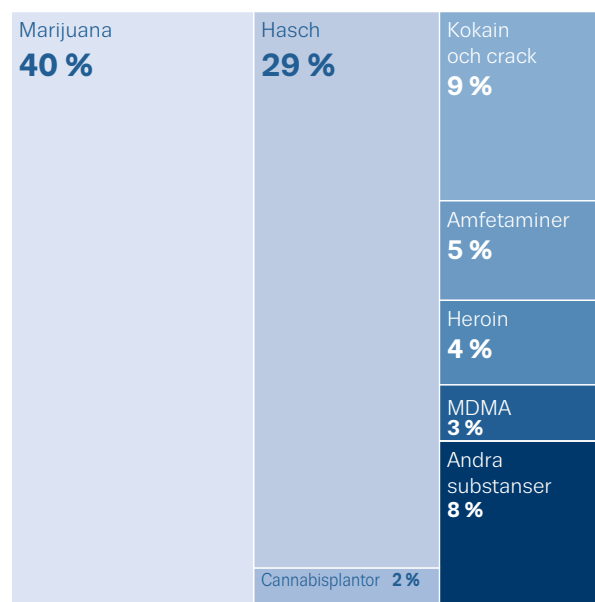
Marknaderna för olaglig narkotika är komplexa produktions- och distributionssystem som genererar stora penningbelopp på olika nivåer. Marknadens beskaffenhet gör den svår att övervaka. Enligt en försiktig uppskattning värderades dock detaljmarknaden för olaglig narkotika i EU till 24 miljarder euro 2013, där cannabis utgör den största delen (38 procent), följt av heroin (28 procent) och kokain (24 procent).

Samtidigt som de traditionella marknaderna fortsätter att dominera har internetmarknaderna de senaste åren vuxit i betydelse som plattformar för marknadsföring och distribution av olaglig narkotika. Detta har inneburit nya möjligheter till att övervaka en marknadsaktiv sektor. I en aktuell analys från EMCDDA och Europol identifierades över 100 globala marknader på det mörka nätet, där säljare och köpare använder olika tekniker för att dölja sina identiteter. Uppskattningsvis två tredjedelar av samtliga inköp på dessa marknader var drogrelaterade. EU-baserade leverantörer stod för omkring 46 procent av intäkterna från narkotika på dessa marknader mellan 2011 och 2015, där säljare i Tyskland, Nederländerna och Storbritannien stod för den största delen. Stimulantia står för de flesta av alla försäljningar på det mörka nätets marknader i Europa. Det mörka nätets marknader underlättar främst låga försäljningsvolymmer eller försäljning direkt till konsumenterna, även om en analys av en marknad, Alphabay, fann att en högre andel inköp av MDMA, jämfört med andra droger, verkade ske i avsikt att sälja det vidare.

Över en miljon beslag av olaglig narkotika

Brottsbekämpande myndigheters beslag av olaglig narkotika är en viktig indikator för narkotikamarknaderna, med över 1 miljon rapporterade beslag av olaglig narkotika i Europa under 2016. De vanligast rapporterade beslagen rör sig om små mängder narkotika som beslagtogs från användare. Men sändningar på flera kilo narkotika som tagits i beslag från narkotikasmugglare och producenter utgör dock större delen av den totala mängden beslagtagna narkotika. Cannabis är den drog som oftast beslagtas och står för över 70 procent av det totala antalet beslag i Europa (figur 1.1). De tre länder som rapporterar det största antalet beslag, och som tillsammans står för

Antal rapporterade narkotikabeslag, uppdelat efter drog, 2016



över 60 procent av alla narkotikabeslag inom Europeiska unionen, är Spanien, Storbritannien och Frankrike.

Det saknas dock tillgängliga data om antalet beslag i Nederländerna och Polen, medan senaste tillgängliga data för Tyskland, Irland och Slovenien gäller 2015, vilket behåftar analysen med en viss osäkerhet.

Cannabis: haschbeslagen dominerar, men mängden marijuana ökar

På den europeiska narkotikamarknaden finns i huvudsak två olika cannabisprodukter: marijuana och hasch (cannabisharts), medan cannabisolja är förhållandevis sällsynt. Cannabisprodukter utgör den största delen (38 procent) av detaljmarknaden för olaglig narkotika inom Europeiska unionen och värderas till cirka 9,3 miljarder euro (inom intervallet 8,4–12,9 miljarder euro). Den marijuana som konsumeras i Europa odlas både inhemskt och smugglas från andra länder. Den marijuana som produceras i Europa kommer framför allt från inomhusodlingar. Samtidigt som hasch alltmer framställs i Europa, men främst importeras från Marocko, tyder rapporter på att Libyen har blivit en viktig knutpunkt för haschsmugglingen. Dessutom är västra Balkanländerna en källa till både marijuana och cannabisolja.

År 2016 rapporterades 763 000 beslag av cannabisprodukter i EU, varav 420 000 beslag gällde marijuana, 317 000 hasch och 22 000 cannabisplantor. Antalet beslag av marijuana har sedan 2009 varit högre än antalet beslag av hasch, med relativt stabila tendenser för såväl beslagen av hasch som av marijuana sedan 2011 (figur 1.2). Mängden beslagtagna cannabisarts är dock mer än tre gånger så stor som mängden beslagtagna marijuana (424 ton jämfört med 124 ton). Detta är delvis en följd av att hasch smugglas i större volymer över längre avstånd och över nationsgränser, vilket gör det mer sårbart för förbudsåtgärder. Vid analysen av den beslagtagna mängden cannabis är ett litet antal länder av särskild betydelse eftersom de ligger längs stora smuggelleder för cannabis. Spanien är till exempel en viktig införselplats för hasch som produceras i Marocko och rapporterades stå för två tredjedelar (76 %) av den totala beslagtagna mängden i EU 2016 (figur 1.3).

En ökning av den beslagtagna mängden marijuana under 2016 är delvis kopplad till rapporterade ökningarna i Spanien, Grekland och Italien. Också Turkiet har rapporterat beslag av större mängder marijuana under 2016 (111 ton) än under 2015.

Beslagen av cannabisplantor kan ses som en indikator på den inhemska produktionen av drogen. Skillnader mellan länderna, både i rapporteringspraxis och i prioriteringar och resurser för brottsbekämpning, gör dock att beslagen av cannabisplantor måste tolkas med försiktighet. Antalet beslagtagna plantor i Europa nådde sin topp på 11,5 miljoner under 2015, på grund av intensiva förbudsåtgärder i Nederländerna detta år, innan det sjönk till 3,3 miljoner plantor 2016, en nivå som liknade tidigare års. Under 2016 rapporterades 1 200 beslag av cannabisolja, nästan fyra gånger mer än 2015, med de största mängderna i Turkiet (53 liter) och Danmark (14 liter).

CANNABIS



HASCH

Beslag

Antal

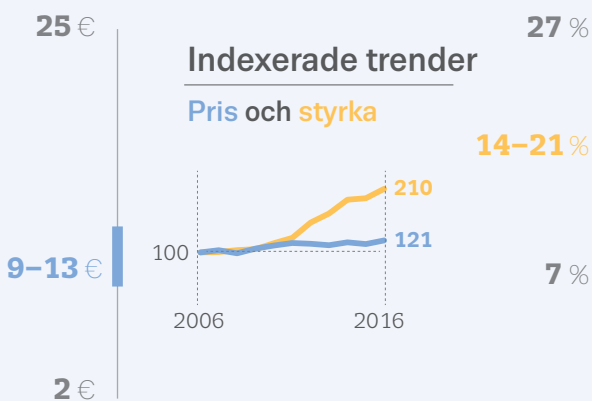
317 000 EU  **332 000** EU + 2

Mängd

424 EU  **463** EU + 2

Pris

(euro/g)



MARIJUANA

Beslag

Antal

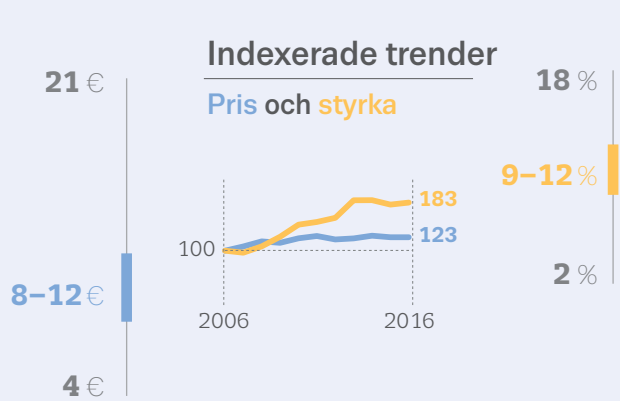
420 000 EU  **454 000** EU + 2

Mängd

124 EU  **235** EU + 2

Pris

(euro/g)

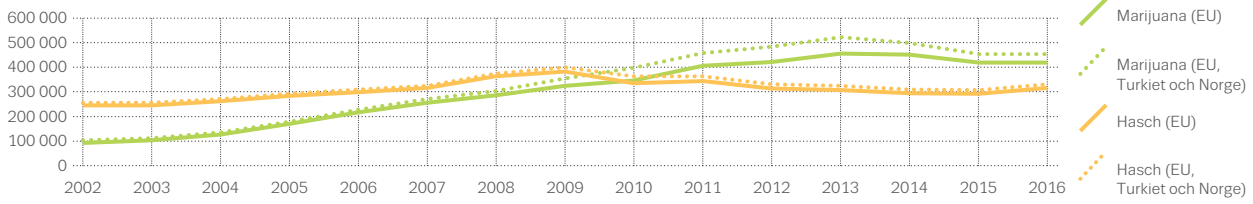


Obs! EU + 2 avser EU:s medlemsstater, Turkiet och Norge. Pris och styrka för cannabisprodukter: nationella medelvärden – minimum, maximum och kvartilavstånd. Vilka länder som omfattas varierar mellan olika indikatorer.

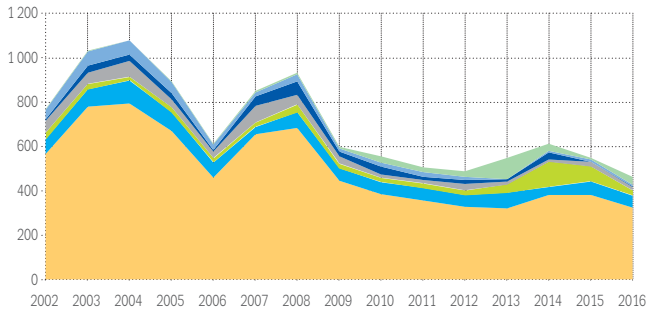
FIGUR 1.2

Trender för antalet cannabisbeslag och beslagtagna mängd: hasch och marijuana

Antal beslag

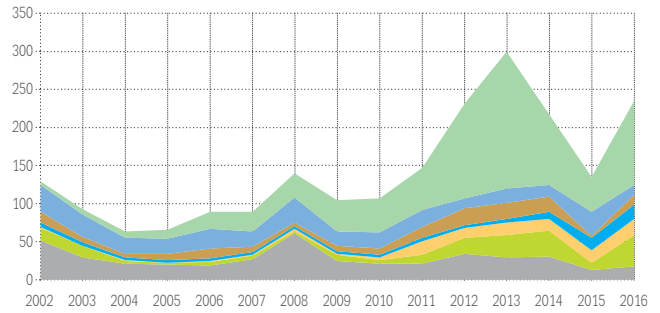


Hasch (ton)



Turkiet, Storbritannien, Portugal, Övriga länder, Italien, Frankrike, Spanien

Marijuana (ton)



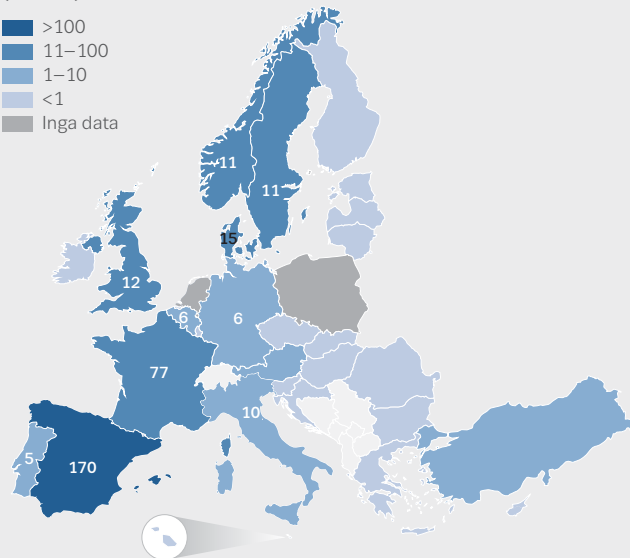
Turkiet, Storbritannien, Grekland, Frankrike, Spanien, Italien, Övriga länder

FIGUR 1.3

Beslag av hasch och marijuana, 2016 eller senaste året

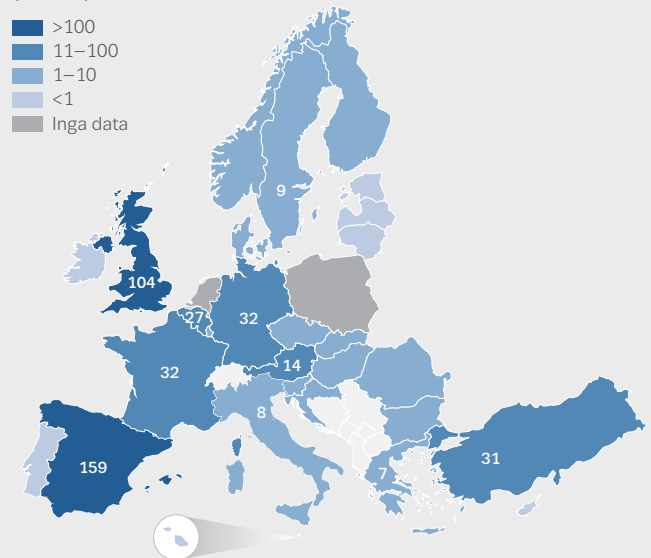
Antal beslag av hasch (tusental)

>100
11–100
1–10
<1
Inga data



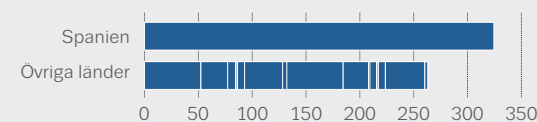
Antal beslag av marijuana (tusental)

>100
11–100
1–10
<1
Inga data

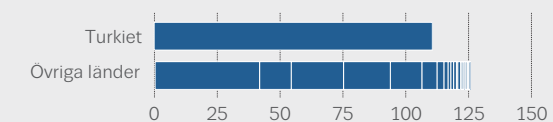


Obs! Antal beslag (tusental) för de 10 länderna med högsta värden.

Mängd beslagtagna hasch (ton)



Mängd beslagtagna marijuana (ton)



För de länder som rapporterar visar en analys av de indexerade trenderna en konsekvent stor ökning av styrkan (halten tetrahydrocannabinol, THC) i både marijuana och hasch sedan 2006. Styrkan för båda formerna ökade fram till 2013, efter vilket styrkan för marijuana har stabiliserats medan hasch har fortsatt att öka i styrka. Den ökade haschstyrkan kan bland annat bero på införandet av intensiva framställningstekniker i Europa, odling av högpotenta plantor och införandet av nya tekniker i Marocko, samt på nya flerstammiga eller hybridplantbaserade haschprodukter. Trots att hasch har en i genomsnitt högre styrka än marijuana tyder uppgifterna på att de har liknande priser.

Heroinbeslag: mängden sjunker

Heroin är den vanligaste opioiden på EU:s narkotikamarknad, med ett försäljningsvärde som beräknas uppgå till 6,8 miljarder euro (i intervallet 6,0–7,8 miljarder euro) 2013. Historiskt sett har det funnits två former av importerat heroin i Europa. Den vanligaste av dessa är det bruna heroinet (den kemiska basformen) som främst kommer från Afghanistan. Betydligt mindre vanligt är det vita heroinet (som är ett salt), som förr hade sitt ursprung i Sydostasien men som nu kan produceras även i Afghanistan och dess grannländer. Andra opioider som finns tillgängliga på de olagliga marknaderna är t.ex. opium och läkemedlen morfin, metadon, buprenorfin, tramadol och olika fentanylanaloger. Vissa opioider kan ha avletts från lagliga läkemedelsleveranser, medan andra framställts illegalt.

Afghanistan är fortfarande 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 illegala produktionen av opioider hittills varit begränsad till hemmagjorda vallmoprodukter som framställts i vissa östeuropeiska länder. Upptäckten av flera laboratorier i Nederländerna, Spanien och Tjeckien för omvandling av morfin till heroin de senaste åren tyder på att en del heroin nu framställs i Europa. Denna förändring kan vara en följd av att leverantörer försöker sänka kostnaderna genom att utföra heroinproduktionens sista stadier i Europa, där prekursorer såsom ättiksyraanhydrid kan erhållas till lägre priser än i opiumproducerande länder. Att framställa narkotikan nära intill konsumentmarknaden kan också syfta till att minska riskerna för förbudsåtgärder.

HEROIN

Beslag

Antal

38 000 EU  **47 000** EU + 2

Mängd

4,3 EU  **9,9** EU + 2

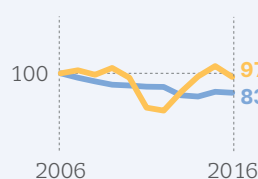
Pris

(euro/g)

140 €
35–65 €
22 €

Indexerade trender

Pris och renhet



Renhet

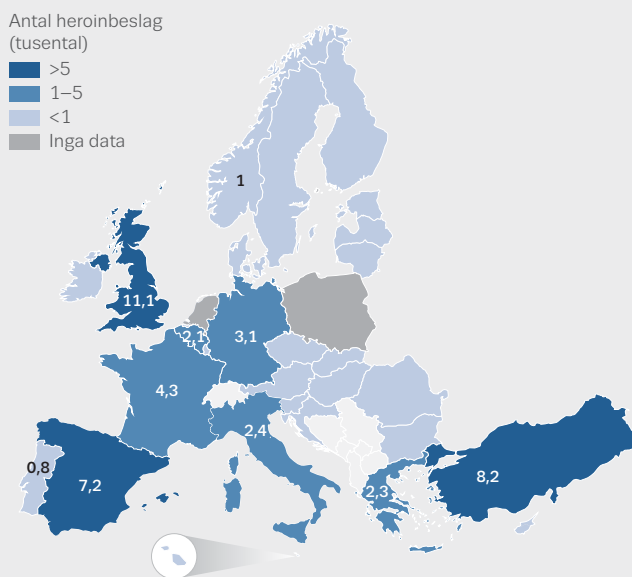
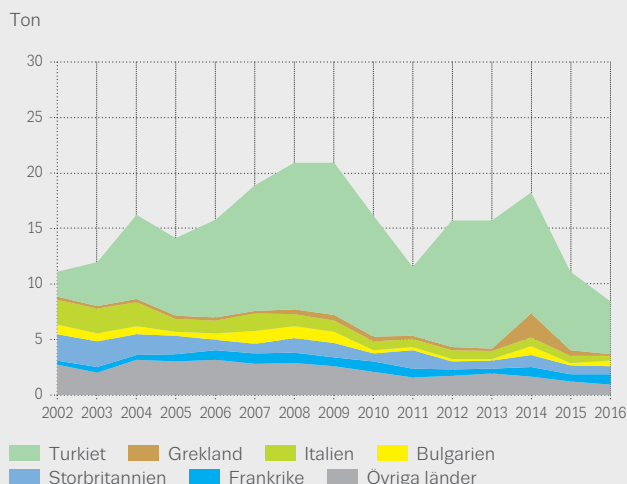
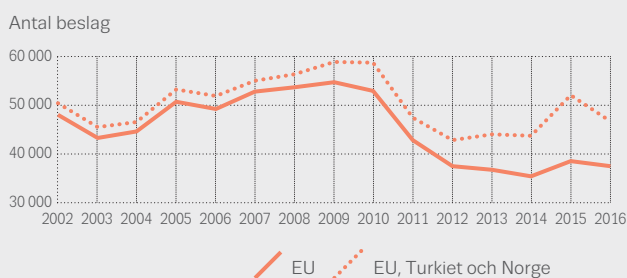
(%)

41 %
15–29 %
11 %

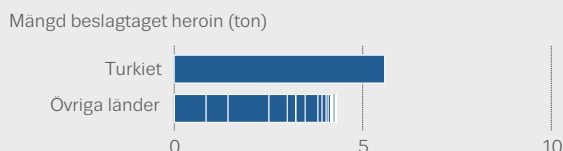
Obs! EU + 2 avser EU:s medlemsstater, Turkiet och Norge. Pris och renhet för brunt heroin: nationella medelvärden – minimum, maximum och kvartilavstånd. Vilka länder som omfattas varierar mellan olika indikatorer.

FIGUR 1.4

Antal heroinbeslag och beslagtagna mängd: trender samt 2016 eller senast tillgängligt år



Obs! Antal beslag (tusental) för de 10 länderna med högst värden.



Heroin förs in i Europa längs fyra huvudsmuggelleder. De två viktigaste kallas Balkanleden och södra leden. Den första av dessa leder går genom Turkiet, in i länderna på Balkan (Bulgarien, Rumänien eller Grekland) och vidare till centrala, södra och västra Europa. En sidogren till Balkanleden som går genom Syrien och Irak har också tillkommit. 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 leder är den norra leden och en led genom södra Kaukasus och över Svarta havet.

Narkotikamarknadernas tillgång till heroin minskade i ett antal europeiska länder under 2010/2011, vilket syntes i en total minskning av beslagen mellan 2009 och 2014 innan de stabiliserades under 2015 och 2016. Mellan 2002 och 2014 halverades den beslagtagna mängden heroin i Europeiska unionen, från 10 till 5 ton, med en stabilisering de senaste åren till 4,3 ton som registrerades 2016. I Turkiet beslagtas fortfarande mer heroin än i alla andra europeiska länder tillsammans (figur 1.4), även om den beslagtagna mängden heroin i Turkiet sjönk från 8,3 ton år 2015 till 5,6 ton 2016. I de länder som

TABELL 1.1

Beslag av opioider förutom heroin under 2016

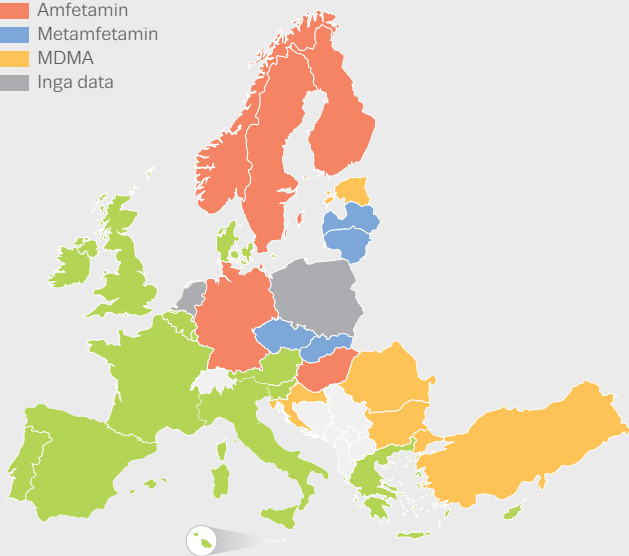
Opioid	Antal	Mängd			Antal länder
		Kilo	Liter	Tabletter	
Metadon	1 245	21.75	1.84	115 906	16
Buprenorfin	3 523	1.94	0.0005	69 373	16
Tramadol	3 553	2.03		63 412 688	16
Fentanylderivat	738	1.55	1.2	11 792 (*)	12
Morfin	225	11.08		4 201	13
Opium	335	327.5			10
Kodein	339	20.65		9 506	9
Oxykodon	12	0.005		107	6

(*) Lappar eller läskpapper.

FIGUR 1.5

Stimulantia som oftast beslagtas i Europa, 2016 eller senaste uppgifter

- Kokain
- Amfetamin
- Metamfetamin
- MDMA
- Inga data



rapporterar regelbundet tyder indexerade trender på att heroinets renhet i Europa minskade under 2016 jämfört med 2015, detta efter en tid av snabb ökning från en låg nivå 2012, samtidigt har priset sjunkit det senaste årtiondet.

Förutom heroin beslagtas även andra opioider i europeiska länder, men dessa utgör endast en liten andel av det totala antalet beslag. De övriga opioider som oftast tas i beslag är de medicinska opioiderna tramadol, buprenorfin och metadon (se tabell 1.1). Under 2016 skedde en stor ökning av antalet beslagtagna tramadoltabletter, och fentanylanaloger beslagtogs också i mycket större kvantiteter.

Europas stimulantiamarknad: regionala skillnader

De olagliga stimulantia som är vanligast i Europa är kokain, amfetamin, metamfetamin och MDMA.

Stimulantiamarknadens försäljningsvärde i EU beräknades 2013 till mellan 6,3 och 10,2 miljarder euro. Det finns betydande regionala skillnader vad gäller vilka stimulantia som oftast tas i beslag (figur 1.5) vilket påverkas av 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.

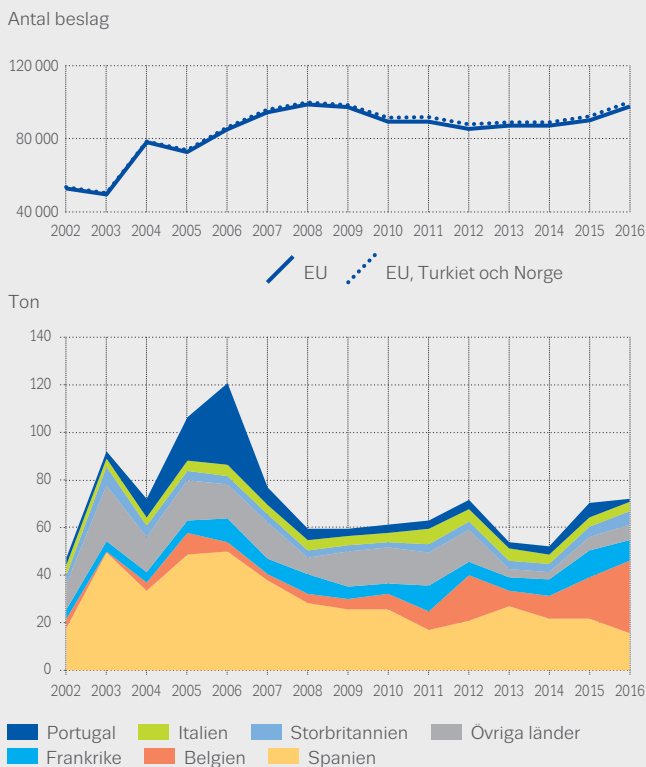
Kokainmarknaden: fortsatt närvaro

I Europa finns kokain tillgängligt i två former, varav den vanligaste är kokainpulver (saltformen). Mindre vanligt förekommande är crack (fri bas), som man röker. Kokain tillverkas av kokabuskenes blad och odlas främst i Bolivia, Colombia och Peru. Kokain transporteras till Europa på olika sätt: passagerarflyg, fraktflyg, posttjänster, privatflygplan, lustjakter och containerfartyg. Försäljningen av kokain i EU beräknades 2013 till att uppgå till minst 5,7 miljarder euro.

**Heroin är den vanligaste
opioiden på EU:s
narkotikamarknad**

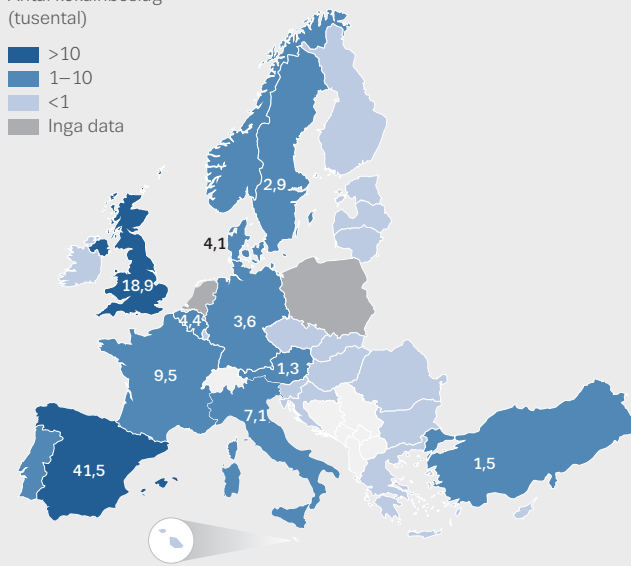
FIGUR 1.6

Antal kokainbeslag och beslagtagna mängd: trender samt 2016 eller senast tillgängligt år



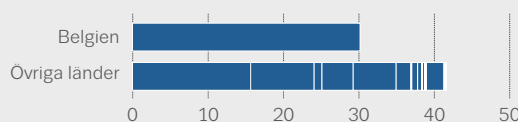
Antal kokainbeslag (tusental)

- >10
- 1–10
- <1
- Inga data



Obs! Antal beslag (tusental) för de 10 länderna med högsta värden.

Mängd beslagtagna kokain (ton)



För 2016 rapporterades totalt ungefär 98 000 beslag av kokain i Europeiska unionen, vilket motsvarade 70,9 ton. Jämfört med föregående år ökade mängden beslagtagna kokain något under 2016, och ökningen i antalet beslag var tydligare (se figur 1.6). Med sina beslag på omkring 30 ton kokain eller 43 procent av den uppskattade totalsumman

för EU under 2016 gick Belgien om Spanien (15,6 ton) som det land som rapporterade de högsta årliga beslagen av drogen. Sammanlagda beslag på över 5 ton rapporterades även av Frankrike (8,5 ton) och Förenade kungariket (5,7 ton). Totalt sett tyder indexerade trender på att den ökande trenden för kokainets renhet som har setts sedan

KOKAIN

Beslag

Antal

98 000 EU 100 000 EU + 2

Mängd

70,9 EU 71,8 EU + 2

Pris

(euro/g)

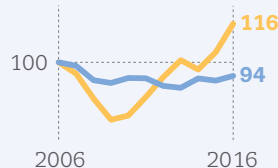
105 €
57–76 €
44 €

Renhet

(%)

Indexerade trender

Pris och renhet



84 %
51–73 %
40 %

Obs! 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.

2010 har fortsatt under 2016, och att den har tagit kokainets renhet till den högsta nivå som har setts det senaste årtiondet.

Andra kokaprodukter som togs i beslag i Europa 2016 var 569 kg vätska innehållande kokain och 3 kg kokablad. Dessutom tyder beslaget på 79 kg kokapasta i Spanien och ytterligare 7 kg i Italien på att det finns illegala laboratorier som producerar kokainhydroklorid i Europa. Denna utveckling tyder på att en del kriminella organisationer har ändrat sina produktionsstrategier, eftersom de flesta kokainlaboratorier i Europa hittills har varit anläggningar för sekundär extraktion, vilket innebär att kokainet återvinns från material där det tidigare inkorporerats (till exempel vin, kläder, plast).

Narkotikaproduktion: utveckling av prekursorer

Prekursorer är kemikalier som behövs för tillverkningen av olaglig narkotika. Eftersom många av dessa har legitima användningsområden är de inte förbjudna, men handeln av dem övervakas och kontrolleras av EU-förordningar som förtecknar vissa kemikalier (dvs. lägger in dem

i förteckningen över kontrollerade ämnen). Tillgängligheten till prekursorer har stor inverkan på marknaden för syntetiska droger och produktionsmetoderna i illegala laboratorier. Framställningsteknikerna utvecklas ständigt för att kringgå kontroller, och förändringar innefattar vanligtvis användning av icke förtecknade kemikalier för att framställa syntetiska droger eller deras prekursorer, t.ex. den nyligen upptäckta N-t-BOC-MDMA (N-tert-butyloxykarbonyl-MDMA). Den ytterligare tillverkningen kräver mer kemikalier och genererar mer avfall, vilket potentiellt leder till miljöskador.

Data om beslag och stoppade sändningar av prekursorer bekräftar att både förtecknade och icke förtecknade substanser används för tillverkning av olagliga substanser i EU, särskilt för amfetaminer och MDMA (tabell 1.2). Förteckningen av BMK-prekursorer (bensylmetylketon) APAAN (alfa-fenylacetoacetonitril) i slutet av 2013 fortsätter att ha effekt, då beslagen sjönk från 48 000 kg år 2013 till omkring 600 kg år 2016. Beslag av de alternativa kemikalierna APAA (alfa-fenylacetoacetamid) och glycidderivat av BMK, som lätt kan omvandlas till BMK och först rapporterades 2015, ökade kraftigt under 2016.

TABELL 1.2

Sammanfattning av beslag och stoppade sändningar av EU-förtecknade prekursorer och icke förtecknade kemikalier som används för utvalda syntetiska droger som producerats i EU, 2016

Förtecknade/icke förtecknade	Beslag		Stoppade sändningar		TOTALT	
	Antal	Mängd	Antal	Mängd	Antal	Mängd
MDMA eller besläktade substanser						
PMK (liter)	8	1 077	0	0	8	1 077
Safrol (liter)	5	63	0	0	5	63
Piperonal (kg)	2	1	4	7 700	6	7 701
PMK-glycidderivat (kg)	16	5 905	1	1 000	17	6 905
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	123	0	0	1	123
Amfetamin och metamfetamin						
Efedrin, bulk (kg)	33	64	0	0	33	64
BMK (liter)	24	2 506	0	0	24	2 506
Pseudoefedrin, bulk (kg)	12	20	0	0	12	20
APAAN (kg)	7	597	0	0	7	597
PAA, fenylättiksyra (kg)	0	0	5	112	5	112
APAA (kg)	27	5 884	2	2 025	29	7 909
BMK-glycidderivat (kg)	19	3 290	0	0	19	3 290

Beslagen av både PMK (piperonylmetylketon) och icke förtecknade kemikalier för MDMA-framställning ökade under 2016. Beslagen av PMK i Frankrike, PMK-glycidysyraderivat i Bulgarien och stoppade sändningar av prekursorer i Spanien tyder på att smugglederna sprids.

Amfetamin och metamfetamin: oförändrade beslag

Amfetamin och metamfetamin är syntetiska stimulantia som ofta går under samlingsnamnet amfetaminer och därför kan vara svåra att särskilja i vissa dataunderlag. Under de senaste tio åren har beslagen visat att tillgången till metamfetamin har ökat. Dock är tillgången fortfarande betydligt lägre än för amfetamin.

Båda drogerna tillverkas i Europa för den europeiska marknaden. Det finns indikationer på att amfetamin främst tillverkas i Belgien, Nederländerna och Polen, och i mindre

omfattning i de baltiska staterna och Tyskland. En del av dessa länder har rapporterat stängning av laboratorier där det sista stadiet i produktionsledet sker, dvs. omvandlingen av amfetaminbas till amfetaminsulfat. Detta tyder på ett byte av lokaliseringen av detta led i tillverkningsprocessen, som tänks stå i samband med att vissa grupper föredrar att hellre smuggla vätskor än slutprodukten för att undvika förbudsåtgärder.

En viss del amfetamin tillverkas också för export, främst till Mellanöstern, Fjärran Östern och Oceanien. Beslag av amfetamintabletter med Captagon-logotypen har också ökat på senare tid, särskilt i Turkiet där över 13 miljoner tabletter togs i beslag under 2016.

AMFETAMINER



AMFETAMIN

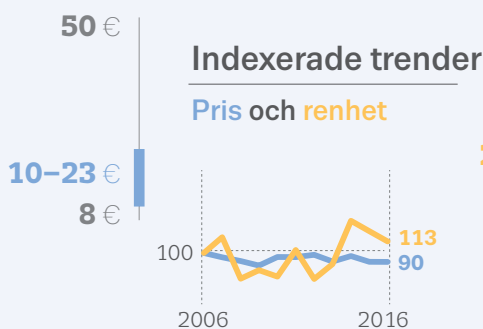
Beslag

Antal
34 000 EU  **39 000** EU + 2

Mängd
5,7 EU  TON **9,5** EU + 2

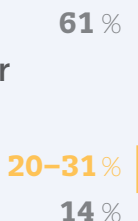
Pris

(euro/g)



Renhet

(%)



METAMFETAMIN

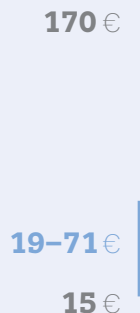
Beslag

Antal
9 000 EU  **14 000** EU + 2

Mängd
0,5 EU  TON **0,8** EU + 2

Pris

(euro/g)



Renhet

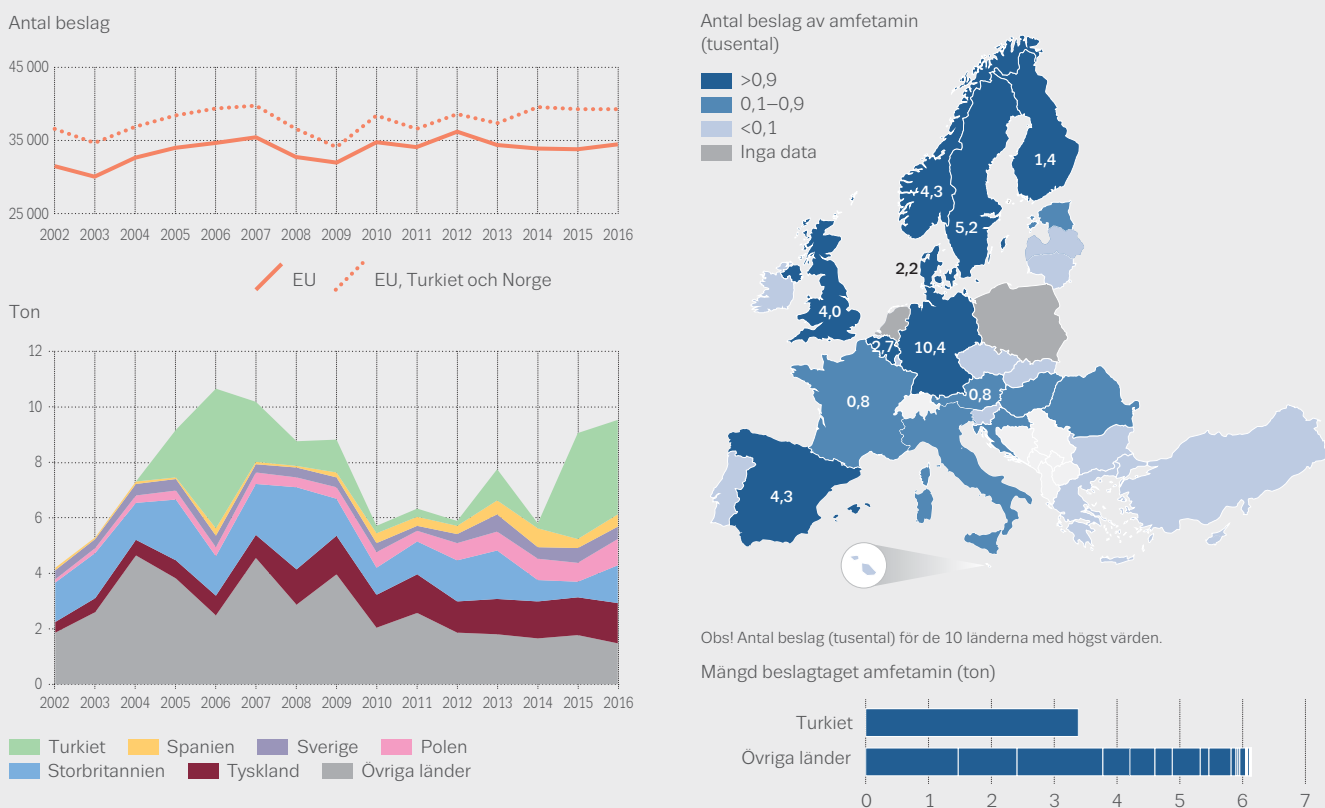
(%)



Obs! 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 2016 eller senast tillgängligt år



Tjeckien och på senare tid även gränsområdena i grannländerna, har länge varit källan till en stor del av Europas metamfetamin. I Tjeckien produceras metamfetamin huvudsakligen från prekursorerna pseudoefedrin, som utvinns ur läkemedel som främst importeras från Polen eller allt mer från andra platser genom Polen. Drogen kan också produceras med hjälp av BMK. Under 2016 rapporterades 291 illegala metamfetaminlaboratorier i EU, varav 261 fanns i Tjeckien. Även om småskaliga laboratorier som försörjer hemmamarknaden dominerar, rapporterades även storskaliga produktionsanläggningar med organiserade kriminella grupper som framställer metamfetamin för andra europeiska länder.

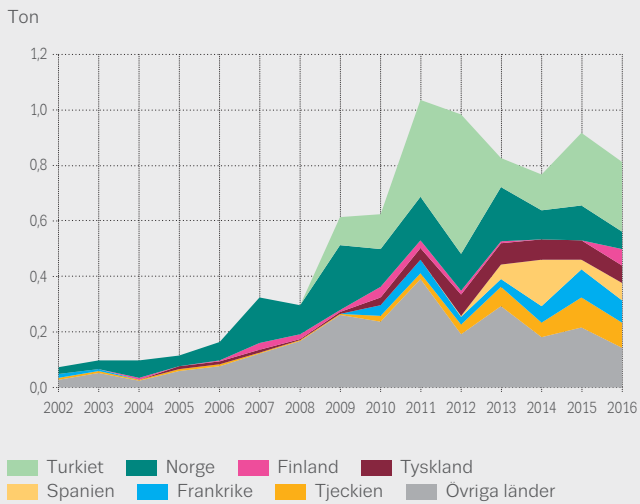
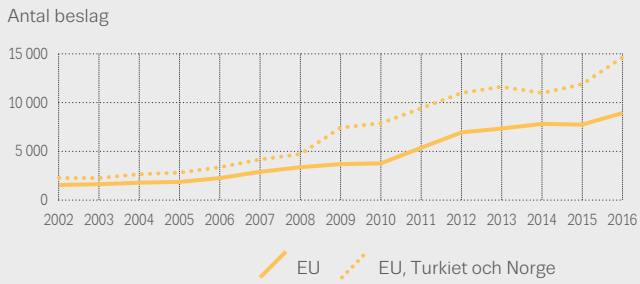
Under 2016 rapporterades 34 000 beslag av amfetamin av EU:s medlemsstater, på sammanlagt 5,7 ton. Totalt sett är mängden beslagtagna amfetamin i EU oförändrad och har legat på mellan 5 och 6 ton per år efter 2010 (figur 1.7). Antalet metamfetaminbeslag är betydligt lägre med 9 000 rapporterades beslag i EU 2016, som sammantaget uppgick till 0,5 ton och där Tjeckien beslagtogs den största mängden (figur 1.8). Antalet metamfetaminbeslag har uppvisat en stigande trend sedan 2002, samtidigt som den beslagtagna mängden har förblivit relativt oförändrad sedan 2009. Under 2016 beslagtogs även stora mängder

amfetamin i Turkiet, främst i form av "Captagon" (1,3 miljoner tabletter, eller uppskattningsvis 3,4 ton amfetamin), samt 0,25 ton metamfetamin.

Den genomsnittliga rapporterade renheten är generellt högre för metamfetaminprover än för amfetaminprover.

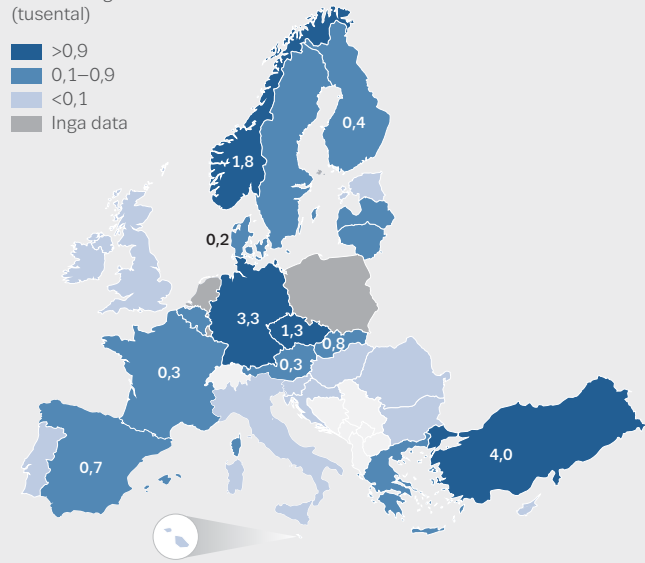
FIGUR 1.8

Antal metamfetaminbeslag och beslagtagn mängd: trender samt 2016 eller senast tillgängligt år



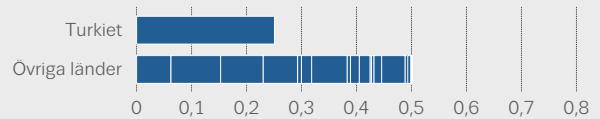
Antal beslag av metamfetamin (tusental)

- >0,9
- 0,1–0,9
- <0,1
- Inga data



Obs! Antal beslag (tusental) för de 10 länderna med högst värden.

Mängd beslagtagn metamfetamin (ton)



MDMA: ökad tillverkning och ökat antal beslag

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

kallade ecstasy). Det finns även i pulver- och kristallform. Nya MDMA-tabletter med olika färger, former och logotyper introduceras hela tiden på marknaden. År 2013 beräknades försäljningen av MDMA i EU uppgå till omkring 0,7 miljarder euro. Efter en period av låg tillgång på grund

MDMA



Beslag

Antal

24 000 EU 31 000 EU + 2

Mängd

5,3 EU MILJONER TABLETTER 9,1 EU + 2

295 EU KG 306 EU + 2

Pris

(euro/tablett)

16 €
6–11 €
4 €

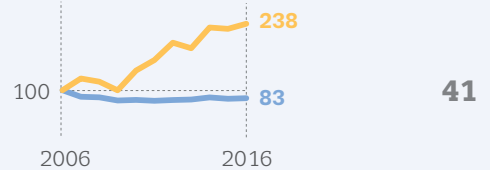
Renhet

(MDMA mg/tablett)

168
86–152
41

Indexerade trender

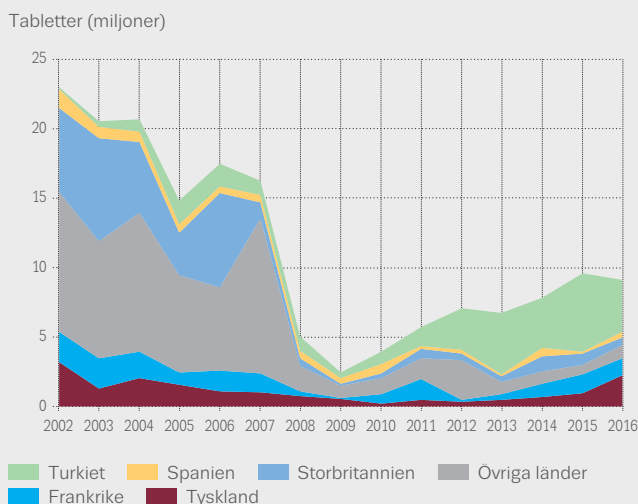
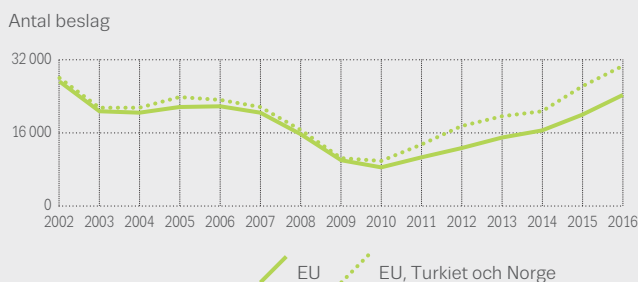
Pris och renhet



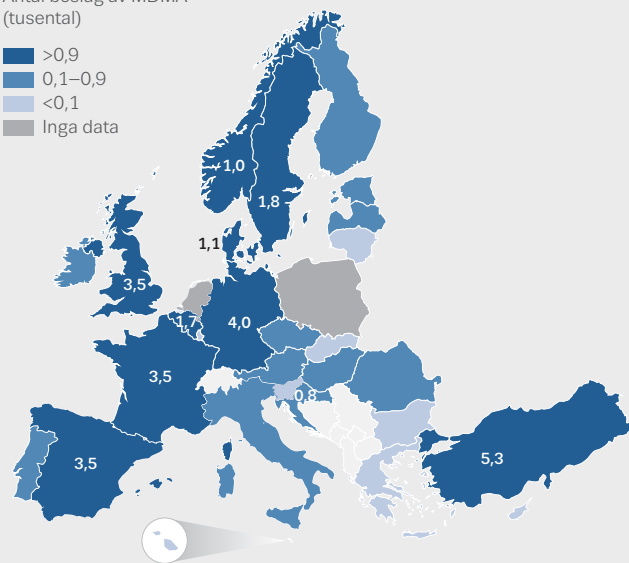
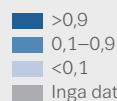
Obs! EU + 2 avser EU:s medlemsstater, Turkiet och Norge. Pris och renhet för MDMA: nationella medelvärden – minimum, maximum och kvartilavstånd. Vilka länder som omfattas varierar mellan olika indikatorer.

FIGUR 1.9

Antal MDMA-beslag och beslagtagna mängd: trender samt 2016 eller senast tillgängligt år

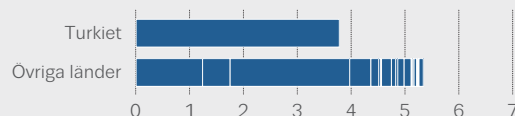


Antal beslag av MDMA (tusental)



Obs! Antal beslag (tusental) för de 10 länderna med högst värden.

Antal beslagtagna MDMA-tabletter (miljoner)



av brist på prekursorer för tillverkningen har MDMA-marknaden fått ett uppsving under senare år. Den genomsnittliga MDMA-halten i tablettorna har ökat sedan 2009 och höga halter av MDMA i vissa partier har kopplats till skador och dödsfall.

Framställningen av MDMA i Europa är främst koncentrerad till Nederländerna och Belgien, med 11 stängda MDMA-laboratorier i EU 2016 (10 i Nederländerna och 1 i Belgien), mer än dubbelt så många som 2015. MDMA som framställts i Europa exporteras också till andra delar av världen. Australiens polis rapporterade till exempel att den största enskilda mängden MDMA som togs i beslag i Australien under 2016 (1,2 ton) kom från Europa.

Det är svårt att bedöma de senaste trenderna för MDMA-beslag eftersom data saknas från vissa länder som sannolikt skulle redovisa ett viktigt bidrag till det sammanlagda antalet beslag. För 2016 finns inga data från Nederländerna, och det saknas uppgift om antalet beslag från Tyskland och Polen. Utan dessa viktiga uppgifter uppskattas mängden MDMA som beslagtogs i EU ha ökat under 2016 och beräknas uppgå till 5,3 miljoner tabletter och 295 kg MDMA-pulver.

Det totala antalet rapporterade MDMA-beslag i Europeiska unionen har fortsatt att öka sedan 2010, samtidigt som den beslagtagna mängden också har ökat något under samma period, trots variationer från det ena året till det andra. Stora MDMA-beslag gjordes också i Turkiet 2016, med sammanlagt 3,8 miljoner MDMA-tabletter (figur 1.9). Indexerade trender visar att innehållet av MDMA i de beslagtagna tablettorna har ökat väsentligt de senaste åren.

Beslag av LSD, GHB och ketamin

Även beslag av andra olagliga droger rapporteras i EU, däribland omkring 1 700 beslag av LSD (lysergsyredietylamid) under 2016, vilket motsvarar 97 000 enheter. Det totala antalet LSD-beslag har nästan fördubblats sedan 2010, även om mängden har varierat. Fjorton EU-länder rapporterade omkring 1 800 beslag av ketamin, som uppgick till cirka 83 kg av drogen, varav Danmark, Italien och Storbritannien stod för den största delen. Norge rapporterade också ett litet antal beslag av ketamin – 50 beslag som uppgick till 0,2 kg. Under 2016 rapporterades beslag av GHB (gammahydroxybutyrat) eller GBL (gammabutyrylakton) av 13 EU-länder plus Norge och Turkiet. Det beräknade totala antalet som låg på 1 700

beslag uppgick totalt till nästan 360 kg och 1 400 liter av drogen, där Norge stod för över en fjärdedel av det totala antalet beslag.

Nya psykoaktiva substanser: en komplex marknad

I slutet av 2017 övervakade EMCDDA över 670 nya psykoaktiva substanser som har identifierats i Europa. Dessa substanser omfattas inte av internationella drogkontroller och utgör ett brett spektrum av droger, till exempel syntetiska cannabinoider, centralstimulerande medel, opioider och bensodiazepiner (figur 1.10). I de flesta fall säljs de som "lagliga" ersättningsprodukter för olaglig narkotika, men de kan också vara riktade till små grupper som vill utforska dem avseende möjliga nya effekter.

I många fall tillverkas de i bulk av kemi- och läkemedelsföretag i Kina. Därifrån transporteras de till Europa där de bearbetas vidare till produkter som förpackas och säljs. Vissa nya ämnen kan också komma från läkemedel, som antingen avletts från den legala leveranskedjan eller erhållits illegalt. Substanserna kan även tillverkas i illegala laboratorier i Europa och på andra platser i världen. Flera olika indikatorer, bland annat upptäckt av illegala laboratorier, analys av avfall från syntetiska droger och beslag av prekursorer, tyder på att den här typen av tillverkning har ökat i Europa under senare år.

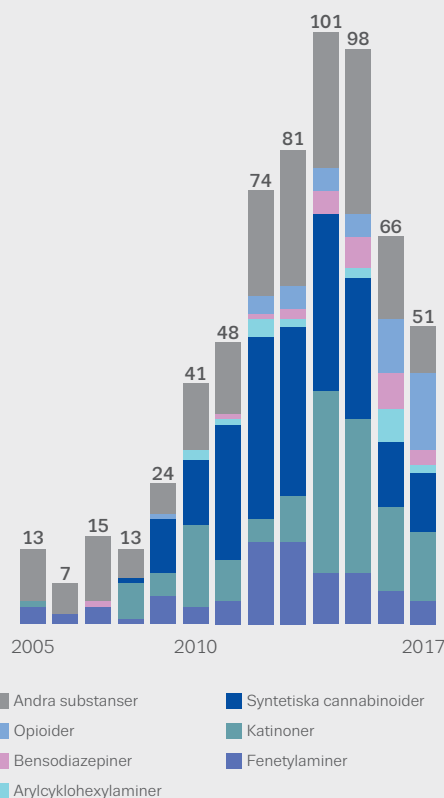
En del nya ämnen säljs öppet i specialiserade fysiska butiker och på den synliga webben – ofta märkta som lagliga produkter. De säljs dessutom på det mörka nätets marknader och på den illegala marknaden, ibland under eget namn och ibland som förfälskningar som utges för att vara heroin, kokain, ecstasy och bensodiazepiner.

Nästan 70 procent av de nya ämnen som identifierades i EU:s system för tidig varning har upptäckts de senaste fem åren. Under 2017 upptäcktes 51 nya ämnen för första gången i Europa. Detta är färre än under något av de föregående fem åren och utgör en nedgång från toppnivåerna på omkring 100 nya identifieringar varje år under 2014 och 2015. Vad som ligger bakom denna nedgång är oklart, men den kan delvis bero på de åtgärder som nationella europeiska regeringar vidtagit för att förbjuda nya ämnen, i synnerhet att de säljs öppet. Dessutom kan kontrollåtgärder och brottsbekämpande insatser i Kina mot laboratorier som producerar nya ämnen vara en viktig orsak.

Antalet nya ämnen som varje år upptäcks för första gången är bara ett av flera mått som EMCDDA använder för att

FIGUR 1.10

Antal och huvudgrupper av nya psykoaktiva substanser som för första gången har rapporterats till EU:s system för tidig varning, 2005–2017



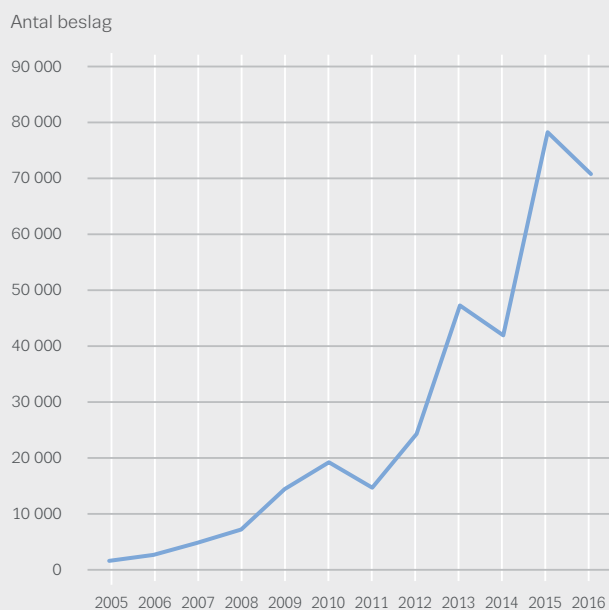
förstå den totala marknaden. För att ge ett exempel på hur komplex denna marknad har blivit återfanns över 50 procent (369) av de nya ämnen som just nu övervakas fortfarande på Europas narkotikamarknad under 2016.

Beslag av nya psykoaktiva substanser: syntetiska katinoner och cannabinoider fortsätter att dominera

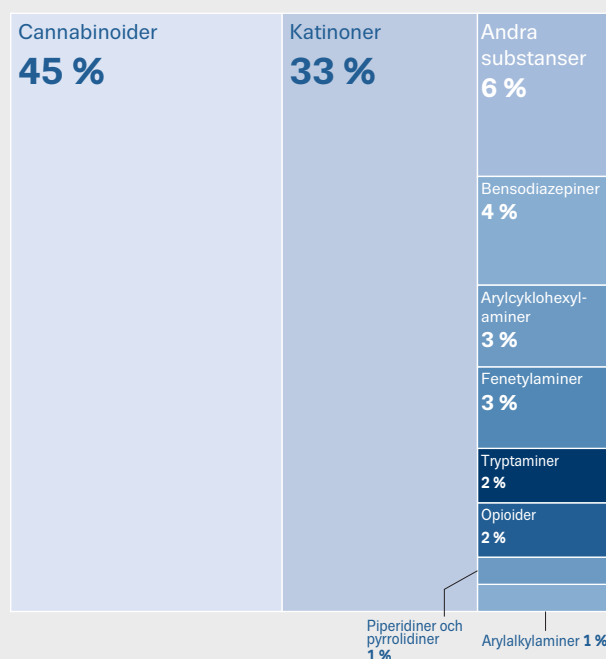
Under 2016 rapporterades närmare 71 000 beslag av nya psykoaktiva substanser via EU:s system för tidig varning (figur 1.11). Tillsammans stod syntetiska katinoner och syntetiska cannabinoider för nästan 80 procent av alla beslag och 80 procent av all beslagtagna mängd av nya substanser under 2016. En total minskning sågs i de mängder som beslagtogs under 2016 jämfört med föregående år. Mängderna av beslagtagna syntetiska katinoner, bensodiazepiner och syntetiska opioider ökade dock. Totalsiffran för beslagtagna nya substanser i Europa ska ses som minimivärden, eftersom data hämtas från fallrapporter och inte från övervakningssystem. Rapporteringen av beslag påverkas av faktorer som ökande medvetenhet om nya substanser, ändringar av deras rättsliga status, de brottsbekämpande myndigheternas

FIGUR 1.11

Antalet beslag av nya psykoaktiva substanser som rapporterats till EU:s system för tidig varning: trender samt uppdelat efter huvudgrupp under 2016



Obs! Data för EU:s medlemsstater, Turkiet och Norge.



kapacitet och prioriteringar, samt deras rapporteringspraxis.

Nya syntetiska opioider

Totalt har 38 nya opioider upptäckts på den europeiska narkotikamarknaden sedan 2009 – inräknat 13 som rapporterades för första gången 2017. Av dessa är 28 fentanylderivat, och av dessa rapporterades 10 för första gången 2017. Även om fentanylderivat just nu spelar en liten roll på Europas narkotikamarknad, är de mycket potenta substanser som utgör ett allvarligt hot mot enskilda personers hälsa och folkhälsan.

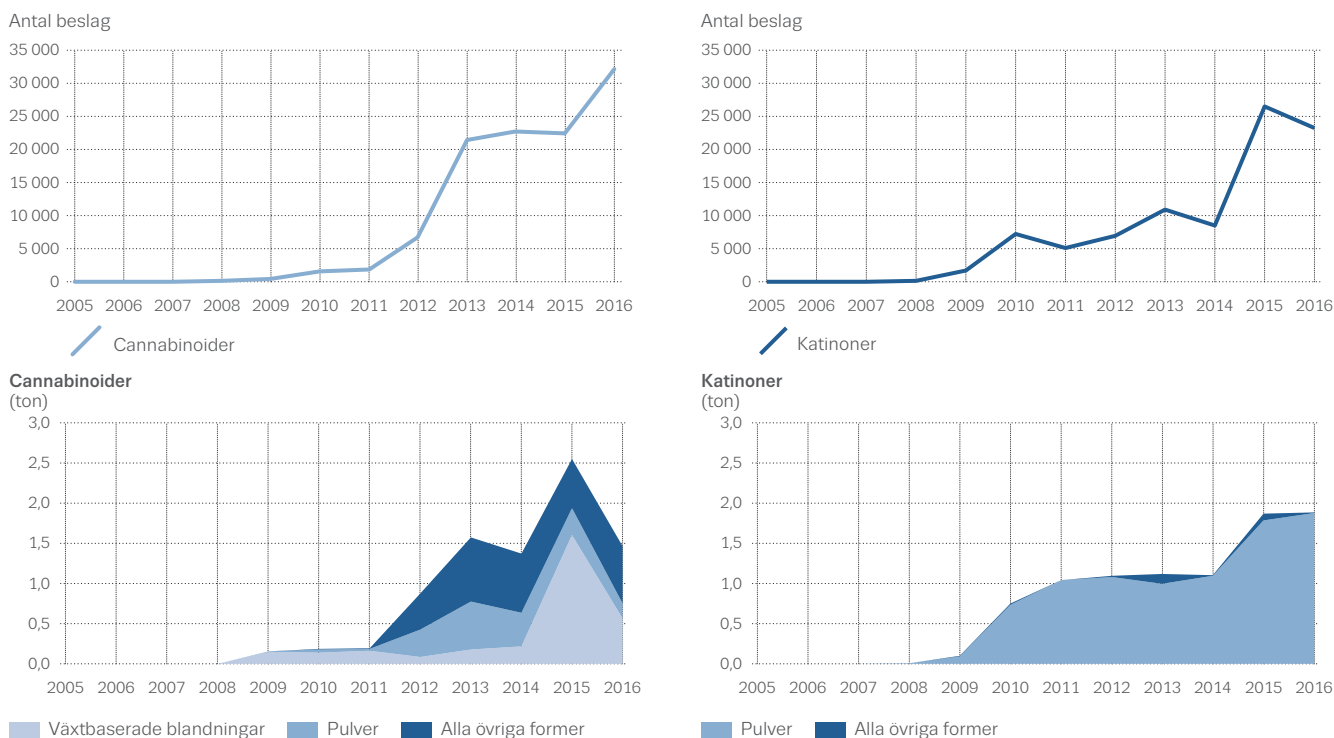
Nya opioider har tagits i beslag i olika former: till största delen pulver, tabletter och vätskor. Omkring 4,6 liter syntetiska opioider beslagtogs 2016, en ökning från de 1,8 liter som rapporterades föregående år. Över 70 procent av de omkring 1 600 beslagen av nya syntetiska opioider som rapporterades under 2016 var fentanylderivat. Fentanylderivat påträffades i över 96 procent av de beslagtagna vätskorna. En oroskälla i detta sammanhang är de nässprejer innehållande fentanylderivat som börjat dyka upp på marknaden, till exempel akryloylfentanyl, furanylfentanyl, 4-fluoroisobutyrylfentanyl, tetrahydrofuranylfentanyl och karfentanil. Nya opioider stod för 2,3 procent av det totala antalet beslag av nya substanser under 2016, vilket är en ökning från 0,8 procent under 2015.

Syntetiska cannabinoider

Syntetiska cannabinoider är substanser vars effekt efterliknar den hos delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), som till stor del är ansvarigt för de viktigaste psykoaktiva effekterna av cannabis. Europeiska tillverkare importerar bulksändningar av cannabinoidpulver och blandar dem med torkat växtmaterial. Dessa marknadsförs som lagliga ersättningar till cannabis och säljs som "rökblandningar". Syntetiska cannabinoider är fortfarande den största gruppen nya substanser som övervakas av EMCDDA och blir alltmer kemiskt mångfacetterade. Sedan 2008 har 179 substanser upptäckts, varav 10 rapporterades 2017.

FIGUR 1.12

Beslag av syntetiska cannabinoider och katinoner som rapporterats till EU:s system för tidig varning: trender för antalet beslag och beslagtagna mängd



Obs! Data för EU:s medlemsstater, Turkiet och Norge.

År 2016 var syntetiska cannabinoider åter de nya psykoaktiva substanser som oftast beslagtogs, med strax över 32 000 rapporterade beslag (figur 1.12). Detta är en ökning med nästan 10 000 beslag jämfört med föregående år och står för nästan hälften av det totala antalet beslag av nya psykoaktiva substanser som rapporterades under 2016. De fem syntetiska cannabinoider som oftast beslagtogs 2016 var MDMB-CHMICA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 och AMB-FUBINACA.

Beslagen av syntetiska cannabinoider uppgick till nästan 1,5 ton av substanserna. Detta är en signifikant minskning från de 2,5 ton som togs i beslag 2015. Växtbaserade blandningar stod för 40 procent av de mängder som togs i beslag 2016, där pulver stod för nästan 13 procent.

Beslagen av syntetiska cannabinoider i pulverform tillsammans med upptäckten av tillverkningsanläggningar i Europa tyder på att produkterna förpackas i Europa. Efter bearbetning av det beslagtagna pulvret till rökblandningar hade det kunnat användas i flera miljoner doser. Cannabinoiderna med de högsta totala beslagtagna mängderna i pulverform under 2016 var AM-6527 5-fluoropentylderivat (54 kg), CUMYL-4CN-BINACA (50 kg), AMB-FUBINACA (27 kg), 5F-MDMB-PINACA (15 kg) och AB-FUBINACA (7 kg).

Syntetiska katinoner

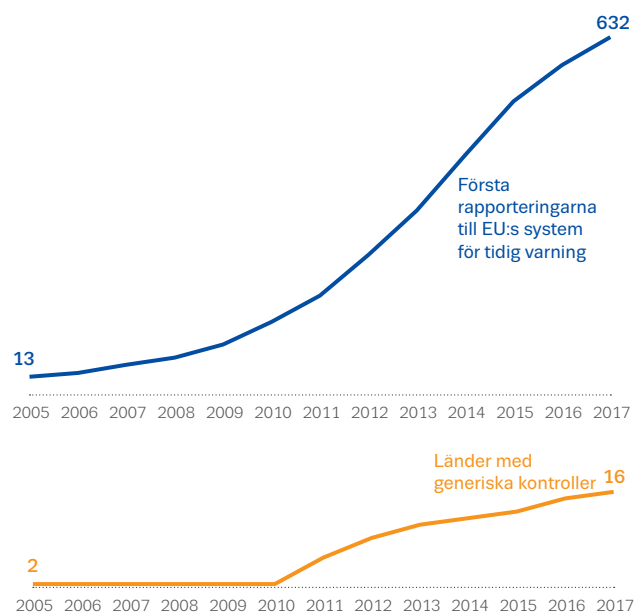
Syntetiska katinoner är kemiskt besläktade med katinon, som är ett naturligt förekommande stimulansmedel i khat-plantan (*Catha edulis*). Dessa substanser har liknande effekt som vanliga olagliga stimulantia som amfetamin, kokain och MDMA. Syntetiska katinoner är den näst största gruppen av nya substanser som övervakas av EMCDDA. Totalt har 130 stycken upptäckts, varav 12 upptäcktes för första gången 2017.

Syntetiska katinoner var den grupp av nya psykoaktiva substanser som näst oftast beslagtogs under 2016 med över 23 000 beslag, vilket stod för nästan en tredjedel av det totala antalet. Detta är en lätt nedgång från föregående års antal. De fem vanligaste katinoner som beslagtogs 2016 var alfa-PVP, 4-CMC, 3-CMC, 4-metyl-N,N-dimetylkatinon och 3-MMC.

Beslagen av dessa substanser uppgick till nästan 1,9 ton, vilket gör syntetiska katinoner till de mest beslagtagna nya psykoaktiva substanserna per mängd under 2016 (figur 1.12). Syntetiska katinoner förekommer främst i pulverform. Katinonerna med de högsta totala beslagtagna mängderna i pulverform var 4-CMC (890 kg), 4-CEC (247 kg), NEH (186 kg), 3-MMC (126 kg) och mexedron (50 kg).

FIGUR 1.13

Tillkomsten av nya psykoaktiva substanser och införandet av kontroller av generiska grupper i Europa, sedan 2005



Nya bensodiazepiner

EMCDDA övervakar just nu 23 nya bensodiazepiner – varav tre upptäcktes för första gången i Europa år 2017. En del nya bensodiazepiner säljs som tabletter, kapslar eller pulver under egna namn. I andra fall används dessa substanser för att tillverka förfälskningar av vanliga ångestdämpande läkemedel, till exempel diazepam och alprazolam, som säljs direkt på den illegala marknaden. Medan antalet beslag av bensodiazepiner minskade under 2016 jämfört med 2015, ökade den beslagtagna mängden avsevärt. Under 2016 beslagtogs över en halv miljon tabletter som innehöll nya bensodiazepiner som diklazepam, etizolam och flubromazolam, flunitrazolam och fonazepam – omkring två tredjedelar mer än det antal som rapporterades 2015.

Nya psykoaktiva substanser: nya rättsliga åtgärder

De europeiska länderna vidtar åtgärder för att förhindra försäljning av droger enligt de tre FN-konventionerna som utgör ett ramverk för begränsning av produktion, handel och innehav av över 240 psykoaktiva substanser. Den snabba framväxten av nya psykoaktiva substanser och de varierande produkterna på marknaden har visat sig vara en utmaning för konventionerna och för Europas beslutsfattare och lagstiftare.

På nationell nivå har man vidtagit olika åtgärder för att kontrollera de nya substanserna. Tre huvudsakliga motåtgärder har använts. Många länder i Europa reagerar först med att stifta lagar om konsumentssäkerhet. Därefter utvidgas eller anpassas befintlig narkotikalagstiftning för att även omfatta nya psykoaktiva substanser. I allt större omfattning skapar man nya och specifika lagar på området.

De flesta europeiska länder har under lång tid bara förtecknat kontrollerade ämnen var för sig. Men i takt med att allt fler nya ämnen har upptäckts i Europa har fler länder försökt kontrollera grupper av ämnen (figur 1.13). De flesta av länderna har definierat grupperna efter kemisk struktur ("generiska" grupper), även om ett fåtal har definierat grupperna efter deras effekter. De flesta länder som har tillämpat den generiska metoden har lagt till gruppdefinitionerna till befintlig narkotikalagstiftning, men

vissa har också lagt in sådana grupper i specifik lagstiftning för nya psykoaktiva substanser.

På EU-nivå har de rättsliga ramarna för åtgärder vid hot mot människors hälsa och samhällshot som vållas av nya psykoaktiva substanser, från 2005, reviderats för att skapa ett snabbare och effektivare system. I den nya lagstiftningen kvarstår trestegsmetoden för att bemöta nya psykoaktiva substanser – tidig varning, åtgärder för riskbedömning och kontroll – samtidigt som befintliga förfaranden förstärkts genom att förfarandena för datainsamling och bedömning har rationaliserats och accelererats, och kortare tidsfrister införts. Efter riskbedömningen kan kommissionen sedan lägga fram ett förslag om att låta ämnet genomgå kontrollåtgärder. Europaparlamentet och rådet har rätt att motsätta sig kommissionens förslag inom två månader och under vissa förhållanden. De nationella myndigheterna har 6 månader (istället för 12) på sig att reglera ämnet efter att beslutet har trätt i kraft.

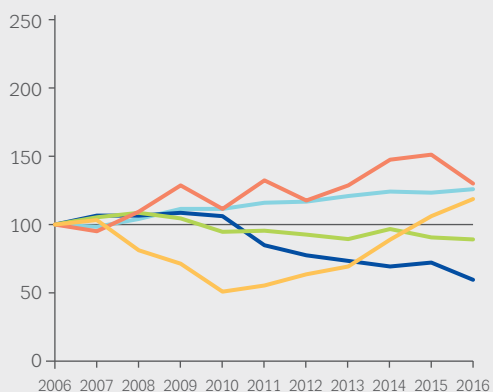
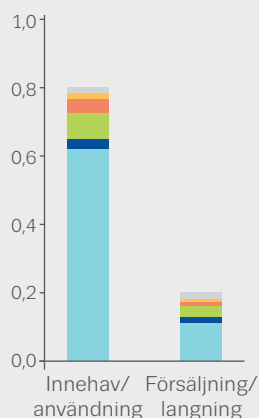
**EMCDDA övervakar just nu
23 nya bensodiazepiner**

FIGUR 1.14

Narkotikabrott i Europa som gäller användning eller innehav för personligt bruk eller narkotikaförsäljning och langning: indexerade trender och rapporterade brott 2016

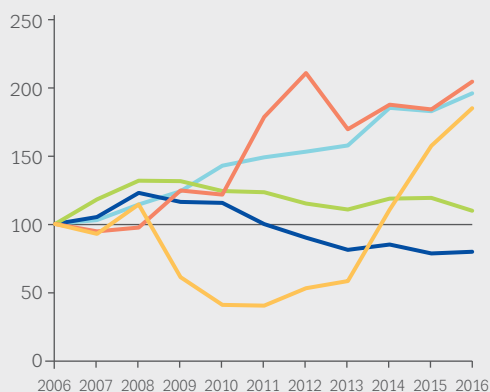
Innehav/användning

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.

Narkotikabrott: cannabis dominerar

Tillämpningen av lagarna övervakas via data om rapporterade narkotikabrott. I Europeiska unionen rapporterades uppskattningsvis 1,5 miljon narkotikabrott 2016, en ökning med en tredjedel (33 procent) sedan 2006. De flesta av dessa brott (74 procent) avsåg bruk eller innehav, vilket uppgick till cirka 1 miljon brott 2016, vilket är en ökning med 28 procent från 2006. I mer än tre fjärdedelar av brotten avseende bruk eller innehav ingick cannabis (77 procent). Den stigande trenden inom brott avseende bruk eller innehav av MDMA har fortsatt under 2016, även om de fortfarande bara utgör 2 procent av brotten avseende bruk (figur 1.14).

Antalet brott vad gäller narkotikaförsäljning i EU har totalt sett ökat med 14 procent sedan 2006 till uppskattningsvis över 200 000 fall år 2016. Cannabis stod för majoriteten av dessa brott (57 procent). Sedan 2013 har det har skett en kraftig ökning av rapporterade brott gällande försäljning av MDMA (figur 1.14).

MER INFORMATION

EMCDDA:s publikationer

2018

Country Drug Reports 2018.

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

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 Papers.

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

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

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.

EMCDDA–Europol Joint Report on 4-fluoroisobutyrylfentanyl; 4F-iBF.

EMCDDA–Europol Joint Report on 5F-MDMB-PINACA; 5F-ADB.

EMCDDA–Europol Joint Report on AB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acryloylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on ADB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on carfentanil.

EMCDDA–Europol Joint Report on CUMYL-4CN-BINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on furanylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on tetrahydrofuranylfentanyl; THF-F.

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

EMCDDA–Europol 2015 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on α -PVP.

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

2

**Narkotikaanvändningen i Europa
omfattar numera ett bredare
spektrum av substanser än förr**

Prevalens och trender för narkotikaanvändning

Narkotikaanvändningen i Europa omfattar numera ett bredare spektrum av substanser än förr. Bruk av flera substanser är vanligt bland narkotikaanvändare och de individuella användningsmönstren omfattar allt från sporadisk användning till regelbunden användning och beroende. Prevalensen av cannabisanvändning är ungefär fem gånger större än för andra substanser. Användningen av heroin och andra opioider är fortfarande relativt sällsynt, men det är alltjämt dessa typer av narkotika som vanligen förknippas med användning som orsakar mer skada, exempelvis, injektionsbruk. Användningen av alla typer av droger är i allmänhet mer utbredd bland pojkar och män än flickor och kvinnor och denna skillnad blir oftast ännu mer märkbar när det gäller mer intensiva eller regelbundna användningsmönster.

Övervakning av narkotikaanvändningen

EMCDDA samlar in och tillhandahåller aktuella data om narkotikaanvändning och användningsmönster i Europa.

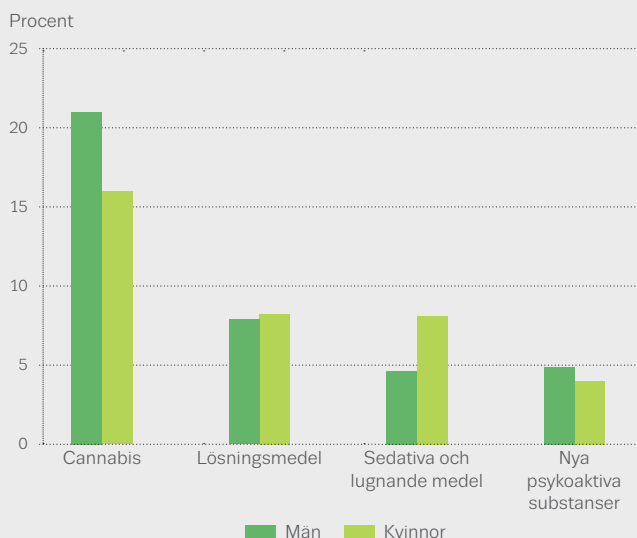
Undersökningar som utförts bland skolungdomar och i den allmänna befolkningen kan ge en överblick över prevalensen av experimentellt och rekreationellt narkotikabruk. Resultaten från dessa undersökningar kan kompletteras med de analyser på samhällsnivå av narkotikarester i kommunalt avloppsvatten som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

Studier med beräkningar av problematiskt bruk av narkotika kan bidra till att identifiera omfattningen av mer befästa narkotikaproblem, medan data om personer som inleder specialiserad narkotikabehandling kan, tillsammans med andra indikatorer, ge en bättre förståelse av beskaffenheten och trenderna vad gäller problematiskt narkotikabruk.

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

FIGUR 2.1

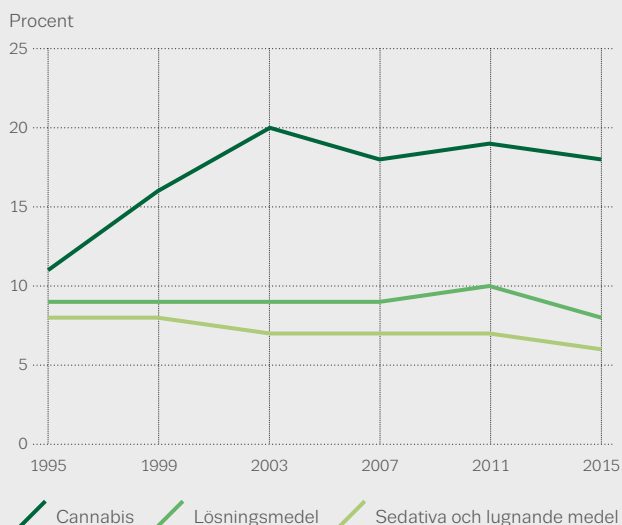
Användning av substanser någon gång i livet bland 15–16-åriga europeiska skolelever, uppdelat på kön



Obs! Bygger på data från 23 EU-medlemsstater samt Norge som deltog i Espad 2015.

FIGUR 2.2

Trender för livstidsprevalensen av användning av cannabis, inhalationsmedel och läkemedel (sedativa och lugnande medel utan recept) bland 15–16-åriga europeiska skolelever



Obs! Bygger på data från 21 EU-medlemsstater samt Norge som har deltagit i minst fyra Espad-undersökningar.

Narkotikaanvändning bland skolelever: stabila eller nedåtgående trender

Genom att följa upp narkotikaanvändningen bland skolorungdomar får vi viktiga kunskaper om ungas riskbeteende idag och om framtida trender. 2015 utfördes den sjätte datainsamlingen inom projektet för europeiska skolundersökningar om alkohol och andra droger (Espad) sedan det inleddes 1995. I den här senaste undersökningen samlades jämförbara data om narkotikaanvändningen bland 15–16-åriga elever i 35 europeiska länder, bland annat 23 EU-medlemsstater och Norge. I genomsnitt rapporterade 18 procent av eleverna i dessa 24 länder att de hade använt cannabis minst en gång (livstidsprevalens). De högsta siffrorna rapporterades av Tjeckien (37 procent) och Frankrike (31 procent), och 8 procent rapporterade bruk de senaste 30 dagarna. Användningen av andra olagliga droger än cannabis (MDMA/ecstasy, amfetamin, kokain, metamfetamin och hallucinogener) var betydligt lägre, med en livstidsprevalens på totalt 5 procent.

I undersökningen efterfrågades även användning av andra substanser, t.ex. lösningsmedel, läkemedel och nya psykoaktiva substanser. Bland deltagarna från EU och Norge låg den genomsnittliga livstidsprevalensen för användning av lösningsmedel på 8 procent (varierar från 3 procent i Belgien (Flandern) till 25 procent i Kroatien). Användning någon gång i livet av sedativa eller lugnande medel utan recept från läkare rapporterades av i genomsnitt 6 procent av eleverna (varierar från 2 procent

i Rumänien till 17 procent i Polen), och användning någon gång i livet av nya psykoaktiva substanser rapporterades av i genomsnitt 4 procent av eleverna (varierar från 1 procent i Belgien (Flandern) till 10 procent i Estland och Polen) (figur 2.1). Bland de som rapporterat användning av nya psykoaktiva substanser under de senaste 12 månaderna (3,2 procent av deltagarna), var rökblandningar den substans som oftast använts (rapporterades av 2,6 procent av alla deltagare), medan användningen av pulver, kristaller eller tabletter, vätskor eller andra former av nya psykoaktiva substanser är mindre vanliga.

Bland de 22 länder som redovisat tillräckliga data för analys, nådde den rapporterade användningen av cannabis någon gång i livet en topp 2003 och minskade något i 2007 års undersökning (figur 2.2). Prevalensen har sedan dess varit relativt stabil. Den rapporterade användningen av ämnen för inhalation någon gång i livet minskade mellan 2011 (10 procent) och 2015 (8 procent), men den långvariga trenden mellan 1995 och 2015 har varit relativt stabil (figur 2.2). För sedativa och lugnande ämnen minskade användningen någon gång i livet något mellan 1995 och 2015, med en genomgående högre användningsprevalens bland flickor än bland pojkar under denna period. Trenddata om nya psykoaktiva substanser kan inte utläsas från Espad, eftersom frågor om användningen av dessa droger ingick först 2015.

Över 92 miljoner vuxna har provat olaglig narkotika

Över 92 miljoner, eller lite drygt en fjärdedel av den vuxna befolkningen i EU mellan 15 och 64 år, beräknas ha använt narkotika någon gång i livet. Män uppger oftare att de använt narkotika (56,0 miljoner) än kvinnor (36,3 miljoner). Den vanligaste drogen är cannabis (53,5 miljoner män och 34,3 miljoner kvinnor), medan betydligt lägre siffror rapporteras i fråga om användning någon gång i livet av kokain (11,8 miljoner män och 5,2 miljoner kvinnor), MDMA (9,0 miljoner män och 4,5 miljoner kvinnor) och amfetaminer (8,0 miljoner män och 4,0 miljoner kvinnor). Användning någon gång i livet av cannabis varierar kraftigt mellan länderna, från omkring 41 procent vuxna i Frankrike till mindre än 5 procent i Malta.

Användning av narkotika under de senaste 12 månaderna är ett mått på aktuell narkotikaanvändning och är främst koncentrerat till unga vuxna. Uppskattningsvis 18,9 miljoner unga vuxna (i åldern 15–34 år) använde narkotika under det senaste året, vilket rapporterades av dubbelt så många män som kvinnor.

Cannabisanvändning: totalt sett oförändrad men bred nationell variation

I alla åldersgrupper är cannabis den illegala narkotika som flest har använt. Cannabis röks vanligen och i Europa blandas den ofta med tobak. Mönstren för

cannabisanvändning kan variera från sporadisk användning till regelbunden användning och beroende.

Man beräknar att 87,6 miljoner vuxna i EU (i åldern 15–64 år), eller 26,3 procent i denna åldersgrupp, har använt cannabis någon gång i livet. Av dessa använde uppskattningsvis 17,2 miljoner unga vuxna (i åldern 15–34 år), eller 14,1 procent i denna åldersgrupp, cannabis under det senaste året, varav 9,8 miljoner var i åldern 15–24 år (17,4 procent av denna åldersgrupp). Årsprevalensen bland 15–34-åringarna varierar från 3,5 procent i Rumänien till 21,5 procent i Frankrike. Bland de unga som använde cannabis det senaste året var kvoten män till kvinnor två till ett.

De senaste undersökningsresultaten visar att de flesta länder antingen rapporterar en oförändrad eller ökande årsprevalens av cannabis bland unga vuxna. Av de länder som har genomfört undersökningar efter 2015 och rapporterat konfidensintervall rapporterade åtta högre siffror, nio var oförändrade och två rapporterade en lägre siffra än i föregående jämförbara undersökning.

Ett fåtal länder har tillräckliga undersökningsresultat som möjliggör statistisk analys av trenderna för användningen av cannabis det senaste året bland unga vuxna (15–34 år). Bland dessa har den långsiktigt nedåtgående trend som tidigare setts i Spanien och Storbritannien under det senaste årtiondet nu stabiliserats (figur 2.3).

CANNABISANVÄNDARE SOM INLEDER BEHANDLING



Egenskaper

16% 84%



16 Genomsnittsålder vid första användning
25 Genomsnittsålder när första behandlingen inleds

83 000 Förstagångsklienter



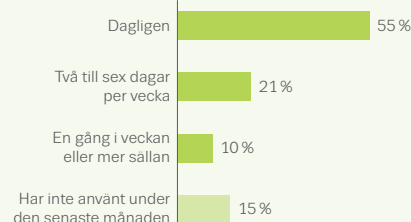
57 000 Klienter som behandlats tidigare

59%

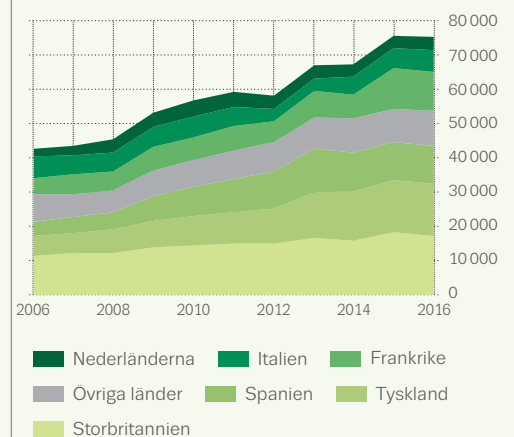
41%

Användningsfrekvens under den senaste månaden

genomsnitt 5,5 dagar per vecka



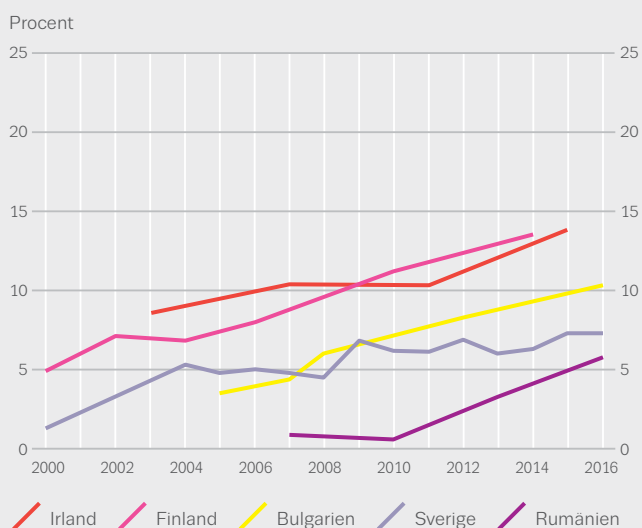
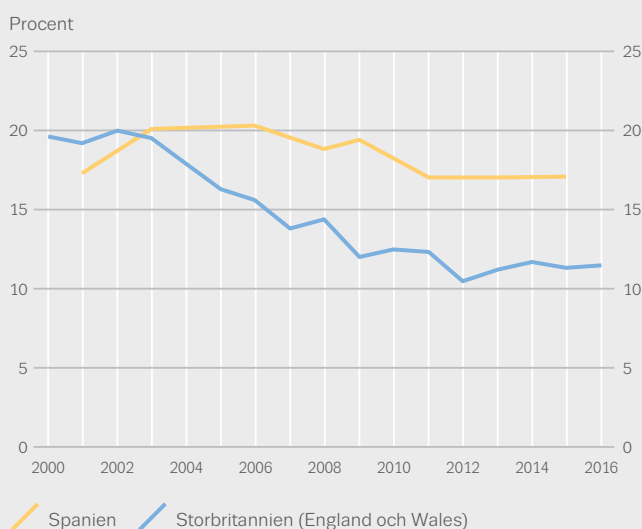
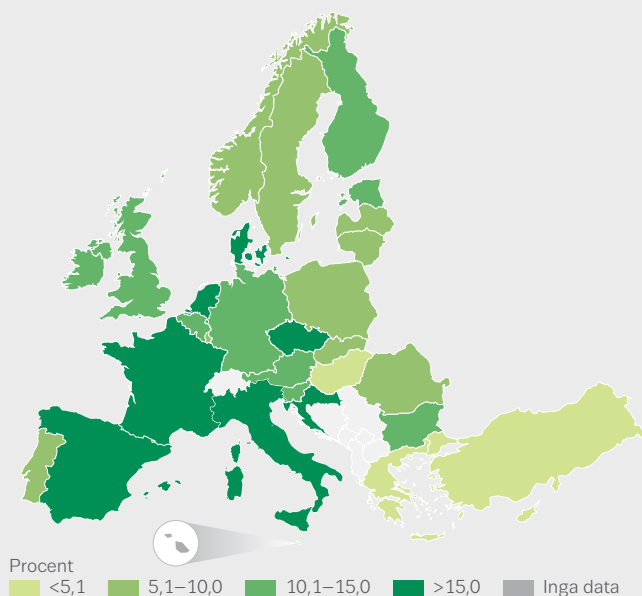
Trender för förstagångsklienter



Obs! Bortsett från trenderna avser uppgifterna alla som inledde behandling och angav cannabis som primärdrog. Trender för förstagångsklienter avser 25 länder. Bara länder med data för minst 9 av de 11 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.

FIGUR 2.3

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



Under det senaste årtiondet har stigande trender vad gäller årsprevalensen för cannabisanvändning bland unga vuxna setts i ett antal länder. Till dessa hör Irland och Finland, där aktuella data visar på nivåer som närmar sig EU-snittet på 14,1 procent. Ökningar syns också, om än vid lägre aktuella nivåer, i trenderna från Bulgarien, Rumänien och Sverige. Bland länder som rapporterat aktuella undersökningsdata bekräftade en tredje jämförbar årlig undersökning i Nederländerna 2016 en prevalens på strax under 16 procent. Vad gäller Danmark uppvisade en undersökning för 2017 ett av de få fallen av minskning: 15,4 procent jämfört med uppskattningen på 17,6 procent för 2013.

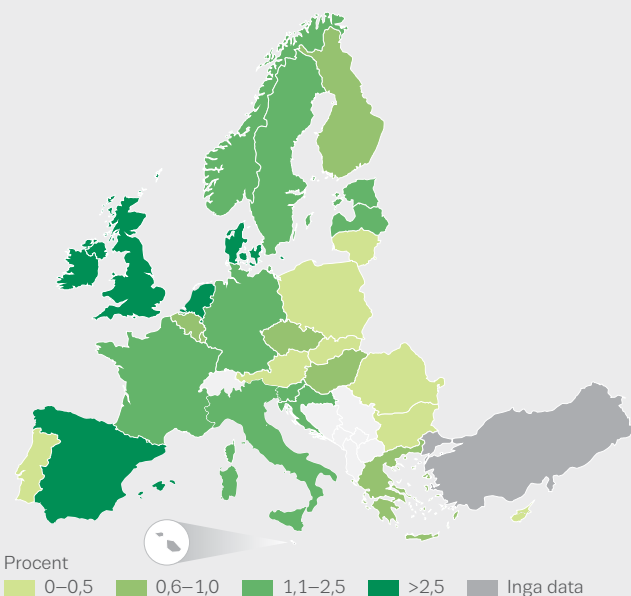
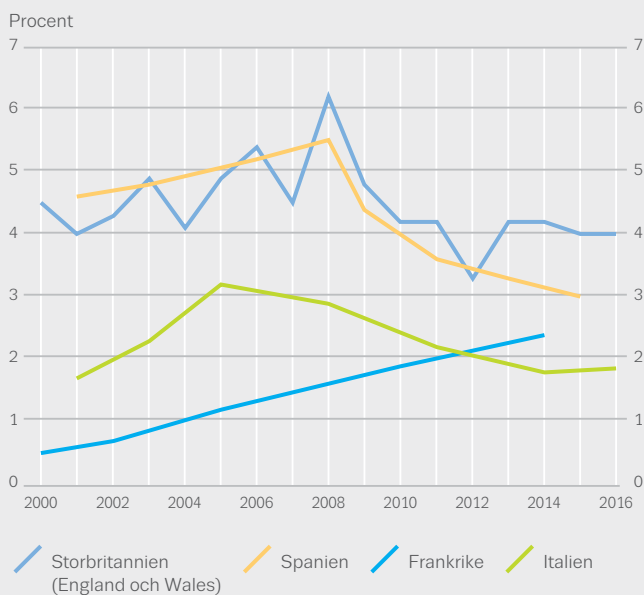
Problematisk cannabisanvändning: en ökande trend

Utifrån undersökningar i den allmänna befolkningen uppskattas det att cirka en procent av alla vuxna europeiska invånare använder cannabis dagligen eller nästan dagligen – dvs. de har använt drogen under minst 20 dagar den senaste månaden. Omkring 37 procent av dessa är äldre narkotikaanvändare i åldern 35–64 år, och omkring tre fjärdedelar är män.

Tillsammans med andra indikatorer kan uppgifter om personer som inleder behandling för cannabisbruk bidra till kunskap kring omfattning och kännetecken av problematiskt bruk av cannabis i Europa. År 2016 inledde mer än 150 000 personer narkotikabehandling i Europa för problem förknippade med cannabisanvändning; av dessa inledde omkring 83 000 behandling för första gången i livet. I de 25 länderna med tillgängliga data ökade det sammanlagda antalet förstagsklienter som sökte hjälp för cannabisproblem med 76 procent mellan 2006 och 2016. Majoriteten (18) av länderna rapporterade en ökning under denna period. Många faktorer kan ligga bakom denna ökning, till exempel högre prevalens av cannabisanvändning i befolkningen som helhet, ökat antal personer med intensiv användning, tillgång till starkare produkter, ändrad uppfattning av risk, ökad tillgång till behandling samt fler remitteringar till behandling, särskilt från det straffrättsliga systemet. Totalt sett rapporterade 50 procent av de cannabisanvändare som inledde behandling för första gången under 2016 att de använt drogen varje dag den senaste månaden. Andelen dagliga användare varierar dock stort mellan länderna, från 10 procent eller mindre i Lettland, Ungern och Rumänien till 60 procent eller mer i Spanien, Frankrike, Nederländerna och Turkiet.

FIGUR 2.4

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



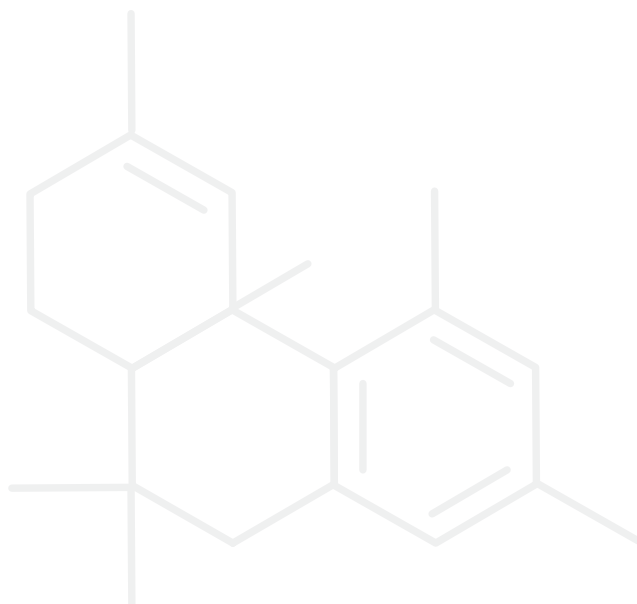
Kokainanvändning: totalt sett oförändrad, men med vissa tecken på ökning

Kokain är den vanligaste stimulantian i Europa, även om användningen är mer prevalent i södra och västra Europa. Bland regelbundna användare finns en skiljelinje mellan mer socialt välanpassade användare, som ofta sniffar kokainpulver (kokainhydroklorid) och marginaliserade användare, som injicerar kokain eller röker crack (kokainbas), ibland parallellt med användning av opioider. I många dataunderlag går det inte att skilja mellan de två formerna av kokain (pulverkokain eller crack) och begreppet kokainanvändning inbegriper båda formerna.

Det beräknas att 17,0 miljoner vuxna i Europa (i åldern 15–64 år), eller 5,1 procent av denna åldersgrupp, har använt kokain någon gång i livet. Bland dessa är det omkring 2,3 miljoner unga vuxna i åldern 15–34 år (1,9 procent av denna åldersgrupp) som har använt drogen under det senaste året.

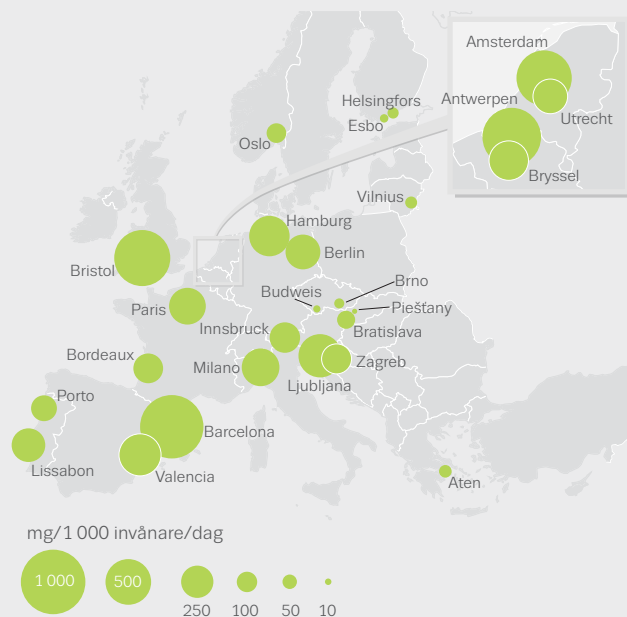
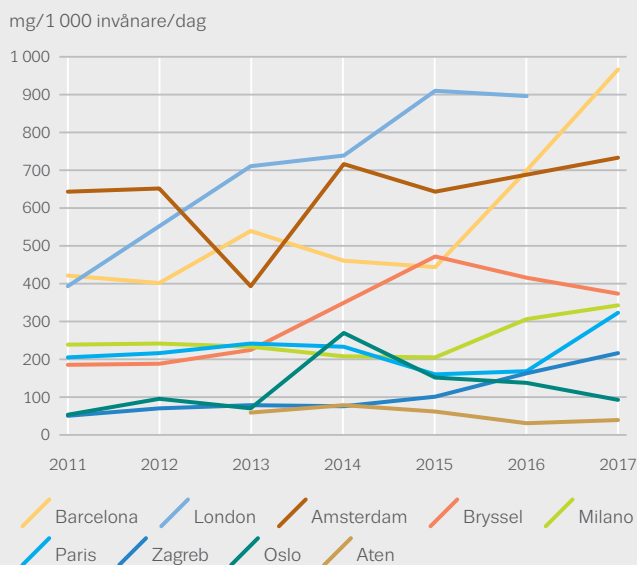
Endast Danmark, Irland, Spanien, Nederländerna och Storbritannien rapporterar en årsprevalens för kokainanvändning bland unga vuxna på 2,5 procent eller mer. Den minskning av kokainanvändningen som rapporterats tidigare år har inte noterats i de senaste undersökningarna. Av de länder som har genomfört undersökningar efter 2015 och rapporterat konfidensintervall, rapporterade tre högre beräkningar, 14 en oförändrad trend, medan ett rapporterade en lägre beräkning än i föregående jämförbara undersökning.

En statistisk analys av de långsiktiga trenderna för senaste årets kokainanvändning bland unga vuxna går det endast att göra för ett begränsat antal länder, och nya data bekräftar de befintliga trenderna. Spanien och Storbritannien rapporterade trender som visade på ökande prevalens fram till 2008, vilket följdes av stabilitet eller minskning (figur 2.4). Medan Italien har sett en minskning från ett toppvärde 2005, tyder den senaste undersökningen på att nivån nu kan ha stabiliserats. En ökande trend ses i Frankrike, där prevalensen för första gången steg över 2 procent år 2014.



FIGUR 2.5

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 2017.

Källa: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

I en studie som omfattar flera olika städer har man analyserat kokainmetaboliter i det kommunala avloppsvattnet för att komplettera resultaten från befolkningsundersökningarna. Analysen av avloppsvatten ger en rapport om den sammantagna konsumtionen av rena substanser i samhället. Resultaten kan inte direkt jämföras med den beräknade prevalensen i nationella befolkningsundersökningar. Resultaten från analysen av avloppsvatten presenteras i standardiserade mängder (koncentrationer) för drogresten per 1 000 invånare och dag.

En analys från 2017 visade de högsta koncentrationerna av bensoylketonin – kokainets huvudmetabolit – i städer i Belgien, Spanien, Nederländerna och Storbritannien och mycket låga nivåer i de flesta östeuropeiska städer (se figur 2.5). Av de 31 städer som har data för 2016 och 2017 rapporterade 19 en ökning, 6 en minskning och 6 oförändrade värden. Ökande långsiktiga trender rapporteras för många av de 13 städerna med data för 2011 och 2017.

Problematisert bruk av kokain: fler söker behandling

Det är svårt att uppskatta prevalensen av problematiskt kokainanvändning bland vuxna i Europa eftersom bara fyra länder har gjort nyare beräkningar och olika definitioner och metoder har använts. En ny undersökning i Spanien

använde hög användningsfrekvens för att beräkna problematiskt kokainanvändning till 0,43 procent bland personer i åldern 14–18 år under 2016/2017. Baserat på ett frågeformulär om beroendets svårighetsgrad beräknade Tyskland 2015 att den problematiska kokainanvändningen i den vuxna populationen uppgick till 0,20 procent. Italien uppskattade att 0,65 procent av den vuxna populationen var i behov av behandling för kokainanvändning år 2015. I en studie som använde indirekta statistiska metoder beräknade Portugal att den problematiska kokainanvändningen uppgick till 0,98 procent av den vuxna populationen år 2015.

Spanien, Italien och Storbritannien står för nästan tre fjärdedelar (73 procent) av alla påbörjade behandlingar för bruk av kokain som rapporterats i Europa. Sammanlagt angavs kokain som primär drog av mer än 67 000 klienter som inledde narkotikabehandling under 2016 och av omkring 30 000 förstagsklienter.

Efter en period med minskande siffror ökade det sammanlagda antalet förstagsklienter som inleder behandling för kokain med mer än en femtedel mellan 2014 och 2016. Medan Italien och Storbritannien står för en stor del av denna ökning, rapporterade nästan alla länder ökning under samma period.

De flesta av dem som inledde specialiserad behandling för problem förknippade med kokainanvändning använder

primärt kokainpulver (51 000 eller 10 procent av alla narkotikaklienter 2016). De flesta primära kokainklienter söker behandling för användning av endast kokain (31 procent av alla kokainpulverklienter) eller i kombination med cannabis (26 procent), alkohol (31 procent) eller andra substanser (12 procent). Denna grupp rapporteras i allmänhet vara socialt välanpassad, med stabila levnadsförhållanden och fast anställning. En annan grupp, bestående av mer marginaliserade användare, inleder behandling för primärt användning av crack (8 300 klienter eller 2 procent av alla narkotikaklienter 2016), varav många kan använda heroin som sekundär drog. Aktuella ökning av antalet crackklienter rapporteras i Italien och Storbritannien.

Användning av kokain i kombination med heroin eller andra opioider rapporterades av 53 000 klienter som inledde specialiserad narkotikabehandling i Europa under 2016. Antalet utgör 15 procent av alla klienter som inleder behandling där både primär och sekundär drog har angetts.



KOKAINANVÄNDARE SOM INLEDER BEHANDLING

Egenskaper

14% 86%



23 Genomsnittsålder vid första användning
34 Genomsnittsålder när första behandlingen inleds

30 300 Förstagångsklienter



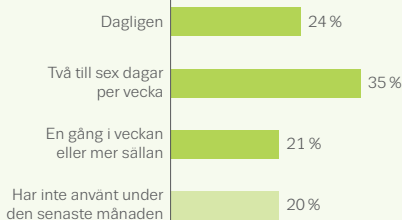
47%

34 400 Klienter som behandlats tidigare

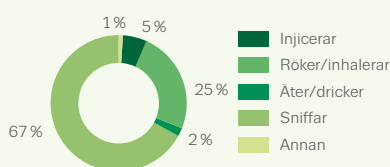
53%

Användningsfrekvens under den senaste månaden

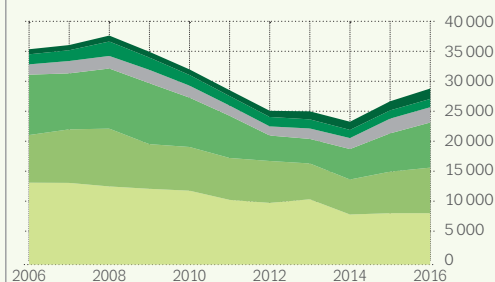
Genomsnittlig användning 4,1 dagar per vecka



Administreringsväg



Trender för förstagångsklienter

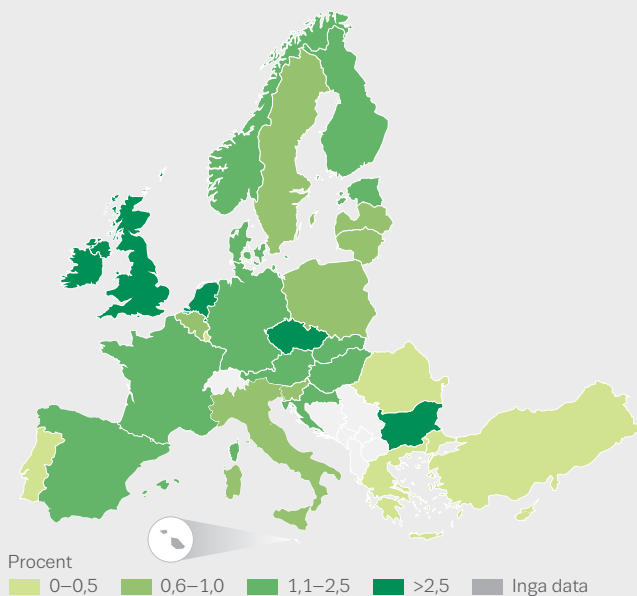
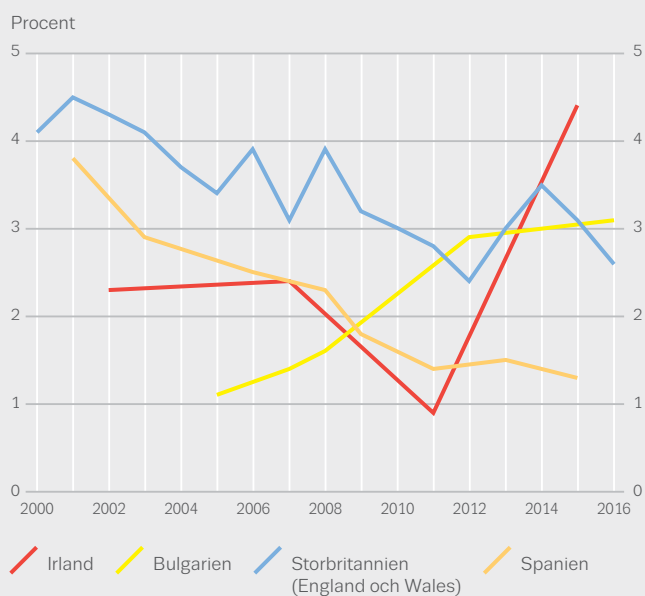


Tyskland Nederländerna Övriga länder
Italien Storbritannien Spanien

Obs! Bortsett från trenderna avser uppgifterna alla som inledde behandling och angav kokain som primär drog. Trender för förstagångsklienter avser 25 länder. Bara länder med data för minst 9 av de 11 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.

FIGUR 2.6

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



MDMA: användningen verkar stabiliseras

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

Man beräknar att 13,5 miljoner av den vuxna befolkningen i Europa (i åldern 15–64 år), eller 4,1 procent av denna åldersgrupp, har tagit MDMA/ecstasy någon gång i livet. Mer aktuella siffror på användningen i den åldersgrupp där droganvändningen är högst tyder på att 2,2 miljoner unga vuxna (15–34 år) använde MDMA det senaste året (1,8 procent i denna åldersgrupp). De nationella beräkningarna varierar från 0,2 procent i Portugal och Rumänien till 7,4 procent i Nederländerna.

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 stabilisering eller ett ökat bruk av MDMA i vissa länder. Av de länder som har genomfört nya undersökningar efter 2015 och rapporterat konfidensintervall, rapporterade 5 högre beräkningar än i den föregående jämförbara undersökningen, 12 stabila beräkningar, medan 1 rapporterade en lägre beräkning.

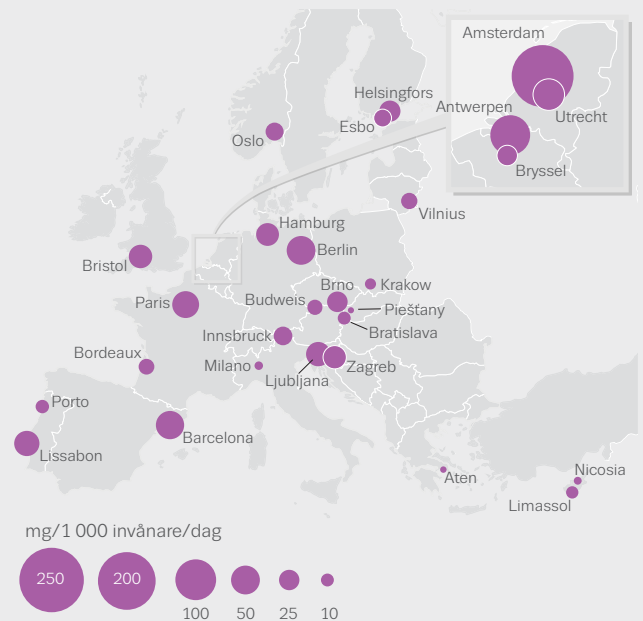
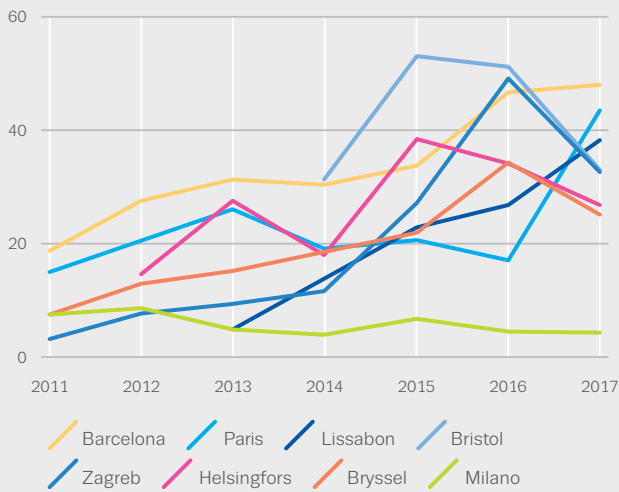
I de fall där det finns data för en statistisk analys av trenderna för användning av MDMA det senaste året bland unga vuxna, tyder dessa på att en förändring skett på senare tid (figur 2.6). Efter en sjunkande trend i Storbritannien har den ökning som sågs mellan 2012 och



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 2017.

Källa: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

2014 på senare tid vänts. I Spanien är den långsiktiga trenden fortfarande nedåtgående, även om de aktuella värdena är oförändrade. De senaste uppgifterna visar en markant ökning i prevalens i Irland efter 2011 och en fortsatt stigande trend i Bulgarien. Data från 2016 års undersökning i Nederländerna bekräftar de höga nivåer som rapporterades i de två tidigare årliga granskningarna.

I den analys som gjordes i flera olika städer 2017 noterades de högsta koncentrationerna av MDMA i avloppsvattnet i städer i Belgien, Nederländerna och Tyskland (figur 2.7). Av de 33 städer som har data för 2016 och 2017 rapporterade 11 en ökning, 7 oförändrade värden och 15 en minskning. Om man ser på de långsiktiga trenderna i de städer som har data för både 2011 och 2017 (12 städer) var mängden MDMA i avloppsvattnet högre 2017 än 2011. Den markanta ökning som

observerades under perioden 2011–2016 verkar dock stabiliseras under 2017 för de flesta städer.

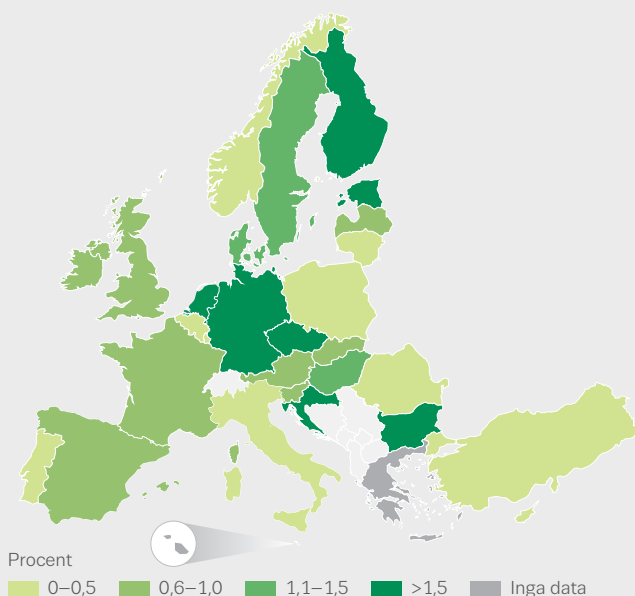
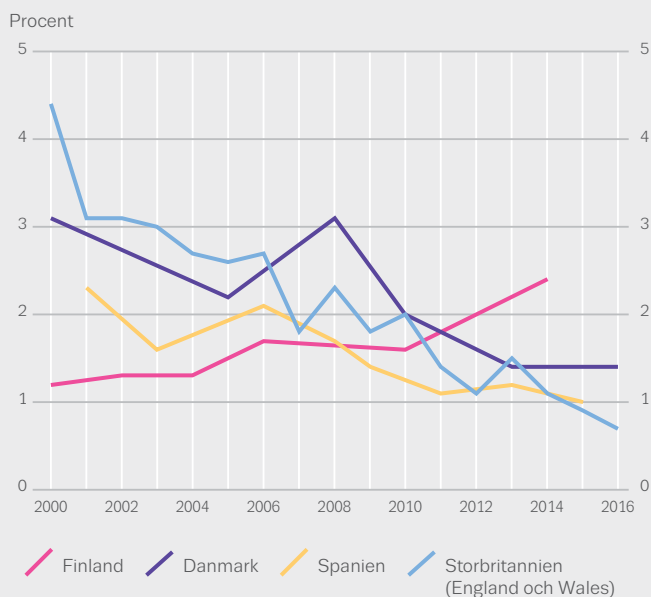
MDMA tas ofta tillsammans med andra substanser, bland annat alkohol. I länder med högre prevalens finns det nu tecken på att MDMA inte längre bara är en nisch- eller subkulturdrog. Den förekommer numera inte bara på dansställen och dansevenemang, utan används av en bredare grupp ungdomar i vanliga nattlivsmiljöer som barer och fester i hemmiljö.

MDMA-användning anges sällan som skäl till att inleda en specialiserad narkotikabehandling. Under 2016 angavs MDMA som primär drog av mindre än 1 procent (cirka 1 000 fall) av förstagångsklienterna i Europa, främst i Spanien, Frankrike, Storbritannien och Turkiet.

**Enligt övervakningskällorna
stabiliseras eller ökar
användningen av MDMA**

FIGUR 2.8

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



Amfetaminer: variation i användning men stabila trender

Amfetamin och metamfetamin är två närbesläktade stimulantia som båda används i Europa, men amfetaminanvändning 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, men i vissa länder är injicering en stor del av narkotikaproblemet. Det går också att röka metamfetamin, men den administreringsvägen rapporteras sällan i Europa.

Man beräknar att 11,9 miljoner vuxna i Europa (i åldern 15–64 år), eller 3,6 procent av denna åldersgrupp, har använt amfetaminer någon gång i livet. Mer aktuella siffror på användningen i den grupp där droganvändningen är högst tyder på att 1,2 miljoner (1,0 procent) unga vuxna (i åldern 15–34 år) använde amfetaminer det senaste året. De senaste nationella prevalensberäkningarna varierar från under 0,1 procent i Portugal till 3,6 procent i Nederländerna. Tillgängliga data tyder på att situationen i de flesta europeiska länder har varit relativt stabil sedan år 2000 när det gäller amfetaminanvändning. Av de länder som har genomfört nya undersökningar efter 2015 och rapporterat konfidensintervall, rapporterade 2 högre siffror,

13 en oförändrad trend, medan 2 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 antal länder. Långsiktiga nedåtgående trender kan ses i Danmark, Spanien och Storbritannien (figur 2.8). I Finland ökade däremot prevalensen för unga vuxnas användning av amfetamin mellan 2000 och 2014.

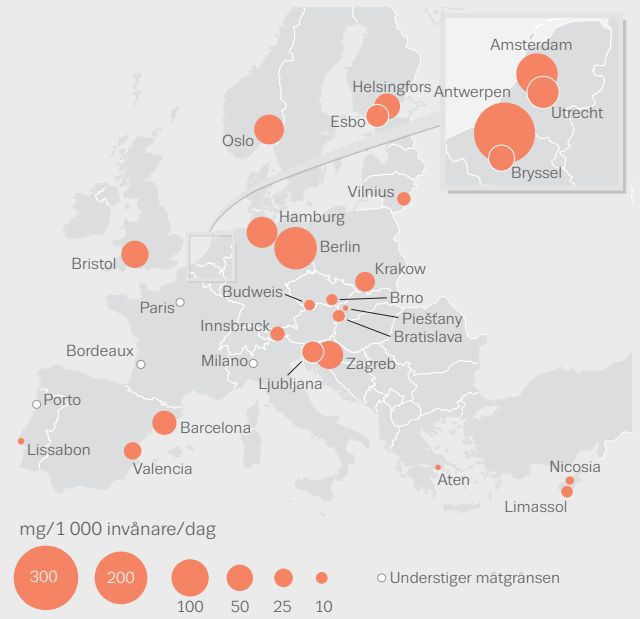
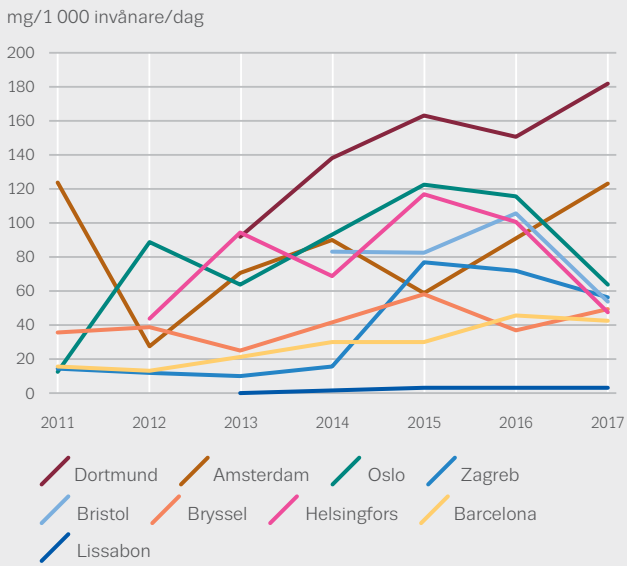
I den analys av kommunalt avloppsvatten som genomfördes 2017 konstaterades stora variationer av mängden amfetaminer i Europa. De högsta nivåerna rapporterades i städer i norra och östra Europa (se figur 2.9). Betydligt lägre amfetaminnivåer fanns i städer i södra Europa.

Av de 33 städer som har data för 2016 och 2017 rapporterade 9 en ökning, 11 oförändrade värden och 13 en minskning. Totalt sett visade uppgifterna för åren från 2011 till 2017 en varierad bild, men med relativt stabila trender i de flesta städer för amfetamin.

Metamfetaminanvändningen har generellt varit låg och tidigare koncentrerad till Tjeckien och Slovakien, men verkar nu även finnas i Cypern, östra Tyskland, Spanien och norra Europa (se figur 2.10). Av de 34 städer som har data för 2016 och 2017 om metamfetamin i avloppsvatten rapporterade 12 en ökning, 10 oförändrade värden och 12 en minskning.

FIGUR 2.9

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

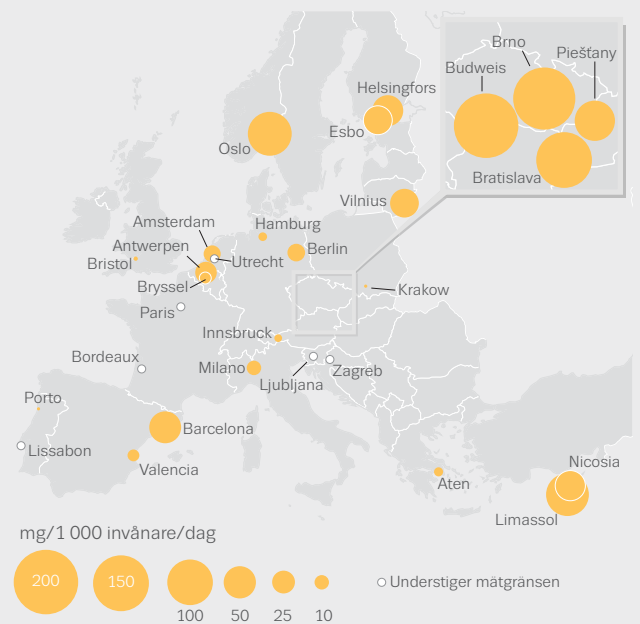
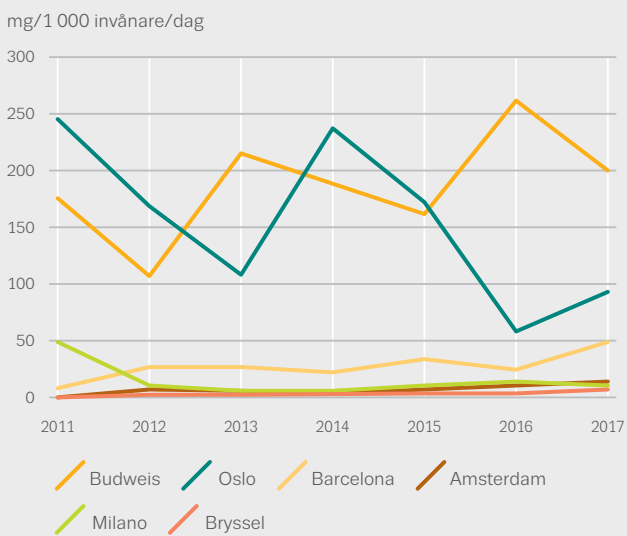


Obs! Genomsnittlig daglig mängd amfetamin i milligram per 1 000 invånare. Provtagningen gjordes i utvalda europeiska städer under en vecka varje år från 2011 till 2017.

Källa: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

FIGUR 2.10

Metamfetaminrester 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 2017.

Källa: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

Problematisk amfetaminanvändning: behandlingsbehovet förblir högt

Problemen med långvarig och kronisk amfetaminanvändning som inbegriper injicering har historiskt sett varit mest påtagliga i de nordeuropeiska länderna. Metamfetaminproblemen har däremot varit mest påtagligt i Tjeckien och Slovakien. Tillgängliga uppgifter om problematisk amfetaminanvändning för Norge uppskattas ligga på 0,33 procent eller 11 200 vuxna (2013), och för Tyskland på 0,19 procent eller 102 000 vuxna 2015. Amfetaminanvändare utgör sannolikt majoriteten av de uppskattningsvis 2 230 (0,18 procent) personer med ett högriskbruk av stimulantia som rapporterades av Lettland 2016, vilket är en minskning från 6 540 (0,46 procent) 2010. Nya uppskattningar av problematiskt bruk av metamfetamin finns nu för Tjeckien och Cypern. I Tjeckien beräknades det problematiska metamfetaminbruket bland vuxna (15–64 år) till cirka 0,50 procent 2016 (eller 34 300 användare). Detta innebär en ökning från 20 900 användare 2007, även om antalet har varit relativt stabilt de senaste åren. Beräkningen för Cypern var 0,02 procent eller 105 användare 2016.

i Tyskland, Lettland, Polen och Finland. De som inledde behandling och rapporterade metamfetamin som sin primär drog är koncentrerade till Tjeckien och Slovakien, som tillsammans stod för nästan 90 procent av de 9 200 metamfetaminklienterna som inledde specialiserad behandling i Europa.

Under 2016 uppgav cirka 35 000 klienter som inledde specialiserad narkotikabehandling i Europa att amfetaminer var deras primär drog. Av dessa var omkring 15 000 förstagångsklienter. Primära amfetaminanvändare utgör mer än 15 procent av förstagångsklienterna

AMFETAMINANVÄNDARE SOM INLEDER BEHANDLING



Egenskaper

27% 73%



20 Genomsnittsålder vid första användning

29 Genomsnittsålder när första behandlingen inleds

15 500 Förstagångsklienter

19 900 Klienter som behandlats tidigare

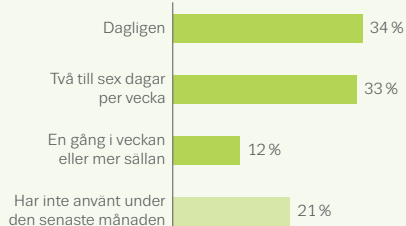
43%

57%

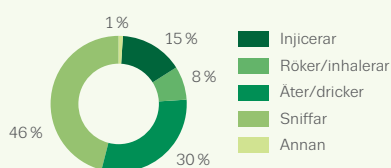


Användningsfrekvens under den senaste månaden

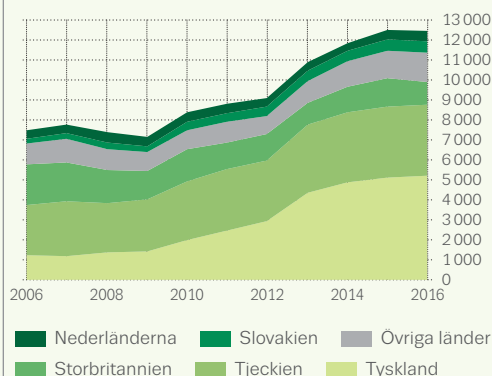
Genomsnittlig användning 4,4 dagar per vecka



Administreringsväg



Trender för förstagångsklienter



Obs! Bortsett från trenderna avser uppgifterna alla som inledde behandling och angav amfetaminer som primär drog. Trender för förstagångsklienter avser 25 länder. Bara länder med data för minst 9 av de 11 åren ingår i trenddiagrammet. Saknade värden interpoleras från närliggande år.

Ketamin, GHB och hallucinogener: fortsatt låg användning

Ett antal andra substanser med hallucinogena, anestetiska, dissociativa eller lugnande egenskaper 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 narkotikaanvändare 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 2016 rapporterades en årsprevalens för GHB-användning på 0,1 procent för vuxna (16–64 år). Årsprevalensen 2016 för användning av ketamin hos unga vuxna (15–34 år) beräknades till 0,1 procent i Tjeckien och Rumänien och 0,8 procent i Storbritannien.

De totala prevalensnivåerna för LSD och hallucinogena svampar i Europa har generellt sett varit låga och stabila i flera år. I nationella undersökningar bland unga vuxna (15–34 år) rapporteras en beräknad årsprevalens på under 1 procent för båda substanserna 2016 alternativt det senaste undersökningsåret, med undantag för Nederländerna (1,9 procent), Finland (1,9 procent) och Tjeckien (3,1 procent) för hallucinogena svampar, och Finland (1,3 procent) och Tjeckien (1,4 procent) för LSD.

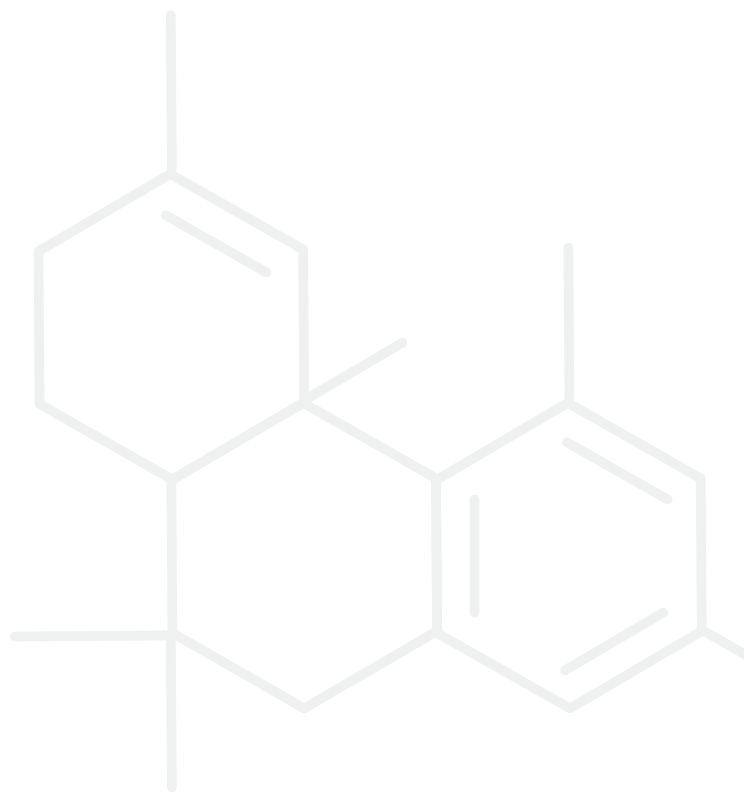
Användning av nya psykoaktiva substanser: problematisk användning i marginaliserade grupper

Flera länder har inkluderat nya psykoaktiva substanser i sina allmänna befolkningsundersökningar, även om skillnader i metoder och frågor begränsar jämförelsen mellan länderna. Sedan 2011 har elva europeiska länder rapporterat nationella beräkningar av användningen av nya psykoaktiva substanser (förutom ketamin och GHB). När det gäller unga vuxna (15–34 år) varierade årsprevalensen för användning av dessa substanser från 0,2 procent i Italien och Norge till 1,7 procent i Rumänien. Data för Storbritannien (England och Wales) finns för användning av mefedron. I den senaste undersökningen (2016/2017) beräknades användningen av drogen det senaste året bland 16–34-åringar till 0,3 procent, vilket är en nedgång från 1,1 procent 2014/2015. I deras senaste undersökningar varierade användningen av syntetiska cannabinoider det senaste året bland 15–34-åringar från 0,2 procent i Spanien till 1,5 procent i Lettland.

Samtidigt som konsumtionen av nya psykoaktiva substanser totalt sett är låg i Europa rapporterade över två tredjedelar av länderna i en EMCDDA-studie från 2016 att personer med ett högriskbruk av narkotika stod för användningen. 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, identifierats som ett problem i många europeiska länder.

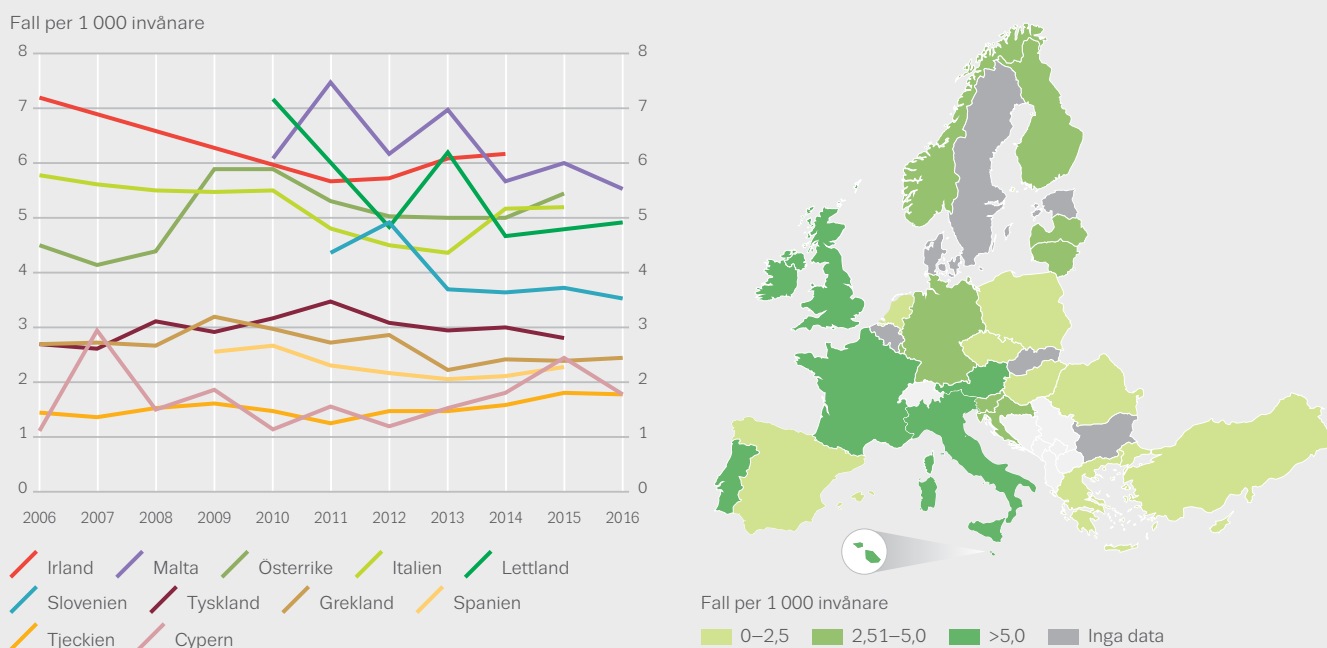
Det är totalt sett endast ett fåtal personer som påbörjar behandling i Europa för problem förknippade med användningen av nya psykoaktiva substanser, även om dessa substanser är signifikanta för vissa länder. I de senaste uppgifterna uppges användning av syntetiska cannabinoider som det främsta skälet till att inleda specialiserad narkotikabehandling för 17 procent av klienterna i Turkiet och för 7 procent i Ungern. Problem som rör primär användning av syntetiska katinoner nämndes av 0,3 procent av förstagångsklienterna i Storbritannien.

I Storbritannien är användningen av syntetiska cannabinoider bland personer i fängelse särskilt oroande. I en undersökning från 2016 i fängelser i Storbritannien uppgav 33 procent av 625 personer i fängelse att de använt "spice" den senaste månaden, jämfört med 14 procent som uppgav att de använt cannabis den senaste månaden.



FIGUR 2.11

Nationella beräkningar av årsprevalens av problematisk användning av opioider: utvalda trender och de senaste uppgifterna



Problematisk opioidanvändning: heroin dominerar fortfarande

Den vanligast använda olagliga opioiden i Europa är heroin, som kan rökas, sniffas eller injiceras. Det förekommer också bruk av en rad olika syntetiska opioider, såsom metadon, buprenorfin och fentanyl.

Europa har gått igenom olika vågor av heroinbruk. En första våg drabbade många västeuropeiska länder från mitten av 1970-talet och en andra våg drog fram länderna i, framför allt, centrala och östra delarna av Europa, från senare delen av 1990-talet. Under senare år har man observerat en åldrande kohort av användare med problematiskt opioidbruk, som i många fall har varit i kontakt med substitutionsbehandling.

Prevalensen för problematisk användning av opioider bland vuxna (15–64 år) uppskattas till 0,4 procent av EU:s befolkning, eller 1,3 miljoner med problematisk opioidanvändning 2016. På nationell nivå varierar prevalensen för problematisk opioidanvändning från mindre än ett fall till mer än 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 (76 procent) av det beräknade antalet personer med ett högriskbruk av opioider (Tyskland, Spanien, Frankrike, Italien, Storbritannien). Av de elva länder med regelbundna beräkningar av högriskanvändning av opioider mellan 2006 och 2016 visar Spanien och Italien en

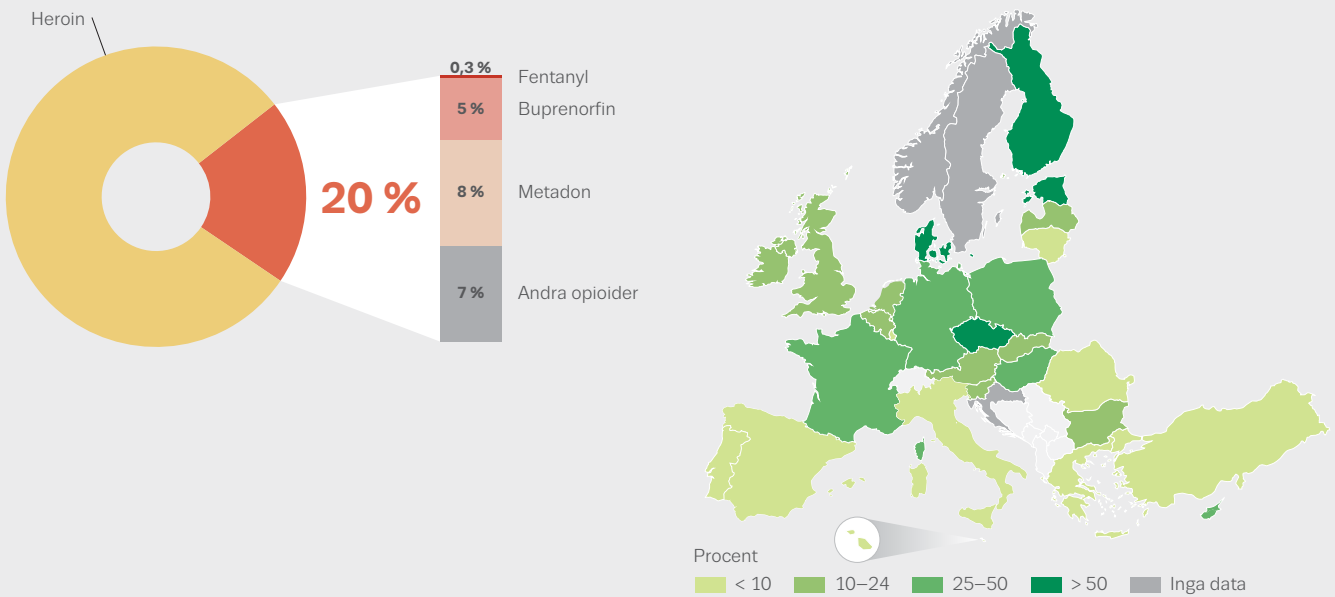
statistiskt signifikant minskning medan Tjeckien uppvisar en statistiskt signifikant ökning (figur 2.11).

2016 rapporterades opioider som det främsta skälet till att inleda specialiserad narkotikabehandling av 177 000 klienter eller 37 procent av alla som påbörjade narkotikabehandling i Europa. Av dessa var 35 000 förstagångsklienter. Heroin var primärdrog för 82 procent av förstagångsklienterna som inledde behandling och som hade opioider som primärdrog.

Enligt tillgängliga trenddata mer än halverades antalet förstagångsklienter som använder heroin från ett toppvärde 2007 till ett lägsta värde 2013 innan det stabiliserades de senaste åren.

FIGUR 2.12

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



Syntetiska opioider: olika substanser ses i Europa

Även om heroin fortfarande är den oftast använda olagliga opioiden visar flera källor att lagliga syntetiska opioider (såsom metadon, buprenorfin och fentanyl) brukas alltmer. Opioider som angavs av klienter som inledde behandling var metadon, buprenorfin, fentanyl, kodein, morfin,

tramadol och oxykodon. I vissa länder är användning av andra opioider än heroin den vanligaste formen av opioidanvändning bland dem som inleder specialiserad behandling. Under 2016 rapporterade 18 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

HEROINANVÄNDARE SOM INLEDER BEHANDLING

Egenskaper

20% 80%



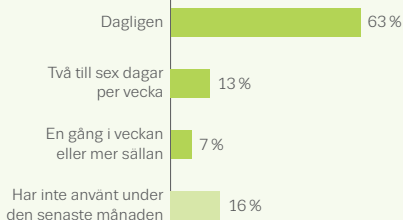
23 Genomsnittsålder vid första användning
34 Genomsnittsålder när första behandlingen inleds

28 200 Förstagångsklienter
117 200 Klienter som behandlats tidigare

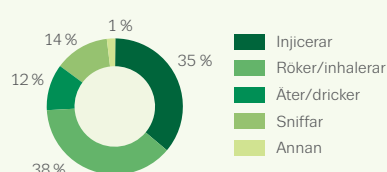
19% 81%

Användningsfrekvens under den senaste månaden

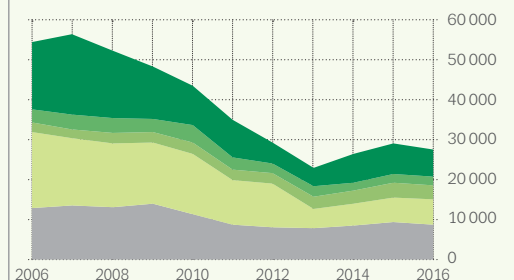
Genomsnittlig användning 6 dagar per vecka



Administreringsväg



Trender för förstagångsklienter

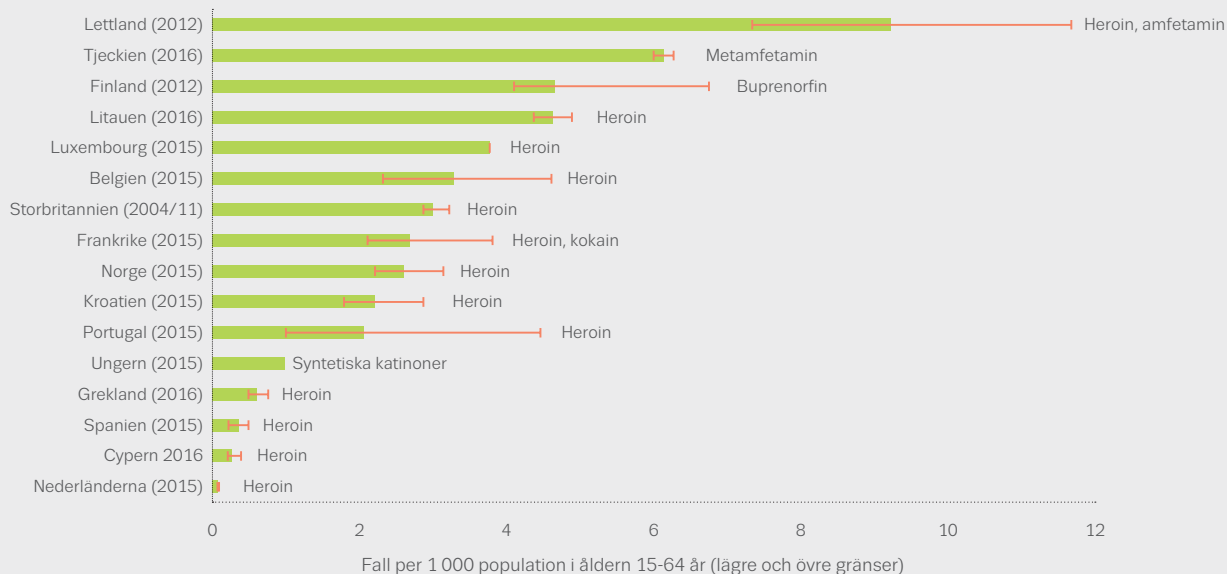


Italien Spanien Tyskland
Storbritannien Övriga länder

Obs! Bortsett från trenderna avser uppgifterna alla som inledde behandling och angav heroin som primär drog. Uppgifterna för Tyskland avser dem som inledde behandling och angav "opioider" som primär drog. Trender för förstagångsklienter avser 25 länder. Bara länder med data för minst 9 av de 11 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.

FIGUR 2.13

Injektionsbruk: senaste uppskattningar av prevalens och injicerad primärdrog



(figur 2.12). I Estland användes fentanyl av de flesta av dem som påbörjade behandling och uppgav en opioid som primärdrog, medan buprenorfin var den oftast nämnda primära opioiden bland dem som påbörjade behandling i Finland. Bruk av buprenorfin anges av cirka 30 procent av opioidklienterna i Tjeckien och missbruk av metadon av 22 procent av opioidklienterna i Danmark. I Cypern och Polen påbörjar mellan 20 procent och 30 procent av opioidklienterna behandling för problem som rör bruket av opioidklienterna behandling för problem som rör bruket av andra opioider, t.ex. oxykodon (Cypern) och "kompot" – heroin framställt av vallmostrå (Polen). De som inleder behandling för problem som rör nya psykoaktiva substanser med opioidliknande effekt kan dessutom ha rapporterats under den allmänna rubriken opioider.

Injektionsbruk: fortsätter att minska bland alla som inleder behandling

Injektionsbruk brukar oftast förknippas med opioider, men i vissa länder är injicering av stimulantia, såsom amfetaminer eller kokain, ett problem.

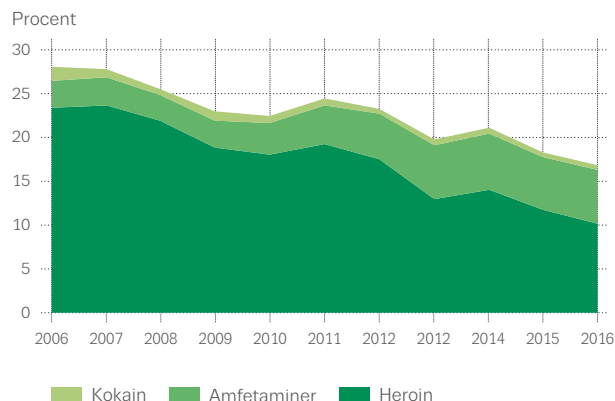
Endast 16 länder har gjort beräkningar av prevalensen för injektionsbruk sedan 2011, där den varierar mellan färre än 1–9 fall per 1 000 invånare i åldern 15–64 år. I de flesta av dessa länder kan den en primär drog som injiceras tydligt identifieras. I vissa länder har dock flertalet drogerlika hög användningsnivå. Opioider rapporteras som den främst injicerade drogen i de flesta (14) av länderna (se figur 2.13). Heroin nämns i 13 av länderna, medan buprenorfin nämns i Finland. Stimulantia rapporteras som den främsta injicerade drogen i fyra länder, där de använda substanserna omfattar syntetiska katinoner (Ungern), kokain (Frankrike), amfetamin (Lettland) och metamfetamin (Tjeckien).

FIGUR 2.14

Bland förstagångsklienter som inledde specialiserad narkotikabehandling 2016 med heroin som primärdrog, angav 27 procent att injicering var deras främsta administreringsväg, vilket är en minskning från 43 procent 2006. Inom denna grupp varierar omfattningen av injicering mellan olika länder, från 8 procent i Spanien till över 90 procent i Lettland, Litauen och Rumänien. Injicering rapporteras som främsta administreringsväg av 1 procent av förstagångsklienterna som använder kokain och av 47 procent av förstagångsklienterna som använder amfetamin. Den övergripande bilden för amfetaminer påverkas dock betydligt av Tjeckien, som står för 87 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 28 procent 2006 till 17 procent 2016 bland förstagångsklienter som inleder behandling i Europa (figur 2.14).

Injektion av syntetiska katinoner är inget utbrett fenomen men fortsätter att rapporteras för särskilda grupper, såsom personer som injicerar opioider och narkotikabehandlingsklienter i vissa länder samt bland klienter i sprutbytesprogram i Ungern. I en nyligen genomförd EMCDDA-studie rapporterade 10 länder injicering av syntetiska katinoner – ofta tillsammans med andra stimulantia och GHB – vid sexpartyn i små grupper av män som har sex med män.

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



Obs! Trender avser de 21 länderna med data för minst 9 av de 11 åren.



Injektion av syntetiska katinoner fortsätter att rapporteras för särskilda grupper

MER INFORMATION

EMCDDA:s publikationer

2018

Country Drug Reports 2018.

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

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

2012

Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe: findings from the DRUID project, Thematic paper.

Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries, Manuals.

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, Thematic paper.

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

3

**Det är allmänt känt att
användningen av olaglig
narkotika bidrar till den
globala sjukdomsördan**

Narkotikarelaterade skador och åtgärder

Det är allmänt känt att användningen av olaglig narkotika bidrar till den globala sjukdomsördan. Användning av olaglig narkotika har samband med kroniska och akuta hälsoproblem och dessa förvärras av olika faktorer som substansernas egenskaper, administreringsätt, individuell sårbarhet och det sociala sammanhang där 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. Injektionsbruk ökar riskerna. Detta kan jämföras med cannabis, där användningen visserligen ger betydligt mindre hälsoproblem, men där en omfattande användning ändå kan få konsekvenser för folkhälsan. Substansernas varierande innehåll och renhet ökar de potentiella skadorna och gör det allt svårare att sätta in åtgärder.

Utformning och genomförande 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 förhindra narkotikaanvändning och dess problem, medan narkotikabehandling där man använder både psykosociala strategier och läkemedel utgör den primära åtgärden mot beroende. Vissa centrala åtgärder, såsom substitutionsbehandling och sprututbytesprogram, har till viss del utvecklats som åtgärder för dem som injicerar opioider och de problem injicering för med sig, framför allt spridningen av infektionssjukdomar och dödsfall på grund av överdoser.

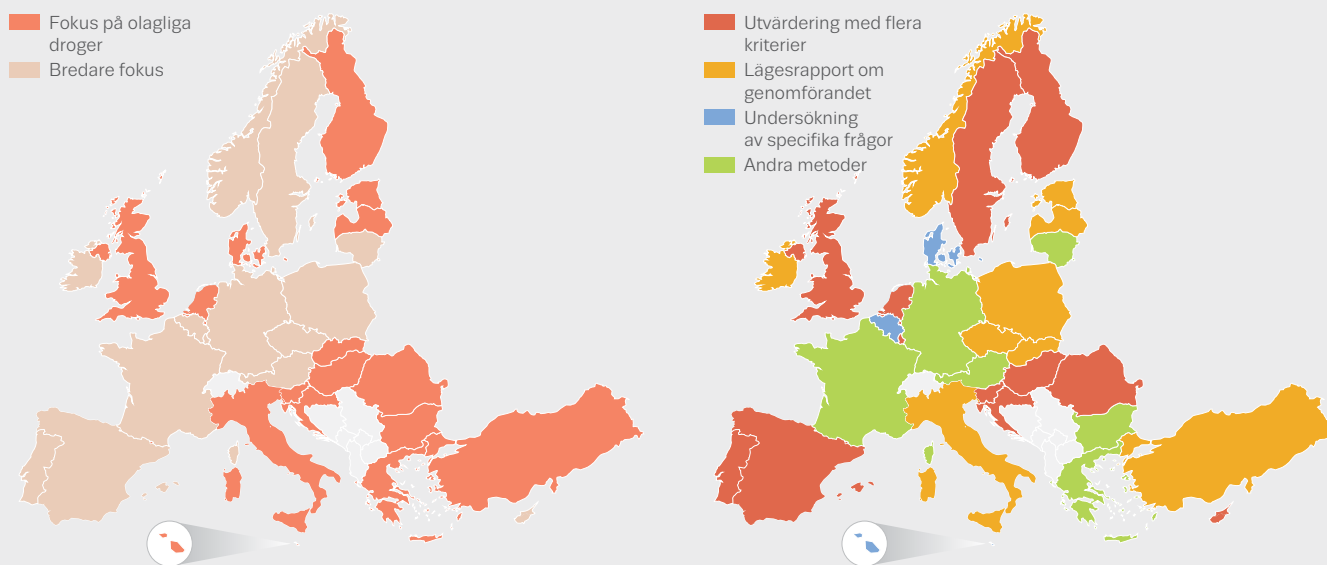
Övervakning av narkotikarelaterade skador och motåtgärder

EMCDDA får information om hälsorelaterade och sociala insatser mot narkotikaanvändning, med strategier och offentliga utgifter för narkotikapolitik, 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](#).

Skador som EMCDDA systematiskt övervakar är huvudsakligen 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 övervakar skador som har samband med nya psykoaktiva substanser. Mer information finns på internet under [Key epidemiological indicators](#), [Statistical Bulletin](#) och [Action on new drugs](#).

FIGUR 3.1

Inriktning på nationella narkotikastrategidokument (vänster) och utvärderingsmetod (höger) 2017



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

Narkotikastrategier: bredare fokus

Nästan hälften av de 30 länder som övervakas av EMCDDA har nu inkluderat olika kombinationer av substansrelaterade problem och missbruksbeteenden vid sidan av olaglig narkotika i sina nationella narkotikastrategier. Dessa planeringsverktyg används av regeringar när de utarbetar sina allmänna strategier och specifika insatser mot narkotikaproblemens olika hälsorelaterade, sociala och säkerhetsmässiga dimensioner. Medan Danmarks nationella narkotikapolicy kommer till uttryck i ett antal strategidokument, i lagstiftning och konkreta åtgärder, har alla övriga länder ett nationellt dokument om narkotikastrategi. I 16 länder fokuserar narkotikastrategin huvudsakligen på olaglig narkotika. I de övriga 14 länderna är strategierna bredare och strategierna omfattar även bruk av andra beroendeframkallande substanser (se figur 3.1). I Storbritannien har de ansvariga myndigheterna i Wales och Nordirland mer omfattande strategidokument. Om dessa två dokument tas med i beräkningen ökar det totala antalet bredare strategier gällande olaglig narkotika till 16. Dessa bredare dokument tar främst upp olaglig narkotika, och variationerna är stora vad gäller hur andra bruk av andra substanser behandlas. I samtliga dokument diskuteras åtgärder mot alkohol, i tio mot tobak, nio mot läkemedel, tre mot dopning inom idrotten (t.ex. prestationshöjande läkemedel/droger) och åtta mot beroendebeteenden (t.ex. spelberoende). Oavsett fokus följer alla nationella narkotikastrategier den balanserade

strategi för narkotikapolicy som föreskrivs i EU:s narkotikastrategi (2013–2020) och handlingsplan (2017–2020), som både betonar minskning av efterfrågan och minskning av tillgången på droger.

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 2017 genomfördes enligt rapporteringen tolv utvärderingar omfattande flera kriterier, nio som undersökte genomförandet av insatserna och tre som undersökte specifika frågor. Sex 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 med ett bredare fokus. För närvarande har Frankrike, Luxemburg, Sverige och Norge publicerat utvärderingar av brett fokuserade strategier. Tack vare denna utökade strategi är det möjligt att uppnå en mer integrerad folkhälsopolicy, men den innebär också en utmaning vad gäller samordningen av genomförande, övervakning och utvärdering.

Evidensbaserad prevention: stöd till genomförandet

Att förebygga narkotikaanvändning och narkotikarelaterade problem bland unga är ett huvudmål i Europas 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.

Intresset av att genomföra evidensbaserade preventionsprogram har ökat de senaste åren i Europa, och stöds av inrättandet av register, utbildningsinitiativ och kvalitetsstandarder. Under 2018 inrättades eller utvecklades register i över en tredjedel av de 30 EMCDDA-länderna. Registren har start- och ratingkriterier för programmets ändamålsenlighet. Det europeiska Xchange-registret är kopplat till nationella register och innehåller omkring 20 handboksbaseade, rigoröst utvärderade narkotikapreventionsprogram vars resultat har poängsatts. Det ger också erfarenhet av genomförande från ansvarig personal om frågor såsom organisatoriska och kulturella hinder för genomförande (utmaningar som rör rekrytering, tidsplan, anpassning) och hur dessa har övervunnits.

Yrkesutbildning är avgörande för att införandet av preventionsmetoder ska lyckas. Möjligheterna till formell utbildning inom preventionsvetenskap är dock begränsade. Ett nytt initiativ, kursplanen för allmänprevention, som bygger på internationella evidensnormer, har nyligen anpassats till en europeisk målgrupp, både med en 9 veckors universitetskursplan och en kortfattad 3–5 dagar lång kurs (UPC-Adapt) för regionala eller lokala beslutsfattare och opinionsbildare. Den korta versionen genomförs i en tredjedel av EU:s medlemsstater under 2018.

Kontextuell prevention: nattlivsprogram innefattande flera komponenter

En ökad användning av kontextuella preventionsstrategier i nattlivsmiljöer rapporteras av ett antal länder, främst i norra Europa. De flesta kontextuella strategier är främst inriktade på alkohol, men de delade (kontextuella)

riskfaktorerna för problematisk användning av alkohol och andra droger kan också göra dessa strategier användbara för prevention av andra substanser. Dock genomförs dessa fortfarande endast i begränsad utsträckning. En strategi av intresse är nattlivsprogram innehållande flera komponenter, som kombinerar utbildning av serveringspersonal, inträdeskontroll, tillsyn och samhällsmobilisering. Det finns vissa rön som tyder på att denna strategi kan vara effektiv när det gäller att minska alkohol- och narkotikarelaterade skador. Ett exempel, STAD-projektet i Sverige, håller nu på att lanseras i sex andra EU-länder. Under 2016 rapporterar dock bara två länder (Finland, Storbritannien) en omfattande tillgång till åtgärder innehållande många komponenter.

M-hälsa: utvidga tillgången till åtgärder

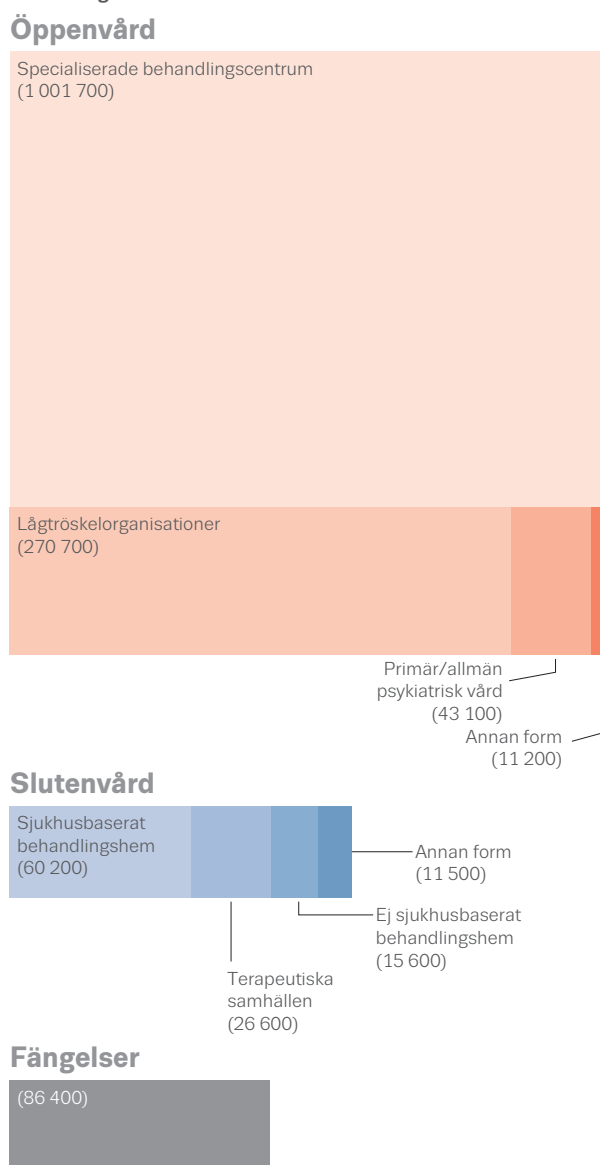
Ett brett urval av narkotikainsatser tillhandahålls i ökande grad också online, bland annat genom hälso-applikationer på mobiltelefoner (m-hälsa). Insatser på internet och i applikationer i mobiltelefoner har potentialen att öka preventions- och behandlingsprogrammets räckvidd och geografiska täckning och nå personer som kanske inte annars skulle få tillgång till specialiserad narkotikabehandling. Åtgärder som nås via mobiltelefoner kan vara allt från verktyg för e-lärande för yrkesverksamma på narkotikaområdet, tillhandahållande av narkotikaprevention och skademinskande åtgärder, digital utåtriktad verksamhet på sociala mediernas plattformar, patienttillsyn, övervakning och behandling.

I en nyligen genomförd EMCDDA-studie identifierades över 60 narkotikarelaterade applikationer för m-hälsa (eller "appar") i online-appbutiker, varav nästan hälften kom från Europa. De flesta appar tillhandahöll narkotikarelaterad information som var kopplad till en viss form av åtgärd. Europeiska åtgärder inom m-hälsa var främst avsedda att främja skademinskande åtgärder bland festbesökare och unga människor. Tekniker som användes i appar var exempelvis etablerade internetbaserade metoder för behandlingsinsatser, såsom konsumtionsdagböcker, personlig återkoppling på egna mål för minskat narkotikabruk och samverkan med yrkesverksamma, till exempel genom krypterade meddelanden. Vissa appar använder också effektiva preventionstekniker, såsom metoder som påverkar sociala normer och minskar missuppfattningar om narkotikabruket i umgängeskretsen. Avsaknaden av kvalitetsstandarder för m-hälsoappar på narkotikaområdet, samt farhågor om dataskyddet och bristen på evidensbas är utmaningar för den framtida utvecklingen inom detta område. Det är dock troligt att applikationer för m-hälsa blir viktiga narkotikarelaterade åtgärdsverktyg för användare och yrkesverksamma i hela Europa.

Yrkesutbildning är avgörande för att införandet av preventionsmetoder ska lyckas

FIGUR 3.2

Antal klienter som får narkotikabehandling i Europa 2016, efter behandlingsform



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

Narkotikabehandling: samhällsbaserade tjänster

Narkotikabehandling är den primära insatsen för individer med problematisk droganvändning, såsom beroende, och att garantera god tillgång till lämpliga behandlingar är ett viktigt mål inom drogpolicyn.

Större delen av narkotikabehandlingen i Europa sker inom öppenvården, där specialistcentrum utgör den största vårdgivaren sett till antalet behandlade narkotikaanvändare (figur 3.2). Lågtröskelorganisationer är den näst största vårdgivaren, följt av primärvården och allmänna psykiatriska vårdmottagningar. Denna kategori innefattar allmänläkare, som är betydelsefulla förskrivare av opioidsubstitutionsbehandling i vissa större länder såsom Frankrike och Tyskland. På andra håll, till exempel i Slovenien, spelar psykiatriska öppenvårdmottagningar en roll i tillhandahållandet av behandling.

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

Narkotikabehandling: inträdesvägar och klientvägar

Under 2016 fick uppskattningsvis 1,3 miljoner människor behandling för användning av olaglig narkotika i EU (1,5 miljon inklusive Norge och Turkiet). "Eget initiativ" är fortfarande den vanligaste vägen till specialiserad narkotikabehandling. Detta omfattar även initiativ till behandling som tas av familjemedlemmar eller vänner och gällde för nästan hälften (48 procent) av alla klienter som inledde specialiserad narkotikabehandling i Europa 2016. Omkring en fjärdedel (26 procent) av klienterna remitterades från hälso- och sjukvården, utbildnings- och socialtjänsten och andra centrum för narkotikabehandling, medan 16 procent kom från kriminal- och rättsväsendet. 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 deltagande i behandling eller en villkorlig dom kopplad till krav på behandling, men i vissa länder sker denna omstyrning även i tidigare skeden i den rättsliga processen.

FIGUR 3.3

Metoderna för remittering till behandling varierar stort, både efter land och efter primär drog. Kriminal- och rättsväsendet spelar en särskilt viktig roll i remitteringen av cannabisanvändare till behandling. Inom hela Europa remitteras 26 procent av cannabis klienterna till behandling av kriminal- och rättsväsendet. Andelen remitterade varierar dock tydligt mellan länderna. Bland länder med över 100 nya klienter för cannabisbehandling 2016 varierade andelen remitteringar från domstolar, övervakare eller polis från 2 procent i Nederländerna till över 80 procent i Ungern och Rumänien.

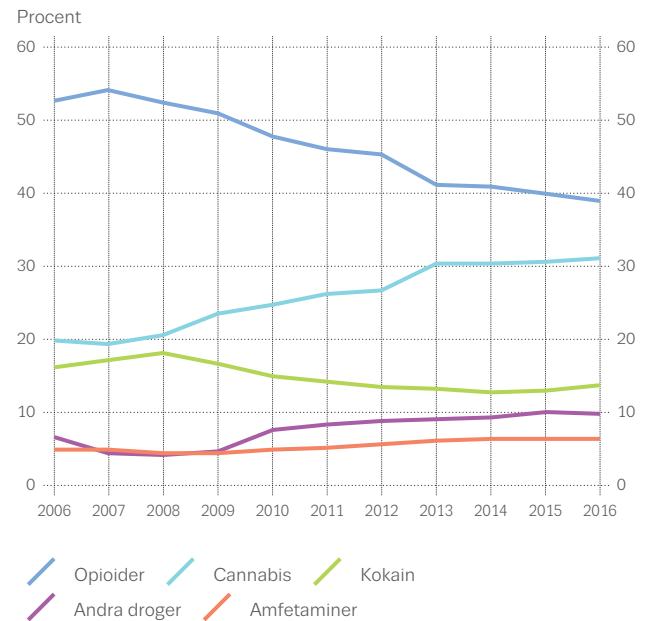
Klientens väg genom narkotikabehandlingen innebär ofta olika behandlingsinsatser, flera inskrivningar och varierande behandlingstider. Opioidanvändare är den största grupp som genomgår specialiserad behandling och utnyttjar den största andelen tillgängliga behandlingsresurser, framför allt i form av substitutionsbehandling. Resultaten av en analys av specialiserade behandlingar i nio europeiska länder under 2016 visar hur behandlingstiden kan se ut. Av de 370 000 klienterna i dessa länder som var under behandling detta år hade strax under 20 procent påbörjat behandling för första gången, 27 procent hade påbörjat en ny behandling efter att ha fått behandling ett tidigare år, och över hälften hade varit under kontinuerlig behandling sedan över ett år tillbaka. De flesta av klienterna som varit under kontinuerlig behandling var män och närmade sig 40-årsåldern. De hade behandlats i över tre år och hade problem med opioidanvändning, främst heroin.

Opioidsubstitutionsbehandling: nationellt utbud varierar

Substitutionsbehandling, ofta kombinerad med psykosociala insatser, är den vanligaste typen av behandling för opioidberoende. Den evidens som finns stödjer metoden och positiva resultat har visats när det gäller att få klienterna att stanna kvar i behandling, minskad användning av illegala opioider, rapporterat riskbeteende och narkotikarelaterade skador och dödsfall. Användare av cannabis och kokain är de andra och tredje största grupperna som påbörjar behandling (figur 3.3). Psykosociala insatser är den främsta behandlingen för dessa klienter.

Omkring 628 000 opioidanvändare fick substitutionsbehandling i EU under 2016 (636 000 om Norge räknas in). Antalet klienter ökade totalt fram till 2010 då ett toppvärde nåddes, vilket följdes av en 10-procentig nedgång till 2016. Mellan 2010 och 2016 minskade antalet klienter i 12 länder. De största minskningarna (med mer än 25 procent) rapporterades av Spanien,

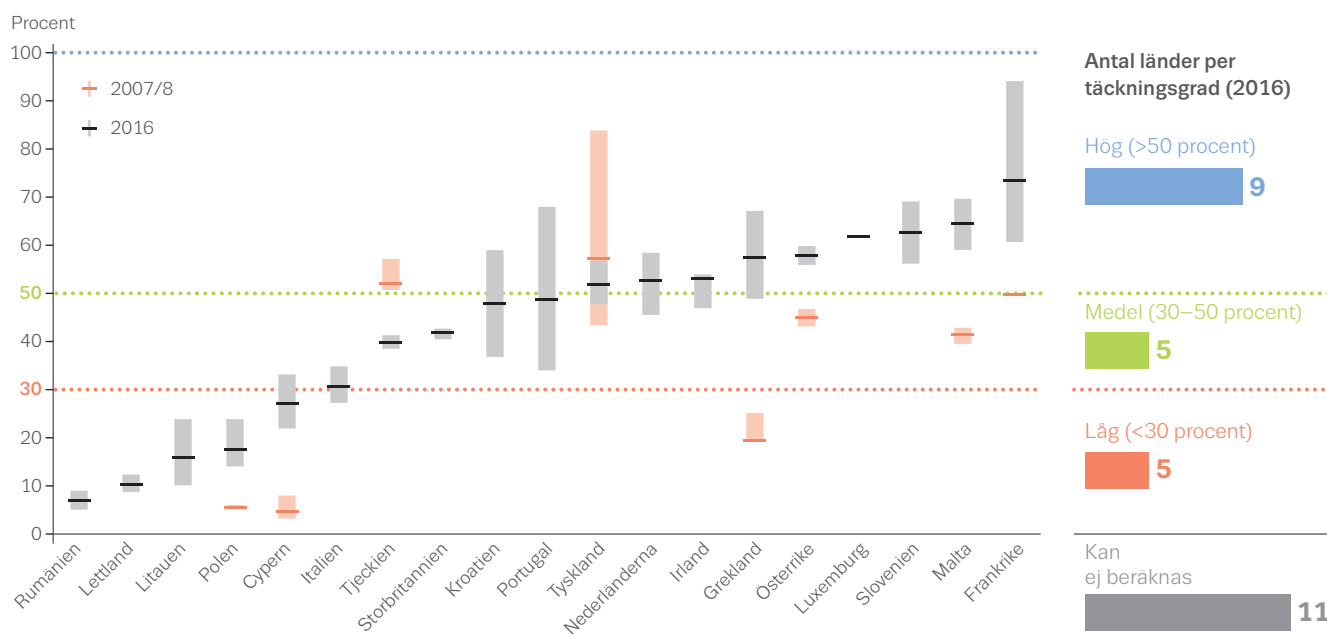
Trender för procentandelen klienter som inleder specialiserad narkotikabehandling, efter primär drog



Nederländerna och Portugal. Nedgången kan förklaras av faktorer som rör efterfrågan eller utbud, samt en minskande population av äldre, kroniska opioidanvändare eller ändrade behandlingsmål i vissa länder. Andra länder har fortsatt att utvidga behandlingsutbudet i sina försök att förbättra behandlingstäckningen. Ett ökat antal som fick substitutionsbehandling mellan 2010 och 2016 rapporterades av 16 länder, däribland Lettland (173 procent), Rumänien (167 procent) och Grekland (57 procent).

FIGUR 3.4

Täckning av opioidsstitutionsbehandling (procentandel uppskattade personer med ett högriskbruk av opioider som är föremål för insatsen) 2016 eller senast tillgängligt år och 2007/2008



Obs! Uppgifterna visas som punktskattningar med osäkerhetsintervall.

En jämförelse med aktuella beräkningar av antalet personer med ett högriskbruk av opioider i Europa skulle tyda på att totalt sett omkring hälften av dem får substitutionsbehandling, även om det finns skillnader mellan länderna (figur 3.4). I de länder där det finns data från 2007 eller 2008 för jämförelse ökade täckningen i allmänhet, utbudet är dock fortsatt lågt i vissa länder.

Metadon är det läkemedel som oftast förskrivs vid opioidsstitutionsbehandling, och används av omkring två tredjedelar (63 procent) av substitutionsklienterna i Europa. 35 procent av klienterna behandlas med läkemedel baserade på buprenorfin, som är det primära substitutionsläkemedlet i åtta länder (figur 3.5). Förskrivning av andra substanser såsom långtidsverkande morfin eller diacetylmorfin (heroin) är mindre vanligt. Uppskattningsvis används de av 2 procent av dem som får substitutionsbehandling i Europa. De flesta av dem som får substitutionsbehandling i Europa är över 35 år och har behandlats i över två år. Alternativa behandlingar för opioidanvändare finns i alla europeiska länder. I de 13 länder där det finns tillgängliga uppgifter får mellan 3 och 28 procent av alla behandlade opioidanvändare insatser som inte innefattar opioidsstitution.

Behandlingsresultat: kvalitetsstandarders roll

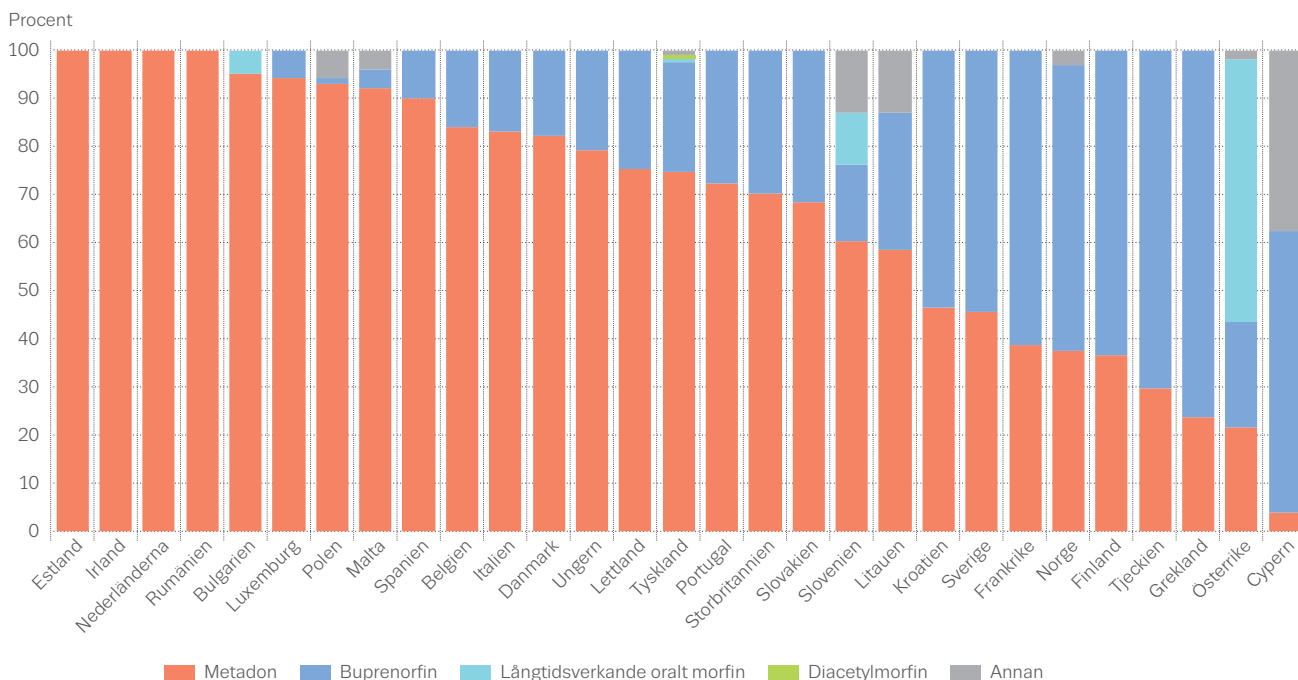
Det är viktigt att övervaka behandlingsresultatet för att förbättra klienternas behandling och bättre anpassa

åtgärderna till behoven. Inrättandet av resultatövervakning hindras dock av att det saknas avtal om behandlingsmål och lämpliga åtgärder för dessa. En nyligen utförd EMCDDA-granskning betonade den stora variationen i uppmätta resultat, och identifierade åtta olika resultatområden: "narkotikabruk", "brott", "hälsa", "behandlingsrelaterade" resultat, "förmåga till social funktion", "skador", "dödlighet" och "ekonomiska uppskattningar".

Användning av kvalitetsstandarder är ett annat sätt att säkerställa lämpligt genomförande av åtgärder och rekommendationer för praxis som finns i riktlinjerna. Samtidigt som genomförande med hjälp av normer vanligtvis sker på lokal nivå används internationella normer för att skapa samförstånd om allmänna principer för åtgärder. I EU:s minimikvalitetsstandarder om minskning av efterfrågan på narkotika, som antogs av rådet, fastställs till exempel principer som genomförs på nationell nivå på olika sätt.

FIGUR 3.5

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



Obs! Uppgifterna om Storbritannien täcker England, Wales och Nordirland.

KLIENTER I OPIOIDSUBSTITUTIONSBEHANDLING

Population

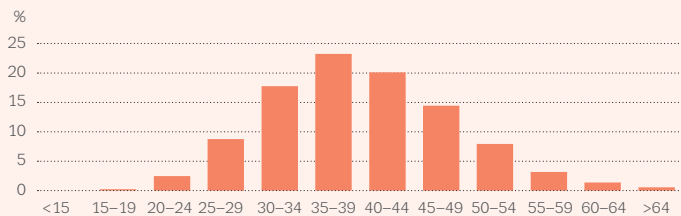
628 000 EU

636 000 EU + Norge

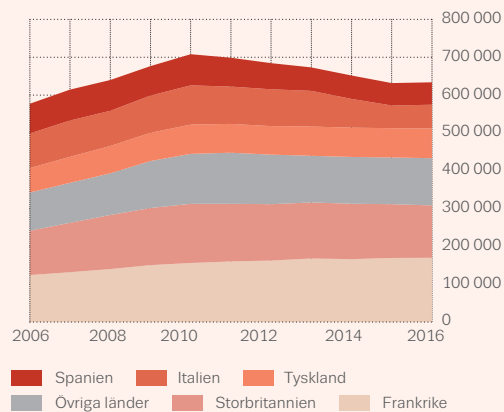
26% 74%



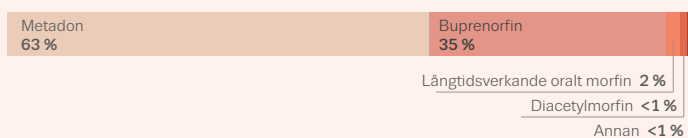
Åldersfördelning



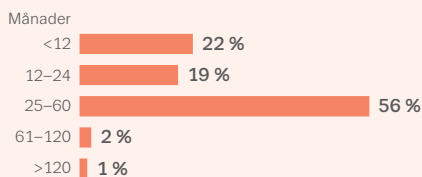
Trender i antal i substitutionsbehandling



Typ av läkemedel



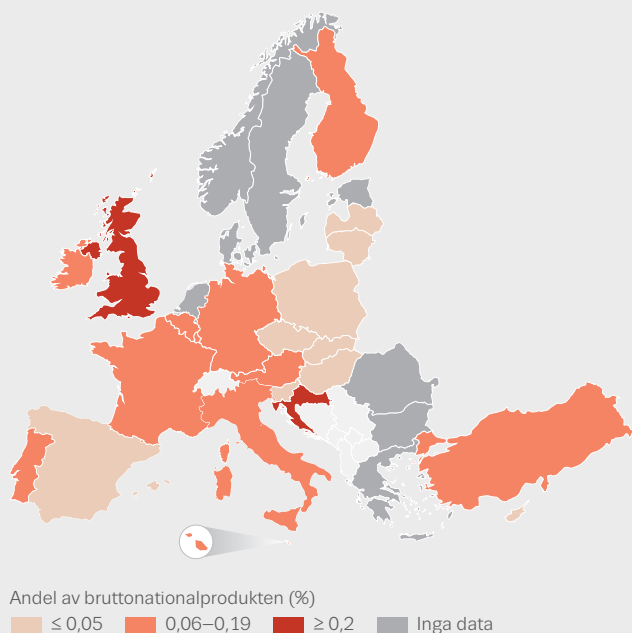
Behandlingslängd



Obs! Bara länder med data för minst 8 av de 11 åren ingår i trenddiagrammet. Saknade värden interpoleras från närliggande år.

FIGUR 3.6

De senaste uppskattningarna av narkotikarelaterade offentliga utgifter (procent av BNP)



Olika sätt att hantera narkotikaproblem: utgifter och kostnader

När man både tar fram och utvärderar den policy som förs är det viktigt att känna till kostnaderna för de narkotikarelaterade insatserna. Informationen om narkotikarelaterade offentliga utgifter i Europa är fortfarande både sparsam och heterogen, såväl lokalt som nationellt. Det senaste årtiondet har 22 länder genomfört fullständiga uppskattningar av narkotikarelaterade offentliga utgifter (figur 3.6). Uppskattningarna varierar mellan 0,01 procent och 0,5 procent av bruttonationalprodukten (BNP), där omkring hälften av uppskattningarna hamnar mellan 0,05 procent och 0,2 procent av BNP.

Utgifter för initiativ med syftet att minska efterfrågan som andel av den totala narkotikabudgeten skiljer sig stort mellan länderna och ligger på mellan 21 procent och 75 procent av de narkotikarelaterade offentliga utgifterna, enligt uppskattningar som rapporterats till EMCDDA det senaste årtiondet. Narkotikabehandling och andra hälsokostnader står för en stor andel av de beräknade utgifterna i samband med efterfrågeminskande åtgärder. Samtidigt som de nationella skillnaderna delvis beror på varierande åtgärder i strategi och utbudsalternativ, tillsammans med skillnader i narkotikaproblemen och

organisationen av offentliga tjänster, har också olika beräkningsmetoder stor inverkan på resultaten.

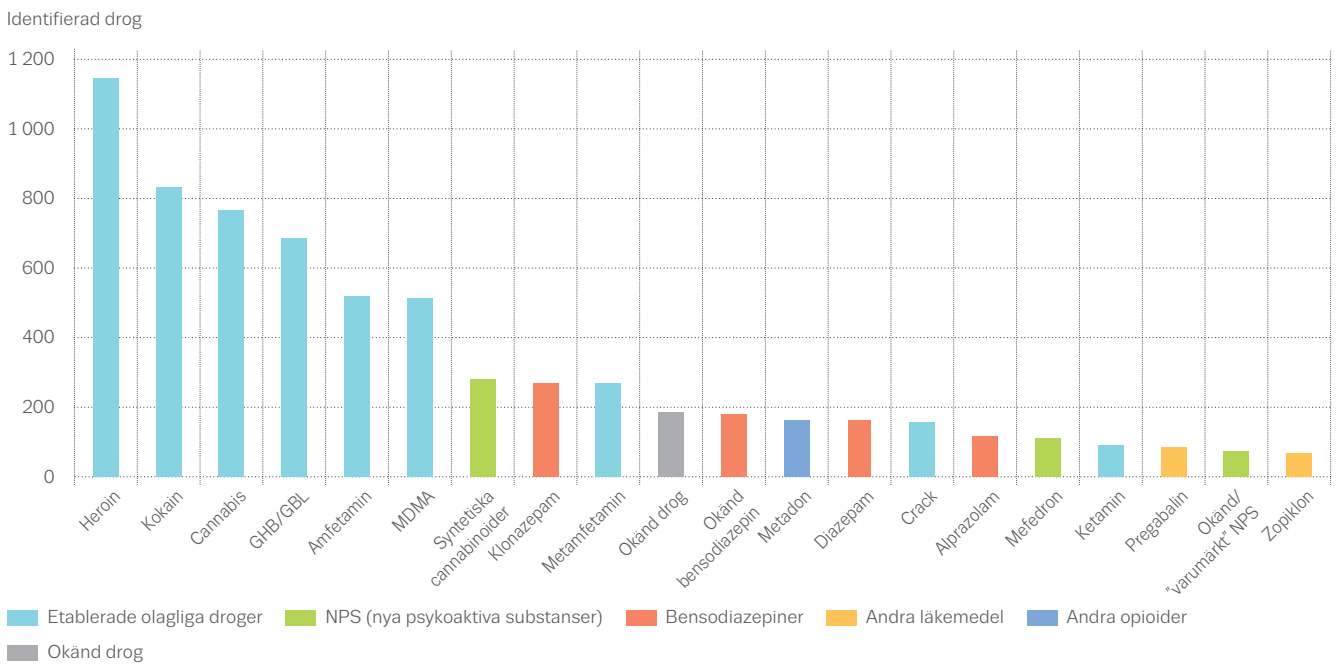
Akuta narkotikarelaterade skador: heroin och kokain dominerar

Data från sjukhusens akutvård kan ge en insikt i akuta narkotikarelaterade skador och öka vår förståelse av narkotikaanvändningens folkhälsokonsekvenser i Europa. Endast ett fåtal länder övervakar akuta narkotikavårdfall på nationell nivå. Bland dessa rapporterade Storbritannien och Litauen att heroinrelaterade akutfall ökade. Däremot rapporterades nedåtgående trender i heroinrelaterade akutfall av Danmark och Tjeckien. I Spanien stod kokain för nästan hälften av de narkotikarelaterade akutfallen under 2015. Denna andel håller på att stabiliseras efter en nedgång. Samtidigt har andelen akutvårdsfall i samband med cannabis fortsatt att öka. Slovenien rapporterar också en uppåtgående trend under 2016 för antalet akutfall i samband med kokain, amfetaminer och GHB. Under 2016 rapporterade kontrollregioner i Nederländerna 272 akutvårdsfall i samband med 4-fluoroamfetamin (4-FA), ett nytt centralstimulerande medel. De flesta av dessa fall gällde första hjälpen i nattlivsmiljöer, medan en tredjedel av de narkotikarelaterade ambulansutryckningarna var kopplade till användning av GHB.

Narkotikarelaterade fall av akut toxicitet på 19 (kontroll-) sjukhus i 13 europeiska länder övervakas av European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus). Medelåldern för de 4 874 fall som registrerades i projektet under 2016 var 32 år och merparten var män (77 procent). Nästan tre fjärdedelar av fallen kom till sjukhuset med ambulans. Majoriteten (78 procent) skrevs ut från sjukhuset inom 12 timmar. Ett fåtal fall (6 procent) skrevs in på intensivvårdsavdelning eller psykiatriavdelning (4 procent). Sammanlagt 22 dödsfall registrerades, varav 13 rörde opioider.

FIGUR 3.7

De 20 oftast registrerade drogerna vid akutmåvårdsfall på kontrollsjukhus 2016



Obs! Resultaten baseras på 4 874 akutmåvårdsfall på 19 kontrollplatser i 13 europeiska länder.
 Källa: European Drugs Emergencies Network (Euro-DEN plus).

I genomsnitt rapporterades 1,5 drog per fall (7 423 totalt). De vanligaste drogerna var heroin, kokain, cannabis, GHB/GBL, amfetamin och MDMA (figur 3.7). En femtedel (21 procent) av fallen omfattade missbruk av receptbelagda eller receptfria läkemedel (oftast opioider och bensodiazepiner), och 7 procent nya psykoaktiva substanser (jämfört med 9 procent 2015 och 6 procent 2014). Antalet fall relaterade till syntetiska katinoner gick kraftigt ned, från 400 fall 2014 till 160 under 2016, samtidigt som antalet fall relaterade till syntetiska katinoner ökade från 28 till 282. Ökningen av antalet fall som är relaterade till syntetiska cannabinoider styrs främst av centrumen i London och Polen.

Skillnader kan ses mellan olika platser gällande vilka droger som omfattas av akutmåvårdsfall. De kan spegla variationer i sjukhusens upptagningsområden och lokala användningsmönster. Akutmåvårdsfall i samband med heroin var till exempel vanligast i Dublin (Irland) och Oslo (Norge), medan fall relaterade till GHB/GBL, kokain och MDMA dominerade i London (Storbritannien).

Nya droger: starka och skadliga

Nya psykoaktiva substanser, däribland syntetiska opioider, syntetiska cannabinoider och syntetiska katinoner, har en rad allvarliga skadeverkningar i Europa och utgör en utmaning för narkotikapolitiken. Syntetiska opioider och syntetiska cannabinoider är två grupper av substanser som är särskilt oroande.

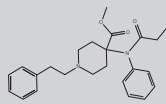
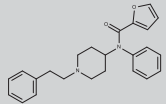
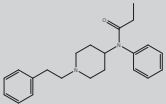
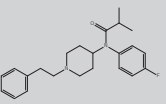
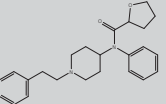
Även om de spelar en mindre roll på den europeiska narkotikamarknaden utgör nya opioider ett allvarligt hot mot både individen och folkhälsan. Särskilt oroande är fentanylderivaten, som utgör majoriteten av de nya opioider som övervakas av EMCDDA. Dessa substanser kan vara särskilt starka, och mycket små mängder kan orsaka livshotande förgiftning till följd av en snabb och allvarlig andningsdepression. Detta gör dem särskilt farliga, i synnerhet för användare som tror att de köper t.ex. heroin, annan olaglig narkotika eller smärtlindrande

läkemedel. Under dessa förhållanden kan man behöva undersöka om motgiftet naloxon borde finnas tillgängligt. Förutom den akuta risken för överdosering verkar fentanylderivat också ha beroendeframkallande effekter och kan skapa ett problematiskt bruk, vilket skulle kunna försämra folkhälsan och förvärra de sociala problem som ofta är förknippade med problematisk opioidanvändning.

Gemensamma undersökningar och riskbedömningar

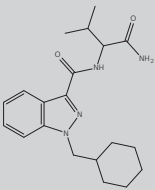
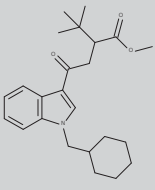
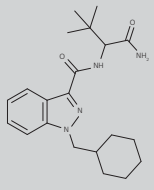
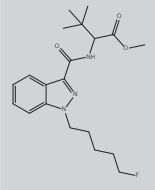
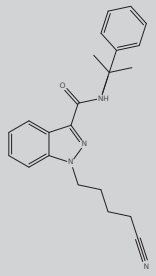
Med utgångspunkt i de två gemensamma undersökningarna om akryloylfentanyl och furanylfentanyl som EMCDDA och Europol utförde 2016, undersöktes fem ytterligare fentanylderivat under 2017 efter att dödsfall rapporterats genom EU:s system för tidig varning. Substanserna (4-fluoroisobutyrylfentanyl, tetrahydrofuranylfentanyl, karfentanil, metoxyacetylfentanyl, cyklopropylfentanyl) ingick i mer än 160 dödsfall, varav många tillskrevs direkt till dessa substanser. Totalt riskbedömdes dessutom fem av dessa sju substanser formellt av EMCDDA under 2017 (tabell 1), medan de återstående två substanserna ska bedömas 2018. Hittills har akryloylfentanyl och furanylfentanyl genomgått kontrollåtgärder på EU-nivå på grund av deras risker för folkhälsan i Europa.

Tabell 1. Centrala fynd från riskbedömningarna av fem fentanylderivat

Gängse benämning	Karfentanil	Furanylfentanyl	Akryloylfentanyl	4F-iBF (4-fluoroisobutyryl-fentanyl)	THF-F (tetrahydrofuranyl-fentanyl)
Kemisk struktur					
Formell rapportering till EU:s system för tidig varning	12 februari 2013	3 november 2015	7 juli 2016	26 augusti 2016	23 december 2016
Antal dödsfall	61	23	47	20	14
Antal länder där förknippade dödsfall inträffade	8	6	3	2	1
Antal beslag av brottsbekämpande myndigheter	801	143	162	24	53
Antal länder där det togs i beslag (EU, Turkiet och Norge)	7	14	5	4	1

Under 2017 undersöktes dessutom fyra syntetiska cannabinoider, vilket ledde till riskbedömningar (tabell 2). Substanserna (AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, CUMYL-4CN-BINACA) ingick i mer än 80 dödsfall. Dessa följer på MDMB-CHMICA, den första cannabinoiden som riskbedömdes av EMCDDA. Skälen bakom den allvarliga toxicitet som dessa substanser kan orsaka är bland annat deras höga styrka och de undermåliga tillverkningsrutinerna. Det finns belegg som tyder på att producenterna gissar sig fram till vilken mängd de ska lägga till när de tillverkar rökblandningar. De primitiva tillverknings teknikerna kanske inte heller fördelar substansen jämnt i produkten, varför vissa kan innehålla giftiga mängder av substansen och därmed öka risken för förgiftning.

Tabell 2. Centrala fynd från riskbedömningarna av fem syntetiska cannabinoider

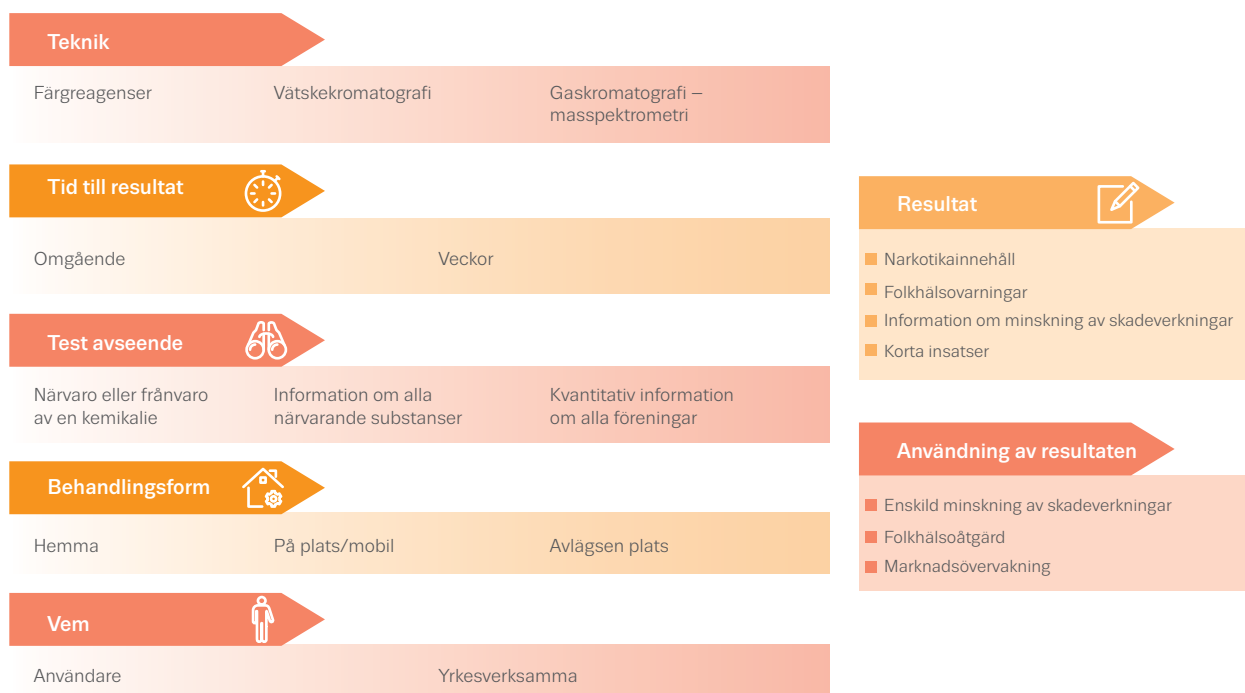
Gängse benämning	AB-CHMINACA	MDMB-CHMICA	ADB-CHMINACA	5F-MDMB-PINACA	CUMYL-4CN-BINACA
Kemisk struktur					
Formell rapportering till EU:s system för tidig varning	10 april 2014	12 september 2014	24 september 2014	8 januari 2015	4 mars 2016
Antal dödsfall	31	29	13	28	11
Antal länder där förknippade dödsfall inträffade	6	6	3	2	2
Antal beslag av brottsbekämpande myndigheter	6 422	> 3 600	3 794	1 986	2 461
Antal länder där det togs i beslag (EU, Turkiet och Norge)	26	25	19	27	12

Nya opioider utgör ett allvarligt hot mot både individen och folkhälsan



FIGUR 3.8

Exempel på narkotikakontrolltekniker och tillämpning



Analys och test av narkotika: tillgång i Europa

Aktörer som genomför test av narkotika kan analysera narkotikan åt användarna för att ge dem information om provets innehåll. Målet med dessa aktörers verksamhet varierar från skademinskning, genom att narkotikaanvändare får råd och information, till övervakning av befintliga och kommande narkotikatrender. I vissa länder är testning av narkotika en integrerad del av de nationella systemen för tidig varning, och stöder särskilt identifieringen och övervakningen av nya psykoaktiva substanser.

Aktörer som genomför test av narkotika finns i tio länder i EU. De varierar på många sätt, bland annat i placering, metoder, resultatens punktlighet, hur resultaten överlämnas och i vilket syfte (figur 3.8). Testtjänster kan vara baserade i fasta laboratorier eller mobila laboratorier, till exempel vid musikfestivaler och klubbar. De metoder som används varierar från självtestsatser som visar närvaron eller frånvaron av en viss drog eller ett visst psykoaktivt inblandningsämne, till sofistikerad utrustning som kan identifiera och kvantifiera många olika substanser. Tiden för att få resultaten kan också variera, från ett fåtal sekunder till några dagar.

Det är viktigt för de narkotikakontrollerande tjänsterna att resultaten överlämnas, och fynden åtföljs ofta av råd och kortvariga åtgärder. De använda kommunikationsmetoderna är folkhälsovarningar och

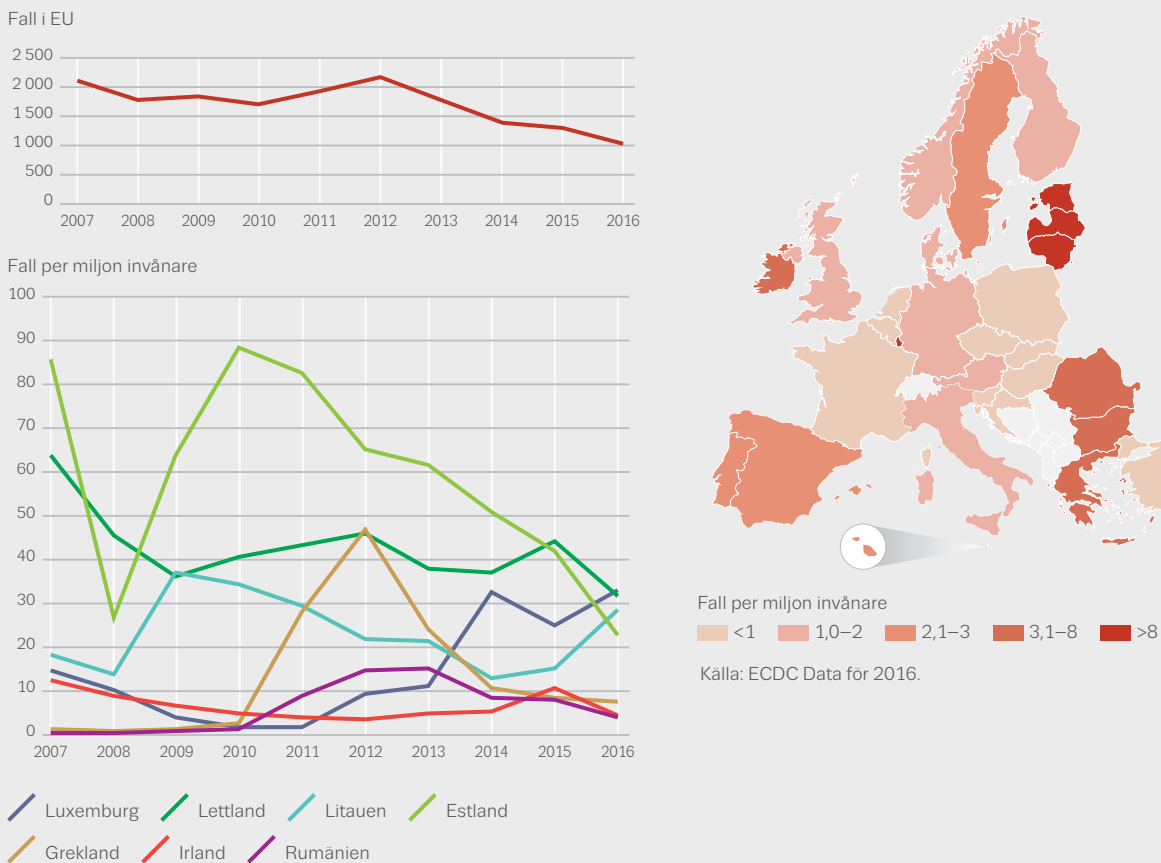
varningar till konsumenter, informationstavlor på danstillställningar, publicering av resultaten på nätet, eller resultat som överlämnas direkt till enskilda personer.

Kroniska drogrelaterade skador: hiv minskar men sen diagnos kvarstår

Personer som använder droger, särskilt de som injicerar dem, riskerar att ådra sig infektionssjukdomar genom att de delar injektionsverktyg med andra och genom oskyddat sex. Riskbeteende vid injektion av narkotika fortsätter att spela en central roll i överföringen av blodburna infektioner såsom hepatit C-virus (HCV) och i vissa länder även humant immunbristvirus (hiv). Under 2016 noterades 1 027 nya hivdiagnoser på grund av injektionsbruk i EU (figur 3.9), vilket utgör 5 procent av alla hivdiagnoser där överföringsvägen är känd. Andelen har varit låg och stabil under det senaste decenniet. Nya hivinfektioner bland personer som injicerar droger har minskat i de flesta länder i Europa. Totalt gick antalet ned med 51 procent mellan 2007 och 2016. Injektionsbruk är dock fortfarande en viktig överföringsväg i vissa länder: enligt de data som rapporterades till Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) under 2016 rapporterades injektionsbruk stå för över en fjärdedel av nydiagnostiserade fall av hiv i Litauen (47 procent), Luxemburg (29 procent) och Lettland (27 procent). Samtidigt som antalet nya hivinfektioner som rapporteras bero på injicering av narkotika fortsatte att minska

FIGUR 3.9

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



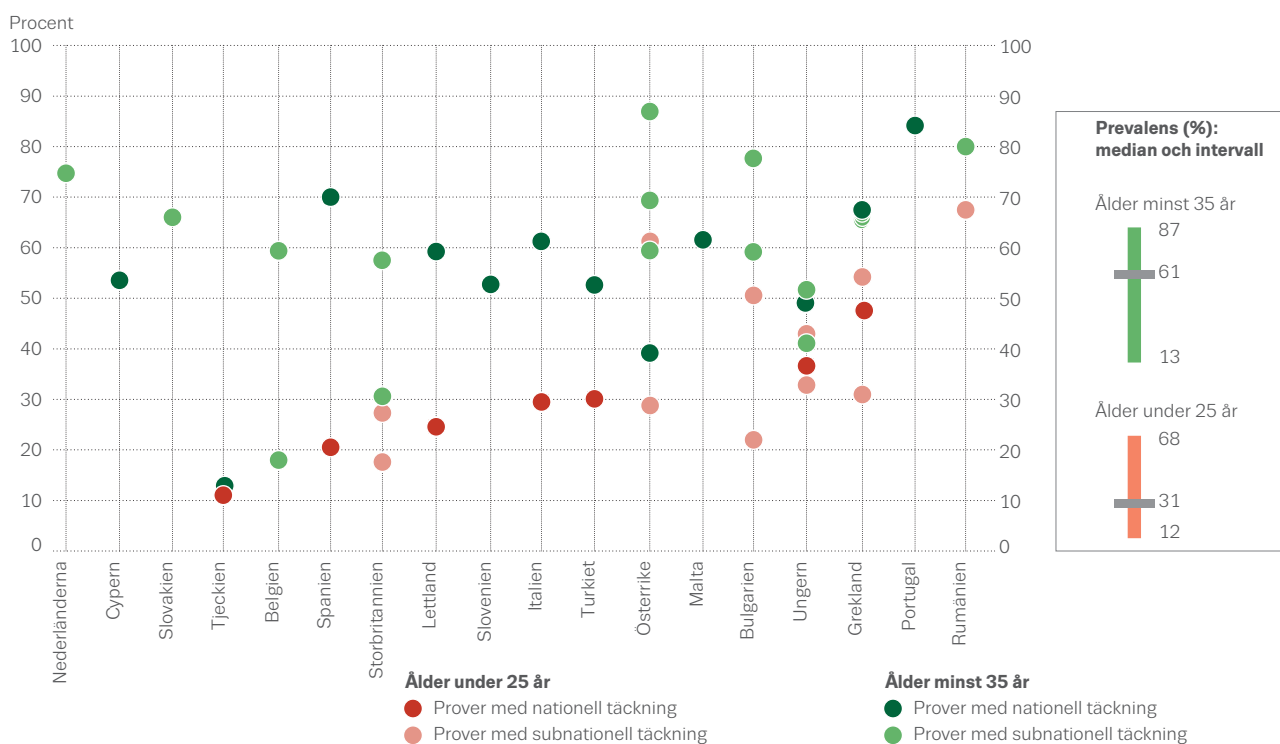
i Rumänien och i Grekland under 2016, ligger de fortfarande över de nivåer som rapporterades före utbrotten 2012.

De flesta länder rapporterade minskade antal injektionsrelaterade hivfall mellan 2015 och 2016, inräknat Irland och Storbritannien, som hade rapporterat ökning under 2015. I Irland och Storbritannien var detta delvis relaterat till lokala utbrott. Utbrotten som rapporterades i Luxemburg under 2014 har fortsatt under 2016, och ökad injicering av stimulantia tillsammans med en hög grad av marginalisering är en faktor för detta utbrott. Litauen rapporterade en kraftig ökning av antalet nya hivinfektioner bland personer som injicerar droger, med en nästan fördubbling från 44 till 83 fall 2016. Dessutom har injicering av stimulantia i ett sexuellt sammanhang (så kallad slamming) i små grupper av män som har sex med män kopplats till ökad risk för överföring av infektionen.

Under 2016 kunde 13 procent av de nyrapporterade aidsfallen i EU, där man kände till överföringsvägen, hänföras till injektionsbruk. De 422 rapporterade fallen utgör mindre än en fjärdedel av det antal som rapporterades för ett decennium sedan.

FIGUR 3.10

Prevalens för hepatit C-infektion bland personer som injicerar narkotika, efter ålder, 2015 till 2016



Obs! Urval mindre än 10 visas inte. Ländernas ordningsföljd följer under-25-uppgifterna.

Där det fanns information ställdes en sen diagnos på hälften av de nya hivdiagnoser som rapporterades bero på injektionsbruk i EU under 2016 – det vill säga när viruset redan börjat skada immunsystemet. I Grekland och Rumänien diagnostiserades två av tre nya injektionsrelaterade hivfall sent. 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, leder till minskad smittspridning och är särskilt viktig i grupper med högriskbeteenden, till exempel bland personer som injicerar narkotika. Genom tidig diagnos och insättning av antiretroviral behandling får den som smittats en normal förväntad livslängd.

HCV-prevalens: nationella skillnader

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 75–80 att utveckla en kronisk infektion. Detta får påtagliga långsiktiga följder eftersom kronisk HCV-infektion, ofta förvärrad av tungt alkoholbruk, leder till fler dödsfall och fall av svåra leversjukdomar, däribland skrumplever och cancer, i en åldrande population av personer med problematisk droganvändning.

Prevalensen av antikroppar mot HCV, som tyder på befintlig eller tidigare infektion, varierade mellan 15 och 82 procent i nationella urval av personer som injicerar droger under 2015–2016. Sex av de tretton länder som rapporterade nationella uppgifter redovisade nivåer över 50 procent. Av länderna med nationella trenduppgifter för perioden 2010–2016 rapporterades nedåtgående HCV-prevalens bland personer som injicerar narkotika i fyra länder, medan två rapporterade en ökning.

HCV är mer prevalent bland äldre personer som injicerar narkotika än bland deras yngre likar, vilket lyfter fram riskupbyggnaden över åren och den höga infektionsbelastningen i de äldre grupperna (figur 3.10)

Infektion med hepatit B-virus (HBV) förekommer mer sällan hos droganvändare än HCV-infektion. Om personen har HBV-tytanten visar det dock på en pågående infektion, som kan vara akut eller kronisk. I de sju länder som hade nationella data beräknades mellan 1,5 och 11 procent av personerna som injicerar droger vara smittade med HBV.

Injicering av narkotika är en riskfaktor för andra infektionssjukdomar och drogrelaterade kluster av hepatit A rapporterades i Tjeckien och Tyskland 2016. Kluster och enstaka fall av sårbotulism bland personer

som injicerar droger rapporterades också i Tyskland, Norge och Storbritannien.

Prevention av infektionssjukdomar: effektiva åtgärder

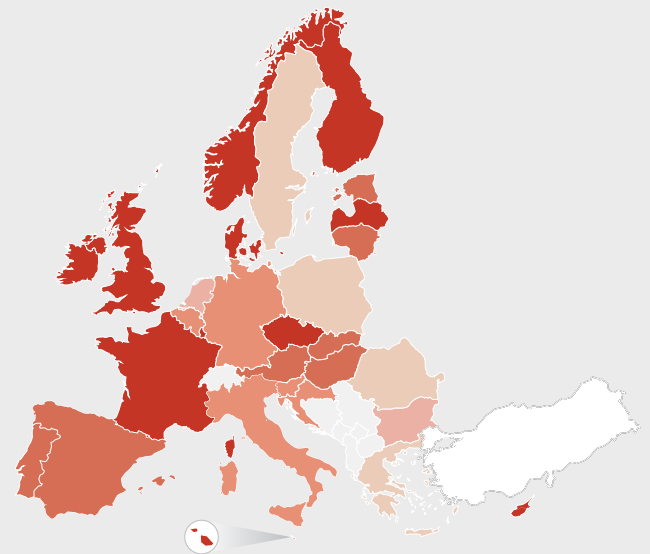
Rekommenderade åtgärder för att minska drogrelaterade infektionssjukdomar bland personer som injicerar narkotika är till exempel att tillhandahålla opioidsubstitutionsbehandling, dela ut sterila injektionsverktyg, vaccinationer, testning för infektionssjukdomar, erbjuda behandling för hepatit och hiv samt erbjuda hälsofrämjande insatser inriktade på ett säkrare injektionsbeteende och ett minskat sexuellt riskbeteende.

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 sprututbytesprogram minskar spridningen av hiv bland personer som injicerar droger. Alla de 30 länder som övervakas av EMCDDA, utom Turkiet, har särskilda utlämningsställen där rena injektionsverktyg lämnas ut kostnadsfritt. Den geografiska fördelningen av utlämningsställen för sprutor varierar emellertid kraftigt mellan länderna (se figur 3.11). Länderna skiljer sig också åt i vilken mån den tilltänkta populationen nås av denna insats (figur 3.12). Uppgifter om utdelning av sprutor via särskilda sprututbytesprogram finns för 25 länder, som sammantaget rapporterar att cirka 54 miljoner sprutor delades ut under det senaste år för vilket det finns uppgifter (2015/2016). Detta antal utgör en kraftig underskattning eftersom flera stora länder – däribland Frankrike, Tyskland, Italien och Storbritannien – inte rapporterar fullständiga nationella uppgifter om sprututbytesprogrammen.

De europeiska länderna rapporterar också utdelning av andra material genom specialiserade narkotikaenheter jämte kanyler och sprutor. Över hälften av länderna rapporterar till exempel skriftlig information om säkrare användning, kondomer, desinfektionsdukar och citronsyra. Utdelning av folie eller pipor för att möjliggöra och främja inhalering istället för injektion av droger rapporteras av åtta länder, medan gelatinkapslar delas ut i Tjeckien för att uppmuntra till oralt intag av metamfetamin (pervitin).

FIGUR 3.11

Geografisk tillgång till program för nål- och sprutbyte i EU, Norge och Turkiet



Procentandel territoriella enheter med ett eller fler utlämningsställen

0	<20	20–39	40–59	60–79	>80
---	-----	-------	-------	-------	-----

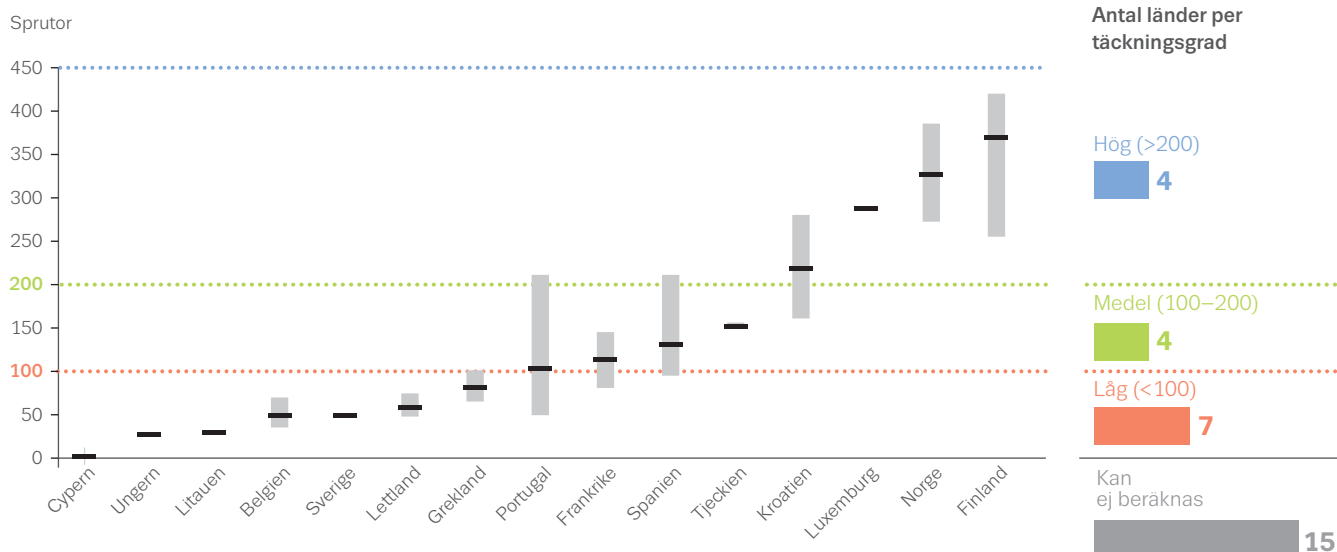
Obs! Bygger på Eurostat NUTS-3 territoriella enheter. Värdena för Spanien, Tyskland och Italien bygger på expertbedömningar. Geografisk tillgång kanske inte återspeglar den andel av målpopulation som nås av insatsen.

HCV-eliminering: tillgång till tester och behandling

EU:s minimikvalitetsstandarder förordrar tillhandahållandet av frivilliga tester för blodburna infektionssjukdomar parallellt med rådgivning för att motverka riskbeteenden samt hjälp att hantera sjukdom. Stigmatisering och marginalisering av dem som använder narkotika hindrar dock fortfarande många från att testa sig och få behandling. Det krävs innovativa metoder för att övervinna dessa utmaningar, särskilt mer utbredd användning av rådgivning och tester av utbildade leverantörer av kommunal vård och omsorg. All utvidgning av tester av infektionssjukdomar borde dessutom åtföljas av åtgärder för att säkerställa rätt tillhandahållande av behandling av infektioner.

FIGUR 3.12

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



Europeiska expertriktlinjer rekommenderar att HCV-behandling omedelbart övervägs för personer som löper stor risk för överföring av viruset – vilket omfattar personer som aktivt injicerar droger och internerade personer.

Nya effektiva, bättre tolererade, helt orala och interferonfria behandlingar med direktverkande antivirala medel kan bota tillståndet i 95 procent av fallen. Obegränsad tillgång till behandling är fortfarande sällsynt på grund av dessa läkemedels höga kostnader. I oktober 2017 hade vartannat land i Europa fastlagt sin strategi mot förebyggande och vård av hepatit i ett policydokument. De kliniska riktlinjerna i nio länder innefattade dock kriterier som begränsar tillgången till HCV-behandling för personer som använder droger (t.ex. med krav på avhållsamhet från narkotikaanvändning i 3–12 månader).

Åtgärder i fängelser: nationell tillgång skiljer sig åt

Personer i fängelse rapporterar högre livstidsprevalens och mer skadliga användningsmönster än den allmänna. Narkotikaåtgärder är därför särskilt viktiga på fängelser. Många interner har komplicerade hälsovårdsbehov och en bedömning av narkotikabruk och drogrelaterade problem är därför i många länder en del av hälsoundersökningen vid inskrivningen på anstalt. Analys av data om

prevalensen av hiv och HCV bland personer som injicerar narkotika från 17 europeiska länder, för 2006–2017, visade att prevalensen av dessa infektioner var signifikant högre bland personer som tidigare internerats i de flesta länder: 10 av 17 länder vad gäller hiv och 14 av 17 vad gäller HCV.

Tester av infektionssjukdomar (hiv, HBV, HCV och tuberkulos) är tillgängliga i fängelser i de flesta länder, även om dessa kan vara begränsade till tester vid inskrivningen eller bara av symtomatiska individer. Behandling av hepatit C rapporteras bara i 11 länder. Vaccinationsprogram mot hepatit B finns enligt rapporter i 16 länder. Mindre vanligt förekommande är tillhandahållandet av ren injektionsutrustning. Förekomsten av sprutprogram i denna miljö rapporteras av fem länder, varav endast tre rapporterar faktiskt genomförande av insatsen.

Två viktiga principer för genomförandet av hälso- och sjukvårdsåtgärder på fängelserna är att de ska motsvara åtgärderna ute i samhället och att det ska finnas en vårdkontinuitet även efter frigivningen. I 28 länder kan opioidsstitutionsbehandling tillhandahållas i fängelser, men täckningen är låg i de flesta länder. Åtgärder som erbjuds interner är t.ex. avgiftning, enskild rådgivning och i grupp, behandling i terapeutiska samhällen och i särskilda

slutenvårdsavdelningar. Nästan alla länder rapporterar tillgång till minst ett av dessa behandlingsalternativ. De flesta 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 från dessa. Förberedelser inför frigivningen och återintegrering i samhället sker i de flesta länder. Program för att förhindra risk för överdosering av droger, särskilt hög hos dem som injicerar opioider direkt efter frigivning från fängelset, rapporteras i fem länder och omfattar utbildning och information och utdelning av naloxon vid frigivningen.

Dödsfall på grund av överdos: stiger bland personer med problematiskt narkotikabruk

Narkotikaanvändning är en känd orsak till dödsfall bland vuxna i Europa som hade kunnat undvikas. Kohortstudier bland användare med problematiskt bruk av droger visar en total dödlighetsfrekvens på 1–2 procent per år. Generellt löper opioidanvändare i Europa fem till tio gånger högre risk att dö än andra personer i samma ålder och av samma kön. Den ökade dödligheten bland opioidanvändare beror främst på överdoser, men det finns även andra dödsorsaker som indirekt kan kopplas till narkotikaanvändning, till exempel infektioner, olyckor, våld

och självmord. Dålig hälsa, karakteriserad av ett flertal samtidiga och sammanhängande tillstånd, är vanligt. Kroniska lung- och leversjukdomar samt hjärt-kärlproblem är vanliga och står för en ökad andel dödsfall bland äldre personer med problematiskt substansbruk.

Överdoser är fortfarande den huvudsakliga dödsorsaken bland personer med högriskanvändning av droger i Europa, och mer än tre fjärdedelar av dem som dör till följd av överdos är män (79 procent). Data om överdoser, särskilt den totala summan för Europa, måste tolkas med försiktighet. Detta beror bland annat på en systematisk underrapportering från vissa länder och registreringsprocesser som leder till försenade rapporter. De årliga beräkningarna utgör därför ett preliminärt minimivärde.

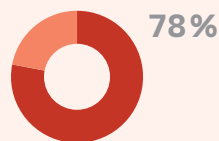
DROGRELATERADE DÖDSFALL

Egenskaper

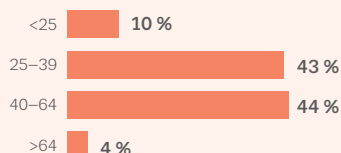


Genomsnittsålder vid dödsfall **39** år

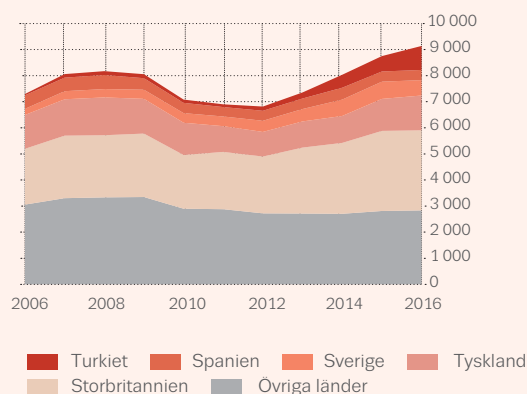
Dödsfall med opioider närvarande



Ålder vid dödsfallet



Trender för dödsfall på grund av överdos



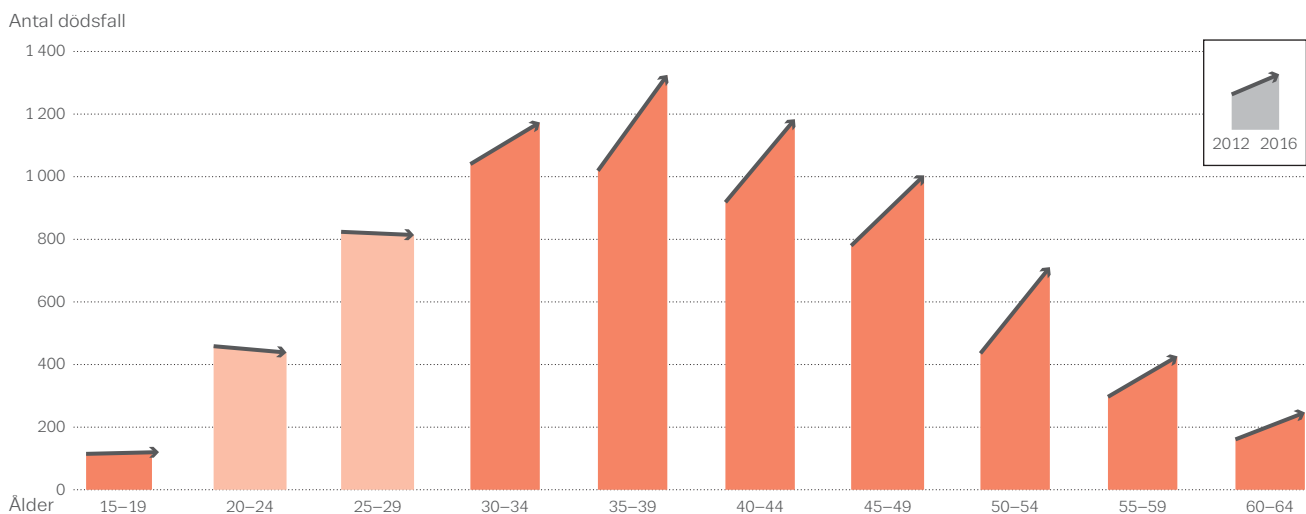
Antal dödsfall

7 929 EU  9 138 EU + 2

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

FIGUR 3.13

Antal drogrelaterade dödsfall rapporterade i Europeiska unionen under 2012 och 2016 eller senaste året, per åldersgrupp



Under 2016 beräknas minst 7 929 dödsfall på grund av överdos ha inträffat i EU, där en eller fler olagliga droger var inblandade. Siffran stiger till 9 138 dödsfall om Norge och Turkiet räknas in, vilket är en 4-procentig ökning jämfört med den reviderade siffran för 2015, som var 8 749. Situationen i EU är totalt sett stabil jämfört med 2015. Precis som tidigare år står Storbritannien (34 procent) och Tyskland (15 procent) tillsammans för ungefär hälften av det totala antalet i Europa. Det beror delvis på riskpopulationens storlek i dessa länder, men även på underrapportering från en del andra länder. Om man fokuserar på länder med relativt tillförlitliga rapporteringssystem och med data tillgängliga för 2016, sågs ökning av antalet överdosdödsfall i Estland och Tyskland. I Nederländerna är det ännu inte klart om den stora ökningen av rapporterade överdosdödsfall (upp med 91 jämfört med 2014) var en verklig ökning av antalet drogrelaterade dödsfall eller en följd av andra orsaker, t.ex. ändrad registrering. I Storbritannien rapporterades en ökning 2015, med 13 procent fler dödsfall än 2014 och 21 procent fler än 2013. Preliminära data tyder på att denna ökning fortsatte under 2016. Den tydliga uppåtgående trend som observerats i Sverige under flera år vände under 2016. Turkiet fortsätter att rapportera stora ökning, där antalet för 2016 är nästan dubbelt så stort

som under 2014, men detta verkar till stora delar styras av en förbättrad insamling och rapportering av data.

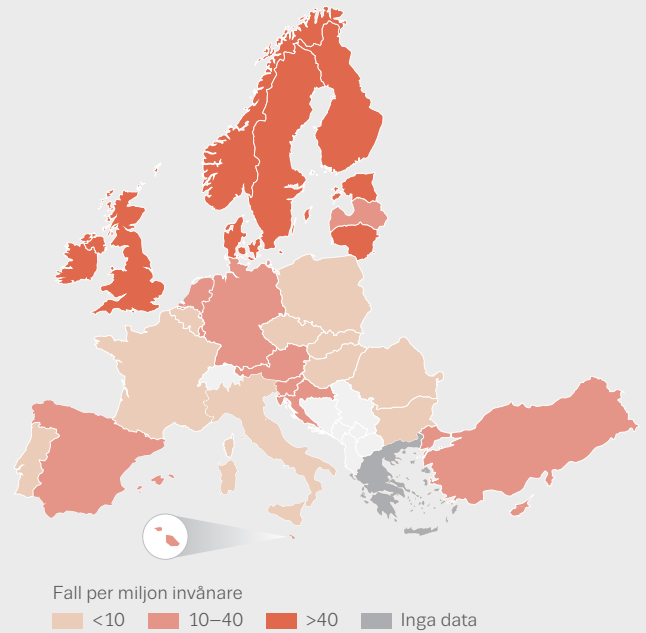
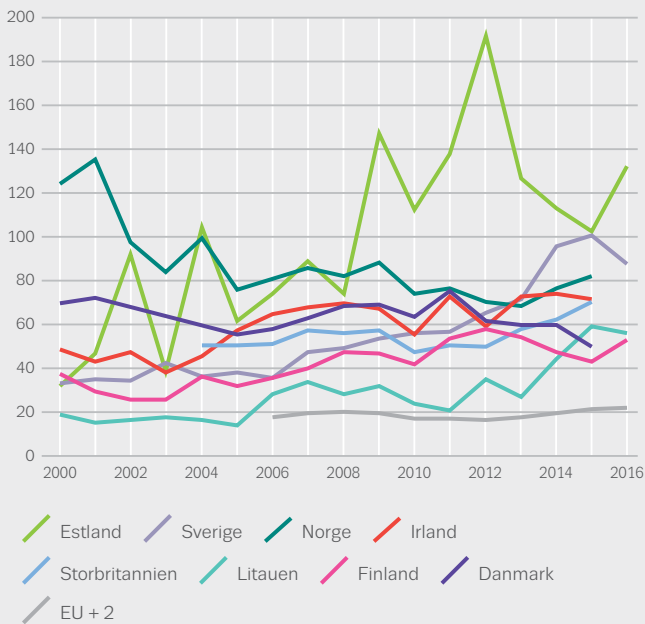
Ökningen av det rapporterade antalet överdosdödsfall i äldre åldersgrupper speglar Europas åldrande population av opioidanvändare, som löper störst risk för att dö av narkotikaöverdos. Mellan 2012 och 2016 ökade antalet överdosdödsfall i EU i alla ålderskategorier över 30 år (figur 3.13). Dödsfallen bland 50+-åldersgrupperna ökade med 55 procent totalt, jämfört med en 25-procentig ökning av antalet dödsfall bland dem i åldern 30-49 år. Antalen överdosdödsfall bland yngre åldersgrupper har varit totalt sett stabila i Europeiska unionen. En analys av dödliga överdoser som rapporterades av Turkiet 2016 visar en yngre profil än den för Europeiska unionen, med en medelålder på 31 år (jämfört med 39 år), och där en tredjedel av fallen var yngre än 25 år

Överdos är fortfarande den huvudsakliga dödsorsaken bland personer med problematiskt narkotikabruk

FIGUR 3.14

Narkotikorelaterad 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 värden under 2016 eller 2015 samt total trend i Europa. EU + 2 avser EU:s medlemsstater, Turkiet och Norge.

Drogrelaterad dödlighet: de högsta siffrorna rapporteras i norra Europa

För 2016 uppskattades dödligheten på grund av överdos i Europa till 21,8 dödsfall per miljon invånare i åldern 15–64 år. Frekvensen bland män (34,7 fall per miljon män) är nästan fyra gånger högre än bland kvinnor (8,9 fall per miljon kvinnor). Dödlighetstalen på grund av överdos är högst i åldern 35–39 för män, med 57,4 dödsfall per miljon, och i åldern 40–44 för kvinnor, med 12,4 dödsfall per miljon. Medelåldern vid dödsfallet är emellertid 39 år för både män och kvinnor. Nationella dödlighetstal och trender varierar kraftigt (figur 3.14) och påverkas av faktorer som prevalens och mönster för narkotikaanvändning samt nationell praxis för rapportering, registrering av uppgifter och kodning av överdosfall, inräknat varierande nivåer av underrapportering, i den nationella databasen över dödsfall. Enligt de senaste uppgifterna rapporterades över 40 dödsfall per miljon invånare i åtta länder i norra Europa. De högsta siffrorna rapporterades från Estland (132 per miljon), Sverige (88 per miljon), Norge (81 per miljon), Irland (70 per miljon) och Storbritannien (70 per miljon) (figur 3.14).

Dödliga överdoser: opioidrelaterade dödsfall dominerar

Heroin eller metaboliter av heroin, 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 heroinrelaterade dödsfall i Europa, särskilt i Storbritannien, där någon form av opioid ingick i de flesta av dödsfallen på grund av överdos (87 procent). I England och Wales omnämndes till exempel heroin eller morfin i 1 177 dödsfall under 2015, vilket är en 18-procentig ökning från föregående år och en 44-procentig ökning från 2013. Dödlighet på grund av heroin eller morfin ökade även i Skottland (Storbritannien), där 473 sådana dödsfall registrerades under 2016, vilket är en 37-procentig ökning från föregående år. I Frankrike omnämndes heroin i 30 procent av överdosdödsfallen 2015, jämfört med 15 procent 2012. Även andra opioider återkommer regelbundet i toxikologirapporterna. Dessa substanser, främst metadon men även buprenorfin (Finland), fentanyl och dess derivat (särskilt i Estland) och tramadol, förekommer i samband med en stor andel av dödliga överdoser i vissa länder.

Stimulantia som kokain, amfetaminer, MDMA och katinoner är inblandade i ett lägre antal dödsfall på grund av överdos i Europa, men deras betydelse varierar från land till land. I Storbritannien (England och Wales) ökade antalet dödsfall på grund av kokain från 169 år 2013 till 340 år 2015. Många av dessa antas dock vara

heroinöverdoser bland personer som även använde crack. I Turkiet var dödsfallen som var kopplade till stimulantia 2015 i 100 fall relaterade till kokain, i 98 fall till amfetaminer och i 252 fall till MDMA. Turkiet rapporterade även en stor ökning av antalet dödsfall relaterade till syntetiska cannabinoider: från 137 år 2015 till 373 år 2016. I Storbritannien fortsätter antalet dödsfall på grund av nya psykoaktiva substanser att vara relativt lågt, men har ökat sedan 2010, särskilt i Skottland.

Överdoser och narkotikarelaterade dödsfall: förebyggande insatser

Att minska sjuklighet och dödlighet på grund av överdos är en stor utmaning för folkhälsopolitiken i Europa. 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 3.15). Att bedöma överdosrisken hos personer som använder droger och öka deras överdosmedvetenhet, i kombination med tillhandahållandet av effektiv narkotikabehandling, hjälper till att förhindra överdoser. Perioder av ökad risk, t.ex. frigivning från fängelse och utskrivning eller avhopp från behandling, kräver särskild uppmärksamhet. Insatser som övervakade konsumtionsrum samt program för naloxonutdelning är starkt riktade insatser som avser att förbättra sannolikheten att överleva en överdos.

FIGUR 3.15

Viktiga strategier för att minska opioidrelaterade dödsfall

Minska dödsfallen till följd av överdos

Minska risken för överdos

Minska sårbarheten



Konsumtionsrum är platser där narkotikaanvändare kan bruka 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. Dessa inrättningar ger vanligtvis tillgång till ett brett utbud av medicinska och sociala tjänster, liksom remittering till narkotikabehandling, och kan dra till sig grupper av droganvändare som är svåra att nå. Enskilda inrättningar övervakar stora konsumtionstal, som annars skulle ha skett på gatan eller under andra riskförhållanden. Det finns allt fler belägg för deras nytta, i vilka ingår minskat riskbeteende, minskad dödlighet på grund av överdos och överföring av infektioner, samt att narkotikaanvändare får ökad tillgång till behandling och andra relaterade tjänster inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Samtidigt kan de hjälpa till att minska offentlig narkotikaanvändning och förbättra allmänhetens upplevelse i de områden som omger städernas narkotikamarknader. Sådana inrättningar finns nu i 56 städer i sex EU-länder samt Norge; totalt 78 inrättningar. I Tyskland, där sådana inrättningar har funnits sedan tidigt 1990-tal, har de rättsliga bestämmelserna nyligen ändrats för att göra det möjligt för dem att övervaka även användningstyper av lägre risk, såsom att sniffa, röka och inhalera. Dessutom har två av Tysklands 16 delstater börjat tillåta att de används av personer i substitutionsbehandling.

| Naloxon: utdelningsprogram

Naloxon är en opioidantagonist som kan häva en opioidöverdos. Det används i sjukhusens akutavdelningar, av ambulanspersonal och personal vid andra tjänster som är i regelbunden kontakt med narkotikaanvändare. På senare år har program för naloxonutdelning blivit allt vanligare, vilket gör läkemedlet tillgängligt för opioidanvändare, deras partner, vänner och familjer, som också utbildas i hur man känner igen och hanterar en överdos. År 2017 fanns det 16 program för naloxonutdelning i 10 europeiska länder. En [systematisk granskning](#) av naloxonutdelningens effektivitet visade att naloxonutdelning i kombination med utbildnings- och

träningsinsatser minskar den överdosrelaterade dödligheten. Detta kan vara till särskild nytta för vissa befolkningsgrupper med förhöjd risk för överdos, till exempel nyligen frigivna interner. Fängelseinterner ingår i programmen för naloxonutdelning i Estland, Frankrike och Storbritannien, och en fängelsebaserad naloxonutdelning ska starta i Norge 2018.

De flesta naloxonkit som delas ut av behandlingsenheter och hälso- och sjukvårdssystemet innehåller antingen generiskt injicerbart naloxon (0,4 eller 1 mg/1 ml) i ampuller eller förfyllda sprutor. En mer koncentrerad nasal form av läkemedlet (0,9 mg/0,1 ml), som använts på försök sedan 2016, beviljades godkännande för försäljning i Frankrike 2017, vilket underlättar dess bredare användning. I november 2017 godkände Europeiska kommissionen en nässprej för saluföring inom EU samt i Norge, Island och Liechtenstein. Sprejen levererar 1,8 mg naloxon i en lösning om 0,1 ml.



Att minska sjuklighet och dödlighet på grund av överdos är en stor utmaning för folkhälsopolitiken

MER INFORMATION

EMCDDA:s publikationer

2018

Country Drug Reports 2018.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical report.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs (update).

2017

Health and social responses to drug problems: a European guide.

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.

Report of the risk assessment on acryloylfentanyl, Risk assessments.

Report of the risk assessment on furanfentanyl, Risk assessments.

Report on the risk assessment of MDMB-CHMICA, Risk assessments.

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.

The EU drugs strategy (2013–20) and its action plan (2013–16), Perspectives on Drugs.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

2014

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspectives on Drugs.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Perspectives on Drugs.

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

Treatment for cocaine dependence: reviewing current evidence, Perspectives on Drugs.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Gemensamma publikationer från EMCDDA och ECDC

2017

Systematic review on active case finding of communicable diseases in prison settings.

2015

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

2012

HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania.

Alla publikationer finns på 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 2018](#), som innehåller kommentarer och metadata. Vilket år uppgifterna avser anges i tabellerna.

TABELL A1

OPIOIDER

Land	Uppskattad problematisk opioidanvändning		Klienter som inledde behandling under året						Klienter i substitutionsbehandling
			Opioidklienter som % av klienter som inledde 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	–	–	25 (2625)	9,4 (366)	34,3 (2114)	14,1 (331)	10,1 (35)	14,3 (272)	16 560
Bulgarien	–	–	73,5 (1261)	52,5 (93)	92,7 (531)	68,2 (542)	56,5 (52)	67,6 (356)	3 338
Tjeckien	2016	1,7–1,9	17 (1720)	7 (333)	25,9 (1387)	82,6 (1412)	79,8 (264)	83,2 (1148)	5 000
Danmark	–	–	12,7 (543)	6,7 (134)	18,5 (396)	22,4 (103)	3,3 (4)	29,9 (99)	7 050
Tyskland	2015	2,6–3,0	31,9 (27 702)	13,5 (3 614)	40,1 (24 088)	31,3 (9 956)	29,6 (1 546)	31,6 (8 410)	78 500
Estland	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 248
Irland	2014	6,1–7,0	46,9 (4 202)	26,9 (947)	60,5 (3 070)	34,2 (1 375)	24,6 (229)	37,4 (1 100)	10 087
Grekland	2016	2,1–2,9	66,4 (2 833)	48,1 (833)	78,8 (1 986)	29,3 (824)	28 (232)	29,8 (589)	9 851
Spanien	2015	1,6–3,0	25,7 (12 146)	11,5 (2 727)	42,2 (8 239)	12,7 (1 456)	7,1 (191)	14,4 (1 146)	59 264
Frankrike	2015	4,4–6,9	26,1 (12 111)	12,3 (1 830)	44,6 (7 640)	17,6 (1 830)	11,5 (193)	20,1 (1 325)	169 750
Kroatien	2015	2,5–4,0	–	22,1 (170)	–	–	37,7 (61)	–	4 256
Italien	2015	4,6–5,9	48,5 (23 556)	33,3 (7 190)	60,7 (16 366)	47,5 (9 654)	35,6 (2 103)	52,3 (7 551)	62 868
Cypern	2016	1,5–2,2	24,3 (212)	10,7 (49)	44,3 (132)	53,8 (112)	54,2 (26)	55,8 (72)	229
Lettland	2016	4,1–5,9	50,6 (445)	29,4 (136)	74,3 (309)	91,7 (399)	85,6 (113)	94,4 (286)	647
Litauen	2016	2,7–6,5	86,4 (2 059)	53,4 (175)	92,1 (1 877)	85 (1 746)	83,4 (146)	83,9 (146)	1 231
Luxemburg	2015	4,46	48,7 (129)	15,4 (10)	55,2 (80)	46,4 (58)	55,6 (5)	52,6 (41)	1 085
Ungern	2010–11	0,4–0,5	4,8 (198)	1,6 (44)	13,5 (146)	46,5 (87)	42,9 (18)	48,6 (69)	669
Malta	2016	5,1–6,0	71,7 (1 290)	27,4 (72)	79,3 (1 218)	61,1 (738)	47,7 (21)	61,7 (717)	1 030
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)	7 421
Österrike	2015	5,3–5,6	51,3 (1 884)	32,1 (515)	66 (1 369)	36,7 (502)	22 (78)	41,9 (424)	18 222
Polen	2014	0,4–0,7	17,3 (1 151)	6,3 (192)	27,8 (951)	57,9 (658)	30,4 (58)	63,7 (598)	2 564
Portugal	2015	3,8–7,6	43,5 (1 198)	26,5 (459)	72,1 (739)	17,8 (194)	15,4 (61)	19,1 (133)	16 368
Rumänien	2016	1,1–1,8	27,2 (963)	12,9 (312)	58,7 (650)	88,9 (855)	80,8 (252)	92,9 (603)	1 480
Slovenien	2016	3,2–3,9	82,2 (221)	55,3 (26)	88,2 (195)	52 (115)	23,1 (6)	55,9 (109)	3 042
Slovakien	–	–	28,6 (869)	13,5 (181)	42,1 (672)	71,4 (609)	42,5 (76)	79,5 (527)	642
Finland	2012	3,8–4,5	47,8 (317)	27,2 (67)	60 (250)	73,2 (230)	68,2 (45)	74,6 (185)	3 329
Sverige (¹)	–	–	23,7 (8 602)	15,6 (1 976)	28,1 (6 626)	–	–	–	4 136
Storbritannien	2010–11	7,9–8,4	49,6 (57 673)	22,4 (8 591)	63 (48 936)	31,1 (12 428)	16,4 (827)	33,2 (11 555)	138 422
Turkiet	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	–
Norge (²)	2013	2,0–4,2	18,1 (1 033)	12,6 (343)	23 (690)	–	–	–	7 554
Europeiska unionen	–	–	36,1 (167 443)	17,9 (31 520)	49,1 (130 977)	33,8 (46 440)	26,2 (6 709)	35,3 (37 608)	628 289
EU, Turkiet och Norge	–	–	36,8 (176 549)	19,2 (35 490)	49,5 (136 113)	33,3 (48 434)	24,9 (7 270)	35,2 (39 041)	635 843

Uppgifterna om klienter som inledde behandling avser 2016, eller senast tillgängliga år: Tjeckien, 2014; Danmark, Spanien, Nederländerna och Turkiet, 2015. Uppgifterna om klienter i substitutionsbehandling avser 2016, eller senast tillgängliga år: Danmark, Spanien, Ungern, Polen och Finland, 2015; Nederländerna, 2014; Turkiet, 2011. Antalet för Sverige utgör inte alla klienter.

(¹) Data för klienter som inledde behandling avser endast sjukhusbaserad vård och specialiserade öppenvårdsinrättningar.

(²) 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			Skol- ungdomar	Kokainklienter som % av klienter som inleder behandling			% av kokainklienterna som injicerar (huvudsaklig administreringsväg)		
	Under- sök.n.år	Någon gång i livet, vuxna (15–64)	Senaste 12 mån., yngre vuxna (15–34)	Någon gång i livet, elever (15–16)	Alla klienter	Första- gångsklien- ter	Klienter som behandlats tidigare	Alla klienter	Första- gångsklien- ter	Klienter som behandlats tidigare
	%	%	%	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)	
Belgien	2013	–	0,9	2	21,7 (2 277)	21,8 (851)	21,0 (1 299)	4,7 (95)	1,1 (8)	7,1 (80)
Bulgarien	2016	0,9	0,5	5	2 (34)	5,1 (9)	0,7 (4)	6,7 (1)	0 (0)	0 (0)
Tjeckien	2016	1,4	0,7	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danmark (¹)	2017	6,4	3,9	2	7,1 (306)	7,2 (144)	7,4 (158)	3,3 (8)	1,7 (2)	5 (6)
Tyskland (²)	2015	3,8	1,2	3	6,7 (5 855)	6,4 (1 713)	6,9 (4 142)	14,3 (2 376)	7 (301)	16,9 (2 075)
Estland	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Irland	2015	7,8	2,9	3	12,2 (1 096)	16,1 (565)	9,9 (502)	1,3 (14)	0,2 (1)	2,2 (11)
Grekland (²)	2015	1,3	0,6	1	6,8 (292)	8,8 (152)	5,5 (139)	10,7 (31)	2 (3)	20,3 (28)
Spanien	2015	9,1	3,0	3	36,6 (17 327)	35,5 (8 445)	37,1 (7 248)	1 (167)	0,4 (30)	1,6 (116)
Frankrike	2014	5,4	2,4	4	6,7 (3 108)	5,9 (878)	8,3 (1 418)	8,5 (243)	2,6 (21)	13,7 (178)
Kroatien	2015	2,7	1,6	2	–	2,9 (22)	–	–	–	–
Italien	2017	6,8	1,9	3	29,2 (14 197)	34,3 (7 417)	25,1 (6 780)	2,9 (394)	2,2 (154)	3,7 (240)
Cypern	2016	1,4	0,4	3	12,7 (111)	11,8 (54)	16,4 (49)	2,8 (3)	0 (0)	6,1 (3)
Lettland	2015	1,5	1,2	2	0,7 (6)	1,1 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litauen	2016	0,7	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,4 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Luxemburg	2014	2,5	0,6	3	17 (45)	12,3 (8)	19,3 (28)	39,5 (17)	14,3 (1)	46,4 (13)
Ungern (²)	2015	1,2	0,9	2	2,7 (112)	3 (83)	1,8 (20)	1,8 (2)	0 (0)	10 (2)
Malta	2013	0,5	–	3	14,6 (263)	34,2 (90)	11,3 (173)	10,7 (28)	3,3 (3)	14,6 (25)
Nederländerna	2016	5,9	3,7	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	8,5 (311)	11,2 (180)	6,3 (131)	6,5 (19)	1,7 (3)	13,6 (16)
Polen	2014	1,3	0,4	4	2,3 (155)	2,4 (73)	2,3 (77)	0,7 (1)	0 (0)	1,3 (1)
Portugal	2016	1,2	0,3	2	13,3 (366)	15,7 (272)	9,2 (94)	4,3 (14)	3,8 (9)	5,9 (5)
Rumänien	2016	0,7	0,2	3	1 (36)	1,3 (31)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenien	2012	2,1	1,2	2	6,3 (17)	14,9 (7)	4,5 (10)	11,8 (2)	–	20 (2)
Slovakien	2015	0,7	0,3	2	1,2 (36)	2,1 (28)	0,4 (7)	9,7 (3)	8,3 (2)	14,3 (1)
Finland	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	– (0)	– (0)	– (0)
Sverige (¹,³)	2013	–	1,2	1	1,2 (438)	2,4 (300)	0,6 (138)	–	–	–
Storbritannien (¹,⁴)	2016	9,7	4,0	2	15,5 (18 008)	19,5 (7 492)	13,5 (10 490)	1,4 (174)	0,5 (28)	2,1 (141)
Turkiet	–	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norge (¹)	2016	3,8	1,3	1	1,2 (66)	1,7 (45)	0,7 (21)	–	–	–
Europeiska unionen	–	5,1	1,9	–	14,5 (67 113)	17,1 (30 195)	12,8 (34 253)	5,3 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)
EU, Turkiet och Norge	–	–	–	–	14 (67 377)	16,4 (30 319)	12,5 (34 393)	5,2 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)

Beräknad prevalens för skolpopulationen har hämtats från Espad-enkäten 2015, utom för Belgien (2016; endast Flandern), Spanien (2016), Tyskland (2011), Italien (2016), Luxemburg (2010; 15 års ålder), Sverige (2016) och Storbritannien (2014; endast England, 15 års ålder). Lettland är eventuellt inte jämförbart på grund av osäkerhet kring datainsamlingen.

Uppgifterna om klienter som inledde behandling avser 2016, eller senaste år: Tjeckien, 2014; Danmark, Spanien, Nederländerna och Turkiet, 2015.

(¹) Åldersintervall för beräknad prevalens för den allmänna populationen: 16–64, 16–34.

(²) Åldersintervall för beräknad prevalens för den allmänna populationen: 18–64, 18–34.

(³) Data för klienter som inledde behandling avser endast sjukhusbaserad vård och specialiserade öppenvårdsinrättningar.

(⁴) Beräknad prevalens för den allmänna populationen avser endast England och Wales.

TABELL A3

AMFETAMINER

Land	Beräknad prevalens				Klienter som inledde behandling under året					
	Den allmänna befolkningen			Skol- ungdomar	Amfetaminklienter som % av klienter som inleder behandling			% av amfetaminklienterna som injicerar (huvudsaklig administreringsväg)		
	Under- sök- år	Någon gång i livet, vuxna (15–64)	Senaste 12 månader- na, yngre vuxna (15–34)	Någon gång i livet, elever (15–16)	Alla klienter	Första- gångskli- enter	Klienter som behandlats tidigare	Alla klienter	Första- gångskli- enter	Klienter som behandlats tidigare
	%	%	%	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)
Belgien	2013	–	0,5	2	9,3 (978)	7,2 (282)	10,9 (672)	11,1 (88)	2,5 (6)	14,8 (80)
Bulgarien	2016	1,5	1,8	6	11,4 (195)	15,3 (27)	3 (17)	17,6 (9)	7,4 (2)	23,5 (4)
Tjeckien	2016	3,0	1,7	1	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Danmark (¹)	2017	7,0	1,4	1	6,4 (275)	6,5 (131)	6,5 (139)	1,6 (4)	0,8 (1)	2,4 (3)
Tyskland (²)	2015	3,6	1,9	4	16,9 (14 714)	19,4 (5 210)	15,8 (9 504)	2,1 (706)	1,6 (189)	2,4 (517)
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	0,6 (55)	0,7 (24)	0,6 (29)	12,7 (7)	16,7 (4)	10,3 (3)
Grekland	–	–	–	2	0,7 (28)	0,8 (14)	0,6 (14)	10,7 (3)	14,3 (2)	7,1 (1)
Spanien	2015	3,6	1,0	2	1,4 (674)	1,6 (382)	1,2 (243)	1,1 (7)	0,8 (3)	1,7 (4)
Frankrike	2014	2,2	0,7	2	0,4 (182)	0,4 (57)	0,4 (68)	11,6 (18)	–	13,6 (8)
Kroatien	2015	3,5	2,3	3	–	4,8 (37)	–	–	–	–
Italien	2017	2,4	0,3	2	0,3 (126)	0,4 (87)	0,1 (39)	2,5 (3)	1,2 (1)	5,7 (2)
Cypern	2016	0,5	0,1	3	5,1 (44)	3,9 (18)	6,7 (20)	4,5 (2)	0 (0)	5 (1)
Lettland	2015	1,9	0,7	3	15,8 (139)	19,2 (89)	12 (50)	63,6 (77)	57,7 (45)	74,4 (32)
Litauen	2016	1,2	0,5	1	2,7 (64)	5,2 (17)	2,2 (44)	30 (18)	41,2 (7)	41,2 (7)
Luxemburg	2014	1,6	0,1	1	0,8 (2)	3,1 (2)	–	–	–	–
Ungern (²)	2015	1,7	1,4	3	12,4 (507)	13,1 (366)	10,5 (114)	6,3 (31)	6,1 (22)	7,2 (8)
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (4)	0,8 (2)	0,1 (2)	25 (1)	–	50 (1)
Nederländerna	2016	5,3	3,6	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)	7,3 (117)	4,1 (86)	3,8 (7)	3,7 (4)	3,9 (3)
Polen	2014	1,7	0,4	4	27,7 (1 841)	29,9 (915)	26 (889)	3,9 (70)	1,8 (16)	5,8 (51)
Portugal	2016	0,4	0,0	1	0,2 (5)	0,3 (5)	–	0 (0)	0 (0)	–
Rumänien	2016	0,3	0,1	1	0,6 (22)	0,6 (14)	0,7 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenien	2012	0,9	0,8	1	1,9 (5)	4,3 (2)	1,4 (3)	40 (2)	–	66,7 (2)
Slovakien	2015	1,4	0,8	1	40,5 (1 231)	44,2 (592)	36,3 (579)	30,1 (350)	27,6 (157)	33,3 (182)
Finland	2014	3,4	2,4	1	20,4 (135)	25,2 (62)	17,5 (73)	70,8 (92)	49,2 (29)	88,7 (63)
Sverige (¹,³)	2013	–	1,3	1	5,9 (2 152)	7,4 (937)	5,1 (1 215)	–	–	–
Storbritannien (¹,⁴)	2016	9,2	0,7	1	2,4 (2 828)	3 (1 144)	2,2 (1 679)	20 (353)	14,6 (99)	23,3 (253)
Turkiet	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norge (¹)	2016	3,4	0,5	1	13,2 (756)	9,4 (254)	16,7 (502)	–	–	–
Europeiska unionen	–	3,6	1,0	–	7,4 (34 270)	8,3 (14 576)	7,2 (19 304)	15,1 (7 303)	16,7 (3 179)	14,1 (4 088)
EU, Turkiet och Norge	–	–	–	–	7,3 (35 222)	8,1 (14 963)	7,2 (19 869)	15,1 (7 304)	16,6 (3 180)	14 (4 088)

Beräknad prevalens för skolpopulationen har hämtats från Espad-enkäten 2015, utom för Belgien (2016; endast Flandern), Spanien (2016), Tyskland (2011), Italien (2016), Luxemburg (2010; 15 års ålder), Sverige (2016) och Storbritannien (2014; endast England, 15 års ålder). Lettland är eventuellt inte jämförbart på grund av osäkerhet kring datainsamlingen.

Uppgifterna om klienter som inledde behandling avser 2016, eller senaste år: Tjeckien, 2014; Danmark, Spanien, Nederländerna och Turkiet, 2015. Data för Tyskland, Sverige och Norge avser användare av "andra stimulantia än kokain".

(¹) Åldersintervall för beräknad prevalens för den allmänna populationen: 16–64, 16–34.

(²) Åldersintervall för beräknad prevalens för den allmänna populationen: 18–64, 18–34.

(³) Data för klienter som inledde behandling avser endast sjukhusbaserad vård och specialiserade öppenvårdsinrättningar.

(⁴) Beräknad prevalens för den allmänna populationen avser endast England och Wales.

TABELL A4

MDMA

Land	Beräknad prevalens				Klienter som inledde behandling under året		
	Den allmänna befolkningen			Skol- ungdomar	MDMA-klienter som % av klienter som inleder behandling		
	Under- sök.n.år	Någon gång i livet, vuxna (15–64)	Senaste 12 månader- na, yngre vuxna (15–34)	Någon gång i livet, elever (15–16)	Alla klienter	Förstagångskli- enter	Klienter som behandlats tidigare
	%	%	%	% (antal)	% (antal)	% (antal)	
Belgien	2013	–	0,8	2	0,5 (48)	0,8 (31)	0,3 (16)
Bulgarien	2016	2,1	3,1	5	0,7 (12)	1,1 (2)	0 (0)
Tjeckien	2016	7,1	4,1	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Danmark ⁽¹⁾	2017	3,2	1,5	1	0,7 (28)	1 (21)	0,3 (7)
Tyskland ⁽²⁾	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estland	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irland	2015	9,2	4,4	4	0,6 (51)	1,1 (39)	0,2 (11)
Grekland ⁽²⁾	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Spanien	2015	3,6	1,3	2	0,3 (157)	0,6 (131)	0,1 (19)
Frankrike	2014	4,2	2,3	2	0,4 (187)	0,6 (85)	0,3 (53)
Kroatien	2015	3,0	1,4	2	–	1 (8)	–
Italien	2017	2,8	0,9	2	0,2 (79)	0,2 (40)	0,1 (39)
Cypern	2016	1,1	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)	0,3 (1)
Lettland	2015	2,4	0,8	3	0,1 (1)	0,2 (1)	0 (0)
Litauen	2016	1,7	1,0	2	0,2 (4)	0,6 (2)	0,1 (2)
Luxemburg	2014	1,9	0,4	1	0,8 (2)	1,5 (1)	0,7 (1)
Ungern ⁽²⁾	2015	4,0	2,1	2	1,8 (73)	1,8 (50)	1,7 (18)
Malta	2013	0,7	–	2	1 (18)	–	1,2 (18)
Nederländerna	2016	9,2	7,4	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Österrike	2015	2,9	1,1	2	0,9 (34)	1,4 (22)	0,6 (12)
Polen	2014	1,6	0,9	3	0,3 (17)	0,2 (5)	0,4 (12)
Portugal	2016	0,7	0,2	2	0,2 (6)	0,3 (5)	0,1 (1)
Rumänien	2016	0,5	0,2	2	0,6 (21)	0,8 (19)	0,2 (2)
Slovenien	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Slovakien	2015	3,1	1,2	3	0,2 (6)	0,4 (5)	0,1 (1)
Finland	2014	3,0	2,5	1	0,3 (2)	0,8 (2)	0 (0)
Sverige ⁽¹⁾	2013	–	1,0	1	–	–	–
Storbritannien ^(1,3)	2016	9,0	2,6	3	0,5 (599)	1,1 (404)	0,2 (193)
Turkiet	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norge ⁽¹⁾	2016	2,7	1,6	1	–	–	–
Europeiska unionen	–	4,1	1,8	–	0,3 (1 442)	0,5 (951)	0,2 (424)
EU, Turkiet och Norge	–	–	–	–	0,3 (1 548)	0,6 (1 028)	0,2 (453)

Beräknad prevalens för skolpopulationen har hämtats från Espad-enkäten 2015, utom för Belgien (2016; endast Flandern), Spanien (2016), Tyskland (2011), Italien (2016), Luxemburg (2010; 15 års ålder), Sverige (2016) och Storbritannien (2014; endast England, 15 års ålder). Lettland är eventuellt inte jämförbart på grund av osäkerhet kring datainsamlingen.

Uppgifterna om klienter som inledde behandling avser 2016, eller senaste år: Tjeckien, 2014; Danmark, Spanien, Nederländerna och Turkiet, 2015.

⁽¹⁾ Åldersintervall för beräknad prevalens för den allmänna populationen: 16–64, 16–34.

⁽²⁾ Åldersintervall för beräknad prevalens för den allmänna populationen: 18–64, 18–34.

⁽³⁾ Beräknad prevalens för den allmänna populationen avser endast England och Wales.

TABELL A5

CANNABIS

Land	Beräknad prevalens				Klienter som inledde behandling under året		
	Den allmänna befolkningen			Skol- ungdomar	Cannabisklienter som % av klienter som inleder behandling		
	Under- sök.n.år	Någon gång i livet, vuxna (15–64)	Senaste 12 månader- na, yngre vuxna (15–34)	Någon gång i livet, elever (15–16)	Alla klienter	Förstagångskli- enter	Klienter som behandlats tidigare
	%	%	%	% (antal)	% (antal)	% (antal)	
Belgien	2013	15,0	10,1	18	33,9 (3 565)	51,7 (2 016)	23,7 (1 456)
Bulgarien	2016	8,3	10,3	27	4,7 (80)	8,5 (15)	2,1 (12)
Tjeckien	2016	26,6	19,4	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Danmark ⁽¹⁾	2017	38,4	15,4	12	69,6 (2 983)	76 (1 529)	62,9 (1 345)
Tyskland ⁽²⁾	2015	27,2	13,3	19	39,5 (34 292)	56,2 (15 097)	32 (19 195)
Estland	2008	–	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irland	2015	27,9	13,8	19	26,6 (2 381)	41,2 (1 450)	16,8 (852)
Grekland ⁽²⁾	2015	11,0	4,5	9	23 (984)	39,7 (687)	11,7 (295)
Spanien	2015	31,5	17,1	31	33,1 (15 676)	47 (11 185)	17,7 (3 448)
Frankrike	2016	41,4	21,5	31	62,5 (28 998)	77,9 (11 601)	42,3 (7 240)
Kroatien	2015	19,4	16,0	21	-	59,5 (458)	-
Italien	2017	33,1	20,7	19	20,3 (9 872)	29,6 (6 394)	12,9 (3 478)
Cypern	2016	12,1	4,3	7	57,5 (501)	73 (333)	32,2 (96)
Lettland	2015	9,8	10,0	17	22,1 (194)	34,1 (158)	8,7 (36)
Litauen	2016	10,8	6,0	18	6,7 (159)	27,1 (89)	3,2 (66)
Luxemburg	2014	23,3	9,8	16	32,8 (87)	67,7 (44)	24,8 (36)
Ungern ⁽²⁾	2015	7,4	3,5	13	56,7 (2 323)	63 (1 763)	40,7 (441)
Malta	2013	4,3	–	13	10,7 (193)	31,2 (82)	7,2 (111)
Nederländerna	2016	25,2	15,7	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Österrike	2015	23,6	14,1	20	30,9 (1 136)	45,8 (734)	19,4 (402)
Polen	2014	16,2	9,8	24	30 (1 995)	38 (1 164)	22,8 (780)
Portugal	2016	11,0	8,0	15	38,7 (1 066)	53,5 (925)	13,8 (141)
Rumänien	2016	5,8	5,8	8	48,5 (1 719)	64,6 (1 564)	13,4 (149)
Slovenien	2012	15,8	10,3	25	4,1 (11)	14,9 (7)	1,8 (4)
Slovakien	2015	15,8	9,3	26	24,3 (739)	35,9 (481)	15 (239)
Finland	2014	21,7	13,5	8	19,8 (131)	35,4 (87)	10,6 (44)
Sverige ^(1,3)	2016	15,1	7,3	5	10,9 (3 958)	16,7 (2 112)	7,8 (1 846)
Storbritannien ^(1,4)	2016	29,6	11,5	19	25,2 (29 350)	45,2 (17 342)	15,3 (11 916)
Turkiet	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norge ⁽¹⁾	2016	20,6	8,6	7	29 (1 660)	37,6 (1 021)	21,3 (639)
Europeiska unionen	–	26,3	14,1	–	32,1 (148 793)	46,3 (81 720)	20,9 (55 625)
EU, Turkiet och Norge	–	–	–	–	31,5 (151 106)	45,1 (83 157)	20,5 (56 501)

Beräknad prevalens för skolpopulationen har hämtats från Espad-enkäten 2015, utom för Belgien (2016; endast Flandern), Spanien (2016), Tyskland (2011), Italien (2016), Luxemburg (2010; 15 års ålder), Sverige (2016) och Storbritannien (2014; endast England, 15 års ålder). Lettland är eventuellt inte jämförbart på grund av osäkerhet kring datainsamlingen.

Uppgifterna om klienter som inledde behandling avser 2016, eller senaste år: Tjeckien, 2014; Danmark, Spanien, Nederländerna och Turkiet, 2015.

⁽¹⁾ Åldersintervall för beräknad prevalens för den allmänna populationen: 16–64, 16–34.

⁽²⁾ Åldersintervall för beräknad prevalens för den allmänna populationen: 18–64, 18–34.

⁽³⁾ Data för klienter som inledde behandling avser endast sjukhusbaserad vård och specialiserade öppenvårdsinrättningar.

⁽⁴⁾ Beräknad prevalens för den allmänna populationen avser endast England och Wales.

TABELL A6

ANDRA INDIKATORER

Land	Drogrelaterade dödsfall (15–64 år)	Hiv-diagnoser som kan hänföras till injicering av narkotika (ECDC)	Beräknat antal personer som injicerar droger		Utdelade sprutor inom ramen för särskilda program
	fall per miljon invånare (antal)	fall per miljon invånare (antal)	avser år	fall per 1 000 invånare	antal
Belgien	8 (60)	0,3 (3)	2015	2,3–4,6	1 131 324
Bulgarien	4 (21)	3,1 (22)	–	–	214 865
Tjeckien	4 (30)	0,7 (7)	2016	6,1–6,4	6 477 941
Danmark	49 (181)	1,6 (9)	–	–	–
Tyskland	24 (1 274)	1,5 (127)	–	–	–
Estland	132 (113)	22,8 (30)	–	–	2 070 169
Irland (¹)	70 (215)	4,4 (21)	–	–	393 275
Grekland	– (–)	7,4 (80)	2016	0,5–0,8	335 903
Spanien (²)	13 (390)	2,4 (113)	2015	0,2–0,5	1 435 882
Frankrike (¹)	7 (291)	0,7 (49)	2015	2,1–3,8	12 314 781
Kroatien	20 (56)	0 (0)	2015	1,8–2,9	278 791
Italien	7 (263)	1,6 (96)	–	–	–
Cypern	10 (6)	2,4 (2)	2016	0,2–0,4	22
Lettland	14 (18)	31,5 (62)	2012	7,3–11,7	720 494
Litauen	56 (107)	28,7 (83)	2016	4,4–4,9	240 061
Luxemburg	13 (5)	33 (19)	2015	3,8	424 672
Ungern	4 (26)	0,3 (3)	2015	1	171 097
Malta	17 (5)	2,3 (1)	–	–	333 135
Nederländerna	19 (209)	0,1 (1)	2015	0,07–0,09	–
Österrike	28 (163)	1,7 (15)	–	–	6 205 356
Polen	9 (237)	0,8 (30)	–	–	53 028
Portugal	4 (26)	2,9 (30)	2015	1,0–4,5	1 350 258
Rumänien (³)	1 (19)	4,2 (83)	–	–	1 495 787
Slovenien	29 (40)	0,5 (1)	–	–	567 233
Slovakien	5 (19)	0,2 (1)	–	–	357 705
Finland	53 (184)	1,1 (6)	2012	4,1–6,7	5 781 997
Sverige	88 (543)	2,6 (26)	–	–	386 953
Storbritannien (⁴)	70 (2 942)	1,6 (107)	2004–11	2,9–3,2	–
Turkiet	15 (779)	0,1 (8)	–	–	–
Norge	81 (278)	1,5 (8)	2015	2,2–3,1	2 919 344
EU	22,4 (7 443)	2,0 (1 027)	–	–	–
EU, Turkiet och Norge	21,8 (8 500)	1,8 (1 043)	–	–	–

På grund av problem med kodning, täckning och underrapportering i vissa länder måste statistiken om drogrelaterade dödsfall jämföras med försiktighet.

(¹) Utdelade sprutor inom ramen för särskilda program avser 2014.

(²) Utdelade sprutor inom ramen för särskilda program avser 2015.

(³) Drogrelaterade dödsfall: subnationell täckning.

(⁴) Uppgifter om sprutor för Storbritannien: England: inga uppgifter; Skottland: 4 742 060 och Wales: 3 100 009 (båda 2016), Nordirland: 309 570 (2015).

TABELL A7

BESLAG

Land	Heroin		Kokain		Amfetaminer		MDMA	
	Beslagta- gen mängd	Antal beslag	Beslagta- gen mängd	Antal beslag	Beslagta- gen mängd	Antal beslag	Beslagtagen mängd	Antal beslag
	kg	antal	kg	antal	kg	antal	tabletter (kg)	antal
Belgien	99	2 098	30 295	4 369	43	2 833	179 393 (29)	1 692
Bulgarien	582	30	84	19	94	30	283 (181)	16
Tjeckien	19	73	40	131	94	1 403	47 256 (3)	255
Danmark	16	568	119	4 115	387	2 445	13 810 (7)	1 104
Tyskland	330	3 061	1 871	3 592	1 533	13 680	2 218 050 (0)	4 015
Estland	<0,01	2	3	111	33	403	36 887 (13)	449
Irland	–	758	–	364	–	63	– (–)	204
Grekland	219	2 306	166	526	3	132	9 522 (2)	74
Spanien	253	7 205	15 629	41 531	520	5 004	394 211 (–)	3 486
Frankrike	1 080	4 312	8 532	9 480	352	1 152	1 236 649 (–)	3 461
Kroatien	120	148	13	400	23	772	– (10)	847
Italien	497	2 436	4 136	7 101	15	244	12 587 (10)	378
Cypern	3	6	182	111	0,3	54	1 248 (0,4)	19
Lettland	0,2	103	34	93	18	741	2 232 (0,5)	180
Litauen	28	296	3	67	10	253	– (8)	101
Luxemburg	3	132	2	207	0,5	6	17 639 (–)	20
Ungern	2	34	25	229	25	840	79 702 (2)	461
Malta	0,3	46	21	202	0,4	28	3 739 (–)	73
Nederländerna	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Österrike	69	677	86	1 316	92	1 162	29 485 (6)	754
Polen	9		449		961	–	149 921 (0,3)	–
Portugal	57	774	1 047	1 127	7	64	124 813 (3)	279
Rumänien	4	342	2 321	138	2	112	14 871 (0,2)	355
Slovenien	7	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Slovakien	0,06	48	1	36	5	762	8 705 (0,02)	84
Finland	0,3	146	19	263	192	1 814	127 680 (–)	745
Sverige	34	599	106	2 939	450	5 365	80 559 (15)	1 848
Storbritannien	844	11 075	5 697	18 875	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Turkiet	5 585	8 179	845	1 476	3 631	4 048	3 783 737 (–)	5 259
Norge	13	998	104	1 233	465	6 051	38 353 (12)	1 030
EU	4 275	37 548	70 883	97 520	6 221	43 405	5 305 409 (295)	24 383
EU, Turkiet och Norge	9 874	46 725	71 832	100 229	10 317	53 504	9 127 499 (306)	30 672

Amfetaminer omfattar amfetamin och metamfetamin.
Alla uppgifter avser 2016, eller senaste året.

TABELL A7

BESLAG (fortsättning)

Land	Hasch		Marijuana		Cannabisplantor	
	Beslagtagn mängd kg	Antal beslag antal	Beslagtagn mängd kg	Antal beslag antal	Beslagtagn mängd plantor (kg)	Antal beslag antal
Belgien	723	5 706	686	26 587	328 611 (-)	1 046
Bulgarien	220	8	1 624	62	2 740 (26 088)	122
Tjeckien	7	96	722	4 777	57 660 (-)	518
Danmark	3 819	15 364	346	1 589	14 719 (532)	450
Tyskland	1 874	6 059	5 955	32 353	98 013 (-)	2 167
Estland	548	22	46	575	- (79)	28
Irland	-	192	-	1 049	- (-)	182
Grekland	155	248	12 863	7 076	39 151 (-)	735
Spanien	324 379	169 538	21 138	158 810	724 611 (-)	2 675
Frankrike	52 735	77 466	18 206	31 736	126 389 (-)	737
Kroatien	7	566	1 321	6 459	10 051 (-)	256
Italien	23 896	9 623	41 647	8 148	464 723 (-)	1 689
Cypern	2	20	171	753	311 (-)	37
Lettland	3	96	44	872	- (50)	22
Litauen	551	54	68	654	- (-)	0
Luxemburg	1	173	21	875	359 (-)	16
Ungern	4	149	494	2 673	6 482 (-)	153
Malta	109	193	12	146	88 (-)	6
Nederländerna	-	-	-	-	883 000 (-)	-
Österrike	166	2 598	913	14 030	24 166 (-)	508
Polen	33		2 569		108 516 (-)	-
Portugal	7 068	4 676	264	620	4 634 (-)	231
Rumänien	35	212	143	2 140	- (2 846)	97
Slovenien	3	109	458	3 103	14 006 (-)	167
Slovakien	0,5	15	40	1 303	376 (-)	17
Finland	78	298	254	1 179	18 900 (127)	607
Sverige	1 489	10 972	1 327	8 828	- (-)	-
Storbritannien	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Turkiet	36 046	4 659	110 855	31 189	- (-)	3 318
Norge	3 026	10 912	563	3 190	- (48)	216
EU	424 186	316 546	123 947	420 092	3 268 037 (29 723)	22 049
EU, Turkiet och Norge	463 258	332 117	235 365	454 471	3 268 037 (29 771)	25 583

Alla uppgifter avser 2016, eller senaste året.

Kontakta EU

Besök

Det finns hundratals Europa direkt-kontor i hela EU. Hitta ditt närmaste kontor på 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).

EU-information

På nätet

På webbplatsen Europa finns det information om EU på alla officiella EU-språk (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).

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 och langning och användning av narkotika som folkhälsoproblem, narkotikapolicy och åtgärder för att bekämpa narkotika. Tillsammans med den webbaserade [Statistical Bulletin](#) och 30 [nationella narkotikarapporter](#) utgör den [Europeiska narkotikarapporten 2018](#).

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 den viktigaste informationskällan för många olika aktörer, däribland politiska beslutsfattare och deras rådgivare, forskare och yrkesverksamma på narkotikaområdet samt – mer generellt – massmedier och allmänheten. EMCDDA är baserat i Lissabon och är ett av EU:s decentraliserade organ.

