



Europeiska centrumet för kontroll  
av narkotika och narkotikamissbruk

SV

ISSN 2314-9221

# Europeisk narkotika- rapport

Trender och utveckling

2017





Europeiska centrumet för kontroll  
av narkotika och narkotikamissbruk

# Europeisk narkotika- rapport

Trender och utveckling

2017

## Rättsligt meddelande

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

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

**Avgiftsfritt telefonnummer (\*): 00 800 6 7 8 9 10 11**

(\*) Informationen som ges är kostnadsfri, liksom de flesta telefonsamtal (men vissa operatörer, telefonkiosker och hotell kan ta betalt för samtalen).

Mer information om Europeiska unionen hittar du på internet (<http://europa.eu>).

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

Luxemburg: Europeiska unionens publikationsbyrå, 2017

Print	ISBN 978-92-9497-093-0	ISSN 2314-9000	doi:10.2810/95692	TD-AT-17-001-SV-C
PDF	ISBN 978-92-9497-090-9	ISSN 2314-9221	doi:10.2810/807422	TD-AT-17-001-SV-N

© Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, 2017  
Kopiering är tillåten med angivande av källan.

Rekommenderad källhänvisning:

Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (2017), Europeisk narkotikarapport 2017: 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  
Tel. +351 211210200  
[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) | [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)  
[twitter.com/emcdda](https://twitter.com/emcdda) | [facebook.com/emcdda](https://facebook.com/emcdda)

## | Innehåll

5	Förord
9	Inledning och tack
11	KOMMENTAR <b>Narkotikasituationen i Europa 2017</b>
19	KAPITEL 1 <b>Försäljning av narkotika och marknaden</b>
41	KAPITEL 2 <b>Prevalens och trender för narkotikaanvändning</b>
61	KAPITEL 3 <b>Narkotikarelaterade skador och motåtgärder</b>
83	BILAGA Nationella datatabeller



## Förord

Det är med stor glädje vi nu presenterar EMCDDA:s viktigaste publikation, *Europeisk narkotikarapport 2017: Trender och utveckling*, som innehåller de senaste uppgifterna om narkotikasituationen och motåtgärderna i Europa. Rapporten ger innehållsrik och flerskiktad information och analys som bygger på senaste kända data och statistik som vi fått från våra nationella partner.

Rapporten för 2017 åtföljs av nya nationella översikter i form av narkotikarapporter från 30 länder, som på ett lättillgängligt sätt på nätet ger en sammanfattning av nationella narkotikatrender och förändringar i politik och praxis i Europas länder.

Denna publikation utgör en årlig uppdatering av narkotikasituationen i Europa, men hämtar även fakta från treårsrapporten om narkotikamarknaden, *EU Drug Markets Report*, som publicerades 2016. Senare i år kommer även den första EU-rapporten om hälso- och sjukvårdens och de sociala myndigheternas insatser mot narkotika.

EMCDDA:s uppgift är att samla in data och se till att rapporten fyller sitt syfte. I detta arbete strävar vi efter att uppnå bästa möjliga evidens och bidra till att vår vision om ett friskare och tryggare Europa ska förverkligas. Syftet med rapporten, som innehåller en övergripande genomgång och analys av trender och utveckling på narkotikaområdet, är att skapa ett användbart verktyg för beslutsfattare och planerare på EU-nivå och nationell nivå som vill att deras strategier och åtgärder ska bygga på de allra senaste uppgifterna. I enlighet med målet att ge alla våra intressenter bästa tänkbara service innehåller denna senaste rapport data som kan användas i flera syften: som utgångs- och uppföljningsvärden för att kunna utvärdera politik och tjänster, för att ge sammanhang och underlätta prioriteringen vid strategisk planering, för att möjliggöra jämförelser av förhållanden och datauppgifter mellan länder, samt för att rikta uppmärksamheten mot de hot och problem som håller på att växa fram.

I årets rapport tar vi särskilt upp några oroande förändringar på marknaden för olagliga opioider, de substanser som fortfarande är kopplade till hög sjuklighet och dödlighet i Europa. Vi tar också upp den sammantagna ökningen av dödsfall orsakade av överdos av opioider samt det ökande antalet rapporter om problem med opioidsubstitutionsbehandling och nya syntetiska opioider. Narkotikasituationen förändras ständigt, och det måste även Europas narkotikapolitik göra. De samordnade åtgärder som



fastställs i EU:s narkotikastrategi 2013–2020 gör detta möjligt. En ny handlingsplan för narkotika för perioden 2017–2020 har föreslagits av Europeiska kommissionen och diskuteras för närvarande av Europaparlamentet och rådet. Den bygger på resultaten från halvtidsöversynen av den nuvarande narkotikastrategin och den slutliga utvärderingen av handlingsplanen för 2013–2017. EMCDDA:s arbete för att stödja en evidensbaserad narkotikapolitik i Europa återspeglas i dessa viktiga politiska dokument.

Avslutningsvis vill vi tacka våra kolleger vid Reitox-nätverkets nationella kontaktpunkter, som tillsammans med nationella experter gett oss merparten av de uppgifter som ligger till grund för den här rapporten. Vi vill också tacka alla forskningsgrupper i Europa utan vars hjälp denna analys hade varit betydligt mindre innehållsrik. Till rapportens fördel hör även vårt samarbete med våra EU-partner: Europeiska kommissionen, Europol, Europeiska läkemedelsmyndigheten och Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar.

**Laura d'Arrigo**

Ordförande för EMCDDA:s styrelse

**Alexis Goosdeel**

Direktör för EMCDDA







## | Inledning och tack

Denna rapport bygger på den information som EMCDDA har fått i form av nationella rapporter från medlemsstaterna, 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 2015 (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. Den statistiska signifikansen testas utifrån signifikansnivån 0,05, om inget annat anges. Läsaren bör även vara medveten om att det innebär både praktiska och metodologiska svårigheter 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 är möjligt att uppnå i en analys på europeisk nivå, men de metodologiska svårigheterna på området går inte att komma ifrån. Tolkningen måste därför göras med försiktighet, särskilt vid jämförelse mellan länder avseende en enda åtgärd. Reservationer avseende data finns i webbversionen av denna rapport och i [Statistical Bulletin](#), som innehåller detaljerad information om metodik, förbehåll vad gäller analysen och kommentarer om begränsningar i de data som använts. Där finns även information om de metoder och data som använts för beräkningar som avser hela Europa, där interpolering eventuellt använts.

EMCDDA vill tacka alla dem som hjälpt till i arbetet med rapporten, nämligen

- | cheferna och personalen vid Reitox nationella kontaktpunkter,
- | myndigheterna och experterna i de enskilda medlemsstaterna som samlade in rådata för rapporten,
- | ledamöterna i EMCDDA:s styrelse och vetenskapliga kommitté,
- | Europaparlamentet, Europeiska unionens råd – särskilt dess övergripande arbetsgrupp för narkotikafrågor – och Europeiska kommissionen,
- | Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC), Europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA) och Europol,
- | Europarådets Pompidougrupp, 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),
- | Översättningscentrum för Europeiska unionens organ och Europeiska unionens publikationsbyrå.

### Reitox nationella kontaktpunkter

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

# Kommentar

**Narkotikaproblemen  
i Europa**

# Narkotikasituationen i Europa 2017

Den här rapporten ger en ögonblicksbild över narkotikasituationen i Europa baserat på den senaste informationen från EU:s uppföljningsverksamhet. Kärnan i rapporten är en översikt över den europeiska narkotikamarknaden, narkotikaanvändningen samt skador och insatser. Detta åtföljs av 30 nationella rapporter samt omfattande data och metodinformation på internet.

I inledningen lämnas en kort analys över några av de viktigaste teman som kan observeras i årets data. Eftersom narkotikaproblemen i Europa i allt högre

grad påverkas av och interagerar med den internationella utvecklingen, blir analysen av större värde om den placeras i ett vidare globalt sammanhang. När det gäller två viktiga ämnesområden, nämligen cannabisanvändning bland unga och förändringar på opioidmarknaden, jämförs den aktuella situationen och utvecklingen i Europa med den i Nordamerika. Betydande likheter och skillnader kan konstateras.

## Får utvecklingen inom den internationella cannabispolitiken några följder för Europa?

Den senaste tidens förändringar av lagstiftningen kring cannabis i delar av Amerika har rönt intresse bland politiker och allmänhet i Europa. Utvecklingen har varit skiftande och man måste vänta tills det finns tillförlitliga utvärderingar innan kostnaden och nyttan med respektive cannabispolitik kan bedömas. Det står inte heller helt klart i vilken omfattning förändringar som sker på andra platser i världen direkt kan överföras till europeiska förhållanden.

Inställningen till reglering och användning av cannabis varierar i dagsläget betydligt mellan EU:s 28 medlemsstater, från restriktiva modeller till tillåtelse av visst personligt bruk. Inte desto mindre pågår en livlig debatt om sådana frågor som att tillåta odling av cannabis för personligt bruk eller att göra cannabis tillgängligt för behandling av vissa sjukdomar, och intresset ökar i en del länder.

Oavsett om det kommer att få någon större inverkan på narkotikapolitiken, finns det en kommersiellt reglerad cannabismarknad i vissa länder utanför Europa som understödjer innovation och produktutveckling, till exempel produkter för så kallad vaping (förångning), e-vätskor och ätbara produkter. Det är möjligt att vissa av dessa produkter kommer att påverka konsumtionsmönstret i Europa, vilket gör det än viktigare att följa beteendena på området och bedöma eventuella hälsokonsekvenser som sådana förändringar av det framtida konsumtionsmönstret kan föra med sig.

Cannabismarknaden i Europa har redan förändrats kraftigt under senare år, delvis på grund av att den inhemska produktionen ökar. Den historiskt höga styrkan hos både hasch och marijuana i Europa som uppnåtts under senare år är fortfarande densamma. Cannabis fortsätter också vara kopplat till hälsoproblem och står för den största andelen nya klienter som får narkotikabehandling i Europa. Av alla dessa skäl är kännedom om trenderna för cannabisanvändning och cannabisorsakade skador viktiga för debatten om vilken narkotikapolitik som är lämpligast när det gäller denna drog.

## Jämförelse av narkotikaanvändning bland skolungdomar i EU och USA

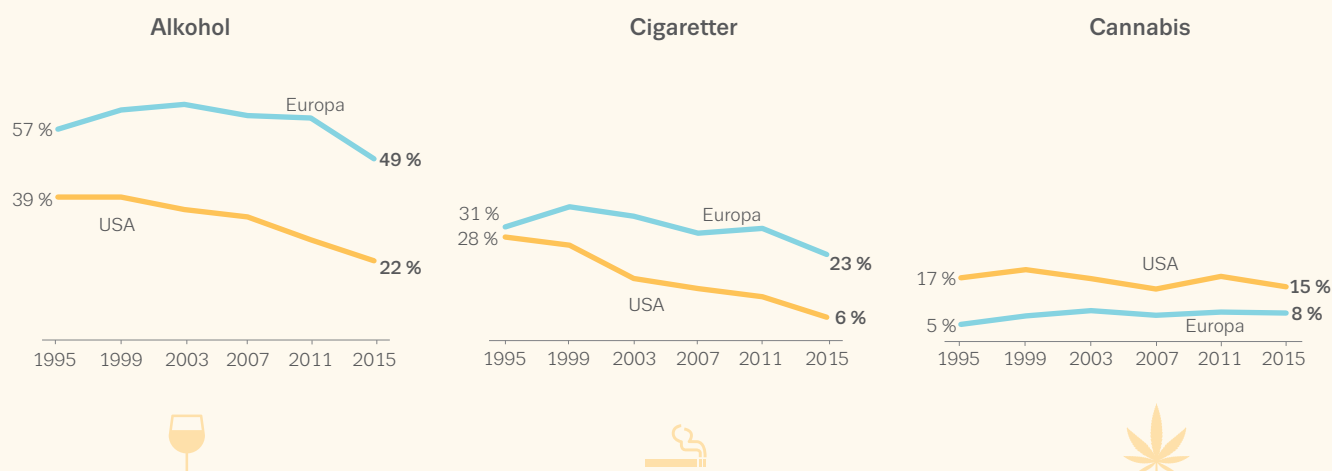
Under 2016 inleddes två nya stora skolundersökningar bland elever (i åldern 15–16 år) som här kan vara till hjälp. Jämförelser kan nu göras mellan användningsmönstren för cannabis och andra substanser bland skolungdomar i Europa och USA. Glädjande nog visar de senaste uppgifterna att såväl tobaks- som alkoholanvändningen minskat, den senare dock i mindre omfattning, i båda de geografiska områdena. Vad gäller cannabis verkar användningen vara mer stabil. Det finns emellertid några viktiga skillnader mellan europeiska och amerikanska elever vad gäller mängd och användningsmönster för dessa substanser.

I Europa är cannabisanvändningen lägre än i USA och cannabis används också mera sällan än tobak. I USA däremot använder eleverna mer cannabis än tobak, som har en mycket låg användningsgrad. Även alkoholkonsumtionen skiljer sig åt. Fler europeiska elever rapporterar att de dricker alkohol, och de gör det på ett intensivare sätt än eleverna i USA.

Det behövs mer djupgående analyser av både likheter och skillnader i elevernas narkotikabruk för att utröna hur faktorer som sociala förhållanden, kontext och lagstiftning påverkar de ungas val. Om man vet varför cigarettrökningen minskat i både USA och i Europa kan man kanske bättre förstå vilka motåtgärder som kan sättas in mot andra substanser, till exempel cannabis. Man måste också komma ihåg att det finns skillnader i hur dessa substanser konsumeras. Till skillnad från i USA röker man i Europa till exempel ofta cannabis i kombination med tobak, vilket kan få betydelse för folkhälsopolitiken.

**Kunskaper om trenderna  
för cannabisanvändning och  
skadeverkningar är viktigt**

## SUBSTANSBRUK BLAND SKOLUNGDOMAR I EUROPA OCH USA



Obs! Trender för substansbruk den senaste månaden bland 15–16-åriga skolungdomar i Europa och USA. Medelvärden för Europa (oviktade) bygger på uppgifter från 21 EU-länder samt Norge (källa: [ESPAD](#)). Medelvärden för USA bygger på ett urval av elever i "10th grade" (15–16 år) (källa: [Monitoring the Future](#)).

### Europas narkotikamarknad: Ökar tillgången till kokain?

Europas vanligaste stimulantia – kokain, MDMA och amfetaminer – fortsätter att ha mångfasetterade och geografiskt skilda användningsmönster. Dessutom har alla en högre renhetsgrad än för tio år sedan. Denna sektor av narkotikamarknaden har blivit alltmer komplex i och med att nya och lättillgängliga stimulantia har tillkommit, såsom katinoner och fenetylaminer. Fjollårets rapport betonade särskilt den ökade tillgängligheten till och användningen av tabletter med hög halt av MDMA. Denna trend håller fortfarande i sig. Den höga MDMA-halten som nu finns i beslagtagna tabletter skulle tyda på att tillverkarna inte har några problem med att få tag i de prekursorer som behövs för att tillverka drogen. Data från gjorda beslag visar också att Europa fortfarande är en viktig producent för den globala MDMA-marknaden.

Ett flertal indikatorer, t.ex. analyser av avloppsvatten, beslag och uppgifter om priser och renhet tyder på att tillgången till kokain åter kan vara på väg upp i delar av Europa. Denna drog har historiskt sett varit det mest använda olagliga stimulerande medlet i ett flertal länder, främst i södra och västra Europa. Nya data som rapporteras här stödjer detta och allt fler beslag görs längs de etablerade smuggelvägarna till de viktigaste europeiska marknaderna för detta preparat. I norra och centrala Europa är däremot amfetamin, och i mindre omfattning metamfetamin, vanligare på narkotikamarknaden än kokain. När det gäller amfetaminer utgör ett flertal förändringar som rapporterats tidigare fortfarande en källa

till oro. Det gäller bland annat förändrad tillgång till prekursorer, förändrade syntesmetoder, den växande marknaden för metamfetamin samt tecken på ett ökat injektionsmissbruk och därmed relaterade skador.

### Injicering av narkotika minskar men är fortfarande en utmaning för folkhälsopolitiken

Information från narkotikabehandling och andra källor visar att den allmänna långsiktiga trenden för injektion som administreringsväg fortfarande är på nedgång. Bland personer som använder heroin som inleder specialiserad narkotikabehandling för första gången i sitt liv är till exempel rapporterna om injicering nu de lägsta på över tio år, även om det finns stora skillnader mellan olika länder. Vissa av indikatorerna på hälsoskador vid denna administreringsväg, särskilt antalet nya hivdiagnoser som kan hänföras till injicering av droger, har minskat på motsvarande sätt. Det betyder emellertid inte att detta område på något sätt är bekymmersfritt. Även om antalet nya hivinfektioner, 1 233 stycken, under 2016 var lägre än på över två decennier utgör de fortfarande ett stort folkhälsoproblem. På senare tid har det dessutom förekommit hivutbrott i vissa sårbara befolkningsgrupper och bland användare som injicerar stimulantia och nya psykoaktiva substanser.

Det finns också belegg för att blodburna infektioner diagnostiseras relativt sent hos personer som injicerar droger jämfört med andra grupper, vilket minskar möjligheten att sätta in framgångsrika åtgärder. Den sena

diagnosen har också betydelse när det gäller HCV-infektion (hepatit C), som oftare förekommer hos personer som injicerar droger. Under senare år har möjligheten att behandla virushepatit förbättrats betydligt genom de nya och mycket effektiva läkemedel som tagits fram. Utrotning av sjukdomen kan nu ses både som en möjlighet och en utmaning för den allmänna hälso- och sjukvården och för specialiserade narkotikaenheter.

## **Opioidproblemens föränderliga natur**

När man analyserar opioidproblemen i Europa kan det vara relevant att jämföra med utvecklingen i Nordamerika. En genomgång av data i denna rapport visar att även om situationen i Europa i stort är annorlunda, finns vissa likheter.

Enligt de senaste uppgifterna utgör heroinanvändning fortfarande den största delen, cirka 80 procent, av det nytillkommande opioidrelaterade behandlingsbehovet i Europa. Den allmänna minskningen av det heroinrelaterade behandlingsbehovet som man sett sedan 2007 fortsätter inte heller längre. De stigande talen för dödsfall på grund av överdosering är särskilt oroande. De har nu ökat för tredje året i rad. Heroin är inblandat i många av dessa dödsfall.

I Nordamerika har man också sett en betydande sjuklighet och dödlighet i samband med missbruk av receptbelagda opioider, ökande heroinanvändning och – på senare tid – nya och mycket potenta syntetiska opioider, särskilt fentanylderivat. En skillnad mellan dessa geografiska områden är att mycket få klienter som inleder narkotikabehandling i Europa gör det på grund av missbruk av smärtstillande läkemedel innehållande opioider. Det beror sannolikt på de olika regelverken och inställningen till marknadsföring och förskrivning av läkemedel som gäller i Europa och Nordamerika. Man kan dock inte ignorera möjligheten att underrapportering förekommer, eftersom personer som i Europa har problem med receptbelagda läkemedel kan vända sig till andra instanser för att få hjälp än de som använder olagliga droger. Opioider som används som substitutionsbehandling spelar däremot numera en viktig roll för behandlingsbehov och hälsoskador i flera europeiska länder. Totalt sett står andra opioider än heroin för cirka en femtedel av hela det opioidrelaterade behovet av specialiserad narkotikabehandling. När det gäller dödsfall på grund av överdos är det svårt att beräkna vilken roll syntetiska opioider, till exempel metadon, spelar på EU-nivå. I många länder är dessa substanser numera viktiga och i några länder är de dominerande. Att minska läkemedelsmissbruket, även av opioider för

substitutionsbehandling, är ett växande problem för många hälso- och sjukvårdsinstanser i Europa. Det finns god evidens som stödjer användning av läkemedel för opioids substitution, som har visat sig minska såväl sjuklighet och dödlighet som lagöverträdelse hos dem som behandlas. God klinisk praxis och kunskaper om hur receptbelagda opioider kan användas på andra sätt än det legitima, och hur man förhindrar detta, är därför viktiga faktorer för att de uppenbara hälsovinster som behandlingen medför inte ska undermineras.

## **Starka syntetiska opioider: ett växande hälsohot**

De mycket starka nya syntetiska opioiderna som dykt upp på senare tid, främst fentanylderivat, ger upphov till stor oro i såväl Europa som Nordamerika. EU:s system för tidig varning har sedan 2012 fått allt fler rapporter om dessa substanser och de skador som de åsamkat. Substanserna har sålts på internetmarknader och även på den illegala marknaden. De har ibland sålts som, eller blandats med, heroin, andra olagliga droger och även förfälskade läkemedel. Dessa mycket starka syntetiska opioider utgör allvarliga hälsorisker, inte bara för användarna utan för alla som deltar i tillverkningen, för postpersonalen och för brottsbekämpande personal. Substanserna är enkla att gömma och transportera eftersom endast små volymer krävs för att producera tusentals doser. Detta innebär stora problem för narkotikamyndigheterna. Samtidigt utgör de en attraktiv och lönsam produkt för den organiserade brottsligheten.

**Mycket starka syntetiska  
opioider för med sig allvarliga  
hälsorisker**



## I KORTHET – BERÄKNAD NARKOTIKAANVÄNDNING I EU

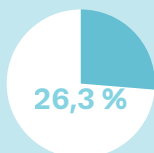
## Cannabis


Vuxna  
(15–64)

Användning:

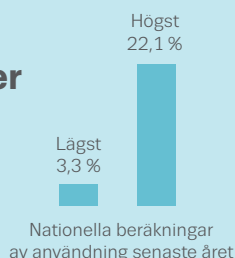
Senaste året: **23,5 miljoner**

Någon gång i livet: **87,7 miljoner**


Unga vuxna  
(15–34)

Senaste året

**17,1 miljoner**



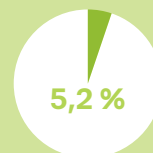
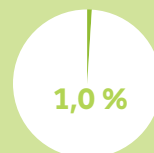
## Kokain


Vuxna  
(15–64)

Användning:

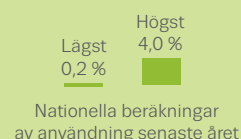
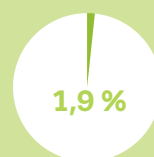
Senaste året: **3,5 miljoner**

Någon gång i livet: **17,5 miljoner**


Unga vuxna  
(15–34)

Senaste året

**2,3 miljoner**



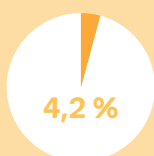
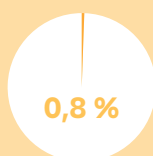
## MDMA


Vuxna  
(15–64)

Användning:

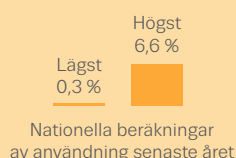
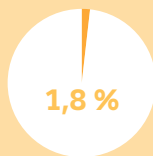
Senaste året: **2,7 miljoner**

Någon gång i livet: **14,0 miljoner**


Unga vuxna  
(15–34)

Senaste året

**2,3 miljoner**



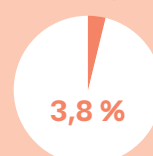
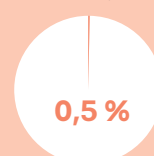
## Amfetaminer


Vuxna  
(15–64)

Användning:

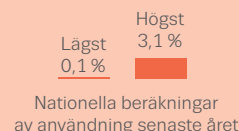
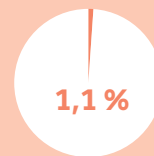
Senaste året: **1,8 miljoner**

Någon gång i livet: **12,5 miljoner**


Unga vuxna  
(15–34)

Senaste året

**1,3 miljoner**



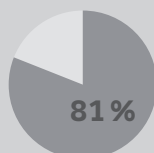
## Opioider



Personer med problematisk användning av opioider

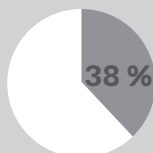
**1,3 miljoner**

Dödliga överdoser



Förfrågan om drogbehandling

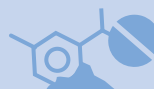
Huvudsaklig drog i cirka 38 procent av alla förfrågningar om drogbehandling inom EU



Opioider förekommer i 81 procent av dödliga överdoser

**630 000** personer som använder opioider fick substitutionsbehandling 2015

## Nya psykoaktiva substanser

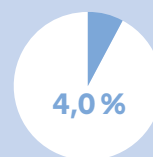
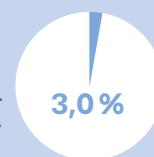


15–16-åriga skolungdomar i 24 europeiska länder

Användning:

Senaste året: **3,0 %**

Någon gång i livet: **4,0 %**



Källa: ESPAD Report 2015 Additional tables.

Obs! För fullständiga uppgifter och information om metodologi, se åtföljande onlineversion av Statistical Bulletin.

I Europa verkar starka syntetiska opioider vara ett växande problem, vilket märks av det ökande antalet rapporter om icke-dödliga förgiftningar och dödsfall som inkommit till systemet för tidig varning. I början av 2017 gjorde EMCDDA en riskbedömning av fentanylderivaten akryloylfentanyl och furanylfentanyl. Man överväger att kontrollera dessa substanser på EU-nivå och ett antal andra droger i samma kategori genomgår för närvarande noggrann granskning.

### De ständigt föränderliga nya psykoaktiva substanserna

Trots att insatser både i Europa och i andra delar av världen kan ha inverkan på framväxten av nya substanser, visar årets analys att nya psykoaktiva substanser fortsätter vara ett stort problem för folkhälsan. Under 2016 rapporterades visserligen en ny drog i veckan till EU:s system för tidig varning, men det totala antalet nytillkommande droger som upptäcktes var ändå lägre än tidigare år. Det kan vara ett positivt tecken, i synnerhet om den nedåtgående trenden håller i sig. Å andra sidan finns det också uppgifter som är mindre uppmuntrande. Det finns till exempel inget som tyder på att tillgängligheten till nya psykoaktiva substanser generellt har minskat. Även om nya substanser introduceras på marknaden i långsammare takt fortsätter dessutom det totala antalet substanser som finns på marknaden att växa. Man ser också tecken på att vissa klasser av nya psykoaktiva substanser, särskilt syntetiska katinoner och syntetiska cannabinoider, nu börjar bli etablerade på narkotikamarknaden.

Det finns flera faktorer som skulle kunna förklara varför nya substanser verkar komma ut på marknaden i långsammare takt. Några europeiska länder har infört totalförbud, lagstiftning om generiska och analoga substanser samt andra åtgärder riktade mot producenter och försäljare av nya psykoaktiva substanser. Detta har skapat en strängare lagstiftning som gör att producenterna kanske blir mindre intresserade av att inleda en "katt-och-råtta-lek" med lagstiftarna, där innovationer används för att ligga steget före de kontrollåtgärder som införs.

Dessutom kommer mycket av materialet till nya psykoaktiva substanser till Europa från Kina. Kontrollåtgärder som införs där kan också ha viss betydelse för tillgången inom EU.

I vissa delar av Europa verkar det som om kontrollåtgärder riktade mot butiker som säljer nya psykoaktiva substanser har påverkat tillgången till dem. Försäljningen av dessa substanser sker nu mer i det fördolda, där internet och den illegala drogmarknaden blivit allt viktigare. De nya substansernas rättsliga status kan därför vara av mindre betydelse, särskilt när de säljs sida vid sida med olagliga droger, och är därmed inte något som med kraft driver fram produktinnovationer.

### Nya psykoaktiva substanser: billiga droger för marginaliserade och personer med kroniska narkotikaproblem

Negativa attityder bland konsumenter kan också ha påverkat efterfrågan av nya psykoaktiva substanser. Prevention, skademinskning och rapportering av de negativa följderna förefaller ha påverkat unga människors uppfattning att nya substanser skulle vara förhållandevis säkra och lagliga alternativ till de etablerade olagliga drogerna. Trots det finns det belägg för att tillgången till och användningen av dessa substanser ökar bland marginaliserade grupper och personer med kroniska narkotikaproblem.

Problematisk användning av nya psykoaktiva substanser blir allt tydligare i vissa miljöer och vissa sårbara grupper. Injicering av katinoner bland nuvarande och tidigare opioidanvändare har till exempel kopplats till ökade fysiska och psykiska hälsoproblem.

Syntetiska cannabinoider är också en källa till växande oro. Även om det finns vissa farmakologiska likheter ska dessa droger inte förväxlas med cannabisprodukter. Syntetiska cannabinoider är ofta mycket starka substanser som kan få allvarliga, och ibland dödliga, konsekvenser. Det finns fakta som tyder på att syntetiska cannabinoider nu används i delar av Europa som billiga och starka droger i marginaliserade grupper, till exempel bland hemlösa. Eftersom de är svåra att upptäcka har syntetiska cannabinoider blivit ett problem i en del europeiska fängelser och fått allvarliga följder för internernas hälsa och säkerhet.



# 1

**Den europeiska narkotikamarknaden  
fortsätter att utvecklas**

# Försäljning av narkotika och marknaden

I ett globalt sammanhang är Europa en viktig narkotikamarknad som förses med både inhemskt producerade droger och droger som smugglas in från andra delar av världen. Sydamerika, västra Asien och Nordafrika är viktiga ursprungsområden för olagliga droger som förs in i Europa. De nya psykoaktiva substanserna kommer främst från 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. Cannabis framställs mest 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 de senaste tio åren har ett brett urval av nya psykoaktiva substanser tillkommit. Den senaste tidens förändringar av drogmarknaden kan till stor del förklaras med globaliseringen och ny teknik, och har bland annat inneburit att det har utvecklats nya metoder för produktion och handel med droger, samt att nya handelsvägar 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, drogpriser i detaljhandeln samt drogernas renhet och styrka. I vissa fall är det svårt att analysera trender eftersom det saknas uppgifter om beslag i en del viktiga länder. Trender kan påverkas av en rad faktorer, till exempel användarnas preferenser, förändringar i produktion och handel, brottsbekämpande åtgärder och prioriteringar, samt hur effektiva förbudsåtgärderna är. Fullständiga uppgifter och metodkommentarer finns i onlineversionen av [Statistical Bulletin](#).

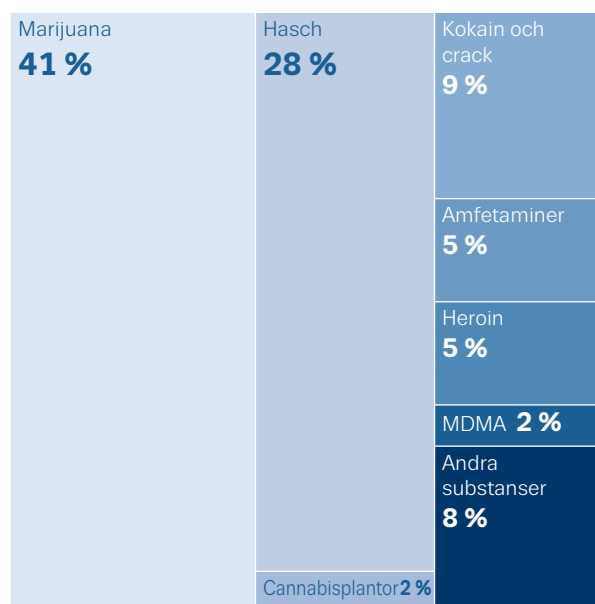
Här presenteras också data om beslag av nya psykoaktiva substanser som rapporterats till EU:s system för tidig varning av EMCDDA:s och Europols nationella partner. Eftersom denna information kommer från fallrapporter och inte från system för rutinövervakning representerar antalet redovisade beslag ett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

## Narkotikamarknaderna: internetbaserad försäljning ökar

Kontakten mellan konsumenter och producenter på narkotikamarknaden sker via en kedja av mellanhänder. Dessa komplicerade system genererar stora summor pengar på alla marknadens nivåer. Enligt en försiktig uppskattning värderades detaljmarknaden för olagliga droger i EU till 24 miljarder euro 2013 (inom ett intervall på 21–31 miljarder euro).

FIGUR 1.1

Antal rapporterade narkotikabeslag, uppdelat efter drog, 2015



Tack vare ny internetteknik har onlinemarknaden utvecklats under det senaste decenniet och existerar nu parallellt med den fysiska narkotikamarknaden. En del försäljare använder sig av den synliga webben där de ofta säljer icke-kontrollerade prekursorer, nya psykoaktiva substanser eller läkemedel som kan vara förfälskade eller otillåtna kopior. Andra försäljare kan även bedriva verksamhet på den djupa webben, genom marknader på den mörka webben, även kallat darknet, där det finns teknik för att dölja köparens och säljarens identitet. Dessa marknader liknar lagliga marknadsplatser på nätet som Ebay och Amazon, och kunderna kan söka och jämföra olika produkter och säljare. För att dölja såväl transaktioner som servrarnas fysiska placering använder man olika strategier. Det kan till exempel vara anonymiseringstjänster som Tor och I2P som döljer en dators IP-adress, kryptovalutor som bitcoin och litecoin för att betalningen ska bli relativt svår att spåra, samt krypterad kommunikation mellan marknadsaktörerna. Bedömningssystem har också en funktion för att reglera säljarna på marknaderna.

Försäljningen på darknetmarknaden är till allra största delen narkotikarelaterad. I en nyligen genomförd studie undersökte man försäljningen på 16 större darknetmarknader mellan 2011 och 2015. Narkotikaförsäljningen beräknades uppgå till över 90 procent av den totala intäkten på de globala darknetmarknaderna. Närmare hälften (46 procent) av all darknetförsäljning rapporterades komma från säljare i Europa, vilket utgör cirka 80 miljoner euro under den studerade perioden. De viktigaste europeiska länderna när det gäller försäljningsvolym var Tyskland, Nederländerna och Storbritannien. Stimulantia, i synnerhet MDMA och kokain, stod för den största delen av försäljningssumman.

### Narkotikabeslag: över en miljon i Europa

Över en miljon beslag av olaglig narkotika rapporteras varje år i Europa. De flesta rör små mängder narkotika som konfiskeras från användare, men sändningar på flera kilo narkotika som beslagtogs från narkotikasmugglare och producenter utgör största delen av den totala mängd narkotika som beslagts.

Cannabis är den drog som oftast beslagts. Den står för över 70 procent av beslagen i Europa (figur 1.1). Kokain intar andraplatsen (9 procent), följt av amfetaminer (5 procent), heroin (5 procent) och MDMA (2 procent).

**Försäljningen  
på darknetmarknaden  
är till allra största delen  
narkotikarelaterad**

Under 2015 rapporterades över 60 procent av alla narkotikabeslag i EU av endast tre länder: Spanien, Frankrike och Storbritannien. Ett betydande antal beslag rapporterades också av Belgien, Danmark, Tyskland, Grekland, Italien och Sverige. Det bör också noteras att nyare uppgifter om antalet beslag i Nederländerna, Polen och Finland saknas. Avsaknaden av dessa data gör analysen mer osäker.

Det stora antalet narkotikabeslag som rapporterades av Turkiet speglar både den betydande konsumentmarknaden och landets läge på smuggelleder mellan EU, Mellanöstern och Asien.

### Mängden beslagtagna marijuana har minskat på senare tid

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 narkotikamarknaden i Europa 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. Större delen av haschet importeras, främst från Marocko. Nyare rapporter visar att smuggelvägarna för cannabis har förändrats. En större andel av både marijuana och cannabisolja kommer från västra Balkanländerna, särskilt Albanien, och hänger samman med den ökade cannabisodlingen i dessa länder.

## CANNABIS

### Hasch

Antal beslag

**288 000** EU

**303 000** EU + 2

Beslagtagna  
mängd

**536**  
ton (EU)

**546**  
ton (EU + 2)

Pris  
(EUR/g)  
**25 €**

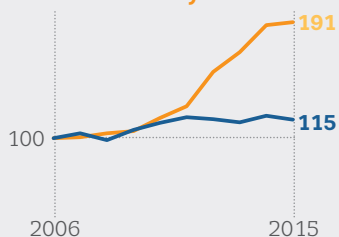
**11 €**  
**8 €**  
**3 €**

Styrka  
(% THC)  
**28 %**

**19 %**  
**11 %**  
**4 %**

Indexerade trender:

Pris och styrka



### Marijuana

Antal beslag

**404 000** EU

**438 000** EU + 2

Beslagtagna  
mängd

**89**  
ton (EU)

**135**  
ton (EU + 2)

Pris  
(EUR/g)  
**20 €**

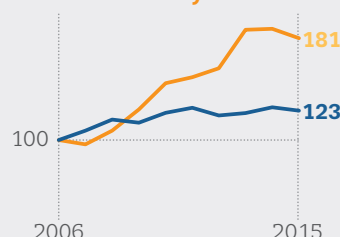
**12 €**  
**8 €**  
**5 €**

Styrka  
(% THC)  
**22 %**

**11 %**  
**7 %**  
**3 %**

Indexerade trender:

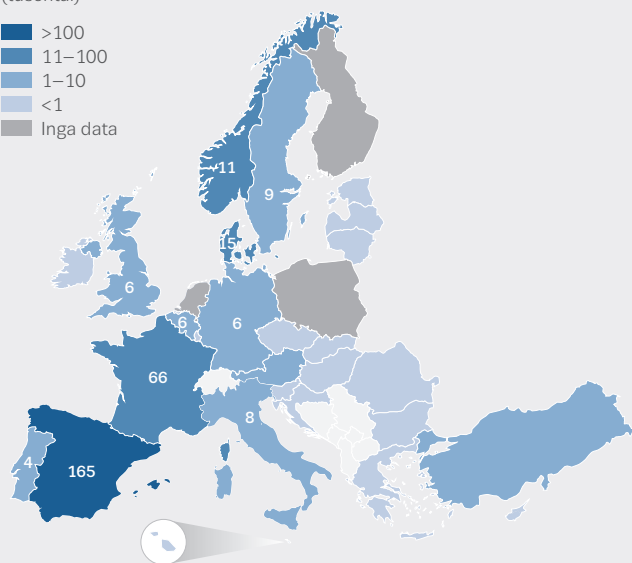
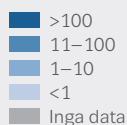
Pris och styrka



EU + 2 avser EU-medlemsstaterna, Turkiet och Norge. Pris och styrka för cannabisprodukter: nationella medelvärden – minimum, maximum och kvartilavstånd (skillnaden mellan den övre och nedre kvartilen). Vilka länder som omfattas varierar mellan olika indikatorer.

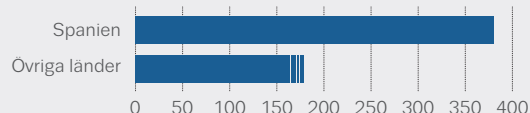
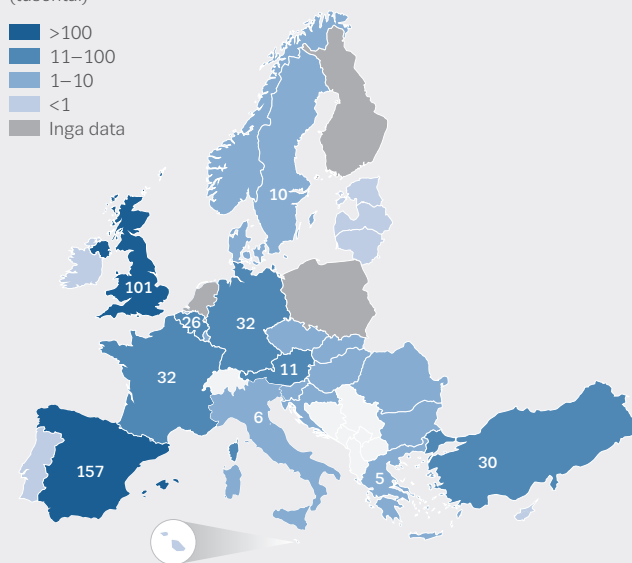
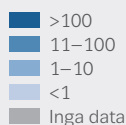
FIGUR 1.2

## Beslag av hasch och marijuana, 2015 eller senaste året

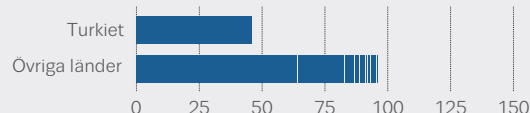
Antal beslag av hasch  
(tusental)

Obs! Antalet beslag för de 10 länderna med högst värden.

Mängd beslagtagnen hasch (ton)

Antal beslag av marijuana  
(tusental)

Mängd beslagtagnen marijuana (ton)



Dessutom finns det belägg för att Libyen har blivit en viktig knutpunkt för smuggling av hasch till olika destinationer, däribland Europa.

År 2015 rapporterades 732 000 beslag av cannabisprodukter i EU varav 404 000 gällde marijuana, 288 000 hasch och 19 000 cannabisplantor. Den mängd hasch som beslagas är dock mer än sex gånger större än mängden marijuana (536 ton jämfört med 89 ton). Det är delvis en följd av att hasch smugglas i större volymer över längre avstånd och nationsgränser, vilket gör det känsligare för bekämpningsåtgärder. Vid analysen av den beslagtagna mängden cannabis står ett fåtal länder för en oproportionerligt stor andel eftersom de ligger längs stora smuggelleder för cannabis. Spanien, som är ett viktigt införselställe för hasch som produceras i Marocko, stod till exempel för över 70 procent av den totala beslagtagna mängden i Europa 2015 (figur 1.2).

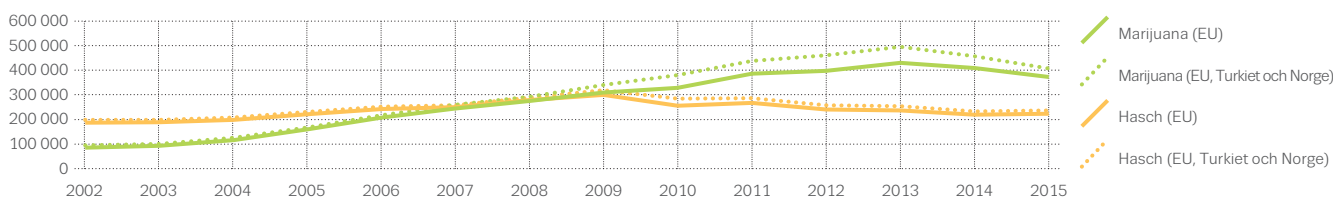
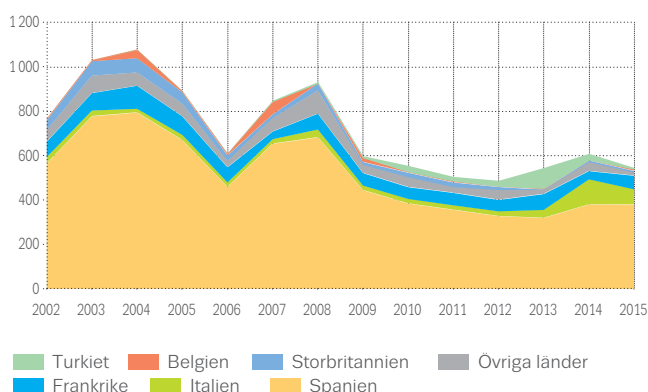
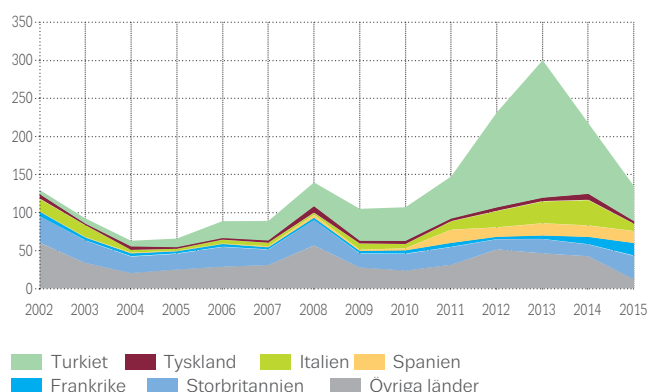
Antalet beslag av marijuana i Europa har sedan 2009 varit högre än antalet beslag av hasch. Sedan 2011 har siffrorna varit relativt stabila för båda typerna av beslag (figur 1.3). Ungefär 135 ton marijuana beslagtogs i Europa 2015, vilket är en minskning med 38 procent jämfört med de 217 ton som beslagtogs 2014. Markanta nedgångar noterades i Belgien, Grekland och Italien. En liknande nedgång i mängden beslagtagnen marijuana i Turkiet kan också ses från och med 2013. Flera faktorer kan ligga bakom den totala nedgången i Europa. Det kan handla om initiativ för att bekämpa storskalig produktion i länder utanför EU, t.ex. Albanien, större fokus på inhemsk odling snarare än på smuggling, ändrad metod för registrering av beslag, samt ändrade prioriteringar för brottsbekämpning i en del länder. De senaste uppgifterna visar att mängden hasch som beslagas i EU har varit relativt oförändrad sedan 2009.



FIGUR 1.3

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

Antal beslag

Hasch  
(ton)Marijuana  
(ton)

Beslagen av cannabisplantor kan ses som en indikator på den inhemska produktionen av drogen. Eftersom rapporteringen skiljer sig åt mellan olika länder måste data om beslag av cannabisplantor bedömas med försiktighet. Antalet plantor som beslagtas har också ökat på lång sikt, från 1,5 miljoner plantor 2002 till 3,3 miljoner 2014 och en kraftig ökning till 11,4 miljoner plantor 2015. En betydande ökning av antalet beslagtagna plantor rapporterades från Nederländerna. Denna trend kan vara en följd av förändrade prioriteringar för brottsbekämpande åtgärder, som riktas mer mot cannabisodling.

Under 2015 rapporterades 335 beslag av cannabisolja, med de största mängderna i Grekland och Turkiet.

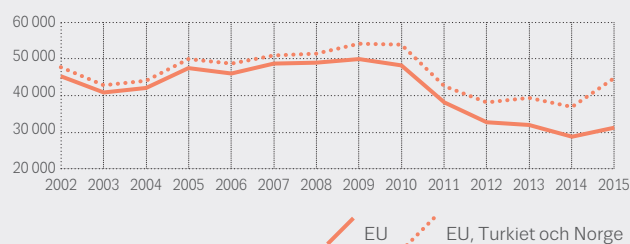
En analys av de indexerade trenderna i de rapporterade länderna visar konsekvent en stor ökning av styrkan (halten tetrahydrocannabinol, THC) i både marijuana och hasch mellan 2006 och 2014, och en stabilisering 2015. Den ökade styrkan kan bland annat bero på att det har införts intensiva framställningstekniker i Europa och även på att man i Marocko under senare tid börjat använda nya tekniker och odla plantor som ger extra starka substanser. De senaste uppgifterna visar att hasch och marijuana har jämförbara priser men att hasch i genomsnitt har högre styrka.

**Antal beslag av marijuana  
i Europa har sedan 2009  
varit högre än antalet beslag  
av hasch**

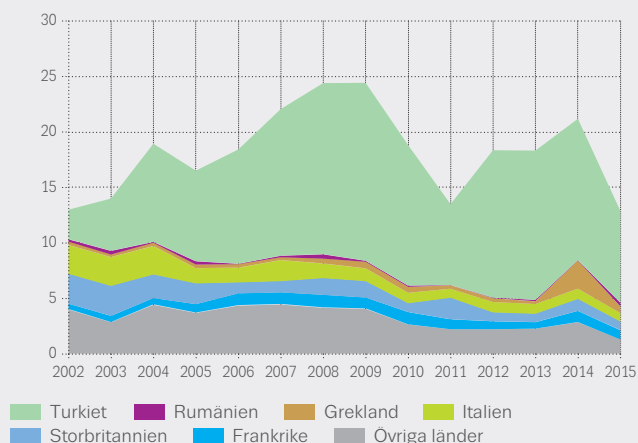
FIGUR 1.4

## Antal heroinbeslag och beslagtagna mängd: trender samt 2015 eller senast tillgängligt år

## Antal beslag

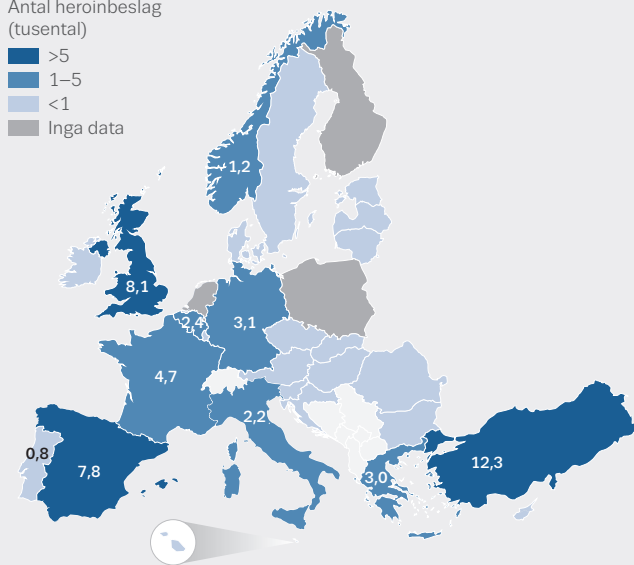


## Ton



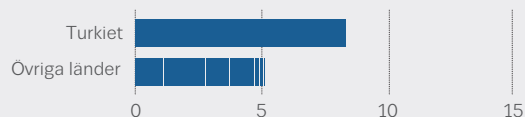
## Antal heroinbeslag (tusental)

>5  
1–5  
<1  
Inga data



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

Mängd beslagttaget heroin (ton)



## Renheten i heroin fortsätter öka

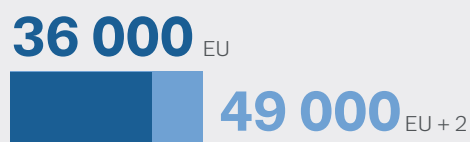
Heroin är den vanligaste opioiden på den europeiska narkotikamarknaden. Försäljningsvärdet beräknas uppgå till 6,8 miljarder euro (i intervallet 6,0–7,8 miljarder euro). Historiskt sett har det funnits två former av importerat heroin i Europa. Den vanligaste av dessa är det bruna heroinet (den kemiska 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 beslagtogs av brottsbekämpande myndigheter i europeiska länder 2015 var bland annat opium och läkemedlen morfin, metadon, buprenorfin, tramadol och fentanyl (tabell 1.1). Vissa medicinska opioider kan ha avletts från lagliga läkemedelsleveranser medan andra har tillverkats olagligt, till exempel det beslag av 27 kg morfinpulver som gjordes 2015.

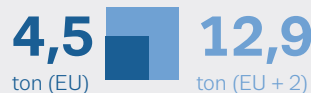
Afghanistan fortsätter att vara världens största producent av olagligt opium, och större delen av det heroin som finns

## HEROIN

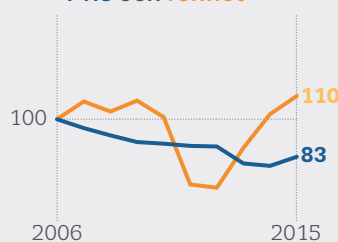
## Antal beslag



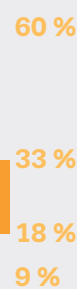
## Beslagtagna mängd



## Pris (EUR/g)

Indexerade trender:  
Pris och renhet

## Renhet (%)



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

i Europa är troligen tillverkat där eller i grannländerna Iran och Pakistan. I Europa har produktionen av olagliga opioider sedan 1970-talet varit begränsad till hemmagjorda vallmoprodukter som framställts i vissa östeuropeiska länder. Upptäckten av att två laboratorier i Spanien och ett i Tjeckien som omvandlade morfin till heroin tyder på att en viss mängd heroin nu tillverkas i Europa.

Heroin förs in i Europa längs fyra huvudsmuggelleder. De två viktigaste kallas Balkanleden och södra leden. Den förstnämnda 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.

Efter ett relativt stabilt årtionde minskade marknadernas tillgång på heroin i ett antal europeiska länder under 2010/2011. Detta syns i antalet rapporterade heroinbeslag i EU, som minskade mellan 2009 och 2014 innan de stabiliserades 2015. Mängden heroin som beslagtogs i EU halverades mellan 2002 och 2013, från 10 till 5 ton. Efter beslaget av 8,4 ton 2014, ett år då flera länder rapporterade stora heroinbeslag (100 kg och mer), återgick volymerna av beslagtaget heroin i Europa 2015 (4,5 ton) till de nivåer som noterades i början av 2010-talet. Efter att ha nått cirka 13 ton 2014 sjönk heroinbeslagen i Turkiet till

8,3 ton 2015, vilket fortfarande överstiger beslagen i alla övriga europeiska länder sammantaget. Samtidigt ökade antalet beslag under samma period (figur 1.4). I de länder som regelbundet rapporterar tyder indexerade trender på att heroinets renhet har fortsatt öka i Europa under 2015.

Förutom heroin beslagtogs även andra opioider i de europeiska länderna, men de utgör endast en liten andel av det totala antalet beslag. De övriga opioider som oftast tas i beslag är de medicinska opioiderna buprenorfin, tramadol och metadon (se tabell 1.1).

TABELL 1.1

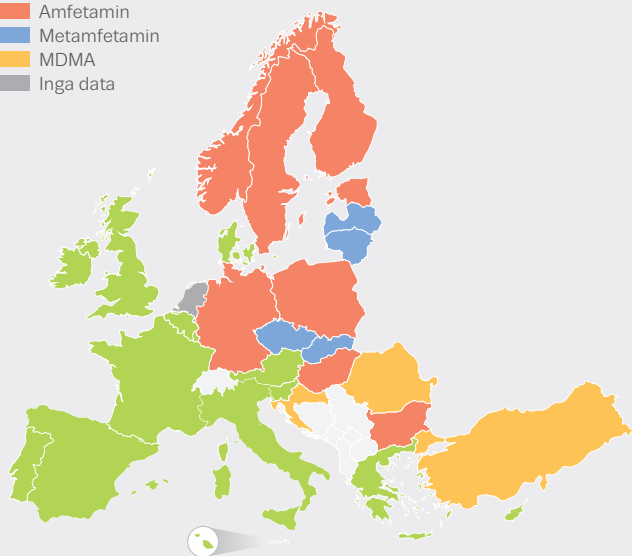
Beslag av opioider förutom heroin under 2015

Opioid	Antal	Mängd			Antal länder
		Kilo	Liter	Tabletter	
Metadon	1 566	31	8	60 472	17
Buprenorfin	3 377	4		68 419	17
Tramadol	2 467			690 080	12
Fentanyler (fentanyl, okfentanil, karfentanil)	287	3		41	10
Morfin	775	27		8 837	15
Opium	293	734			14
Kodein	293	3		9 855	8
Oxykodon	16	0,0003		962	5

FIGUR 1.5

Stimulantia som oftast beslagtas i Europa, 2015 eller senaste tillgängliga uppgifter

Kokain  
 Amfetamin  
 Metamfetamin  
 MDMA  
 Inga data



### Narkotikabeslag: regionala variationer

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

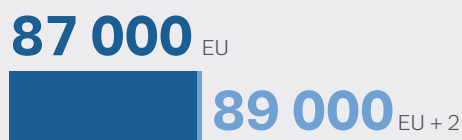
Stimulantiamarknadens försäljningsvärde i EU beräknas till mellan 6,3 och 10,2 miljarder euro. Det finns betydande regionala skillnader vad gäller vilka stimulantia som oftast tas i beslag (figur 1.5), något som påverkas av var införsel, smuggelleder, stora produktionscenter och stora konsumentmarknader är belägna. Kokain är det stimulerande medel som oftast beslagtas i många länder i västra och södra Europa, vilket speglar var drogen förs in till kontinenten. Amfetaminbeslagen dominerar i Nord- och Centraleuropa, där metamfetamin är det stimulerande medel som oftast beslagtas i Tjeckien, Slovakien, Lettland och Litauen. MDMA är det stimulerande medel som oftast beslagtas i Kroatien, Rumänien och Turkiet.

### Kokain: ökande marknad på senare tid

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 kokabuskens blad. Drogen produceras främst i Bolivia, Colombia och Peru. Kokain transporteras till Europa på olika sätt: passagerarflyg, fraktflyg, posttjänster,

## KOKAIN

Antal beslag



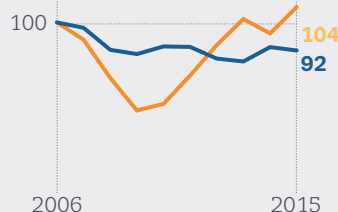
Beslagtagen mängd



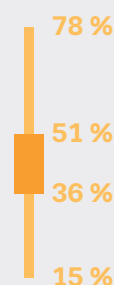
Pris (EUR/g)



Indexerade trender:  
Pris och renhet



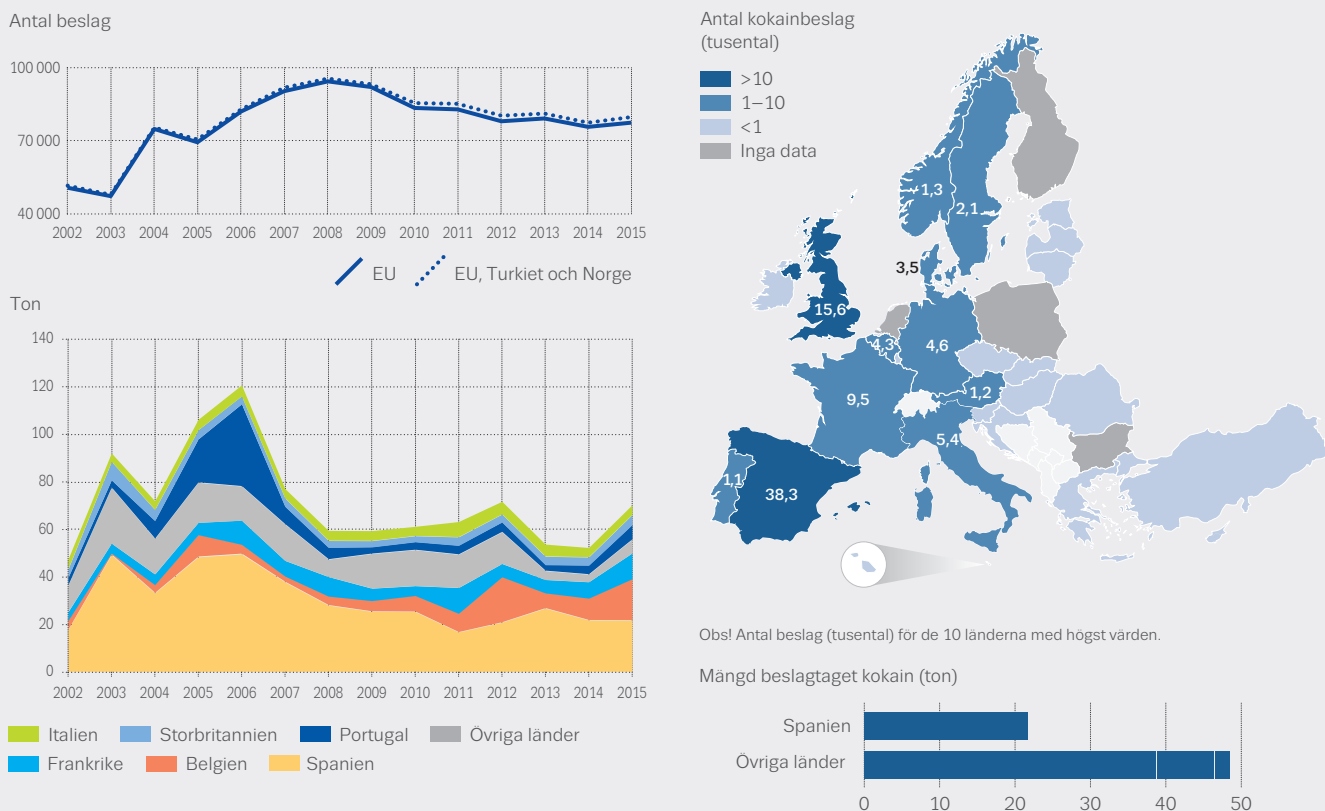
Renhet (%)



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

FIGUR 1.6

## Antal kokainbeslag och beslagtagna mängd: trender och under 2015 eller senast tillgängliga år



privatflygplan, lustjakter och containerfartyg. Försäljningen av kokain i EU beräknas uppgå till minst 5,7 miljarder euro.

År 2015 rapporterades totalt ungefär 87 000 beslag av kokain i EU. Belgien, Spanien, Frankrike, Italien och Portugal stod tillsammans för 78 procent av de uppskattningsvis 69,4 ton som beslagtogs (figur 1.6). Situationen har varit relativt oförändrad sedan 2007, även om både antalet beslag och den beslagtagna mängden ökade mellan 2014 och 2015 (figur 1.6). Spanien (22 ton) är fortfarande det land där mest kokain tas i beslag, men Belgien (17 ton) och Frankrike (11 ton) beslagtogs mycket stora mängder 2015 och markanta ökning av den

beslagtagna mängden, jämfört med föregående år, rapporterades av Belgien, Tyskland och Portugal. Generellt tyder indexerade trender på en liten ökning av kokainets renhet under 2015.

Andra kokaprodukter som togs i beslag i Europa 2015 var 76 kg kokablod och 377 kg kokapasta. Beslagen av kokapasta tyder på att det finns olagliga laboratorier som producerar kokainhydroklorid i Europa. Detta är en ny utveckling eftersom de flesta kokainlaboratorier i Europa hittills har varit anläggningar för sekundär extraktion, vilket innebär att kokainet återvinns från material där det tidigare införlivats (till exempel vin, kläder, plast).

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

## Prekursorer: nya alternativ för amfetaminer

Prekursorer är kemikalier som behövs för tillverkningen av olagliga droger. Eftersom många av dem har legitima användningsområden förtecknas vissa kemikalier i EU-förordningar och handeln med dessa övervakas noggrant. Tillgängligheten till prekursorer har stor inverkan på marknaden och produktionsmetoderna som används i olagliga laboratorier. Under 2015 fortsatte tillverkarna att försöka kringgå kontrollmekanismerna genom att börja använda icke förtecknade kemikalier för att framställa prekursorer i närheten av produktionslokalerna. Den här strategin ökar dock risken för upptäckt eftersom mer tillverkning kräver mer kemikalier och genererar mer avfall.

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). BMK (bensylmetylketon), en prekursor till amfetamin, beslagtogs i stora mängder 2015. I Polen tog myndigheterna 7 000 kg i beslag i en enda sändning avsedd för produktion i Nederländerna. Kontrollen av BMK-prekursorn APAAN (alfa-fenylacetoacetonitril) i slutet av 2013 verkar ha haft effekt eftersom mängden som togs

i beslag sjönk från 48 000 kg 2013 till 780 kg 2015.

Samtidigt verkar denna kontrollåtgärd ha framtvingat en viss innovativ utveckling och alternativa kemikalier såsom APAA (alfa-fenylacetoacetamid) och glycidderivat av BMK rapporterades för första gången under 2015.

Beslagen av icke förtecknade MDMA-pre-prekursorer låg stabilt runt 5 500 kg. Safrolbeslagen var försumbara men PMK-beslagen ökade. Nederländerna rapporterade 622 kg under 2015, vilket ska jämföras med noll under 2014.

## Amfetamin och metamfetamin: inhemsk produktion

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.

TABELL 1.2

Sammanfattning av beslag och stoppade sändningar av prekursorer som används för ett urval syntetiska droger som produceras i EU, 2015

Prekursor/pre-prekursor	Beslag		Stoppade sändningar		TOTALT	
	Antal	Mängd	Antal	Mängd	Antal	Mängd
<b>MDMA eller besläktade substanser</b>						
PMK (liter)	6	622	0	0	6	622
Safrol (liter)	2	2	0	0	2	2
Piperonal (kg)	7	45	4	1 925	11	1 970
PMK-glycidderivat (kg)	11	5 461	0	0	11	5 461
<b>Amfetamin och metamfetamin</b>						
APAAN (kg)	10	778	0	0	10	778
BMK (liter)	17	1 029	0	0	17	1 029
PAA, fenylättiksyra (kg)	6	261	4	103	10	364
Efedrin, bulk (kg)	12	8	1	500	13	508
Pseudoefedrin, bulk (kg)	8	32	0	0	8	32
APAA (kg)	1	201	0	0	1	201
BMK-glycidderivat (kg)	5	14	0	0	5	14

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, Tyskland och Ungern. Det finns också indikationer på att det sista stadiet i produktionsledet, omvandlingen av amfetaminbas till amfetaminsulfat, sker i Europa.

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 man tog över 15 miljoner tabletter i beslag under 2015.

Tjeckien, och på senare tid även gränsområdena i grannländerna, har länge varit källan till en stor del av Europas metamfetamin. Drogen tillverkas även i Bulgarien, Litauen och Nederländerna.

I Tjeckien produceras metamfetamin huvudsakligen från prekursorerna efedrin och pseudoefedrin, som utvinns ur läkemedel främst insmugglade från Polen. Drogen kan också produceras med utgångspunkt i BMK. Under 2015 rapporterades 291 olagliga metamfetaminlaboratorier i EU, varav 263 fanns i Tjeckien. Produktionen i Tjeckien har övergått från småskalig tillverkning för personligt bruk eller lokal försäljning, till storskalig produktion av organiserade kriminella grupper, som tillverkar drogen både för konsumtion i Europa och för export.

## AMFETAMINER

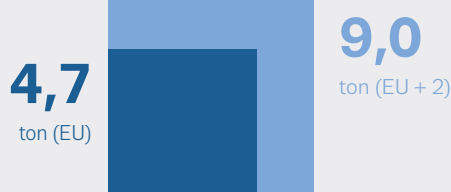
### Amfetamin

Antal beslag

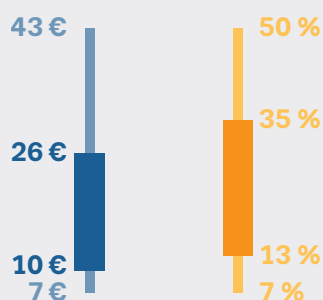
**34 000** EU **39 000** EU + 2



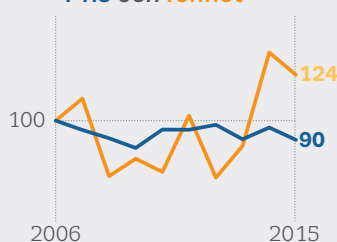
Beslagtagn  
mängd



Pris (EUR/g) Renhet (%)



Indexerade trender:  
Pris och renhet



### Metamfetamin

Antal beslag

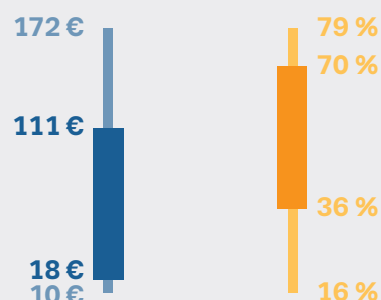
**8 000** EU **12 000** EU + 2



Beslagtagn  
mängd



Pris (EUR/g) Renhet (%)

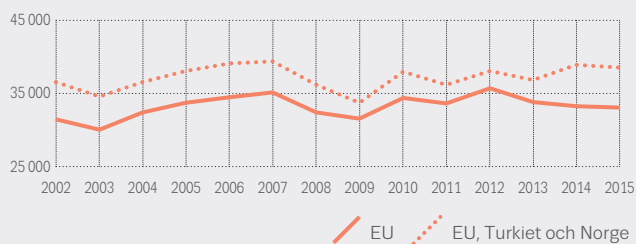


EU + 2 avser EU:s medlemsstater, Turkiet och Norge. Pris och renhet för amfetaminer: nationella medelvärden – minimum, maximum och kvartilavstånd. Vilka länder som omfattas varierar mellan olika indikatorer. Det finns inga indexerade trender för metamfetamin.

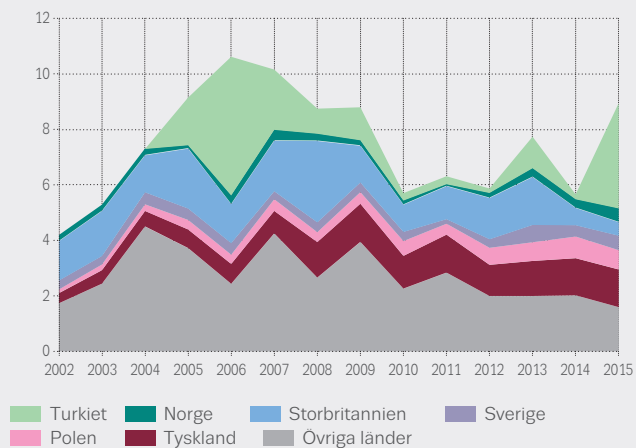
FIGUR 1.7

## Antal amfetaminbeslag och beslagtagn mängd: trender samt 2015 eller senast tillgängligt år

Antal beslag

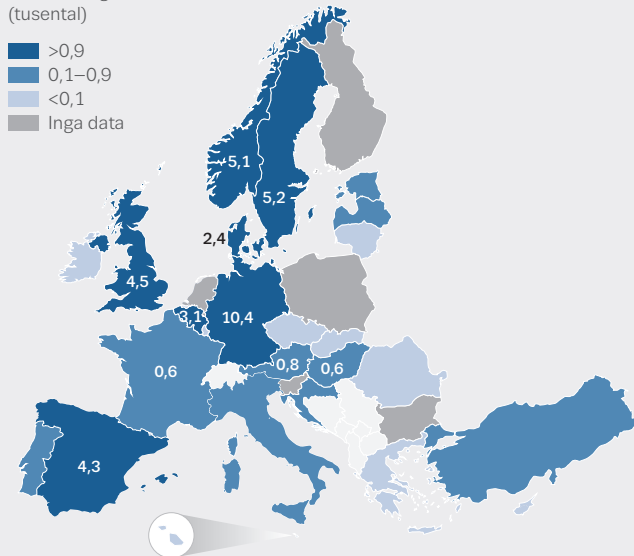


Ton



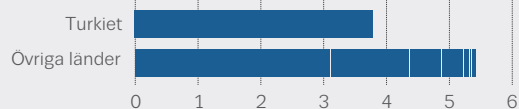
Antal beslag av amfetamin (tusental)

>0,9  
0,1–0,9  
<0,1  
Inga data



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

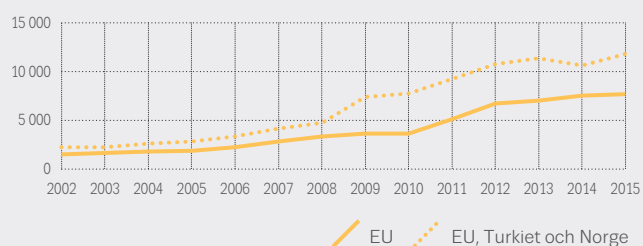
Mängd beslagtagn amfetamin (ton)



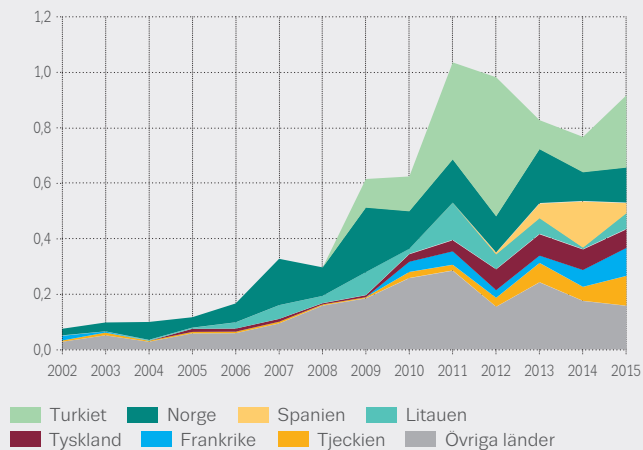
FIGUR 1.8

## Antal metamfetaminbeslag och beslagtagn mängd: trender samt 2015 eller senast tillgängligt år

Antal beslag

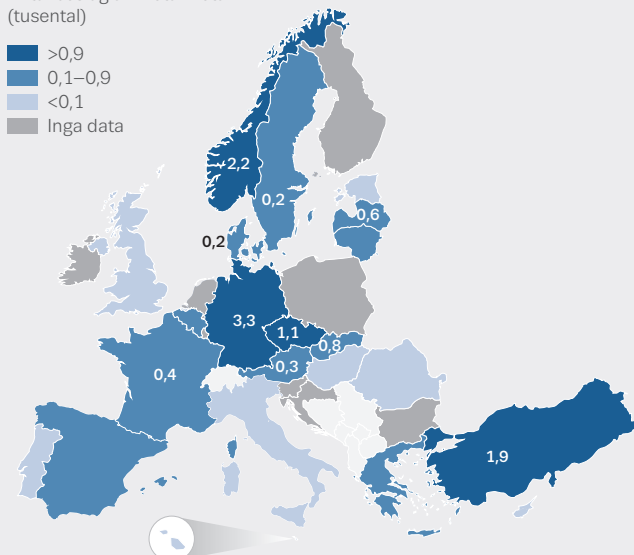


Ton



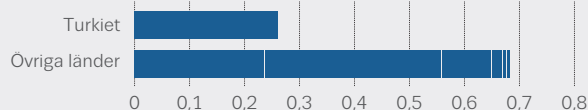
Antal beslag av metamfetamin (tusental)

>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)





Under 2015 rapporterades 34 000 beslag av amfetamin av EU:s medlemsstater, på sammanlagt 4,7 ton. Totalt sett har mängden beslagttaget amfetamin i EU ökat och har legat på mellan 4 och 6 ton under perioden 2002–2015 (figur 1.7). Antalet metamfetaminbeslag är betydligt lägre med 7 700 rapporterade beslag 2015, som sammantaget uppgick till 0,5 ton. Den största mängden beslagtogs i Tjeckien (figur 1.8). Under 2015 beslagtogs även stora mängder amfetamin i Turkiet (3,8 ton amfetamin och 0,3 ton metamfetamin) och Norge (0,1 ton metamfetamin). För metamfetamin har antalet beslag och den beslagtagna mängden visat en stigande trend sedan 2002.

Den genomsnittliga rapporterade renheten är generellt högre för metamfetaminprover än för amfetaminprover. Indexerade trender tyder på att amfetaminets renhet har ökat de senaste åren.

### MDMA: produkter med hög styrka tillgängliga

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. Efter en period av låg tillgång på grund av brist på prekursorer för tillverkningen har MDMA-marknaden fått ett uppsving under senare år. Försäljningen av MDMA beräknas uppgå

till cirka 0,7 miljarder euro. Den genomsnittliga MDMA-halten i tabletterna har ökat de senaste åren och man har sett samband mellan höga halter av MDMA i vissa partier och skador och dödsfall.

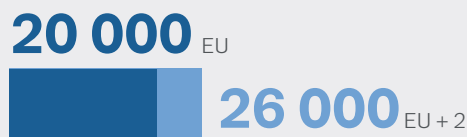
Produktionen av MDMA i Europa verkar vara koncentrerad till Belgien och Nederländerna. Under 2015 stängdes fyra MDMA-laboratorier i EU (tre i Nederländerna och ett i Belgien). MDMA tillverkat i Europa exporteras också till andra delar av världen.

Det är svårt att bedöma de senaste trenderna för MDMA-beslag eftersom data saknas från vissa länder som sannolikt skulle påverka det sammanlagda antalet beslag. För 2015 finns inga data från Nederländerna, som 2012 rapporterade MDMA-beslag på 2,4 miljoner tabletter. Det saknas också uppgift om antalet beslag i Polen och Finland. Utan dessa viktiga uppgifter beräknas mängden MDMA som beslagtogs i EU 2015 uppgå till 4 miljoner tabletter och 0,2 ton MDMA-pulver.

## Den genomsnittliga MDMA-halten i tabletter har ökat de senaste åren

### MDMA

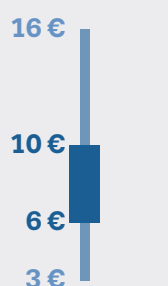
#### Antal beslag



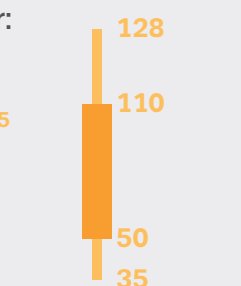
#### Beslagttagen mängd



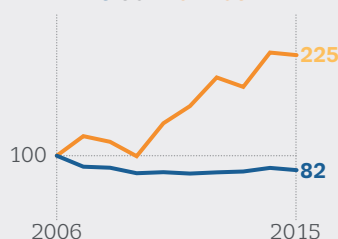
#### Pris (EUR/tablett)



#### Renhet (MDMA mg/tablett)



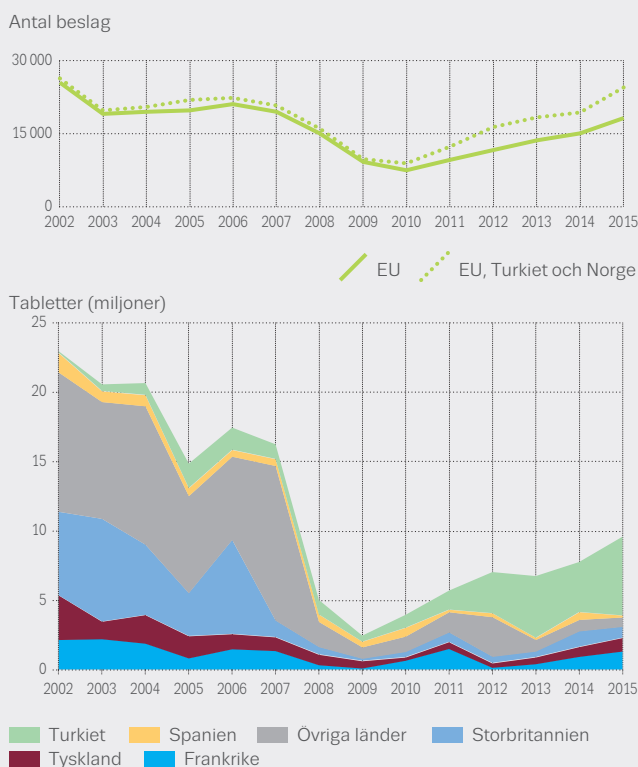
#### Indexerade trender: Pris och renhet



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.

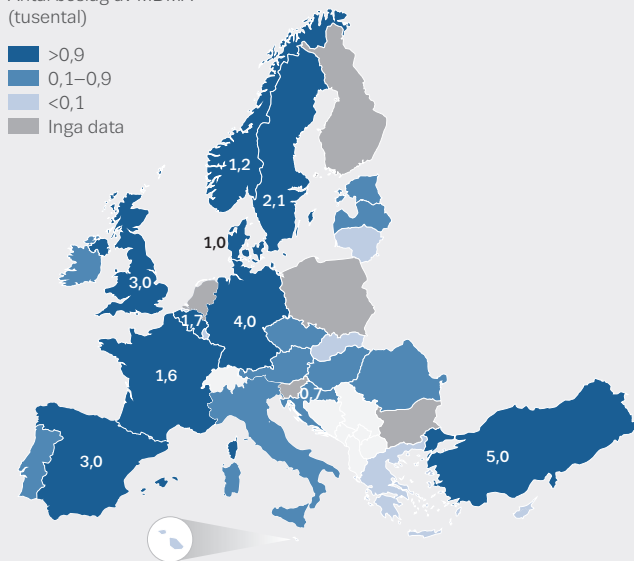
FIGUR 1.9

## Antal MDMA-beslag och beslagtagna mängd: trender samt 2015 eller senast tillgängliga år



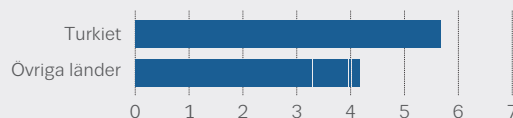
Antal beslag av MDMA (tusental)

■ >0,9  
■ 0,1–0,9  
■ <0,1  
■ Inga data



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

Antal beslagtagna MDMA-tabletter (miljoner)



Det totala antalet rapporterade MDMA-beslag har kontinuerligt ökat sedan 2010, medan mängden som beslagts har varit relativt oförändrad under perioden. Stora MDMA-beslag gjordes också i Turkiet 2015 med 5,7 miljoner tabletter, vilket är mer än den mängd som rapporterats av alla övriga länder sammantaget (figur 1.9).

## Beslag av LSD, GHB och ketamin

Ett antal andra olagliga droger beslagts i EU. Under 2015 gjordes det bland annat 1 400 beslag av LSD (lysergsyredietylamid), vilket motsvarade 100 000 enheter. Dessutom beslagtogs 1 kg av drogen i Belgien. Det totala antalet LSD-beslag har fördubblats sedan 2010, även om mängden har varierat. Under 2015 rapporterades beslag av GHB (gammahydroxybutyrat) eller GBL (gammabutyrolakton) av 14 länder. De beräknade 1 300 beslagen uppgick till 320 kg och över 1 500 liter av drogen, där Belgien (33 procent) och Norge (35 procent) tillsammans stod för två tredjedelar av dessa beslag. Tolv länder rapporterade omkring 1 200 beslag av ketamin, som tillsammans uppgick till cirka 130 kg av drogen. Danmark, Italien och Storbritannien stod för den största delen.

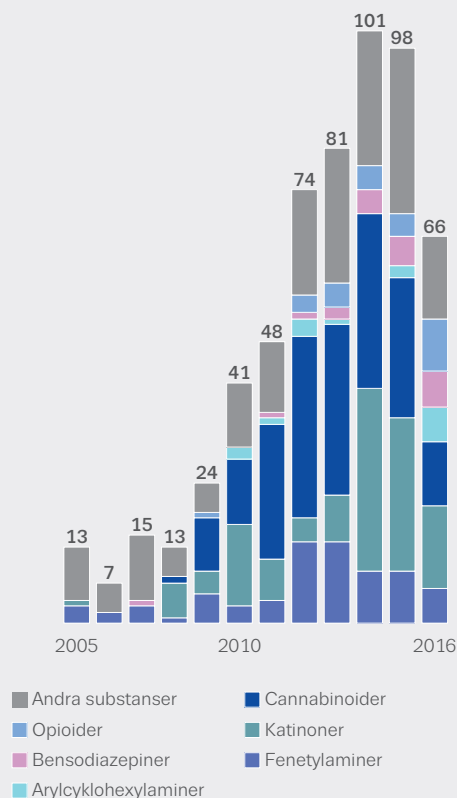
## Nya psykoaktiva substanser: många och mångfasetterade

I slutet av 2016 övervakade EMCDDA över 620 nya psykoaktiva substanser som har tillkommit på den europeiska narkotikamarknaden. 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 olagliga droger, men de kan också vara riktade till små grupper som vill pröva på deras 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. En del nya substanser kan också komma från läkemedel, som antingen avletts från den legala leveranskedjan eller tillverkats från illegala substanser. Substanserna kan även tillverkas i olagliga laboratorier i Europa och på andra platser i världen. Flera olika indikatorer, bland annat olagliga 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.

FIGUR 1.10

Antal och huvudgrupper av nya psykoaktiva substanser som för första gången har rapporterats till EU:s system för tidig varning, 2005–2016



Antalet nya substanser som upptäcks varje år är bara ett av flera mått som EMCDDA använder för att få en bild av den totala marknaden. Av de 620 nya substanser som just nu övervakas upptäcktes 423 (nästan 70 procent) på narkotikamarknaden under 2015. Detta kan jämföras med 365 under 2014 och 299 under 2013 och visar hur komplex marknaden har blivit.

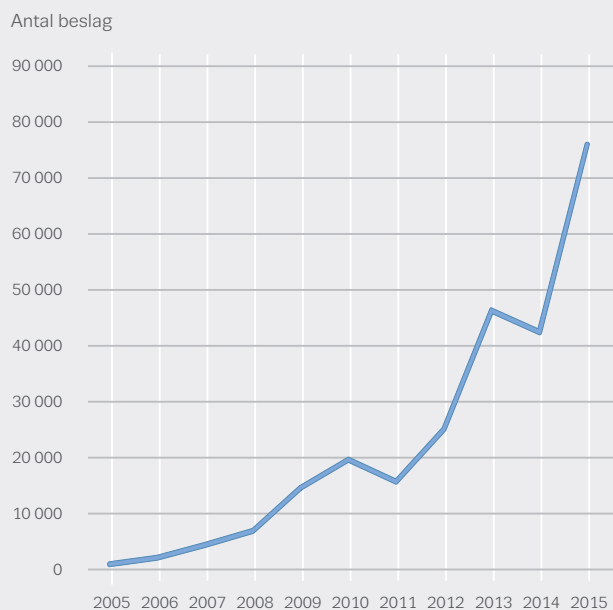
En del nya substanser säljs öppet på den synliga webben och i specialiserade fysiska butiker – ofta märkta som lagliga produkter. De säljs dessutom på darknetmarknader och på den illegala marknaden, ibland under eget namn och ibland som förfälskningar som utges för att vara heroin, kokain, ecstasy och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

Mer än 70 procent av de nya substanser som upptäcktes i EU:s system för tidig varning har tillverkats under de senaste fem åren. Under 2016 rapporterades 66 nya substanser för första gången i Europa. Detta är färre än de föregående två åren men motsvarar det antal som upptäcktes 2012 och 2013. Vad som orsakat denna nedgång är oklart, men den kan delvis bero på nationella europeiska regeringars åtgärder för att förbjuda nya substanser, i synnerhet att förbjuda att de säljs öppet som "lagliga" produkter. Dessutom kan kontrollåtgärder och brottsbekämpande insatser i Kina riktade mot laboratorier som producerar nya substanser vara en bidragande orsak. Starkare kopplingar till den större olagliga narkotikamarknaden kan också vara en viktig faktor.

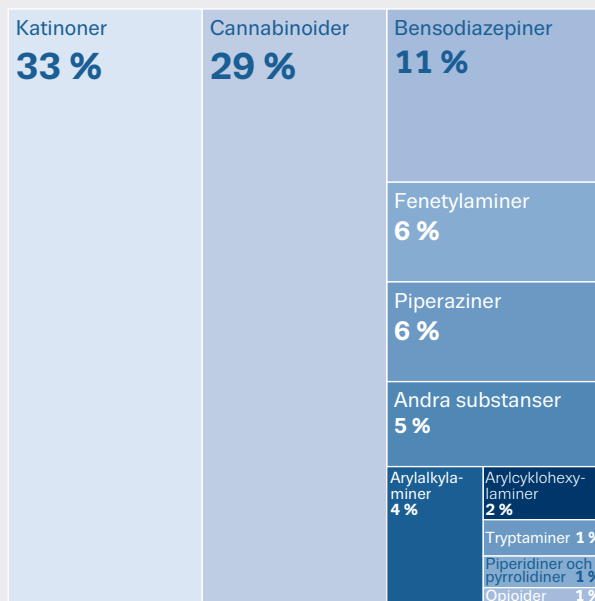
**I slutet av 2016 övervakade EMCDDA över 620 nya psykoaktiva substanser**

FIGUR 1.11

Antalet beslag av nya psykoaktiva substanser som rapporterats till EU:s system för tidig varning: trender samt uppdelat efter huvudgrupp under 2015



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



## Ökade beslag av nya psykoaktiva substanser

Under 2015 rapporterades närmare 80 000 beslag av nya psykoaktiva substanser via EU:s system för tidig varning (figur 1.11). Syntetiska katinoner och syntetiska cannabinoider stod för över 60 procent av beslagen av nya substanser 2015 (över 47 000). Även de beslagtagna volymerna ökade 2015 jämfört med det föregående året avseende syntetiska katinoner, syntetiska cannabinoider och nya opioider.

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 kapacitet och prioriteringar, samt deras rapporteringspraxis.

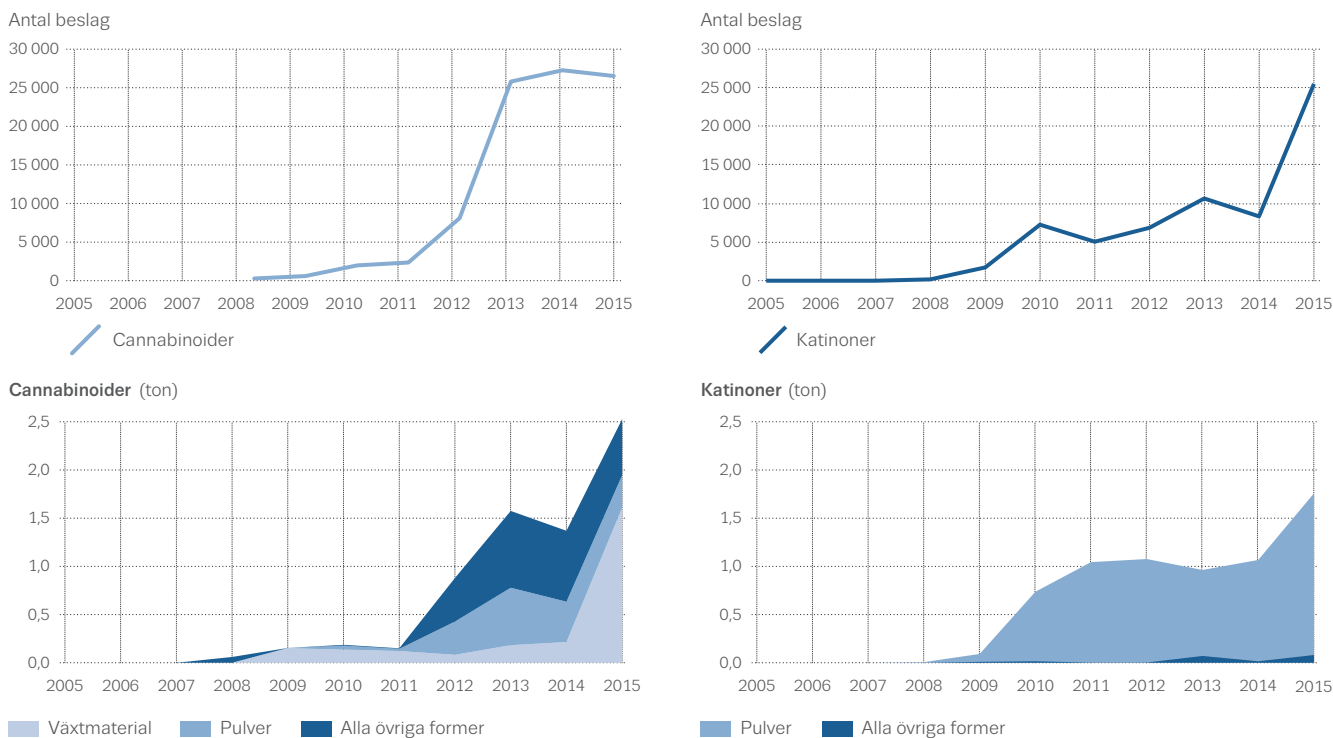
## Nya syntetiska opioider

Totalt har 25 nya opioider upptäckts på den europeiska narkotikamarknaden sedan 2009 – nio av dessa rapporterades för första gången 2016. Av dessa är 18 fentanyler och av dessa rapporterades 8 för första gången 2016. Fentanyler spelar än så länge endast en liten roll på Europas narkotikamarknad, men de är mycket starka substanser som utgör ett allvarligt hot både mot enskilda personers hälsa och folkhälsan.

De nya opioider som beslagtagits har haft olika form: till största delen pulver, tabletter och kapslar, och sedan 2014 även i flytande form. Över 60 procent av de 600 beslagen av nya syntetiska opioider som rapporterades 2015 var fentanyler. År 2015 beslagtogs närmare 2 liter syntetiska opioider, en ökning med 240 ml jämfört med föregående år. Fentanyler fanns i 85 procent av de vätskor som beslagtogs. En oroskälla i sammanhanget är de nässprayer innehållande fentanyl som börjat dyka upp på marknaden, till exempel akryloylfentanyl och furanylfentanyl. Dessa opioider står för 0,75 procent av det totala antalet beslag av nya substanser men endast 0,04 procent av den totala kvantitet som beslagtas, vilket visar såväl deras låga marknadsandel som substansernas höga styrka.

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



### Syntetiska cannabinoider

Syntetiska cannabinoider är substanser vars effekt efterliknar den hos delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), som till stor del står för de psykoaktiva effekterna av cannabis. Tillverkarna i Europa har utnyttjat denna effekt åtminstone sedan 2008 genom att importera bulkpulver av cannabinoider och blanda det med torkat växtmaterial för att få fram hundratals olika "lagliga" rusprodukter. Dessa marknadsförs sedan som lagliga ersättningar för cannabis och säljs som "rökblandningar". Syntetiska cannabinoider är fortfarande den största gruppen nya substanser som övervakas av EMCDDA och de blir alltmer kemiskt mångfacetterade. Sedan 2008 har 169 substanser upptäckts, varav 11 rapporterades 2016, vilket var en minskning från de 24 som rapporterades 2015.

Något fler än 24 000 beslag av syntetiska cannabinoider rapporterades 2015 (figur 1.12). De fem syntetiska cannabinoider som oftast beslagtogs 2015 var ADB-FUBINACA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 och ADB-CHMINACA.

Dessa utgjorde över 2,5 ton av substanserna. Närmare 64 procent av beslagen av syntetiska cannabinoider var i

form av växtbaserade blandningar och 13 procenten utgjordes av pulver.

Att syntetiska cannabinoider i pulverform och tillverkningsanläggningar i Europa upptäcks tyder på att produkterna förpackas i Europa. När dessa pulver förvandlas till "rökblandningar" kan de användas i flera miljoner doser. De cannabinoider i pulverform som oftast beslagtogs 2015 var 5F-AMB (61 kg), 5F-AKB48 (61 kg) och ADB-FUBINACA (57 kg).

### Syntetiska katinoner

Syntetiska katinoner är kemiskt besläktade med katinon, som är en naturligt förekommande stimulant 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 narkotika som övervakas av EMCDDA som totalt upptäckt 118 stycken, varav 14 upptäcktes för första gången 2016, en minskning från 26 som rapporterades 2015.

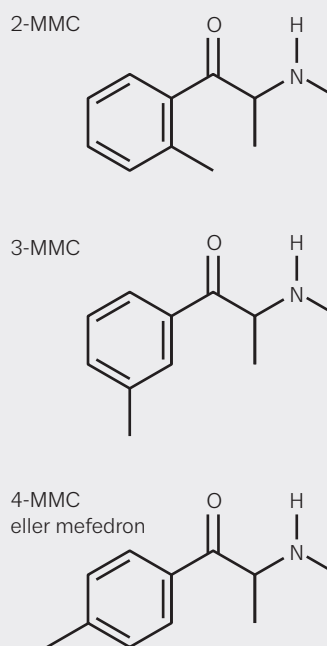
År 2015 var syntetiska katinoner de nya psykoaktiva substanser som beslagtogs oftast, över 25 000 beslag, vilket stod för nästan en tredjedel av det totala antalet. Det är en ökning med över 17 000 beslag jämfört med föregående år. Beslagen uppgick till strax över 1,8 ton, en ökning med cirka 0,75 ton jämfört med 2014 (figur 1.12). Syntetiska katinoner förekommer främst i pulverform. De fem vanligaste katinoner som beslagtogs 2015 var alfa-PVP, 3-MMC, etylon, 4-CMC och pentedron. Bland de beslag som rapporterades 2015 kom över 60 procent (1,2 ton) av de syntetiska katinonerna från Kina. En stor del (42 procent) av de syntetiska katinoner som beslagtogs utgjordes av 2-MMC (156 kg) och 3-MMC (616 kg). Dessa är kemiskt besläktade med mefedron (4-MMC) men står inte under internationell narkotikakontroll. Mefedron har blivit en etablerad olaglig drog på narkotikamarknaden i några länder och en del 2-MMC och 3-MMC säljs sannolikt som mefedron (se figur 1.13).

### Nya bensodiazepiner

En annan källa till oro är den på senare tid växande marknaden för nya bensodiazepiner. Omkring 20 av dessa substanser övervakas av EMCDDA. Sex av dem upptäcktes för första gången i Europa 2016. Under 2015 beslagtogs över 300 000 tabletter som innehöll nya bensodiazepiner som klonazolam, diklazepam, etizolam och flubromazolam, vilket är nästan dubbelt så många som 2014. En del av de nya bensodiazepinerna såldes som tabletter, kapslar eller pulver under sina egna namn. I andra fall användes dessa substanser för tillverkning av förfälskningar av vanliga ångestdämpande läkemedel, till exempel diazepam och alprazolam, som såldes direkt på den illegala marknaden.

FIGUR 1.13

Kemiska formler för 2-MMC, 3-MMC och 4-MMC (mefedron)



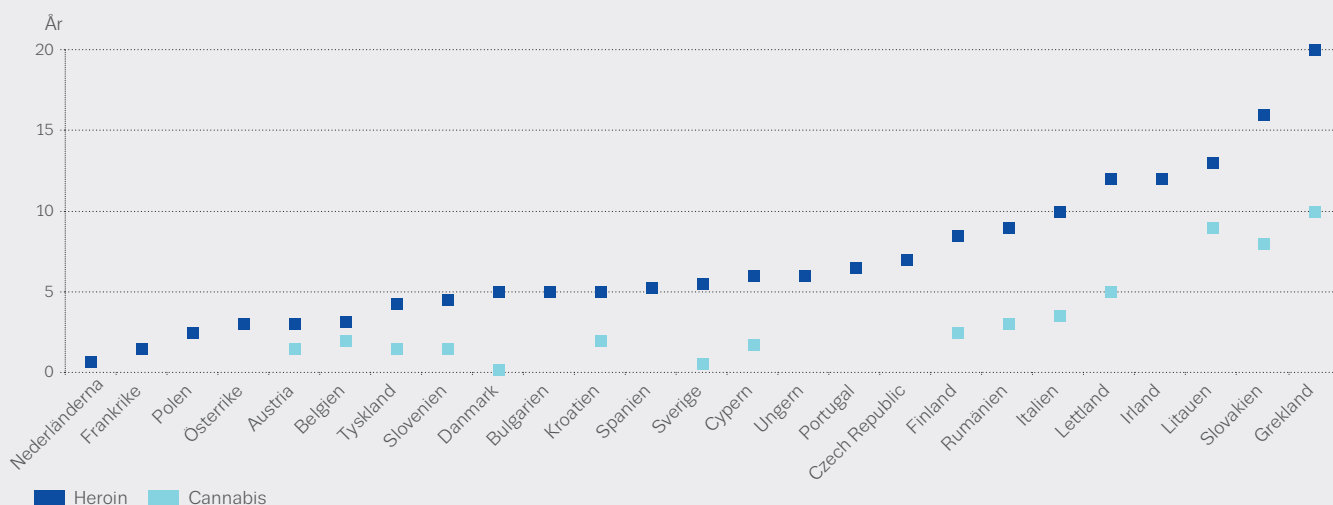
### Lagstiftning mot försäljning av nya psykoaktiva substanser

De europeiska länderna vidtar åtgärder för att förhindra försäljning av droger enligt de tre FN-konventioner som utgör ett ramverk för begränsning av produktion, handel och innehav av över 240 psykoaktiva substanser. Den snabba framväxten av nya psykoaktiva substanser och variationsrikedomen i de produkter som finns 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 åtgärder 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. Definitionen av lagbrott och påföljder varierar kraftigt, liksom narkotikalagstiftningen i Europa. Den allmänna trenden i nationell narkotikalagstiftning, dvs. lindrigare straff vid personligt innehav, visar sig också i senare tids lagstiftning om nya droger. Enligt de flesta nya lagar som gäller nya psykoaktiva substanser bestraffas endast illegal försäljning, medan personligt innehav inte medför något straff.

FIGUR 1.14

Förväntade fängelsestraff för försäljning/langning av 1 kilo heroin eller cannabis i EU:s medlemsstater



Obs! Medianlängd för det förväntade straffet baserat på bedömning av ett urval jurister i respektive land. Avser förstagångsförbrytare som ej tidigare varit inblandade i organiserad brottslighet. I de fall villkorlig dom ansågs vara en möjlig påföljd anges inget medianvärde för strafflängden.

På EU-nivå pågår för närvarande en översyn av gällande lagstiftning för kontroll av nya psykoaktiva substanser, som började gälla 2005. Man vill skapa ett system som på ett snabbare och effektivare sätt kan lagföra verksamhet relaterad till skadliga nya psykoaktiva substanser.

### Straffen för narkotikaförsäljning: varierar mellan droger och länder

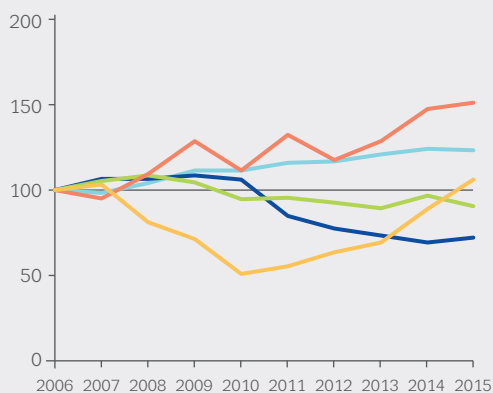
Otillåten narkotikaförsäljning är ett brott i alla länder i Europa, men de lagstadgade straffen varierar kraftigt. EMCDDA genomförde nyligen en enkät bland jurister i EU:s medlemsstater, där man fann att de straff dessa experter förväntade sig för samma typ av narkotikahandel varierade betydligt mellan länderna (figur 1.14). Variationerna kan vara ett resultat av nationella historiska och kulturella faktorer som påverkar ett lands lagstiftning, men även olika nationella synsätt på hur effektivt ett straff är som avskräckande medel. Enligt studien ansåg dessutom många jurister att straffet skulle komma att variera beroende på vilken drog det gällde, trots att lagstiftningen föreskriver samma straff för olika substanser. Det skulle betyda att domarna tar hänsyn till sådana aspekter som vilken samhällsskada de olika drogerna skulle orsaka.

FIGUR 1.15

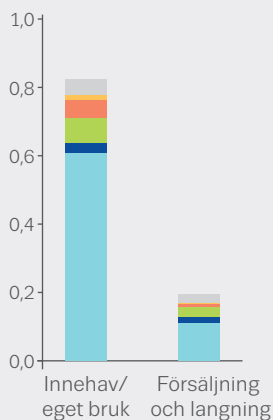
Narkotikabrott i Europa som gäller användning eller innehav för personligt bruk eller narkotikaförsäljning och langning: indexerade trender och rapporterade brott 2015

#### Innehav/eget bruk

Indexerade trender

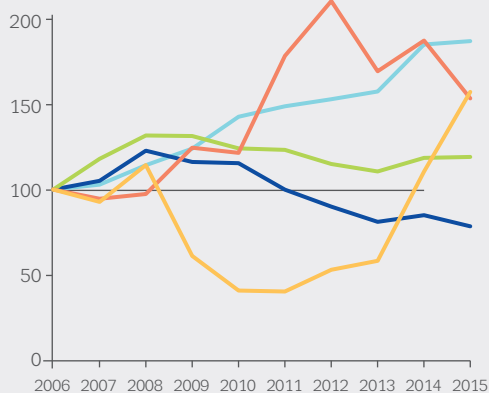


Antal brott  
(miljoner)



#### Försäljning och langning

Indexerade trender



Heroin Kokain MDMA Cannabis Amfetaminer Andra substanser

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

### Narkotikabrott: gäller oftast cannabis

Tillämpningen av lagarna övervakas via data om rapporterade narkotikabrott. Under 2015 rapporterades uppskattningsvis 1,5 miljoner brott i EU (varav majoriteten gällde cannabis, 57 procent) som omfattade cirka 1 miljon brottslingar. Mellan 2006 och 2015 ökade de rapporterade brotten med nästan en tredjedel (31 procent).

De rapporterade brotten vad gäller narkotikaförsäljning har totalt sett ökat med 18 procent sedan 2006, och uppgick till uppskattningsvis över 214 000 fall 2015. Cannabis stod för majoriteten av dessa brott (57 procent). Sedan 2013 har det har skett en kraftig ökning av rapporterade brott som gäller försäljning av MDMA (figur 1.15).

För hela Europa rapporterades uppskattningsvis över 1 miljon brott som gällde användning eller innehav för personligt bruk under 2015, en 27-procentig ökning jämfört med 2006. Av de rapporterade narkotikabrotten som gällde innehav avsåg cirka tre fjärdedelar cannabis (74 procent). Den uppåtgående trenden för brott som rör innehav av amfetaminer och MDMA fortsatte under 2015 (figur 1.15).

**Omkring 1,5 miljoner  
narkotikabrott  
rapporterades under 2015**



## MER INFORMATION

## EMCDDA:s publikationer

## 2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

Country Drug Reports 2017.

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

## 2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

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

Internet and drug markets, Insights.

## 2015

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

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Technical reports.

The internet and drug markets, Technical reports.

## 2014

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

## 2013

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

## 2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

## Gemensamma publikationer från EMCDDA och Europol

## 2017

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: acryloylfentanyl, Joint Reports.

## 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, Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl, Joint Reports.

## 2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance:  $\alpha$ -PVP, Joint Reports.

## 2013

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

## Gemensamma publikationer från EMCDDA och Eurojust

## 2016

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

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

# 2

**Blandmissbruk är vanligt  
bland narkotikaanvändarna**

# Prevalens och trender för narkotikaanvändning

Narkotikaanvändningen i Europa omfattar numera ett bredare spektrum av substanser än förr. Blandmissbruk är vanligt bland personer som använder narkotika och de individuella användningsmönstren omfattar allt från experimentell användning till regelbunden användning och beroende. Användningen av alla typer av droger är i allmänhet mer utbredd bland pojkar och män och denna skillnad blir oftast ännu mer märkbar när det gäller mer intensiva eller regelbundna användningsmönster. Prevalensen av cannabisanvändning är ungefär fem gånger större än för andra substanser. Det är fortfarande relativt sällsynt med användning av heroin och andra opioider men det är alltjämt dessa typer av narkotika som vanligen förknippas med skadligare typer av användning, inbegripet injektionsmissbruk.

## Övervakning av narkotikaanvändningen

EMCDDA samlar in och ser till att data om narkotikaanvändning och användningsmönster i Europa är aktuella.

Undersökningar som utförts bland skolungdomar och 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 som innehåller beräkningar av problematiskt bruk av narkotika kan bidra till att identifiera omfattningen av mer inrotade narkotikaproblem, medan uppgifter om personer som inleder specialiserad narkotikabehandling, tillsammans med andra indikatorer, kan bidra till en förståelse av beskaffenhet och trender vad gäller problematiskt narkotikabruk.

Fullständiga datauppsättningar och metodkommentarer finns på internet i [Statistical Bulletin](#).

## Varierande nationella trender för skolungdomars narkotikaanvändning

Genom att övervaka narkotikaanvändningen bland skolungdomar 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 senaste undersökningen samlades jämförbara data in 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). Användning av drogen de senaste 30 dagarna varierade från 2 procent i Sverige, Finland och Norge, till 17 procent i Frankrike. Genomsnittet i de 24 länderna var 8 procent. Könsskillnaderna varierar i Europa, där förhållandet pojkar-flickor vad gäller livstidsprevalensen för cannabisbruk varierar från lika värden för Tjeckien och Malta till 2,5 pojkar på varje flicka för Norge.

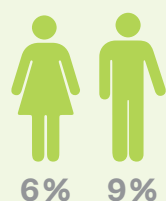
Användningen av andra olagliga droger än cannabis var betydligt lägre. Livstidsprevalensen var totalt 5 procent. De vanligaste olagliga droger efter cannabis var MDMA/ecstasy, amfetamin, kokain, metamfetamin och LSD eller andra hallucinogener, som var och en rapporterades av 2 procent av eleverna. Dessutom rapporterades användning av nya psykoaktiva substanser någon gång i livet av 4 procent av eleverna, där de högsta siffrorna fanns i Estland och Polen (10 procent vardera).

Bland de 22 länder som redovisat tillräckliga data för analys (21 EU-medlemsstater samt Norge) nådde den samlade trenden för månadsprevalens för cannabis en topp 2003 och minskade något i efterföljande undersökningar (figur 2.1). Mellan de senaste undersökningarna, som utfördes 2011 och 2015, har både livstidsprevalens och månadsprevalens för cannabisanvändningen varit stabil i de flertalet av de 22 länderna. Livstidsprevalensen för användning av andra olagliga droger än cannabis har varit i stort sett oförändrad sedan 1995, med en lätt nedgång mellan 2011 och 2015.

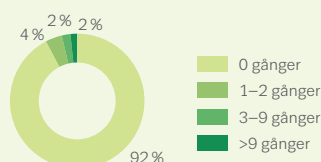
**Livstidsprevalens för användning av nya psykoaktiva ämnen rapporterades av 4 procent av eleverna**

## SUBSTANSBRUK BLAND 15–16-ÅRIGA SKOLUNGDOMAR I EUROPA (2015 ESPAD)

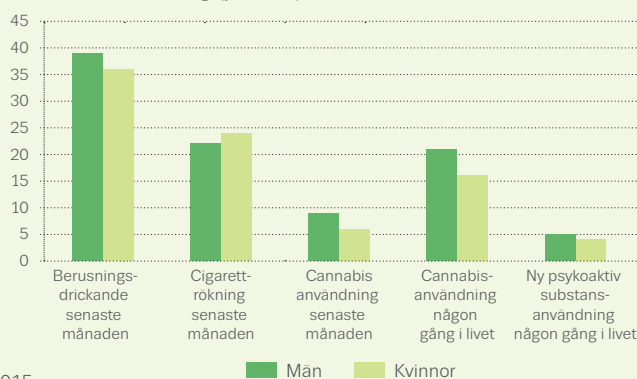
### Cannabisanvändning under senaste månaden, efter kön



### Frekvens för cannabisanvändning under senaste månaden



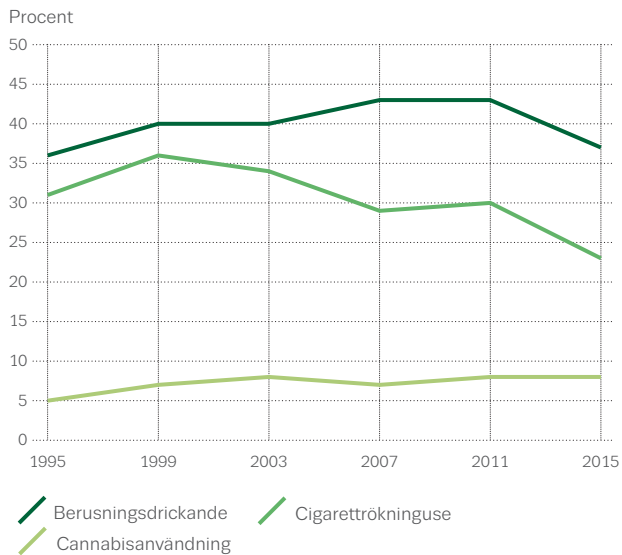
### Substansanvändning (procent)



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

FIGUR 2.1

Trender för månadsprevalens avseende berusningsdrickande, cigarettrökning och cannabisanvändning bland 15–16-åriga skolungdomar i Europa



### Skolungdomars rökning och berusningsdrickande har minskat på senare tid

ESPAD rapporterar också om användning av alkohol och tobak. Mer än fyra femtedelar (83 procent) av eleverna hade konsumerat alkohol minst en gång under sin livstid. Hälften av studenterna rapporterade att de druckit alkohol minst en gång under den senaste månaden, och 39 procent av pojkarna och 36 procent av flickorna hade druckit fem eller fler drinkar vid ett tillfälle under den senaste månaden (berusningsdrickande).

Närmare hälften (47 procent) av eleverna hade rökt cigaretter. 23 procent av eleverna uppgav att de hade rökt minst en cigarett per dag under månaden före undersökningen, medan 3 procent uppgav att de rökte mer än tio cigaretter per dag.

Bland de 22 EMCDDA-länder som lämnat tillräckliga uppgifter för en trendanalys sågs en total minskning av livstidsprevalens och månadsprevalens för användning av både alkohol och cigaretter mellan 1995 och 2015. Berusningsdrickandet hade förändrats i mindre grad, men en ökning bland flickorna kunde observeras under perioden. Mellan undersökningarna utförda 2011 och 2015 minskade både berusningsdrickande och månadsprevalens för cigarettrökning.

### Över 93 miljoner vuxna har provat olagliga droger

Över 93 miljoner av den vuxna befolkningen i EU, eller lite drygt en fjärdedel av alla mellan 15 och 64 år, beräknas ha använt narkotika någon gång i livet. Män uppger oftare att de använt narkotika (56,8 miljoner) än kvinnor (36,8 miljoner). Den vanligaste drogen är cannabis (53,8 miljoner män och 34,1 miljoner kvinnor), medan betydligt lägre siffror rapporteras i fråga om livstidsanvändningen av kokain (12,2 miljoner män och 5,3 miljoner kvinnor), MDMA (9,3 miljoner män och 4,7 miljoner kvinnor) och amfetaminer (8,4 miljoner män och 4,2 miljoner kvinnor). Livstidsanvändningen av cannabis varierar kraftigt mellan länderna, från ungefär 8 av 20 vuxna i Frankrike till färre än 1 av 20 i Malta och Rumänien.

Användning av narkotika under de senaste 12 månaderna kan användas som ett mått på mer rekreationell narkotikaanvändning vilket är främst koncentrerat till unga vuxna. Uppskattningsvis 18,7 miljoner unga vuxna (i åldern 15–34 år) har använt narkotika under det senaste året, och antalet män var dubbelt så stort som antalet kvinnor.

### Cannabisanvändning: varierande nationella trender

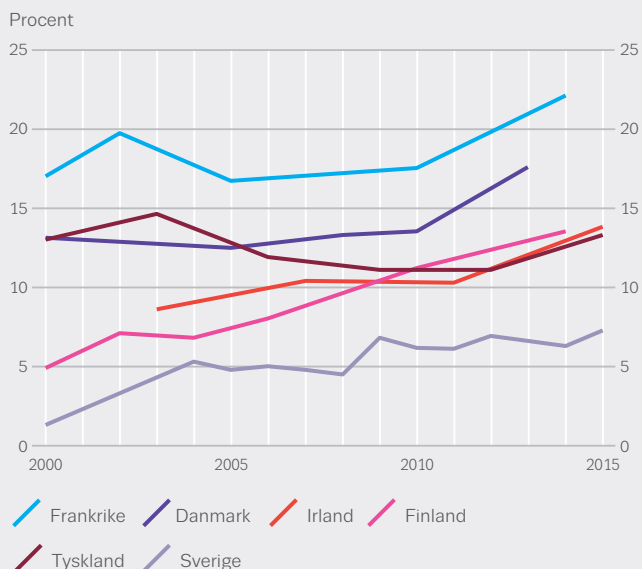
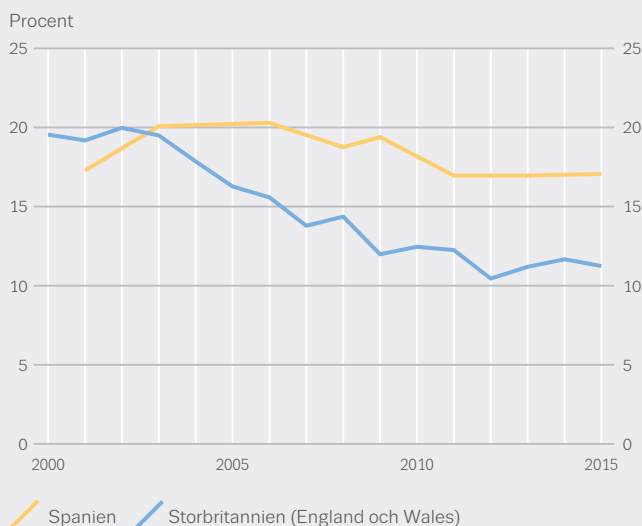
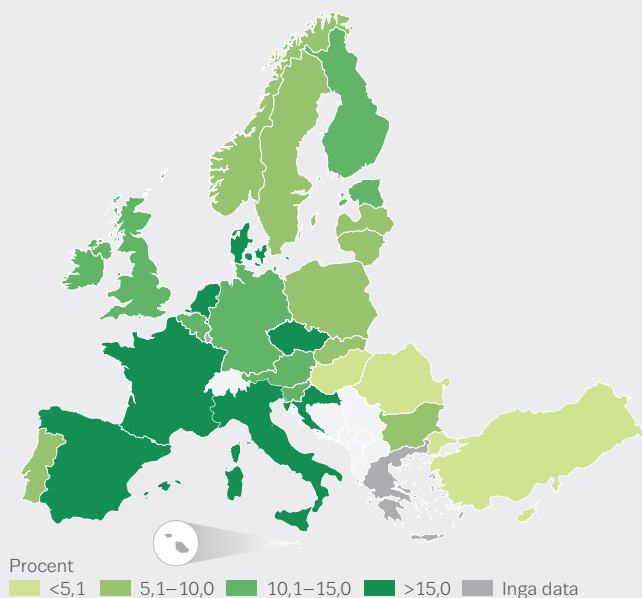
Cannabis är den olagliga drog som det är mest troligt att personer i alla åldersgrupper använder. Cannabis röks vanligen och i Europa blandas den ofta med tobak. Mönstren för cannabisanvändning kan variera från sporadisk användning till regelbunden användning och beroende.

Man beräknar att 87,7 miljoner vuxna i Europa (i åldern 15–64 år), eller 26,3 procent i denna åldersgrupp, har experimenterat med cannabis vid någon tidpunkt i livet. Uppskattningsvis har 17,1 miljoner unga européer (15–34 år), eller 13,9 procent i denna åldersgrupp, använt cannabis under det senaste året (årsprevalens). Av dessa var 10 miljoner 15–24 år (17,7 procent av alla i åldersgruppen). Årsprevalensen bland 15–34-åringar varierar från 3,3 procent i Rumänien till 22 procent i Frankrike. Bland de unga som har använt cannabis under det senaste året var kvoten män/kvinnor 2:1.

**Den drog man oftast provar på är cannabis**

FIGUR 2.2

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



De senaste undersökningsresultaten för cannabisanvändning under det senaste året visar att länderna fortsätter att utvecklas på olika sätt. Av de länder som har genomfört undersökningar efter 2014 och rapporterat konfidensintervall, rapporterade sju högre siffror, sex var oförändrade och två rapporterade en lägre siffra än i föregående jämförbara undersökning.

Endast ett fåtal länder har tillräckliga undersökningsresultat för en statistisk analys av trenderna under det senaste året vad gäller cannabisanvändning hos unga vuxna (15–34 år). Bland dessa har den långsiktigt nedåtgående trend som observerats i Spanien och Storbritannien under det senaste årtiondet nu stabiliserats (figur 2.2).

Under det senaste årtiondet kan en stigande trend ses i Irland och Finland, och även i Sverige, även om prevalensen i Sverige har varit stabil sedan 2009. I Tyskland, Frankrike och Danmark ser man ingen tydlig uppåtgående statistisk trend under perioden, men de senaste undersökningarna pekar mot en ökning av cannabisanvändningen hos unga vuxna under det senaste året. Frankrike rapporterade 2014 ett nytt högsta värde på 22 procent, och de 13 procent som rapporterades av Tyskland 2015 är den högsta årsprevalensen för cannabisanvändning bland unga vuxna som rapporterats där under det senaste årtiondet. Bland de länder som saknar tillräckliga data för en statistisk analys av trender 2015 kunde den andra jämförbara årliga undersökningen i Nederländerna bekräfta en prevalens på cirka 16 procent, medan Österrikes första nationella undersökning sedan 2008 rapporterade en prevalens på 14 procent.

## Problematiserande cannabisanvändning: allt fler inleder behandling

Utifrån undersökningar bland 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 30 procent av dessa är mellan 35 och 64 år, och över tre fjärdedelar är män.

Uppgifterna om personer som inleder behandling för sina cannabisproblem kan tillsammans med andra indikatorer bidra till en förståelse av beskaftenheten och omfattningen av problematiskt bruk av cannabis i Europa. Det sammanlagda antalet förstagångsklienter som sökte hjälp för cannabisproblem ökade från 43 000 år 2006 till 76 000 år 2015. Många faktorer kan ligga bakom denna ökning, till exempel högre prevalens av cannabisanvändning i den allmänna befolkningen, mer intensiva användningsmönster, tillgång till starkare produkter, fler remitteringar samt ökad tillgång till behandling.

## Kokainprevalens: oförändrade nationella trender

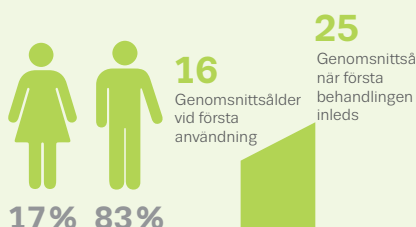
Kokain är det vanligaste olagliga stimulerande medlet i Europa, även om användningen är mer prevalent i södra och västra Europa. Bland regelbundna användare går det en grov skiljelinje mellan mer socialt välanpassade användare, som ofta sniffar kokainpulver (kokainhydroklorid) och marginaliserade användare, som injicerar kokain eller röker crack (kokainbas), ibland parallellt med användning av opioider.

Man beräknar att 17,5 miljoner vuxna i Europa (i åldern 15–64 år), eller 5,2 procent i denna åldersgrupp, har provat kokain vid någon tidpunkt 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 Irland, Spanien, Nederländerna och Storbritannien rapporterade en årsprevalens för kokainanvändning bland unga vuxna på 2,5 procent eller mer. Den minskning av kokainanvändningen som rapporterats tidigare år har inte kunnat ses i de senaste undersökningarna. Av de länder som har genomfört undersökningar efter 2014 och rapporterat konfidensintervall, rapporterade två högre beräkningar, elva var oförändrade och ett rapporterade en lägre beräkning än i föregående jämförbara undersökning.

## PERSONER SOM ANVÄNT CANNABIS SOM INLEDER BEHANDLING

### Egenskaper

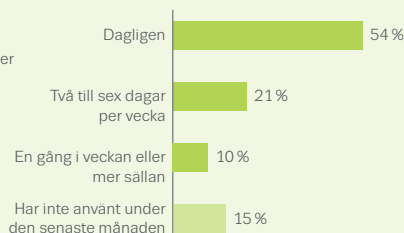


### Förstagångsklienter

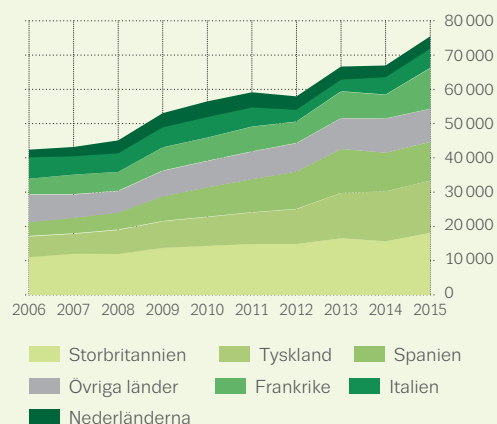


### Användningsfrekvens under den senaste månaden

Genomsnitt 5,4 dagar per vecka



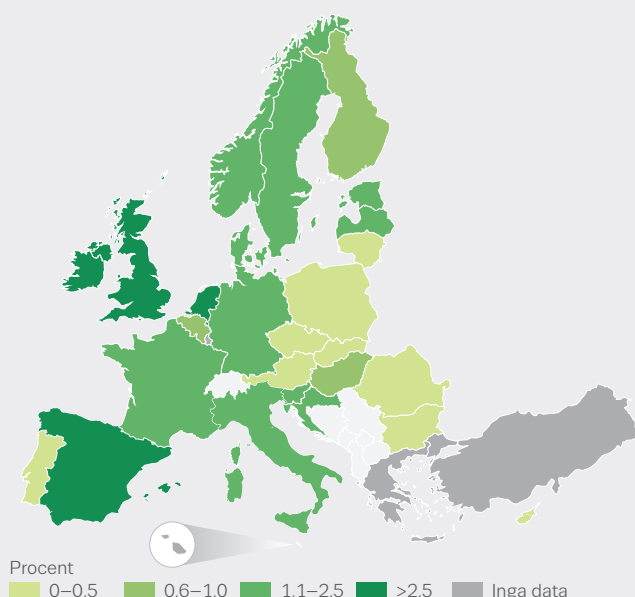
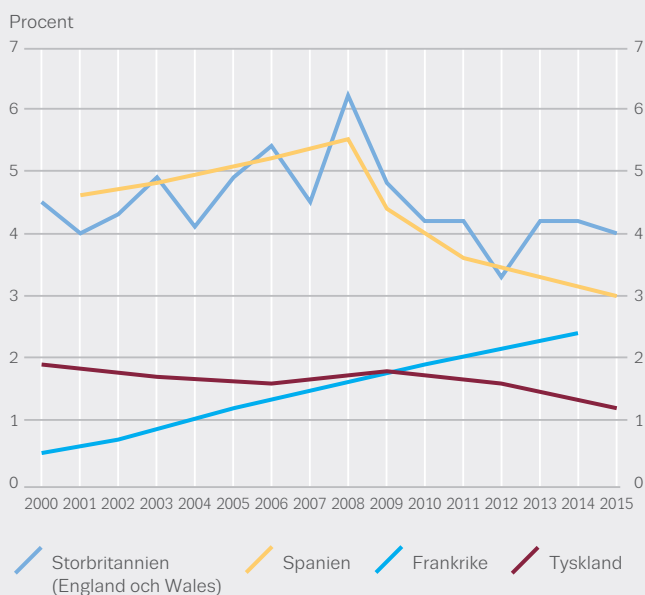
### Trender för förstagångsklienter



Obs! Egenskaperna gäller alla som inledde behandling och angav cannabis som primärdrog. Trender för förstagångsklienter avser 23 länder. 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 kokainanvändning bland unga vuxna (15–34 år): ett urval trender samt de senaste uppgifterna



Utifrån senaste årets kokainanvändning bland unga vuxna går det endast att göra en statistisk analys av de långsiktiga trenderna för ett begränsat antal länder, och nya data bekräftar de befintliga trenderna. Spanien och Storbritannien rapporterade båda trender som visade på en ökande prevalens fram till 2008, vilket följdes av stabilitet eller minskning (figur 2.3). Även om prevalensen är låg kan en ökande trend ses i Frankrike, där prevalensen för första gången steg över 2 procent under 2014. Statistiskt uppvisade undersökningen som genomfördes i Tyskland 2015 en nedgång av kokainprevalensen, som hade varit stabil mellan år 2000 och 2009.

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

En analys som utfördes 2016 visade de högsta koncentrationerna av bensoylekgonin – huvudmetaboliten i kokain – i städer i Belgien, Spanien och Storbritannien och mycket låga nivåer i de flesta östeuropeiska städer (figur 2.4). Av de 33 städer som har data för 2015 och 2016 rapporterade 22 en ökning, 4 en minskning och 7 oförändrade värden. Oförändrade eller stigande långsiktiga trender rapporteras för de flesta av de 13 städer som har data för 2011 och 2016.

### Problematisering kokainanvändning: oförändrad behandlingsefterfrågan

Det är svårt att uppskatta prevalensen av problematisk kokainanvändning i Europa eftersom endast fyra länder har gjort några beräkningar på senare tid och man har använt olika definitioner och metoder. Baserat på ett frågeformulär om beroendets svårighetsgrad beräknade Tyskland 2015 att det problematiska kokainbruket i den vuxna populationen uppgick till 0,20 procent, medan Spanien beräknade det problematiska kokainmissbruket till 0,24 procent baserat på användningsfrekvensen. Italien uppskattade att 0,65 procent var i behov av behandling för kokainanvändning år 2015. I Portugal beräknades den problematiska kokainanvändningen uppgå till 0,62 procent 2012, baserat på det senaste årets rapporterade användning.

Spanien, Italien och Storbritannien står för cirka tre fjärdedelar (74 procent) av alla rapporterade kokainbehandlingar i Europa. Sammanlagt angavs kokain som primärdrog av 63 000 klienter som inledde specialiserad narkotikabehandling under 2015 och av 28 000 förstagångsklienter. Efter en period med minskande siffror har det sammanlagda antalet förstagångsklienter som inleder behandling för kokain varit relativt oförändrat sedan 2012.

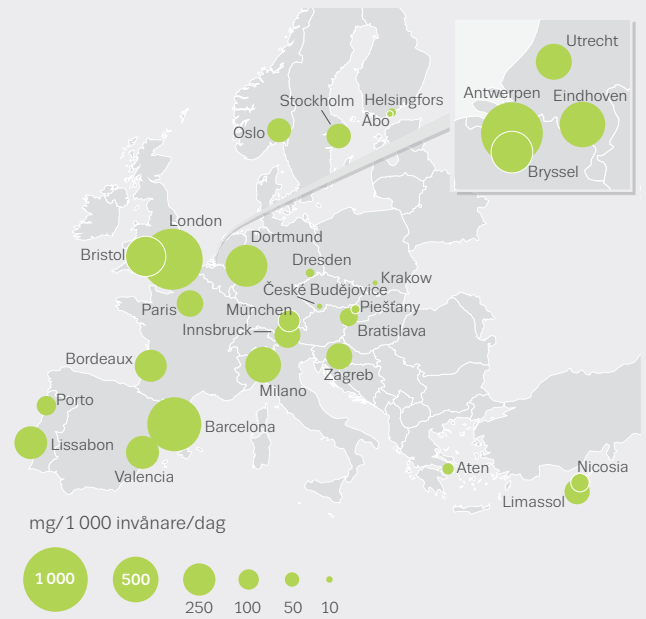
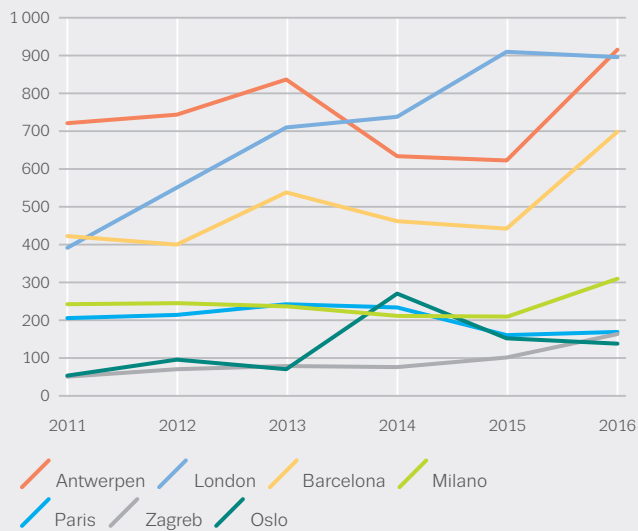
År 2015 inledde cirka 7 400 klienter i Europa behandling för primär användning av crack, varav nästan två tredjedelar i Storbritannien (4 800). Spanien, Frankrike och Nederländerna står tillsammans för majoriteten av de övriga (1 900).



FIGUR 2.4

## Kokainrester i avloppsvatten i ett urval europeiska städer: trender och de senaste uppgifterna

mg/1 000 invånare/dag

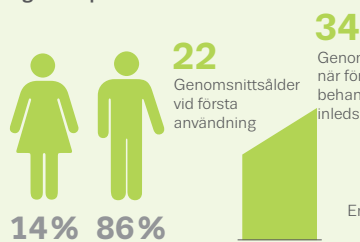


Obs! Genomsnittlig daglig mängd bensoylekgonin i milligram per 1 000 invånare. Provtagningen gjordes i ett urval europeiska städer under en vecka 2016.  
Källa: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

Storbritannien (England) uppskattade dessutom att crack-kokain under 2011/2012 användes av 0,48 procent av den vuxna befolkningen. De flesta av dessa crackanvändare använde också opioider.

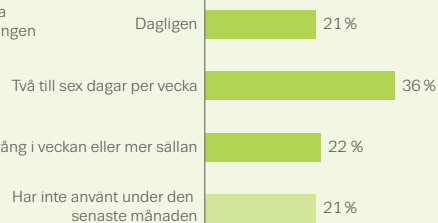
## KOKAINANVÄNDARE SOM INLEDER BEHANDLING

## Egenskaper

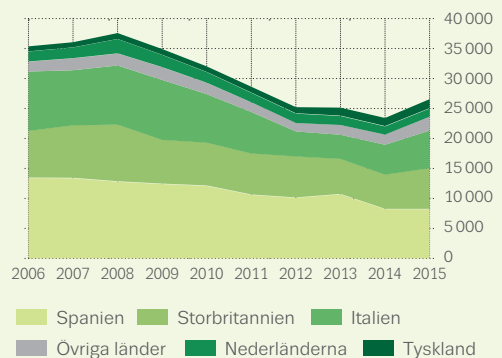


## Användningsfrekvens under den senaste månaden

Genomsnittlig användning 3,7 dagar per vecka



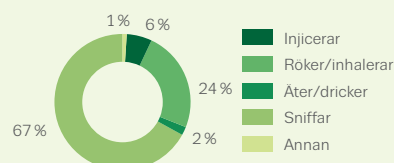
## Trender för förstagångsklienter



## Förstagångsklienter



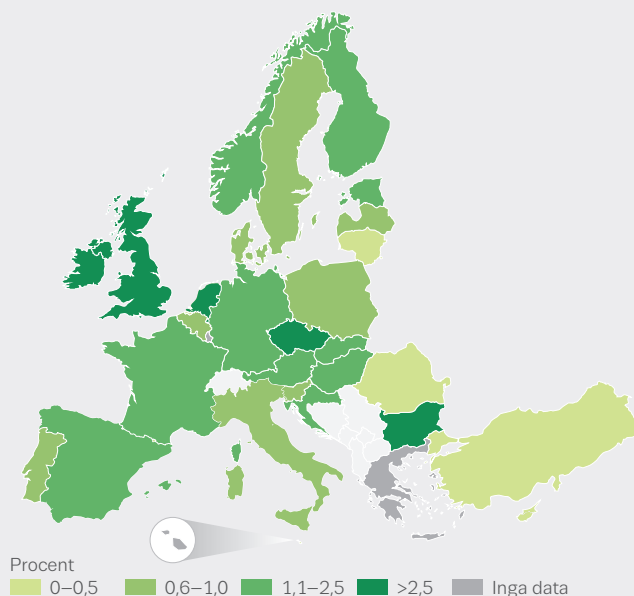
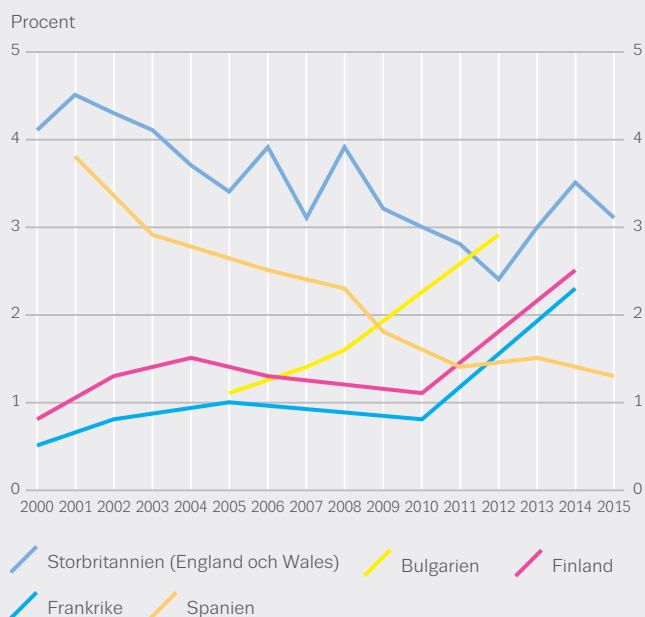
## Administreringsväg



Obs! Egenskaperna gäller alla som inledde behandling och angav kokain som primär drog. Trender för förstagångsklienter avser 23 länder. Till följd av förändringar i dataflödet på nationell nivå är data för Italien från och med 2014 inte jämförbara med tidigare år.

FIGUR 2.5

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



### MDMA: användningen fortsätter öka

MDMA (3,4-metylendioxymetamfetamin) används i tablettform (ofta kallade ecstasy) men även i form av kristaller och pulver. Tabletterna sväljs vanligen men kristaller och pulver kan också "baddas" in eller sniffas. I de flesta europeiska undersökningar har data samlats in om användning av ecstasy snarare än MDMA, men en förändring är nu på väg.

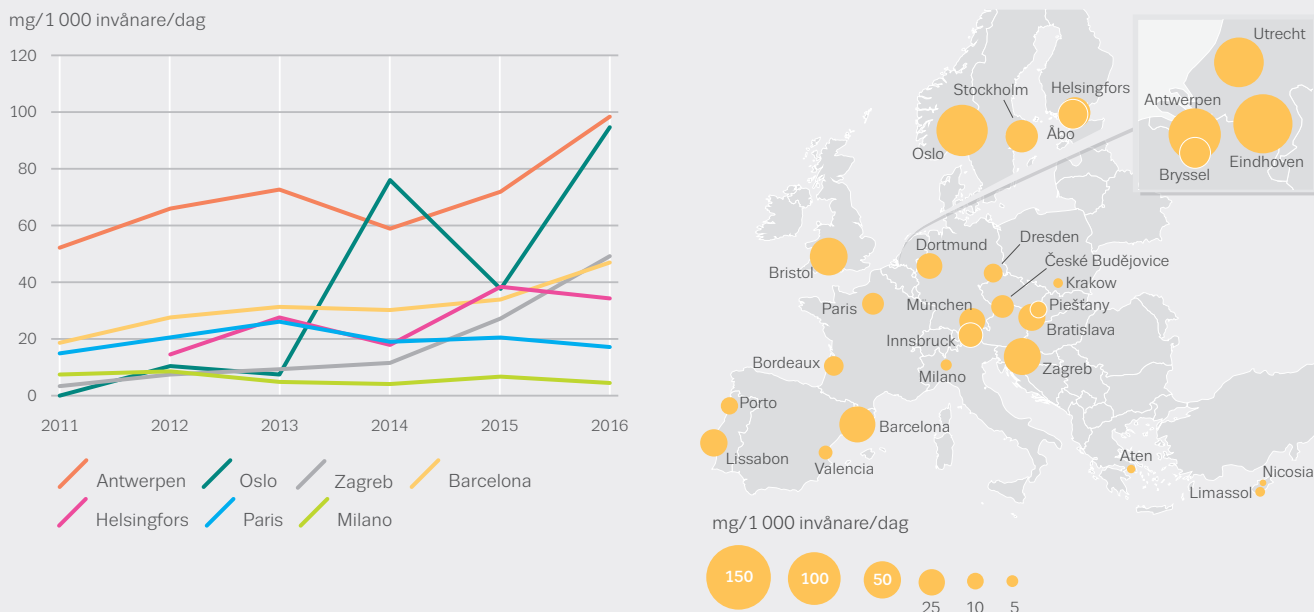
Man beräknar att 14 miljoner vuxna i Europa (i åldern 15–64 år), eller 4,2 procent av denna åldersgrupp, har experimenterat med MDMA/ecstasy vid någon tidpunkt i livet. Mer aktuella siffror på användningen i den grupp där droganvändningen är högst tyder på att 2,3 miljoner unga vuxna (15–34 år) har använt MDMA under det senaste året (1,8 procent i denna åldersgrupp). De nationella beräkningarna varierar från 0,3 procent i Cypern, Litauen och Rumänien till 6,6 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 ökad användning av MDMA. För de länder som har genomfört nya undersökningar sedan 2014 och rapporterat konfidensintervall tyder resultaten på en fortsatt ökning i Europa. Fem länder rapporterar högre siffror än i föregående jämförbara undersökning och nio rapporterar oförändrade siffror.

I de fall det finns uppgifter för att göra en statistisk analys av trenderna i det senaste årets användning av MDMA bland unga vuxna, tyder dessa på att en förändring skett på senare tid. Efter att ha varit oförändrade eller gradvis ökande sedan 2000 rapporterade Frankrike och Finland kraftiga ökning under 2014 (figur 2.5). I Storbritannien minskade 2015 den ökning som man sett sedan 2012, medan den långsiktiga trenden i Spanien fortsatt är nedåtgående, dock med oförändrade värden den senare tiden.

FIGUR 2.6

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



Obs! Genomsnittlig daglig mängd MDMA i milligram per 1 000 invånare. Provtagningen gjordes i ett urval europeiska städer under en vecka 2016.  
Källa: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

I den analys som gjordes i flera olika städer 2016 noterades de högsta koncentrationerna av MDMA i avloppsvattnet i städer i Belgien, Nederländerna och Norge (figur 2.6). Av de 32 städer som har data för 2015 och 2016 rapporterade 17 en ökning, 11 en minskning och 4 oförändrade värden. Om man ser på de långsiktiga trenderna i de städer som har data för båda åren var mängden MDMA i avloppsvattnet högre 2016 än 2011. I några städer var ökningen markant.

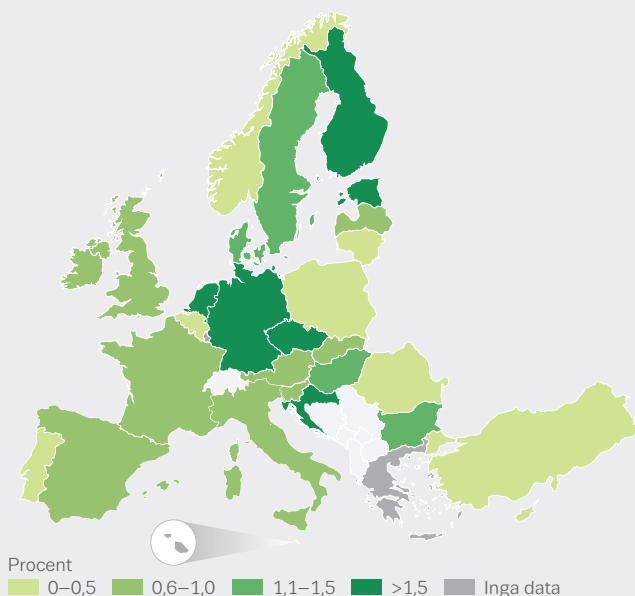
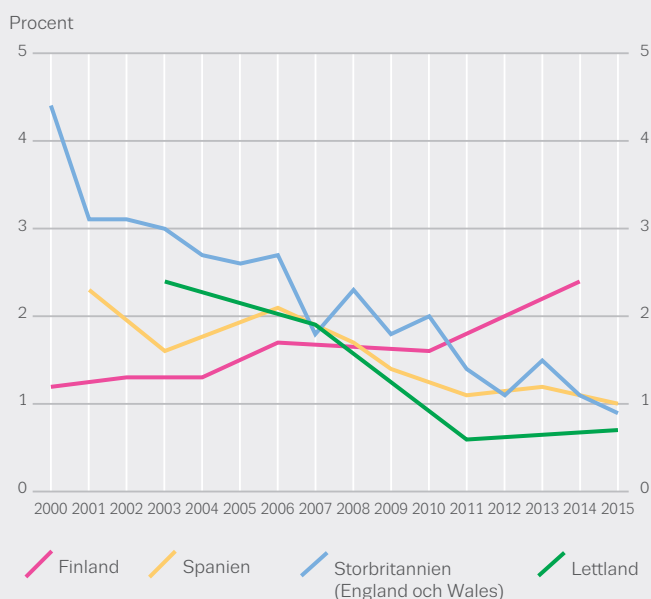
MDMA tas ofta tillsammans med andra substanser, bland annat alkohol. Man har tidigare sett en nära koppling till nattlivsmiljöer och i synnerhet till elektronisk dansmusik. I länder med högre prevalens finns det nu tecken på att MDMA inte längre bara är en nisch- eller subkulturdrog. Den förekommer numera 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 2015 angavs MDMA som skäl av mindre än en procent (cirka 900 fall) av förstagångsklienterna i Europa.

**Enligt övervakningskällorna  
ökar användningen  
av MDMA**

FIGUR 2.7

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



### Användning av amfetaminer: varierande situationer i olika länder

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 det också vanligt att högriskanvändare injicerar dem. Det går också att röka metamfetamin, men den administreringsvägen rapporteras sällan i Europa.

Man beräknar att 12,5 miljoner vuxna i Europa (i åldern 15–64 år), eller 3,8 procent av denna åldersgrupp, har provat amfetaminer vid någon tidpunkt i livet. Mer aktuella siffror på användningen i den grupp där droganvändningen är högst tyder på att 1,3 miljoner (1,1 procent) unga vuxna (15–34 år) har använt amfetaminer under det senaste året. De senaste nationella beräkningarna varierar från 0,1 procent i Cypern, Portugal och Rumänien till 3,1 procent i Nederländerna. Tillgängliga data tyder på att situationen i de flesta europeiska länder har varit relativt stabil sedan år 2000 när det gäller användningstrender. Av de länder som har genomfört nya undersökningar efter 2014 och rapporterat konfidensintervall, rapporterade två

högre siffror, tio var oförändrade och två rapporterade en lägre siffra än i föregående jämförbara undersökning.

En statistisk analys av trenderna för årsprevalensen avseende amfetamin går endast att göra för ett litet antal länder. I Spanien, Lettland och Storbritannien är den långsiktiga trenden nedåtgående (figur 2.7). I Finland däremot har prevalensen ökat efter år 2000.

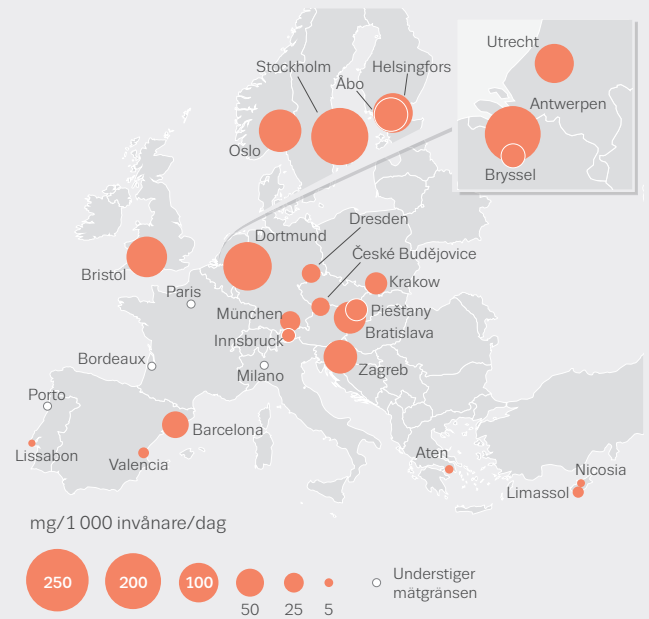
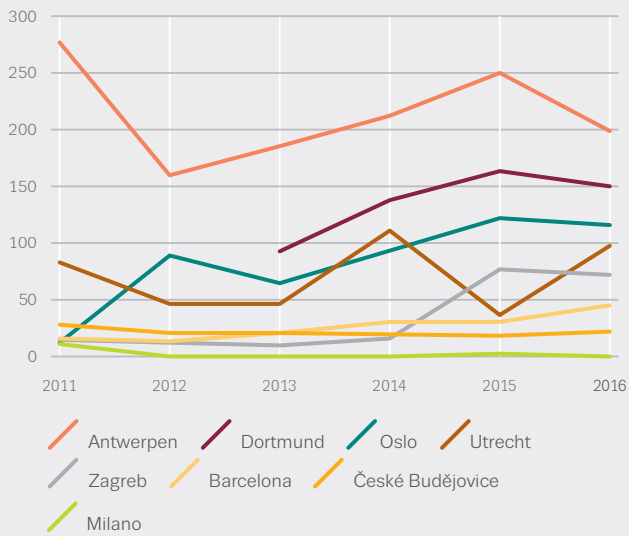
I den analys av kommunalt avloppsvatten som genomfördes 2016 konstaterades stora variationer av mängden amfetaminer i Europa. De högsta nivåerna rapporterades i städer i norra Europa (figur 2.8). Betydligt lägre amfetaminnivåer fanns i städer i södra Europa. Av de 32 städer som har data för 2015 och 2016 rapporterade 13 en ökning, 9 en minskning och 10 oförändrade värden. Totalt sett visade uppgifterna för åren 2011 till 2016 på relativt stabila trender för amfetamin.

Metamfetaminanvändningen har generellt varit låg och tidigare koncentrerad till Tjeckien och Slovakien, men verkar nu finnas även i östra Tyskland och norra Europa, särskilt i finländska städer (figur 2.9). Av de 30 städer som har data för 2015 och 2016 om metamfetamin i avloppsvatten rapporterade 13 en ökning, 10 oförändrade värden och 7 en minskning.

FIGUR 2.8

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

mg/1 000 invånare/dag

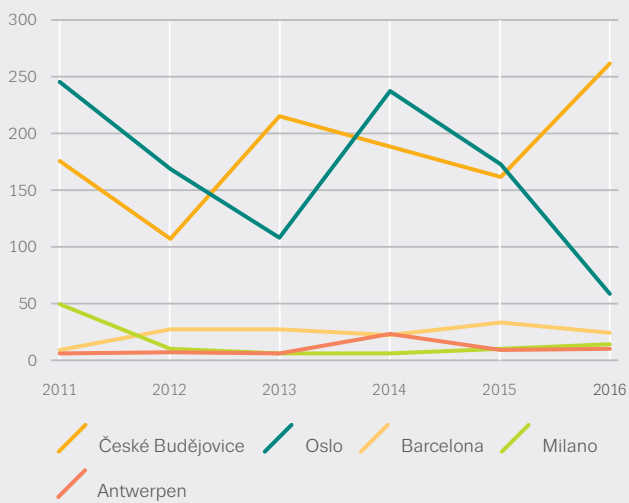


Obs! Genomsnittlig daglig mängd amfetamin i milligram per 1 000 invånare. Provtagningen gjordes i ett urval europeiska städer under en vecka 2016.  
Källa: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

FIGUR 2.9

## Metamfetamin-rester i avloppsvatten i ett urval europeiska städer: trender och de senaste uppgifterna

mg/1 000 invånare/dag



Obs! Genomsnittlig daglig mängd metamfetamin i milligram per 1 000 invånare. Provtagningen gjordes i ett urval europeiska städer under en vecka 2016.  
Källa: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

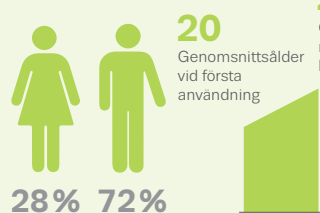
## Problematiske amfetaminanvändning: stigande behandlingsbehov

Problemen med långvarig och kronisk amfetaminanvändning som inbegriper injicering har historiskt sett varit mest påtagliga i de nordeuropeiska länderna. Långsiktiga metamfetaminproblem har däremot varit mest påtagliga i Tjeckien och Slovakien. Nya beräkningar av problematisk amfetaminanvändning för Norge är 0,33 procent eller 11 200 vuxna, och för Tyskland beräknas 0,19 procent eller 102 000 användare 2015. Amfetaminanvändare utgör sannolikt majoriteten av de uppskattningsvis 2 180 (0,17 procent) användare med problematiskt bruk av stimulantia som rapporterades av Lettland 2014, vilket var en nedgång från 6 540 (0,46 procent) år 2010. Nya uppskattningar av problematiskt bruk av metamfetamin finns nu för Tjeckien och Cypern. I Tjeckien beräknades den problematiska metamfetaminanvändningen bland vuxna (15–64) till cirka 0,49 procent 2015. Problematiske användning av drogen, främst via injektion, ökade från 20 900 användare 2007 till ett toppvärde på 36 400 under 2014. Därefter sjönk antalet till 34 200 under 2015. För Cypern beräknades 0,14 procent eller 678 användare 2015.

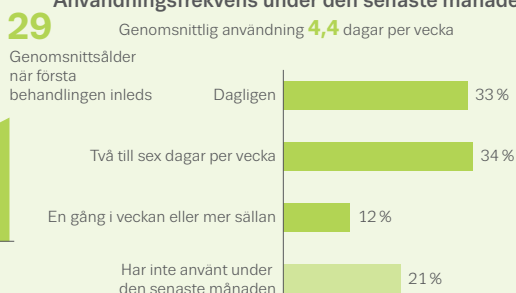
Under 2015 uppgav cirka 34 000 klienter som inledde specialiserad narkotikabehandling i Europa att amfetaminer var deras primärdrog. Av dessa var cirka 14 000 förstagångsklienter. Primära amfetaminanvändare utgör mer än 15 procent av förstagångsklienterna i Bulgarien, Tyskland, Lettland, Polen och Finland. De som inledde behandling och rapporterade metamfetamin som sin primärdrog var koncentrerade till Tjeckien och Slovakien, som tillsammans stod för 90 procent av de 9 000 metamfetaminklienterna som fick specialiserad behandling i Europa. Totalt sett har den stigande trenden mellan 2006 och 2014 av antalet förstagångsklienter som uppgav amfetamin eller metamfetamin som sin primärdrog fortsatt under 2015 i de flesta länder.

## PERSONER SOM ANVÄNDER AMFETAMIN SOM INLEDER BEHANDLING

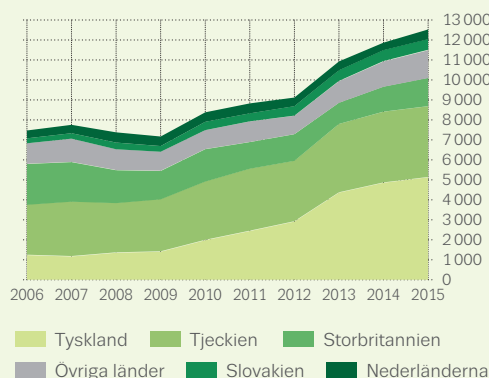
### Egenskaper



### Användningsfrekvens under den senaste månaden



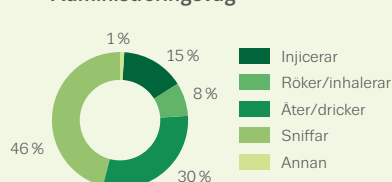
### Trender för förstagångsklienter



### Förstagångsklienter



### Administreringsväg



Obs! Egenskaperna gäller alla som inledde behandling och angav amfetaminer som primärdrog. Trender för förstagångsklienter avser 23 länder.

### 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 2015 rapporterades en årsprevalens för GHB-användning på 0,1 procent för vuxna (16–64). Årsprevalensen 2015 för användning av ketamin, "poppers" och GHB hos unga vuxna (15–34 år) uppskattades till 0,6 procent i Tjeckien och 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) rapporterades en beräknad årsprevalens på under en procent för båda substanserna, med undantag för Nederländerna (1,1 procent) och Tjeckien (2,2 procent) vad gällde hallucinogena svampar 2015, och Finland som hade en prevalens på 1,3 procent för LSD 2014.

### Användning av nya psykoaktiva substanser: låg i den allmänna befolkningen

Allt fler länder har inkluderat nya psykoaktiva substanser i sina allmänna befolkningsundersökningar, men eftersom de använder sig av olika metoder och frågor kan resultaten endast jämföras i begränsad utsträckning. 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 0,3 procent i Österrike till 1,6 procent i Tjeckien och Irland.

Undersökningsdata för Storbritannien (England och Wales) finns för användning av mefedron. I den senaste undersökningen (2015/2016) beräknades prevalensen för användning av drogen bland 16–34-åringar till 0,5 procent, vilket är en nedgång från 1,1 procent 2014/2015.

I ett fåtal undersökningar ställdes frågor om användning av syntetiska cannabinoider. Årsprevalensen för användning av syntetiska cannabinoider bland 15–34-åringar beräknades till 1,5 procent i Lettland och 0,4 procent i Slovakien 2015, och till 0,1 procent i Finland 2014. Under 2014 hade uppskattningsvis 4 procent av alla 18–34-åringar i Frankrike någon gång använt syntetiska cannabinoider.

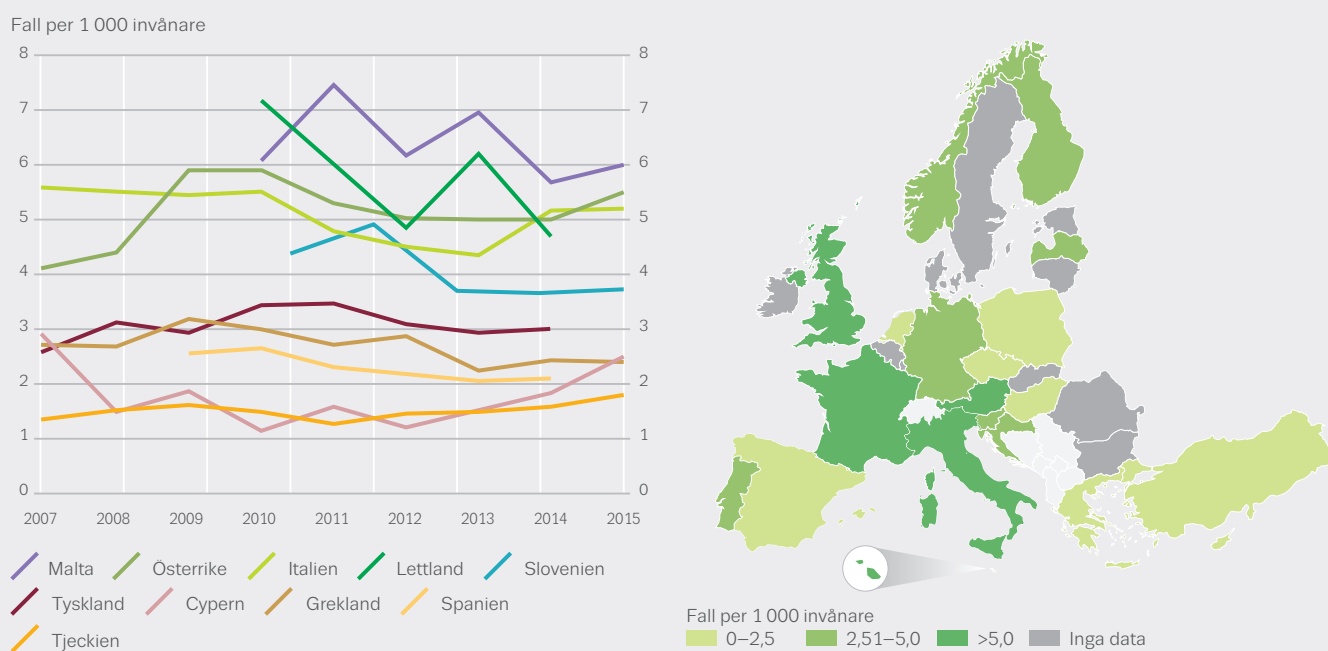
### Nya psykoaktiva substanser: problematisk användning i marginaliserade grupper

Under 2016 undersökte EMCDDA den problematiska användningen av nya psykoaktiva substanser. Man fann att även om användningen är låg i hela Europa, finns det användningsmönster som är kopplade till ett flertal problem. En majoritet av Europas länder (22) rapporterade någon grad av användning av nya psykoaktiva substanser i grupper med problematisk användning. Mer omfattande användning bland dem som injicerade opioider och stimulantia var dock begränsad till Ungern och delar av Storbritannien. Injektion av syntetiska katinoner rapporterades i hälften av länderna (15), men vilken substans som användes varierade mellan länderna. Till exempel användes mefedron i Storbritannien, alfa-PVP i Finland, pentedron i Ungern och 3-MMC i Slovenien. Rökning av syntetiska cannabinoider i marginaliserade grupper, till exempel hemlösa och frihetsberövade, är ett ökande problem i omkring två tredjedelar av Europas länder.

Det är endast ett fåtal personer som inleder behandling i Europa för problem vid användning av nya psykoaktiva substanser, även om en viss underrapportering är sannolik. Under 2015 rapporterade cirka 3 200 klienter, eller färre än en procent av alla som inledde narkotikabehandling, att problemen gällde dessa substanser. I Storbritannien uppgav cirka 1 500 av alla som inledde behandling (eller cirka en procent av alla som behandlades) att primärdrogen var syntetiska katinoner. I Ungern och Rumänien rapporterades relativt många användare av nya psykoaktiva substanser som inleder narkotikabehandling.

FIGUR 2.10

Nationella beräkningar av årsprevalensen av problematisk användning av opioider: ett urval trender och de senaste uppgifterna



### Problematisk opioidanvändning: heroin dominerar fortfarande

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

Europa har gått igenom olika vågor av heroinmissbruk. En första våg drabbade många västeuropeiska länder med start i mitten av 1970-talet och en andra våg drog fram genom andra länder, framför allt i centrala och östra Europa, från mitten till slutet av 1990-talet. Under senare år har man observerat en åldrande kohort av användare med problematiskt opioidbruk, som i många fall har fått substitutionsbehandling.

Den genomsnittliga prevalensen för problematisk användning av opioider bland vuxna (15–64 år) uppskattas till 0,4 procent, vilket motsvarar 1,3 miljoner med problematiskt bruk av opioider i Europa 2015. På nationell nivå varierar prevalensen för problematisk opioidanvändning från mindre än ett fall till över åtta fall per 1 000 invånare i åldersgruppen 15–64 år (figur 2.10). Fem länder stod för tre fjärdedelar (76 procent) av det beräknade antalet personer med problematisk opioidanvändning i EU (Tyskland, Spanien, Frankrike, Italien och Storbritannien). Av de tio länder som gjorde flera bedömningar av den problematiska användningen av opioider mellan 2007 och 2015 uppvisar Spanien en statistiskt signifikant minskning (figur 2.10).

Under 2015 angav 191 000 klienter som inledde behandling i Europa att opioider var deras primär drog. Av dessa var 37 000 förstagångsklienter. Heroin var primär drog för 79 procent av förstagångsklienterna som hade opioider som primär drog.

### En åldrande population av opioidanvändare

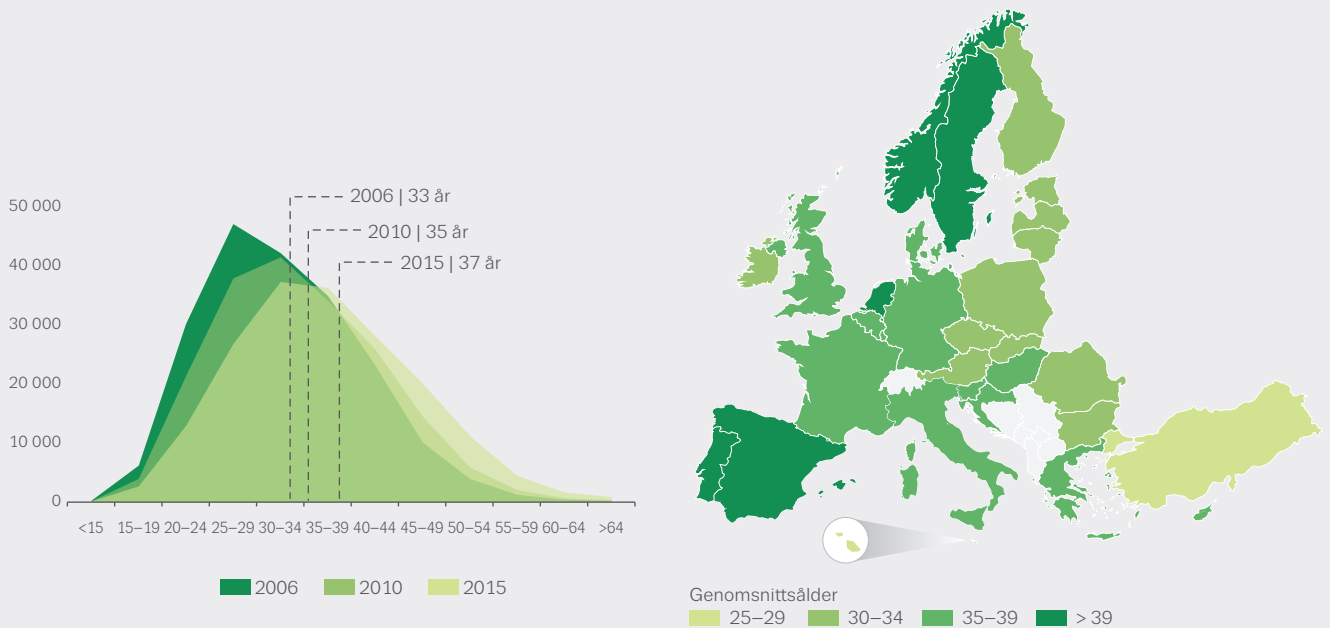
Antalet förstagångsklienter som använder heroin mer än halverades från ett toppvärde på 56 000 under 2007 till 23 000 under 2013, för att åter öka till 29 000 under 2015. Den senaste tidens uppgång ses i flera länder men måste tolkas med försiktighet. Förändringar i den nationella rapporteringen kan påverka totalsummorna för EU.

Många i Europa som använt opioider länge, ofta med blandmissbruk, är nu i 40- eller 50-årsåldern. Medelåldern hos dem som inledde behandling på grund av opioidmissbruk ökade med fyra år mellan 2006 och 2015 (figur 2.11). Under samma period ökade medelåldern vid drogrelaterade dödsfall (som huvudsakligen har samband med opioider) med 5,5 år. Injicering av droger under lång tid, dålig hälsa, dåliga levnadsförhållanden samt tobaks- och alkoholanvändning gör dessa användare mottagliga för flera olika kroniska sjukdomar, till exempel hjärt-kärl- och lungsjukdomar. Långvarig opioidanvändning leder också till kroniska smärttillstånd, och kroniska infektioner med hepatit C-virus kan leda till skrumplever och andra



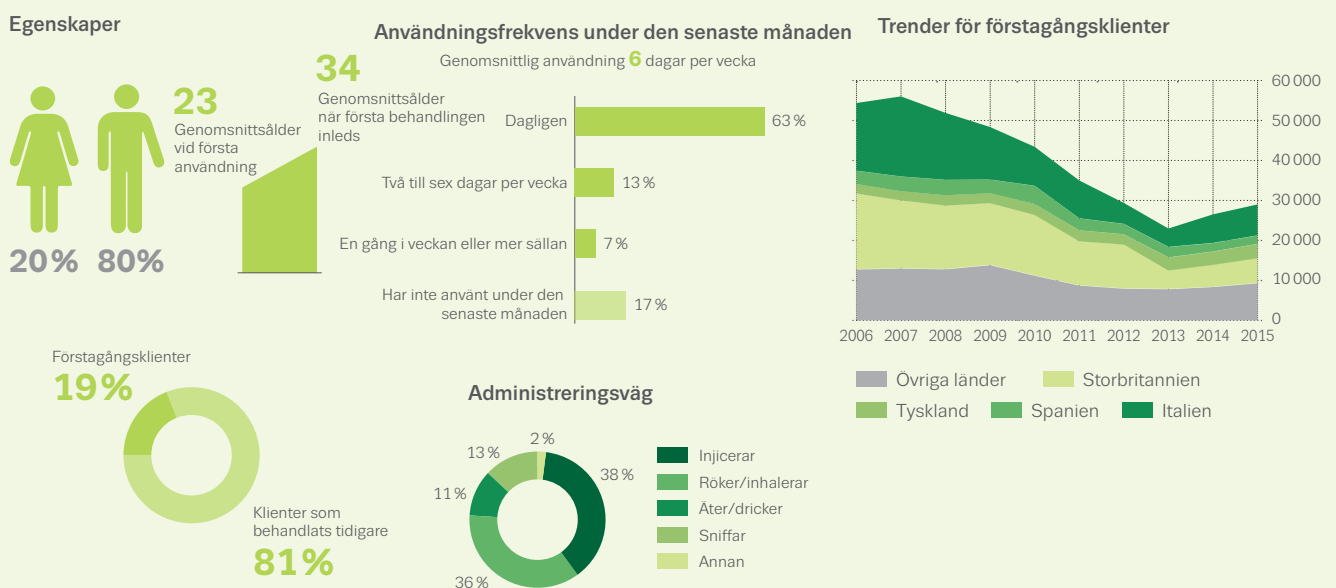
FIGUR 2.11

Förändring i åldersstruktur över tid hos personer som inleder behandling och har opioider som primärdrog (vänster) samt genomsnittsålder per land (höger)



leverproblem. Den sammantagna effekten av blandmissbruk, överdoser och infektioner under många års tid gör att användarna åldras snabbare rent fysiskt. Detta får betydande följder för behandling, socialt stöd och förebyggande av drogrelaterade dödsfall.

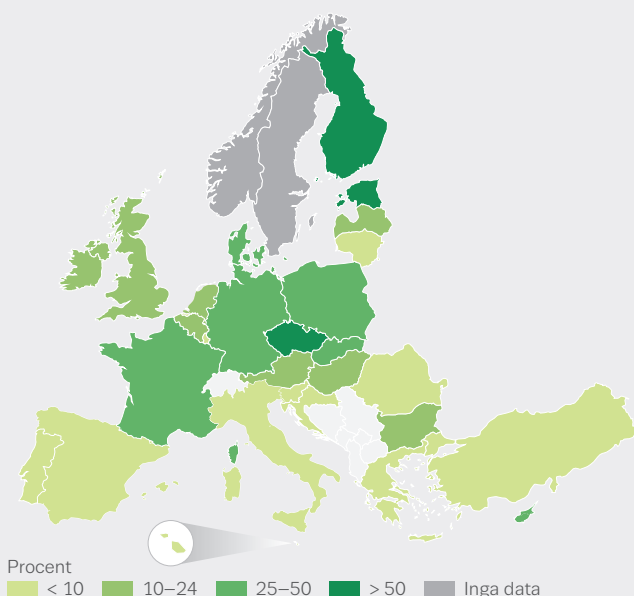
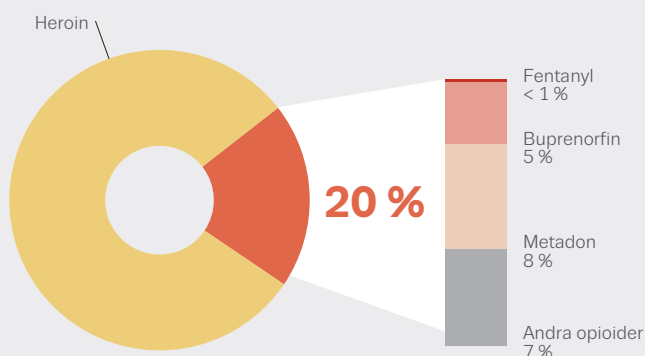
## PERSONER SOM ANVÄNT HEROIN SOM INLEDER BEHANDLING



Obs! Egenskaperna gäller alla som inledde behandling och angav heroin som primärdrog. Trender för förstagångsklienter avser 23 länder. Till följd av förändringar i dataflödet på nationell nivå är data för Italien från och med 2014 inte jämförbara med tidigare år.

FIGUR 2.12

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



### Syntetiska opioider: allt vanligare vid problematisk opioidanvändning

Även om heroin fortfarande är den olagliga opioid som oftast används, visar flera källor att lagliga syntetiska opioider (såsom metadon, buprenorfin och fentanyl) missbrukas alltmer. Under 2015 rapporterade 17 europeiska länder att mer än 10 procent av alla opioidklienter som inledde specialiserad behandling hade problem som primärt var relaterade till andra opioider än heroin (figur 2.12). Några exempel på opioider som angavs av de 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 behandling. I Estland användes fentanyl av de flesta av dem som påbörjade behandling och uppgav en opioid som primärmedel. I Finland är däremot buprenorfin den opioid som oftast missbrukas. I Tjeckien är visserligen heroin den vanligaste primäropioiden, men andra opioider används av strax över hälften av alla som inleder behandling för problematisk opioidanvändning.

### Injicering av narkotika: lägsta nivåerna någonsin bland alla som inleder behandling

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

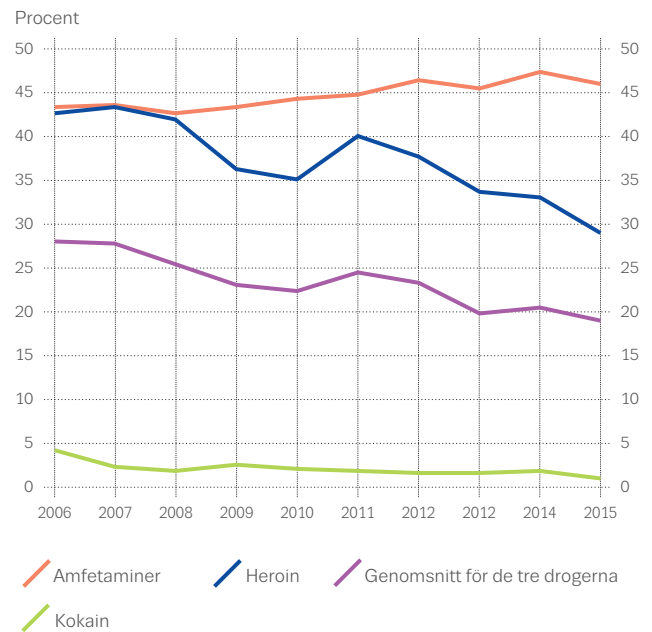
Endast 12 länder har gjort beräkningar av prevalensen för injektionsmissbruk sedan 2012. Siffran varierar mellan färre än 1 och upp till 9 fall per 1 000 invånare i åldern 15–64 år.

Bland förstagångsklienter som inledde narkotikabehandling 2015 och som rapporterade heroin som sin primärmedel var injektion den främsta administreringsvägen hos 29 procent, vilket är en minskning från 43 procent 2006 (figur 2.13). 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 46 procent av förstagångsklienterna som använder amfetamin, vilket är en liten ökning sedan 2006. Bland förstagångsklienterna som använder kokain har 1 procent injicering som främsta administreringsväg. Om de tre droger som oftast injiceras räknas samman så har andelen förstagångsklienter som inleder behandling i Europa och anger injektion som främsta administreringsväg minskat, från 28 procent 2006 till 19 procent 2015.

FIGUR 2.13

Injektion av syntetiska katinoner är inget utbrett fenomen men rapporteras fortsatt för vissa särskilda populationer, såsom personer som injicerar opioider och narkotikabehandlingsklienter i vissa länder. I en nyligen genomförd EMCDDA-studie rapporterade tio länder att injicering av syntetiska katinoner (ofta tillsammans med andra stimulantia och GHB) förekommer vid sexpartyn i små grupper bland män som har sex med män.

**Trender hos förstagångsklienter som inledde behandling och rapporterade injektion som huvudsaklig administreringsväg för sin primär drog**



**Missbruk av lagliga  
syntetiska opioider  
allt vanligare**

## MER INFORMATION

### EMCDDA:s publikationer

#### 2017

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

Country Drug Reports 2017.

#### 2016

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

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

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

#### 2015

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

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

#### 2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

#### 2013

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

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

#### 2012

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

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

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



# 3

**Det finns samband mellan  
användningen av narkotika  
och kroniska och akuta hälsoproblem**

# Narkotikarelaterade skador och motåtgärder

Det är allmänt känt att användning av olagliga droger bidrar till den globala sjukdomsördan. Användning av olagliga droger kan leda till kroniska och akuta hälsoproblem, som förvärras av olika faktorer som substansernas egenskaper, administreringsväg, individuell känslighet och det sociala sammanhang där drogerna brukas. 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. Risker ökar vid injicering av narkotika. 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 motåtgärder.

Utformning och genomförande av effektiva evidensbaserade insatser mot drogproblemen är ett viktigt

fokus för den europeiska narkotikapolitiken och omfattar flera olika åtgärder. Narkotikaförebyggande arbete och tidiga insatser syftar till att förhindra narkotikaanvändning och narkotikarelaterade problem, medan narkotikabehandling där man använder både psykosociala strategier och läkemedel utgör den primära motåtgärden mot beroende. Vissa centrala åtgärder, såsom substitutionsbehandling med opioider samt sprutbytesprogram, har till viss del utvecklats för att minska riskerna med injicering, framför allt spridningen av infektionssjukdomar och dödsfall på grund av överdos.

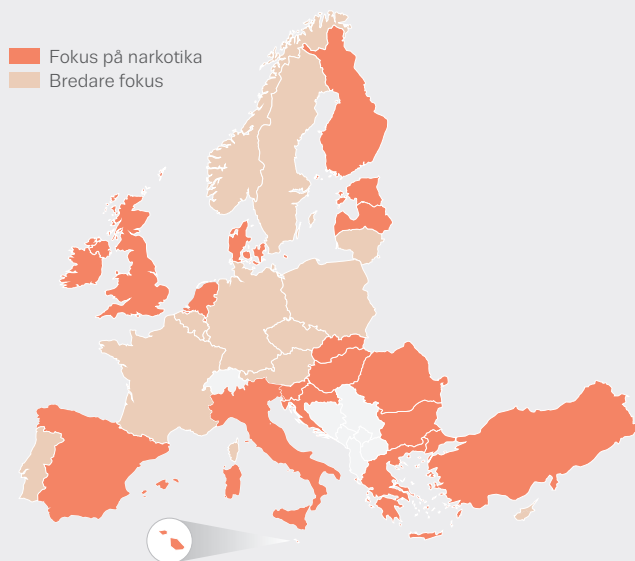
## Övervakning av narkotikarelaterade skador och motåtgärder

EMCDDA får information om sjukvårds- och sociala insatser mot narkotikaanvändning, med strategier och offentliga utgifter för narkotikapolitiken, från Reitox nationella kontaktpunkter samt expertgrupper. Expertutlåtande 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 profiles och Best practice portal.

Skador som EMCDDA systematiskt övervakar är huvudsakligen narkotikarelaterade infektionssjukdomar samt dödlighet och sjuklighet som har 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

Fokus för nationellt dokument om narkotikastrategi: narkotika eller bredare



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: samordnande åtgärder

De nationella narkotikastrategierna är planerings- och samordningsverktyg som Europas länder ofta använder för att bestämma vilka åtgärder som behöver sättas in mot narkotikaproblemen för att hantera utmaningar för hälsa, sociala kontext samt säkerhet. Oftast fastställs vissa allmänna principer, målsättningar och prioriteringar, men man specificerar även insatser och vem som ansvarar för utförandet av dem. Danmark har en nationell narkotikapolitik som kommer till uttryck i ett antal strategidokument, i lagstiftning och i konkreta åtgärder. Alla övriga länder har ett nationellt strategidokument. I 18 länder fokuserar narkotikastrategin huvudsakligen på olagliga droger. I de övriga 12 omfattas även missbruk av andra substanser samt beroendebeteenden. 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 narkotikastrategier till 14 (figur 3.1). Dessa mer omfattande dokument inriktas främst på olagliga droger och det finns variationer i vilka andra substanser och beroende som inkluderats. Samtliga 14 dokument omfattar åtgärder mot alkohol, 9 mot tobak, 8 mot läkemedel, 3 mot doping inom idrotten (prestationshöjande läkemedel/droger) och 7 mot beroendebeteenden (t.ex. spelberoenden). De nationella narkotikastrategierna följer den balanserade strategi för narkotikapolitiken som föreskrivs i EU:s narkotikastrategi (2013–2020) och handlingsplaner (2013–2016 och 2017–2020), där man lägger lika stor vikt vid minskning av efterfrågan som minskning av tillgången.

Det är nu standardpraxis bland EU:s medlemsstater att utvärdera sin nationella narkotikapolitik. Genom utvärderingarna vill man bedöma i vilken omfattning strategin genomförts och hur den totala narkotikasituationen förändrats över tid. Enligt rapporteringen genomfördes under 2016 tio utvärderingar som omfattade flera kriterier, tio som undersökte genomförandet av insatserna och fyra som undersökte specifika frågor. Sex länder använde andra metoder, exempelvis en blandning av att bedöma olika indikatorer och utföra forskningsprojekt. Eftersom några länder har utökat sin narkotikastrategi till att omfatta andra substanser samt missbruksbeteenden kan det vara svårare att utarbeta metoder och indikatorer för att övervaka och utvärdera deras strategidokument.



### Narkotikarelaterade motåtgärder: kostnad för insatserna

När man utvärderar den politik 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. För de 23 länder som har gjort sådana beräkningar under de senaste tio åren har de narkotikarelaterade offentliga utgifterna uppskattats till mellan 0,01 procent och 0,5 procent av BNP.

Kostnaderna för att minska efterfrågan, uttryckt som andel av den totala narkotikabudgeten, varierade kraftigt mellan länderna och låg på mellan 23 och 83 procent av de narkotikarelaterade offentliga utgifterna. Differensen beror delvis på skilda politiska val och hur de offentliga tjänsterna organiseras, men beräkningsmetoden har också stor betydelse. I aktuella beräkningar står narkotikabehandling och andra hälso- och sjukvårdskostnader för en stor del av utgifterna för att minska efterfrågan. Även om övervakningen av utgifterna för narkotikabehandling fortfarande är den som är mest utvecklad behöver beräkningsmetoderna förbättras.

Offentliga utgifter på grund av insatser mot narkotika är endast en del av de kostnader som samhället måste bära när det gäller olagliga droger. Till detta kan läggas kostnaderna som bärs av individen, till exempel privata utgifter för medicinsk vård, samt externa kostnader för samhället, till exempel minskad produktivitet och finansiella kostnader på grund av förtida dödsfall och sjukdom kopplat till droganvändning. Genom att bedöma kostnaderna för samhället på detta vidare sätt kan resurserna lättare riktas dit där de verkligen behövs. I de europeiska länder som gjort beräkningar uppskattas kostnaden för olagliga droger till mellan 0,1 procent och 2 procent av BNP.

### Minskad efterfrågan: europeiska standarder

På europeisk och nationell nivå används kvalitetsstandarder för minskad efterfrågan på droger alltmer som ett hjälpmedel för att göra evidensbaserade insatser. EU:s ministerråd antog 2015 sexton stycken minimikvalitetsstandarder för att minska efterfrågan på narkotika i Europeiska unionen och länderna uppmanas att införliva dessa i sin narkotikapolitik. De europeiska kvalitetsstandarderna består av olika uppsatta mål för prevention, behandling, skademinskning och återintegrering i samhället. Standarderna kopplar insatsernas kvalitet till konkreta åtgärder och gäller bland annat lämplig personalutbildning och utförande av evidensbaserade insatser, samt principer såsom respekt för individens behov och efterlevnad av etiska riktlinjer. De betonar också att alla intressenter måste delta, däribland civilsamhället, i genomförande och utvärdering av insatserna.

EMCDDA:s datainsamling visar att kvalitetsstandarder nu finns i de flesta europeiska länder och att övriga länder håller på att ta fram sådana. Kvalitetsstandarder används på olika sätt. I en del länder är standarderna kopplade till tjänsternas utförande och används för att bedöma utförandet. De används också som krav för att delta i upphandling av tjänster och som instrument för egenutvärdering av de tjänster man erbjuder.

### Förebyggande arbete: ett helt system av åtgärder

Att förebygga narkotikaanvändning och narkotikarelaterade problem bland unga innefattar ett brett urval av strategier. Kontextuell och universell prevention är inriktad på hela populationer, medan selektiv prevention är inriktad på sårbara grupper som löper större risk att utveckla missbruksproblem. Indikerad prevention fokuserar på enskilda personer som är i riskzonen.

**Kvalitetsstandarder  
finns nu i de flesta  
europeiska länder**

De europeiska länderna skiljer sig åt på många sätt vad gäller det förebyggande arbetet. En del har en bredare, samhällsbaserad och kontextuell strategi (t.ex. reglering av alkohol och nattliv), medan andra främst arbetar med manualbaserade program. Manualbaserade program för drogförebyggande arbete, med strikt definierat innehåll och utförande, kan vara ett effektivt sätt att nå ut till större populationer med evidensbaserade insatser. Sex medlemsstater uppger att de använder sådana program som en viktig del i det nationella förebyggande arbetet.

Andra länder har prioriterat ett bredare system för sina preventiva åtgärder, som inte bara fokuserar på individuella program utan även på faktorer som mekanismer för utförandet, interaktioner mellan åtgärder samt social och politisk kontext. Ett exempel på detta är Communities That Care, en modell som nu införs i fem EU-länder. Denna modell har tagits fram i USA och bygger på antagandet att man kan minska hälso- och beteendeproblem hos unga genom att identifiera risk- och skyddsfaktorer och välja effektiva program för tidiga insatser med inriktning på dessa faktorer. Vid en nyligen genomförd systematisk granskning i USA fann man viss positiv evidens för att Communities That Care-modellen har förebyggande effekt, men modellen måste fortfarande utvärderas i Europa.

### Åtgärder mot sårbarhet och risk

Riktade preventiva åtgärder för sårbara grupper implementeras i de europeiska länderna genom insatser både mot beteende och det sociala sammanhanget. På lokal nivå kan sådana åtgärder omfatta flera olika typer av tjänster och intressenter (t.ex. socialtjänst, familj, ungdomar och polis). De är vanliga i de nordiska länderna och Irland, liksom i vissa delar av Spanien och Italien. De grupper man oftast riktar sig till är unga brottslingar, skolungdomar med problem såväl i skolan som socialt samt unga personer på ungdomshem. Vad dessa förebyggande åtgärder faktiskt innehåller och deras resultat är dåligt känt. Expertutlåtanden visar dock att de vanligaste metoderna för riktad prevention bygger på spridning av information.

Förebyggande åtgärder riktade mot områden där risken är hög har genomförts i en del länder. Man har använt sig av nya metoder som till exempel att rita om stadsdelar och ta fram riskkartor för att lättare prioritera insatserna. Denna typ av åtgärder används mest i norra och västra Europa (figur 3.2), och metoder som haft god effekt (normativ och kontextuell) införs nu i strax över en fjärdedel av länderna.

Indikerad prevention är riktad mot individer i riskzonen. Denna typ av intervention används endast i begränsad omfattning i Europa. Endast fyra länder uppger att program för indikerad prevention finns för dem som behöver det.

### Korta interventioner

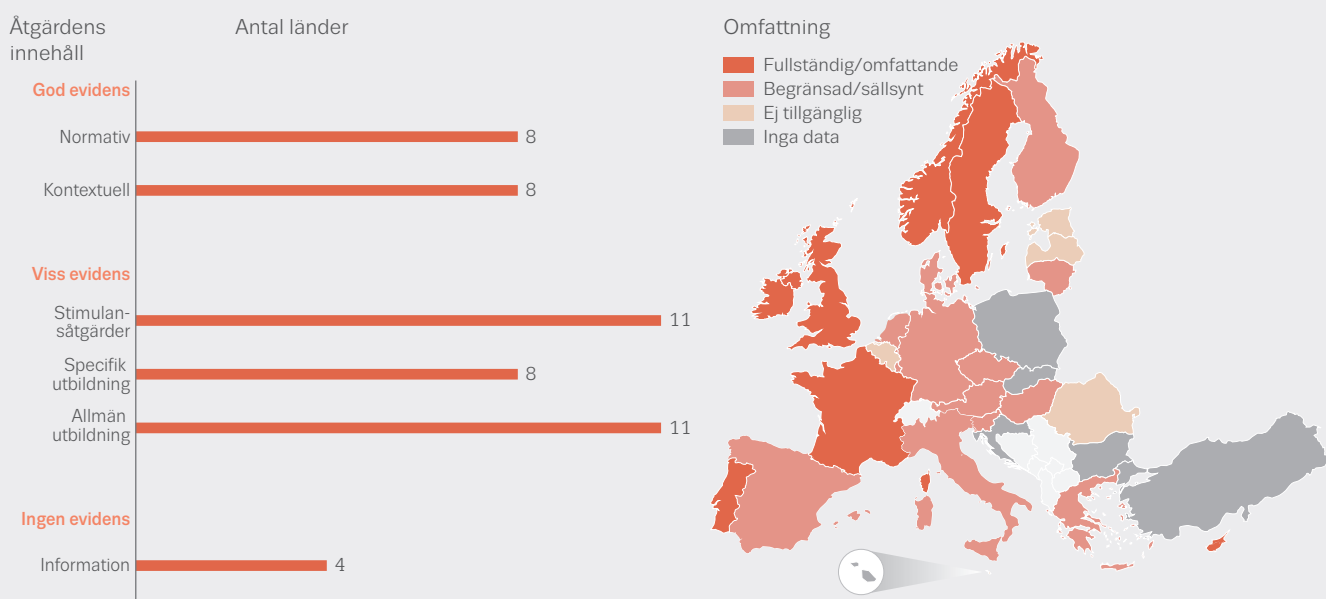
Med korta interventioner vill man förhindra eller skjuta upp droganvändning, minska dess intensitet eller förhindra att den utvecklas till problematisk användning. Dessa tidsbegränsade insatser befinner sig i gråzonen mellan förebyggande och behandling och är oftast riktade mot unga personer eller personer som riskera att utveckla ett narkotikamissbruk. De kan utföras av olika yrkesgrupper såsom allmänläkare, rådgivare, ungdomsarbetare och polistjänstemän och innefattar ofta motiverande samtal.

Aktuella data visar att korta insatser inte är något som är allmänt använt i Europa. Endast tre länder rapporterar att de har en omfattande användning av dessa insatser i skolorna, medan två länder uppger att de ofta används i lågtröskelverksamheter.

Korta insatser har beskrivits som relativt billiga att genomföra och kan användas i olika miljöer och av olika yrkesgrupper efter en kortare utbildning. Exempel på korta insatser som införts i flera länder är eSBIRT, med korta insatser på akutavdelningar (Belgien), och Fred, som riktas mot unga personer i de tidiga stadierna av en rättsprocess (Tyskland, Cypern, Polen, Rumänien och Slovenien). I en nyligen utförd granskning fann EMCDDA dock att även om det finns forskning som visar att korta interventioner kan ha effekt är den fortfarande ofullständig och det behövs mer kunskaper om hur ofta de används.

FIGUR 3.2

Förebyggande åtgärder riktade mot områden med hög risk som genomförts i Europa: evidensbas och omfattning av implementering



Obs! Baseras på expertbedömningar.

### Remittering till behandling och behandlingens längd

Narkotikabehandling är den primära insatsen för individer med problematisk droganvändning, såsom beroende, och att garantera god tillgång till lämpliga behandlingar är ett viktigt politiskt mål. Det är viktigt att övervaka behandlingsresultatet för att förbättra klienternas behandling och bättre anpassa åtgärderna till behoven.

"Eget initiativ" är fortfarande den vanligaste vägen till narkotikabehandling. Detta omfattar även initiativ till behandling som tas av familjemedlemmar eller vänner och gällde för cirka hälften av alla klienter som inledde specialiserad narkotikabehandling i Europa 2015. Ytterligare 25 procent av klienterna remitterades från hälso- och sjukvården och socialtjänsten, medan 15 procent kom från kriminal- och rättsväsendet. I ett antal länder har det införts olika strategier för att leda 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 omledning även i tidigare skeden i den rättsliga processen. Under 2015 var cannabisanvändare de som mest sannolikt remitterades av kriminal- och rättsväsendet. I Ungern kom cirka 80 procent av remitteringarna till cannabisbehandling därifrån.

Klienters väg genom narkotikabehandlingen innefattar ofta olika behandlingsinsatser, flera inskrivningar och varierande behandlingslängder. Resultaten av en analys av specialiserade behandlingar i sju europeiska länder under 2015 visar hur behandlingsvägen kan se ut. Av de 400 000 klienter i dessa länder som var under behandling detta år hade strax under 20 procent påbörjat behandling för första gången. Omkring 30 procent hade påbörjat en ny behandling efter att ha fått behandling ett tidigare år, och omkring hälften hade varit under kontinuerlig behandling sedan mer än ett år tillbaka. De flesta av klienterna som varit under kontinuerlig behandling var män, närmade sig 40-årsåldern, hade behandlats i över tre år och hade problem med opioidbruk, främst heroin.

## **Cannabisbehandling: flera olika strategier**

Regelbunden och långvarig cannabisanvändning leder till ökad risk för ett antal fysiska och psykiska hälsoproblem, bland annat beroende. Många länder erbjuder behandling till personer med cannabisproblem inom de allmänna programmen för droganvändning, men ungefär hälften har tagit fram behandlingar som är specifika för cannabis. Cannabisanvändarna kan erbjudas olika former av hjälp, från korta insatser som ges via internet till längre behandlingar vid specialistkliniker. Oftast erbjuds denna grupp behandling i närsamhället eller inom öppenvården, men omkring en av fem personer som lades in för narkotikabehandling på specialistklinik uppgav främst cannabisrelaterade problem.

Behandlingen av cannabisproblem är huvudsakligen psykosocial. För ungdomar används ofta insatser som baseras på familjen och för vuxna används kognitiv beteendeterapi. Den evidens som finns stödjer användning av en kombination av kognitiv beteendeterapi, motiverande samtal och strategier för positiv förstärkning (contingency management). Dessutom finns viss evidens som stödjer användning av multidimensionell familjeterapi för unga cannabisanvändare. Internetbaserade och andra digitalt baserade insatser används allt mer för att nå fram till cannabisanvändarna. Studier som mäter effektiviteten hos denna typ av åtgärder visar positiva preliminära resultat vad gäller att minska konsumtionen och underlätta start av behandling ansikte mot ansikte (om sådan behövs).

Ett antal studier undersöker användning av läkemedel för behandling av cannabisrelaterade problem. Bland annat tittar man på möjligheten att använda THC och syntetiskt THC i kombination med andra psykoaktiva läkemedel, till exempel antidepressiva, lugnande medel och humörstabiliserande läkemedel. Hittills har resultaten varit varierande och ingen effektiv läkemedelsbehandling mot cannabisberoende har identifierats.

## **Narkotikabehandling: ges främst i närsamhället**

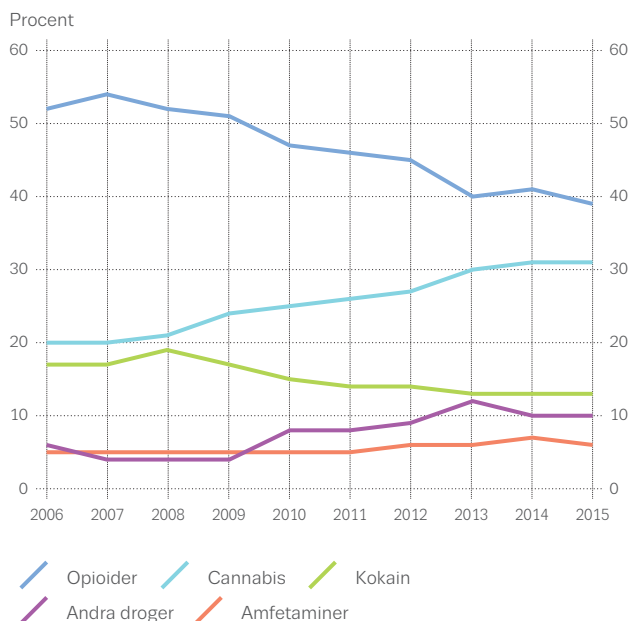
Under 2015 fick uppskattningsvis 1,4 miljoner personer i EU behandling för användning av olagliga droger (1,6 miljoner om Norge och Turkiet räknas in). Personer som använder opioider är den största grupp som genomgår specialiserad behandling och utnyttjar den största andelen av de tillgängliga behandlingsresurserna, framför allt i form av substitutionsbehandling. Personer som använder cannabis och kokain är de andra och tredje största grupperna som inleder sådan behandling (figur 3.3). Psykosociala insatser är den huvudsakliga behandlingsmetod som används för dessa klienter. Skillnaderna mellan olika länder kan emellertid vara mycket stora. I Estland utgjorde opioidanvändarna över 90 procent av dem som påbörjade en behandling, i Ungern mindre än 5 procent.

Större delen av narkotikabehandlingen i Europa sker inom öppenvården, där specialiserade behandlingsmottagningar utgör den största vårdgivaren sett till antalet behandlade personer (figur 3.4). Näst största vårdgivare är mottagningar inom den allmänna hälso- och sjukvården. Denna kategori innefattar allmänläkarna, som är betydelsefulla förskrivare av opioidsubstitutionsbehandling i vissa större länder såsom Tyskland och Frankrike. På andra håll, till exempel i Slovenien, kan psykiatriska vårdmottagningar spela en central roll i öppenvårdsbehandlingen.

**Hjälpen för  
cannabisanvändare  
kan se olika ut**

FIGUR 3.3

Trender för procentandelen klienter som inleder specialiserad narkotikabehandling, efter primärdrog



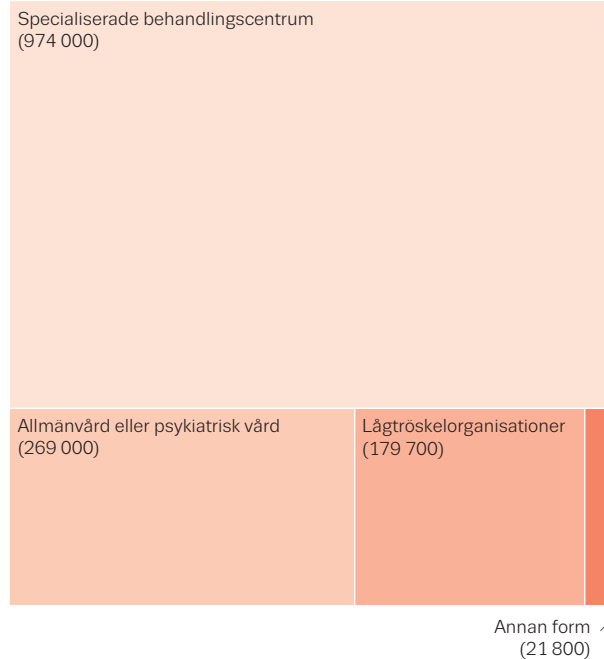
En mindre andel av narkotikabehandlingarna i Europa ges inom slutenvården, bland annat på sjukhusbaserade behandlingshem (till exempel inom psykiatri), terapeutiska samhällen och specialiserade behandlingshem. Den relativa betydelsen av slutenvård och öppenvård inom nationella behandlingssystem varierar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

Olika typer av narkotikabehandling ges dessutom alltmer via internet. Internetbaserade åtgärder skulle kunna utöka behandlingsprogrammets räckvidd och geografiska täckning och nå personer som har narkotikaproblem och som kanske inte annars skulle få tillgång till specialiserad narkotikabehandling.

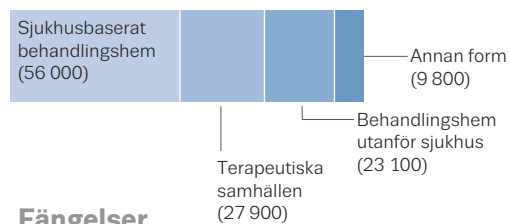
FIGUR 3.4

Antal klienter som får narkotikabehandling i Europa 2015, efter behandlingsform

### Öppenvård



### Slutenvård

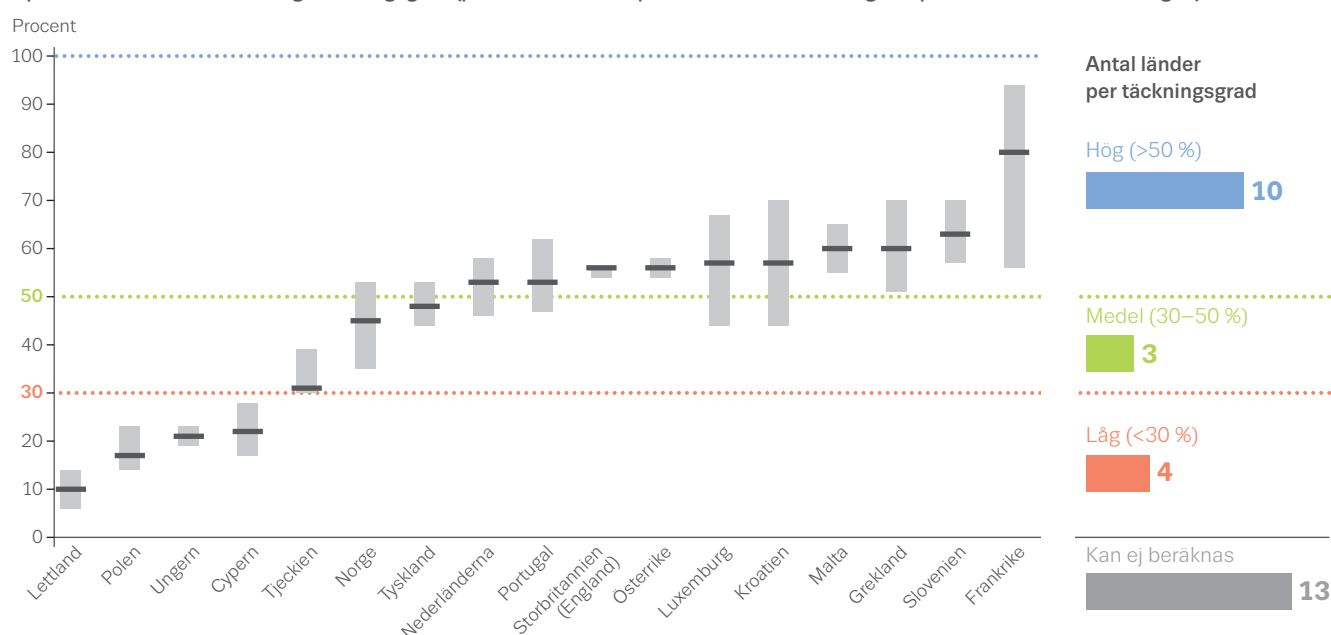


### Fängelser

(82 100)

FIGUR 3.5

Opioidsubstitutionsbehandling, täckningsgrad (procentandel med problematisk användning av opioider som får behandlingen)



Obs! Uppgifterna visas som punktskattningar med osäkerhetsintervall.

### Substitutionsbehandling för problematisk användning av opioider

Den vanligaste typen av behandling för opioidberoende är substitutionsbehandling, oftast i kombination med psykosociala insatser. 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.

Omkring 630 000 personer som använder opioider fick substitutionsbehandling i EU under 2015 (650 000 om Norge och Turkiet räknas in). Antalet klienter ökade fram till 2010 då ett toppvärde nåddes, vilket följdes av en sexprocentig nedgång till 2015. Mellan 2010 och 2015 minskade antalet klienter i 12 länder. De största minskningarna (med mer än 25 procent) rapporterades av Spanien, Ungern, Nederländerna och Portugal. Nedgången kan förklaras av faktorer som rör efterfrågan eller utbud, samt en åldrandepopulation av personer som använder opioider eller ändrade behandlingsmål i vissa länder. Andra länder har fortsatt att utvidga behandlingsutbudet i sina försök att förbättra behandlingstäckningen. Tolv länder rapporterade ökande siffror mellan 2010 och 2015, däribland Lettland (157 procent), Finland (67 procent) och Grekland (61 procent).

Dessa två tendenser bekräftas av de senaste uppgifterna (2014–2015) där tolv länder rapporterade en ökning av totalantalet klienter som fick substitutionsbehandling och nio rapporterade en minskning.

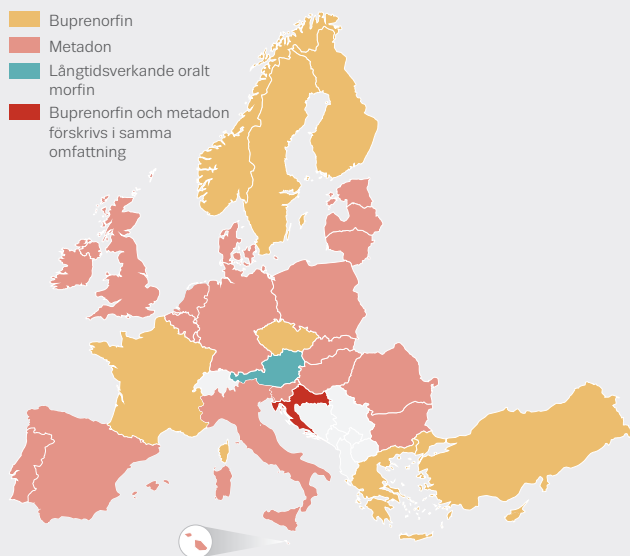
En jämförelse med aktuella beräkningar av antalet personer med problematiskt bruk av opioider i Europa skulle tyda på att hälften av dem får substitutionsbehandling, men det finns skillnader mellan länderna (figur 3.5). Av metodskäl måste dessa resultat tolkas med försiktighet.

Metadon är det läkemedel som oftast förskrivs som opioidsubstitutionsbehandling och används av cirka två tredjedelar (63 procent) av de klienter som får substitutionsbehandling. Ytterligare 35 procent av klienterna behandlas med buprenorfinbaserade läkemedel, som är det primära substitutionsläkemedlet i åtta länder (figur 3.6). Förskrivning av andra substanser såsom långtidsverkande morfin eller diacetylmorfin (heroin) är mindre vanligt. Uppskattningsvis används de av 2 procent av dem som får substitutionsbehandling i Europa.

**Metadon är det läkemedel som oftast förskrivs som opioidsubstitutionsbehandling**

FIGUR 3.6

## Läkemedel som förskrivs i första hand vid opioidsubstitutionsbehandling



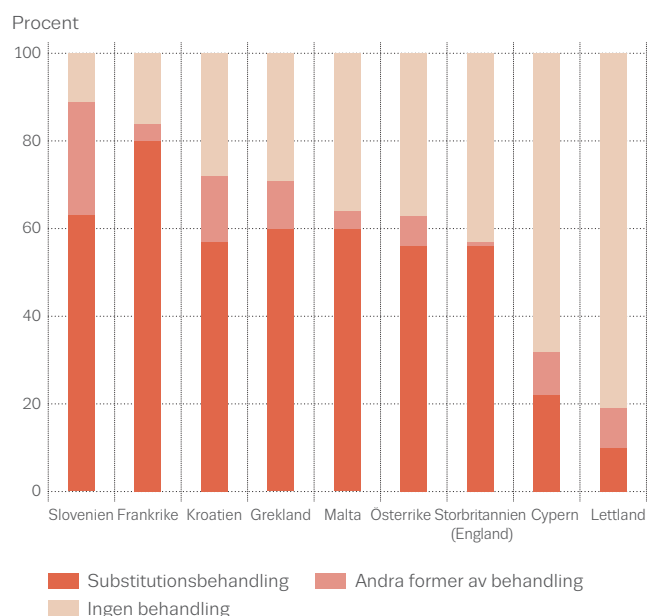
Alternativa behandlingar för personer som använder opioider finns i alla europeiska länder men används mindre ofta än substitutionsbehandling. I de nio länder där det finns tillgängliga uppgifter får mellan 1 och 26 procent av alla personer under behandling insatser som inte innefattar opioidsubstitution (figur 3.7).

### Fängelser: bristande tillgång till hepatit C-behandling

Användningen av narkotika är överlag högre bland fängelseinterner än i den allmänna befolkningen och användningsmönstren är mer skadliga (t.ex. injektioner). Narkotikaåtgärder är därför särskilt viktiga på fängelser. Många interner har ett komplicerat hälsovårdsbehov och en bedömning av narkotikabruk och drogrelaterade problem är därför i många länder en viktig del av hälsoundersökningen vid inskrivningen på anstalt.

FIGUR 3.7

## Procentandel med problematisk användning av opioider som får narkotikabehandling (beräknat värde)

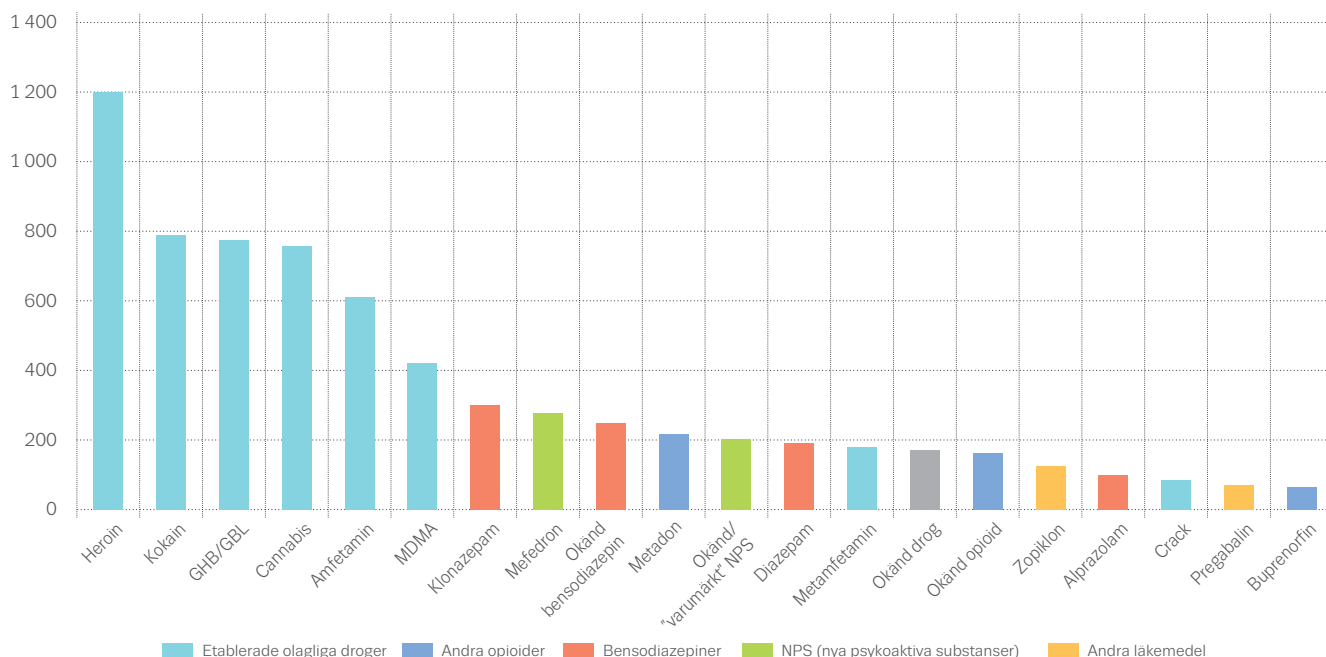


Två viktiga principer för genomförandet av hälso- och sjukvårdsåtgärder på fängelserna är att de ska motsvara åtgärderna ute i samhället och att det ska finnas en vårdkontinuitet även efter frigivningen. Tillgång till opioidsubstitutionsbehandling i fängelser rapporteras av 28 av de 30 länder som övervakas av EMCDDA. Avgiftning, rådgivning enskilt och i grupp samt terapeutiska samhällen eller speciella kliniker finns i de flesta länder. Många 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.

FIGUR 3.8

## De 20 oftast registrerade drogerna vid akutvårdsfall på kontrollsjukhus 2015

Identifierad drog



Obs! Resultaten baseras på 5 054 akutvårdsfall på 15 kontrollplatser i 9 europeiska länder.  
Källa: European Drugs Emergencies Network (Euro-DEN plus).

Test av infektionssjukdomar (hiv, HBV, HCV) finns på fängelserna i de flesta länder, men behandling av hepatit C sker sällan. Det rapporteras att vaccinationsprogram mot hepatit B finns i 16 länder. Det är mindre vanligt att ren injektionsutrustning tillhandahålls. Endast fyra länder rapporterar att sprutbytesprogram finns i detta sammanhang.

Förberedelser inför frigivningen och återintegrering i samhället sker i de flesta länder. Program för att förhindra risk för överdosering av droger, som är särskilt hög hos dem som injicerar opioider direkt efter frigivning från fängelset, rapporteras i fem länder. Programmen omfattar utbildning och information och utdelning av naloxon vid frigivningen.

### Akutfall på sjukhus: många olika substanser inblandade

Sjukhusens uppgifter om akutfall kan ge en inblick i de akuta drogrelaterade skadorna. Uppgifterna kommer från European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus), som övervakar drogrelaterade fall på 15 sjukhus i 9 europeiska länder. Medelåldern för de 5 054 fallen som registrerades i projektet 2015 var 31 år och merparten (77 procent) var män.

I genomsnitt rapporterades 1,5 drog per fall (7 768 totalt) (figur 3.8). I närmare två tredjedelar av fallen (65 procent) omfattade användningen etablerade droger. De vanligaste var heroin, kokain, cannabis, GHB/GBL, amfetamin och MDMA, medan en fjärdedel (24 procent) omfattade missbruk av receptbelagda eller receptfria läkemedel (oftast opioider och bensodiazepiner) och 9 procent nya psykoaktiva substanser (en ökning från 6 procent 2014). Hälften av fallen med nya psykoaktiva substanser gällde en syntetisk katinon och 14 procent en syntetisk cannabinoid. Vilka droger som förekom i akutvårdsfallen varierade från sjukhus till sjukhus, vilket speglar lokala mönster för användningen. Akutvårdsfall som gällde heroin var till exempel de vanligaste i Dublin (Irland) och Oslo (Norge), medan fall som rörde GHB/GBL, kokain och MDMA dominerade i London (Storbritannien).

**Många interner har  
komplexa hälsovårdsbehov**



Majoriteten (80 procent) av alla som kom in med akut narkotikaförgiftning skrevs ut från sjukhuset inom 12 timmar. Ett fåtal fall (6 procent) utvecklade allvarlig förgiftning och behövde läggas in på intensivvårdsavdelning, medan 4 procent skrevs in på psykiatriavdelning. Omkring hälften (9) av de 17 dödsfall som rapporterades rörde opioider.

Endast ett fåtal länder har övervakningssystem som gör det möjligt att analysera nationella trender för akuta narkotikaförgiftningar. Av dessa länder har akutvårdsfallen med heroin ökat i Storbritannien men fortsätter minska i Tjeckien och Danmark, där i stället akutfallen med metadon ökar. I Litauen nästan fördubblades antalet opioidrelaterade akutfall mellan 2013 och 2015. I Spanien är kokain inblandat i omkring hälften av de rapporterade drogrelaterade akutfallen och trenden har stabiliserats efter en nedgång. Akutfallen med cannabis fortsätter att öka i Spanien. Även Slovenien rapporterar en uppåtgående trend för akutfall med cannabis. I Nederländerna står MDMA-förgiftningar för hälften (51 procent) av alla fall på olika festivalers sjukvårdsenheter och andelen minskar. Metamfetaminrelaterade akutvårdsfall, registrerade av kontrollcentrum i Tjeckien, ökade med över 50 procent mellan 2014 och 2015.

### | Nya droger: starka och skadliga

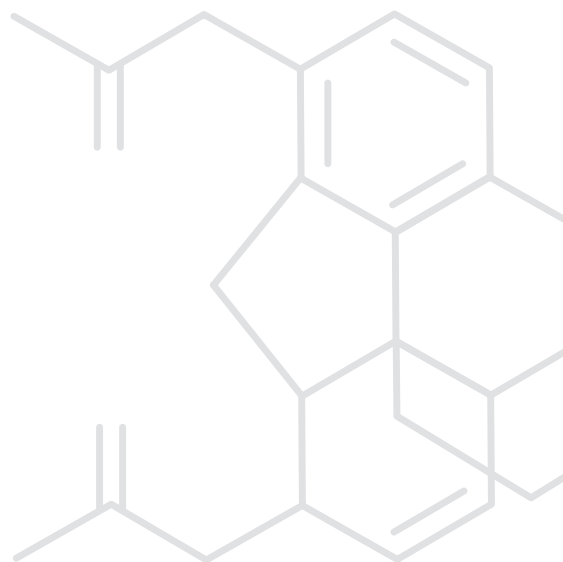
Nya psykoaktiva substanser, däribland nya syntetiska opioider, syntetiska cannabinoider och syntetiska katinoner, har en rad allvarliga skadeverkningar i Europa.

Fentanyler är exceptionellt starka opioider som, även om de spelar en mindre roll på den europeiska narkotikamarknaden, utgör ett allvarligt hot mot både individen och folkhälsan. Detta beror delvis på den ökade risken för allvarlig och dödlig förgiftning hos användarna – ofta i form av utbrott – eftersom fentanyler orsakar snabb och djup hämning av andningen. Det beror också på den ökade risken för oavsiktlig exponering som leder till att andra personer förgiftas; familj och vänner till användaren, liksom brottsbekämpande personal, andra akutvårdsinstanser, sjukvårdspersonal och laboratoriepersonal kan vara utsatta för risk. Skyddsutrustning för att minska skaderisken genom oavsiktlig exponering kan behövas under vissa omständigheter, till exempel vid tullstationer vid Europas gränser, där man kanske hanterar beslag av fentanylpulver i bulk. Det finns också belägg för att fentanyler har sålts till godtrogna användare som etablerade olagliga droger och falska smärtlindrande läkemedel, vilket ökar risken för allvarlig och dödlig förgiftning i vissa grupper av användare. Under dessa förhållanden kan man behöva undersöka om

motgiftet naloxon borde finnas tillgängligt. Förutom den akuta risken för överdosering har fentanyl stort missbrukspotential och beroendeframkallande effekter vilket skulle kunna försämra folkhälsan och förvärra de sociala problem som ofta är förknippade med problematisk opioidanvändning.

Under 2016 inledde EMCDDA och Europol en specialutredning av akryloylfentanyl och furanylfentanyl efter att signaler mottagits via EU:s system för tidig varning. Över 50 dödsfall rapporterades, varav många kunde hänföras direkt till dessa substanser. EMCDDA utfärdade dessutom fem varningar till sitt europeiska nätverk som gällde dessa och andra nya fentanyler.

**Nya psykoaktiva substanser  
har en rad allvarliga  
skadeverkningar i Europa**



De syntetiska cannabinoiderna är en annan grupp nya substanser som fortsatte orsaka problem under 2016. EMCDDA utfärdade varningar för tre substanser — MDMB-FUBINACA, MDMB-CHMICA och 5F-MDMB-PINACA — baserat på 45 allvarliga händelser, varav 18 var dödsfall och 27 icke-dödliga förgiftningar. EMCDDA inledde dessutom ett förfarande som ledde till en riskbedömning av MDMB-CHMICA, och som slutligen resulterade i att substansen blev föremål för kontrollåtgärder i hela Europa (se rutan).

### Nya droger: kräver nya motåtgärder

De skador som de nya drogerna kan orsaka innebär nya svårigheter för det främsta ledet i kedjan för narkotikabekämpning. I en analys EMCDDA nyligen gjort fann man att hälso- och sjukvårdspersonal i Europa inom olika områden (behandling, prevention och skademinimering) främst förlitar sig på sin yrkeserfarenhet när de behandlar etablerade olagliga droger och de insatser som brukar användas mot dessa. Dessa insatser kan vara utdelning av informationsmaterial, utlämning av steril injektionsutrustning eller symtomatisk behandling av akutfall. Ofta kan dessa evidensbaserade insatser anpassas efter specifika typer av förgiftningar, efter den sociokulturella bakgrunden i vissa riskgrupper (t.ex. festanvändare, män som har sex med män), eller efter särskilda riskbeteenden (t.ex. ökad tillgång till sprutor som svar på en hög injektionsfrekvens) i samband med nya psykoaktiva substanser. Analysen visar att det behövs utbildning, handledning och kompetenshöjande åtgärder för insatser mot de nya drogerna.

Ett särskilt svårt problem är att sätta in motåtgärder i de grupper av droganvändare som är svåra att nå och som är särskilt utsatta för skador på grund av nya psykoaktiva substanser, till exempel män som har sex med män, hemlösa och frihetsberövade. I en del länder har den stigande användningen av syntetiska cannabinoider bland interner orsakat oro på grund av substansernas påverkan på den psykiska hälsan, de kraftiga abstinensbesvär de framkallar och den därmed ökande våldstendensen. Multidisciplinära motåtgärder och samarbete mellan flera vårdinstanser på olika håll (till exempel kliniker för sexuell hälsa, fängelser och narkotikakliniker) verkar vara viktiga hälsoinsatser för adekvata åtgärder mot skador orsakade av nya psykoaktiva substanser i Europa.

### Riskbedömning av MDMB-CHMICA

I juli 2016 blev MDMB-CHMICA den första syntetiska cannabinoiden som riskbedömdes av EMCDDA. Den rapporterades första gången till EU av Ungern 2014, via systemet för tidig varning. Därefter upptäcktes den i 23 EU-medlemsstater, Turkiet och Norge. Substansen var inblandad i över 20 allvarliga förgiftningsfall och 28 dödsfall.

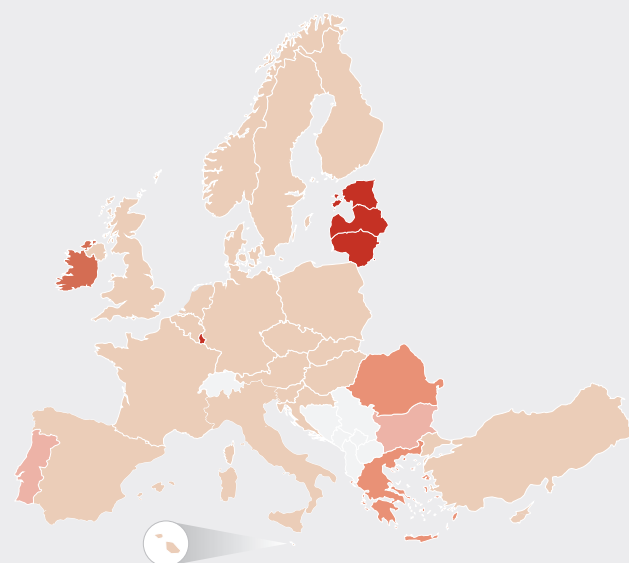
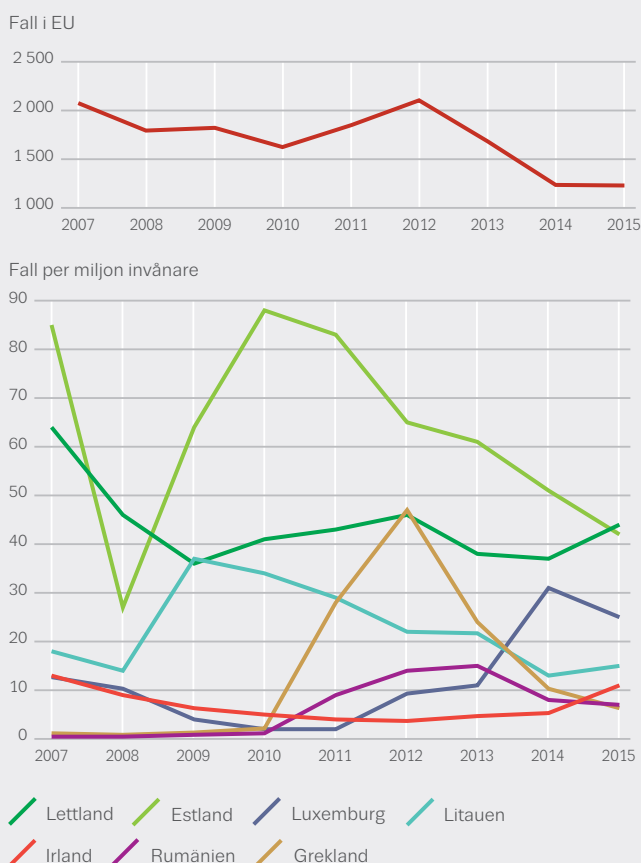
MDMB-CHMICA-pulver produceras i bulk i Kina och importeras till Europa, där det bearbetas och förpackas till "rökblandningar". Många av de allvarliga biverkningar som orsakas av MDMB-CHMICA och andra syntetiska cannabinoider antas bero på dessa substansers styrka och de undermåliga tillverkningsrutinerna. Det finns belegg som tyder på att producenterna gissar sig fram till vilken mängd de ska använda när de tillverkar rökblandningar. De primitiva tillverkningsteknikerna kanske inte heller fördelar substansen jämnt i produkten, vilket kan leda till att en del prov kan innehålla större mängd och ge en högre dos. Därmed ökar risken för svår förgiftning och dödsfall.

### Kroniska drogrelaterade skador: hiv på nedgång men lokala utbrott förekommer

Droganvändare, i synnerhet personer som injicerar droger, riskerar att ådra sig infektionssjukdomar genom att de delar sprutor och verktyg med andra och genom oskyddat sex. 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 2015 noterades 1 233 nya hivdiagnoser på grund av injektionsmissbruk i EU (figur 3.9), vilket utgör 5 procent av antalet diagnoser där överföringsvägen är känd. Andelen har varit låg och stabil under det senaste decenniet. Nya hivinfektioner bland personer som injicerar narkotika har minskat i de flesta länder i Europa. Totalt har antalet gått ned med 41 procent mellan 2007 och 2015. Trots det är injicering av droger fortfarande en viktig överföringsväg i vissa länder: under 2015 kunde minst en fjärdedel av de nydiagnostiserade hivfallen hänföras till injektionsmissbruk i Litauen (34 procent), Lettland (32 procent), Luxemburg (27 procent) och Estland (25 procent).

FIGUR 3.9

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



Fall per miljon invånare

Fall per miljon invånare	Prevalens
<3	Light orange
3,1–6	Light red
6,1–9	Orange
9,1–12	Dark orange
>12	Dark red

Obs! Data för 2015 (källa: ECDC).

Majoriteten av länderna rapporterade färre injektionsrelaterade hivfall mellan 2014 och 2015, men Tyskland, Irland och Storbritannien rapporterade ökningar till nivåer som inte förekommit på 7–8 år. I Irland och Storbritannien berodde detta delvis på lokala utbrott av nya hivinfektioner bland personer som injicerar narkotika. Luxemburg rapporterade också ett utbrott 2014. Ökad injicering av stimulantia tillsammans med en hög grad av marginalisering har varit gemensamma faktorer vid dessa utbrott. Dessutom har injicering av stimulantia i ett sexuellt sammanhang (så kallad slamming) i små grupper av män som har sex med män satts i samband med ökad risk för överföring av infektionen.

Under 2015 kunde 14 procent av alla nya aidsfall i EU, där man kände till överföringsvägen, hänföras till injicering av droger. De 479 rapporterade fallen utgjorde strax över en fjärdedel av det antal som rapporterades för ett decennium sedan. Många av dem rapporterades i Grekland, Lettland och Rumänien, där hivtester och behandlingsåtgärder måste förbättras ytterligare.

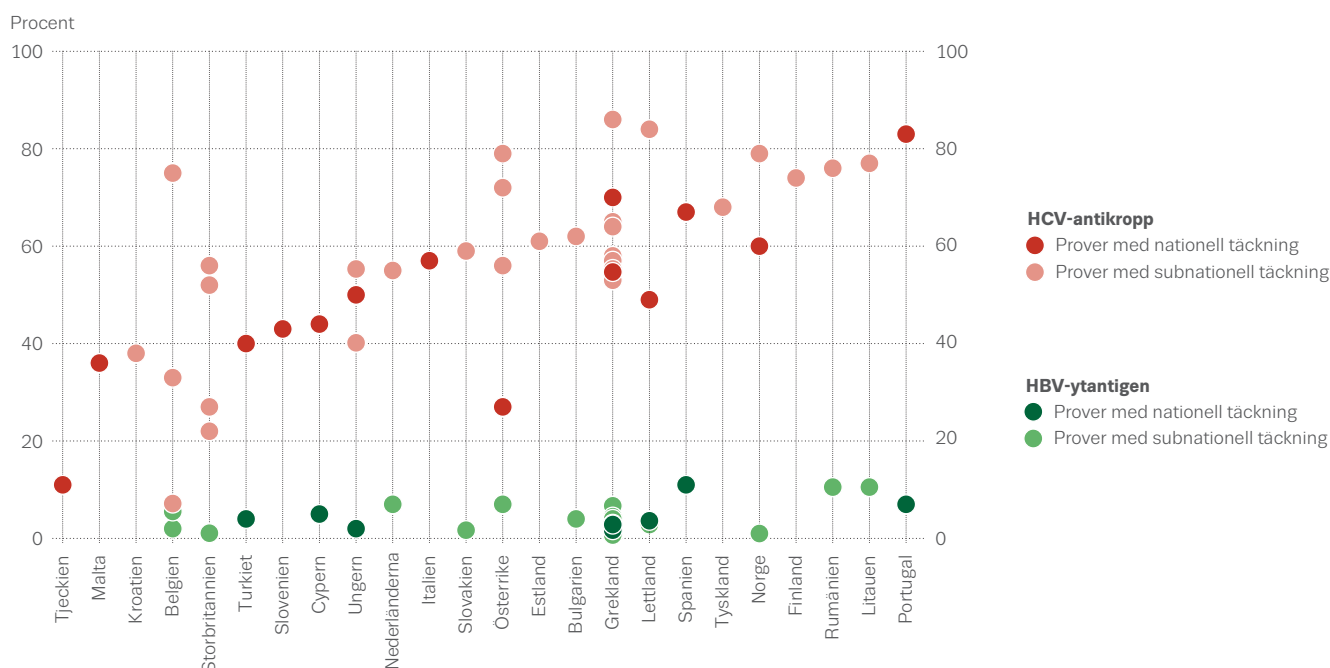
### HCV-prevalens: nationella skillnader

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 (har antikroppar) kommer 75 till 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.

**Antalet nya hivinfektioner  
bland personer  
som injicerar narkotika  
har minskat**

FIGUR 3.10

## Prevalens för antikroppar mot HCV och HBV-ytantigen hos personer som injicerar narkotika, 2014–2015



Prevalensen av antikroppar mot HCV tyder på en befintlig eller tidigare infektion, och den varierade från 16 till 84 procent i nationella urval av personer som injicerar droger och som testades under 2014–2015. Fem av de tretton länder som rapporterade nationella uppgifter redovisade nivåer över 50 procent (figur 3.10). Av de länder som hade nationella trenduppgifter för perioden 2010–2015 rapporterades nedåtgående HCV-prevalens bland personer som injicerar narkotika i fyra länder, medan tre rapporterade en ökning.

Infektion med hepatit B-virus (HBV) förekommer mer sällan hos droganvändare än HCV-infektion. Om personen har HBV-ytantigen visar det på en pågående infektion, som kan vara akut eller kronisk. I de sju länder som hade nationella data beräknades mellan 1,7 och 11 procent av injektionsmissbrukarna vara smittade med HBV.

Injicering av narkotika är en riskfaktor för andra infektionssjukdomar, och drogrelaterade kluster av hepatit A rapporterades i Tjeckien, Tyskland och Luxemburg 2016. Kluster och enstaka fall av sårbotulism bland personer som injicerar narkotika rapporterades också i Tyskland, Norge och Storbritannien.

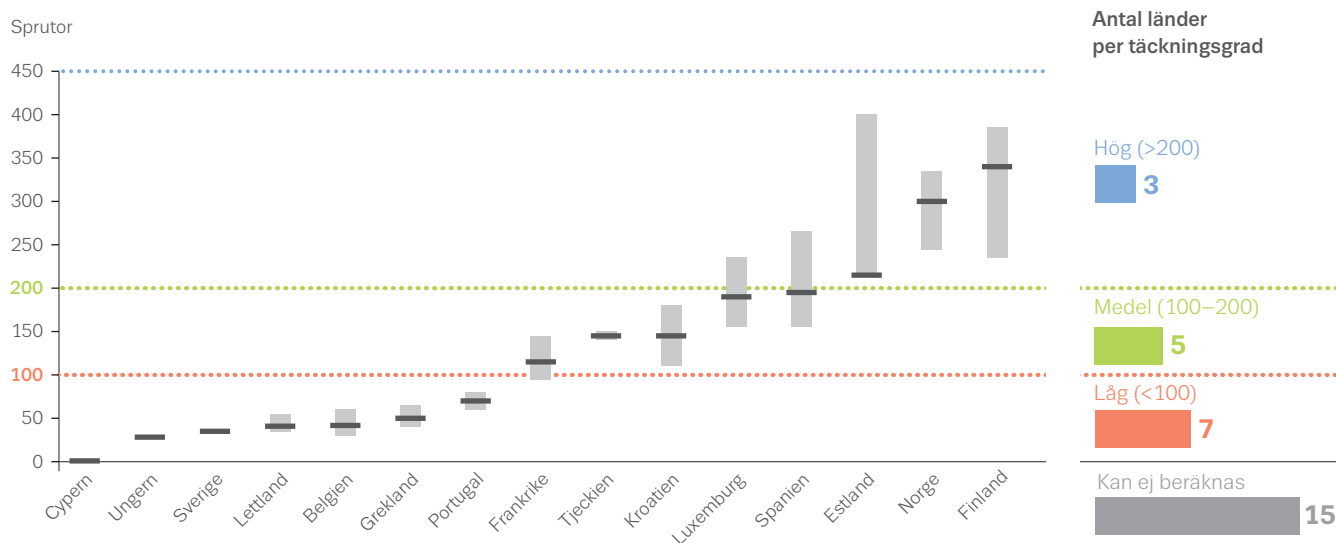
### Infektionssjukdomar: förebyggande åtgärder

För att reducera de narkotikarelaterade infektionssjukdomarna bland personer som injicerar droger tillämpas bland annat följande huvudstrategier: opioidsstitutionsbehandling, utdelning av steril injektionsutrustning, information om riskbeteende, vaccination mot hepatit B, test avseende infektionssjukdomar, hepatitbehandling och hivbehandling.

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 väl utbyggda system för att dela ut rena sprutor. Det finns belägg för att sprutbytesprogram minskar spridningen av hiv bland personer som injicerar narkotika. Alla de 30 länder som övervakas av EMCDDA, utom Turkiet, har särskilda utlämningsställen där ren injektionsutrustning lämnas ut kostnadsfritt. Den geografiska fördelningen av utlämningsställen för sprutor och i vilken mån den tilltänkta populationen nås av denna insats varierar emellertid kraftigt mellan länderna (figur 3.11). Uppgifter om utdelning av sprutor via särskilda sprutbytesprogram

FIGUR 3.11

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



Obs! Uppgifterna visas som punktskattningar med osäkerhetsintervall.

finns för 25 länder, som sammantaget rapporterar att cirka 52 miljoner sprutor delades ut under 2014/2015. Detta antal utgör en kraftig underskattning eftersom flera stora länder – däribland Frankrike, Tyskland, Italien och Storbritannien – inte rapporterar fullständiga nationella uppgifter om sprutbytesprogrammen.

Det kan vara särskilt viktigt att etablera kontakter mellan olika instanser för narkotikabehandling respektive sexuell hälsa för att kunna motverka problem i gruppen män som har sex med män och injicerar stimulantia. Viktiga förebyggande åtgärder i denna grupp är testning och behandling av infektioner, hälsoinformation samt utdelning av förebyggande material såsom kondomer och steril injektionsutrustning. För att förhindra sexuell överföring av hiv är profylaktiska åtgärder före exponering ytterligare en förebyggande åtgärd som kan användas för högriskgrupper.

### Fler tidiga hivdiagnoser: utökade möjligheter till testning

En sen hivdiagnos – när infektionen redan börjat skada immunsystemet – är ett problem som särskilt drabbar personer som injicerar narkotika. Under 2015 diagnostiserades 58 procent av den nyrapporterade injektionsrelaterade spridningen på ett sent stadium. Detta kan jämföras med ett genomsnitt för hela EU på 47 procent för alla överföringsvägar. En sen hivdiagnos leder till ökad sjuklighet och dödlighet och fördröjd insättning av antiretroviral behandling. 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.

I många länder erbjuds och utökas hivtestning i näringslivet och i lågtröskelverksamheter, med målet att öka antalet som testas och upptäcka infektioner på ett tidigare stadium. EU:s kvalitetsstandarder förordar frivilliga tester för blodburna infektionssjukdomar parallellt med rådgivning för att motverka riskbeteenden samt hjälp att hantera sjukdomen. Stigmatisering och marginalisering av dem som använder narkotika hindrar emellertid fortfarande många från att testa sig och få behandling.

## HCV-behandling: effektivare läkemedel

Eftersom prevalensen av HCV-infektion i Europa är särskilt hög bland personer som injicerar droger är det särskilt viktigt att nå ut till dessa med tester och behandling för att förhindra svåra sjukdomsfall och dödsfall. Ett viktigt led i en övergripande preventionsinsats är att minska antalet personer som kan sprida smittan vidare genom att erbjuda HCV-behandling. Kliniska riktlinjer i Europa rekommenderar att behandling ska övervägas för alla patienter med kronisk leversjukdom orsakad av HCV-infektion. I riktlinjerna rekommenderas också att behandling ska övervägas utan dröjsmål till individer som riskerar att sprida viruset vidare (vilket innefattar personer med ett aktivt injektionsmissbruk), att HCV-behandling ska erbjudas personer med missbruk efter individuell bedömning och den ska vara multidisciplinär.

Sedan 2013 har effektiva, bättre tolererade, helt orala och interferonfria behandlingar med direktverkande antivirala medel blivit den centrala behandlingsformen för HCV-infektioner. Behandling med dessa läkemedel kan dessutom tillhandahållas genom specialiserade narkotikaenheter i närsamhället, vilket kan ge ökad upptagning och tillgänglighet. Många europeiska länder inför nu nya strategier för virushepatit, uppdaterar sina behandlingsriktlinjer och förbättrar HCV-testningen och kopplingen till vården. Det finns dock fortfarande svårigheter: få personer testar sig, remitterings- och behandlingsvägarna är oklara i många länder och kostnaderna för nya läkemedel är höga.

**Narkotikaanvändning  
är en känd orsak till dödsfall  
bland vuxna i Europa,  
som hade kunnat undvikas**

## Dödsfall på grund av överdos: har ökat på senare tid

Narkotikaanvändning är en känd orsak till dödsfall bland Europas invånare som hade kunnat undvikas. Kohortstudier bland personer med problematiskt bruk av droger visar en total dödlighetsfrekvens på 1–2 procent per år. Rent generellt löper personer som använder opioider i Europa fem till tio gånger högre risk att dö än andra personer i samma ålder och av samma kön. Den ökade dödligheten bland denna grupp 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 ett missbruk.

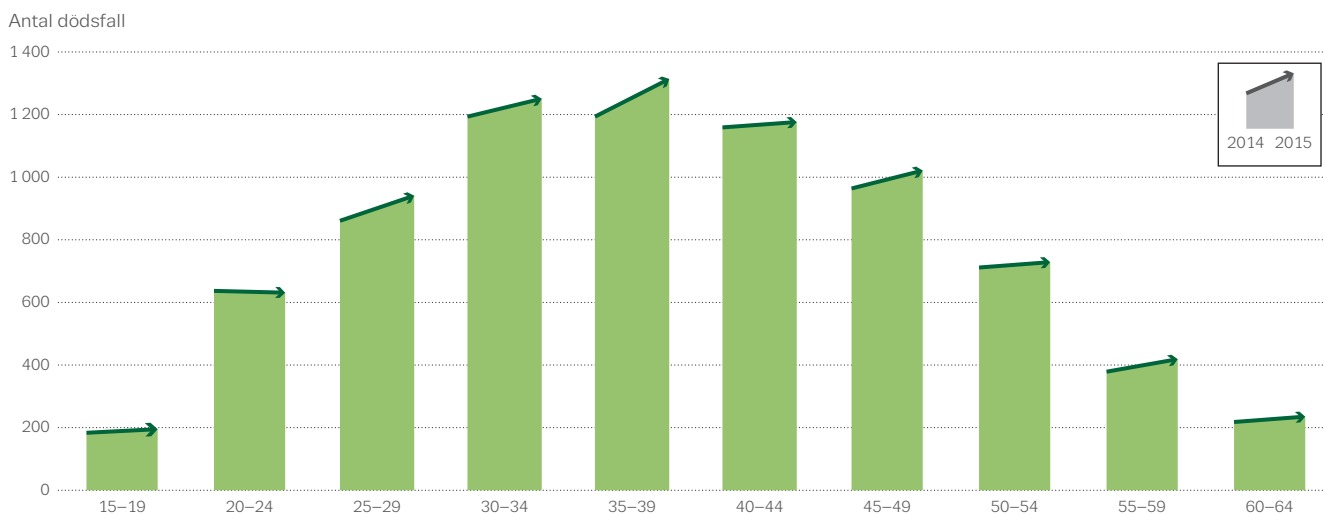
Överdoser är fortfarande den huvudsakliga dödsorsaken bland personer med problematiskt narkotikabruk i Europa, och mer än tre fjärdedelar av dem som dör av en överdos är män (78 procent). Data om överdoser, särskilt den totala summan för Europa, måste tolkas med försiktighet. Detta beror bland annat på en systematisk underrapportering från vissa länder och registreringsprocesser som leder till försenade rapporter. De årliga beräkningarna utgör därför ett preliminärt minimivärde.

Under 2015 beräknas minst 7 585 dödsfall på grund av överdos ha inträffat i EU, där minst en olaglig drog varit inblandad. Siffran stiger till 8 441 dödsfall om Norge och Turkiet räknas in, vilket är en 6-procentig ökning jämfört med den reviderade siffran för 2014 som var 7 950. Ökningar har rapporterats i så gott som alla åldersgrupper (figur 3.12). Precis som tidigare år står Storbritannien (31 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 bekräftar reviderade data för 2014 en ökning av antalet dödsfall på grund av överdos i Spanien. Ökningen av antalet överdosdödsfall som rapporterades 2014 i Litauen och Storbritannien fortsatte 2015, och ökningar rapporteras nu även i Tyskland och Nederländerna. En kontinuerlig uppgående trend ses även i Sverige men kan till viss del bero på den kombinerade effekten av förändrad utrednings-, kodnings- och rapporteringspraxis. Turkiet fortsätter att rapportera ökningar, men detta verkar till största delen beror på förbättrad datainsamling och rapportering.

Mellan 2007 och 2015 ökade det rapporterade antalet dödsfall på grund av överdos i de äldre åldersgrupperna,

FIGUR 3.12

Antal drogrelaterade dödsfall rapporterade i Europa under 2014 och 2015, per åldersgrupp



medan det minskade i de yngre. Detta speglar Europas åldrande population av personer som använder opioider, vilka löper störst risk att dö på grund av överdos.

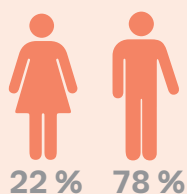
Tio procent av överdosfallen är emellertid under 25 år och man har på senare tid sett en lätt ökning av antalet dödsfall på grund av överdos bland personer under 25 år i vissa länder, däribland Sverige och Turkiet.

### Opioidrelaterade dödsfall står för den totala ökningen

Heroin eller metaboliter av heroin, ofta i kombination med andra substanser, förekommer vid de flesta dödliga överdoser som rapporteras i Europa. Nyare data visar att antalet heroinrelaterade dödsfall i Europa ökar, särskilt i Storbritannien. I England och Wales omnämndes till exempel heroin eller morfin i 1 200 dödsfall under 2015, vilket är en 26-procentig ökning från föregående år och en 57-procentig ökning från 2013. Dödsfall på grund av heroin ökade även i Skottland (Storbritannien), Irland och

## DROGRELATERADE DÖDSFALL

### Egenskaper



Genomsnittsalder vid dödsfall

38

Dödsfall med opioider närvarande



### Ålder vid dödsfallet



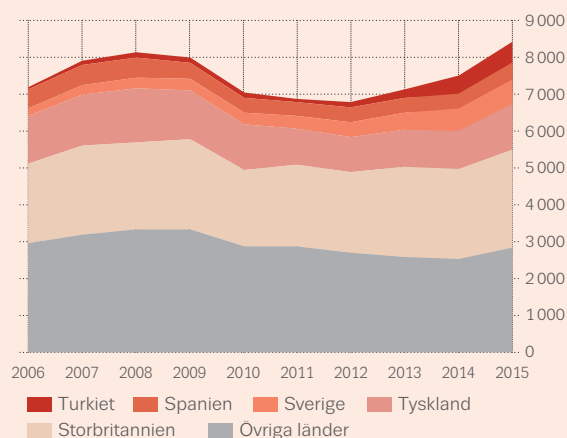
### Antal dödsfall

7 585 EU

8 441 EU + 2

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

### Trender för dödsfall på grund av överdos





Turkiet. Även andra opioider återkommer regelbundet i toxikologirapporterna. Dessa substanser, främst metadon och buprenorfin men även fentanyl och tramadol, förekommer i samband med en stor andel av dödliga överdoser i vissa länder. Enligt nya data översteg antalet registrerade metadonrelaterade dödsfall de heroinrelaterade dödsfallen i Kroatien, Danmark, Frankrike och Irland.

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 320 år 2015. Många av dessa antas vara heroinöverdoser bland personer som även använde crack. I Spanien, där de kokainrelaterade dödsfallen har legat på en oförändrad nivå under några år, fortsatte drogen att vara den näst mest rapporterade olagliga drogen i samband med dödliga överdoser under 2014 (269 fall). I Turkiet var dödsfallen kopplade till stimulantia 2015 i 56 fall relaterade till kokain, i 206 fall till amfetaminer och i 166 fall till MDMA (av dessa kunde 62 tillskrivas enbart MDMA). Syntetiska cannabinoider rapporterades i 137 fall i Turkiet, varav 63 kunde tillskrivas enbart dessa droger.

### Dödligheten högst i norra Europa

För 2015 uppskattades dödligheten på grund av överdos i Europa till 20,3 dödsfall per miljon invånare i åldern 15–64 år. Frekvensen bland män (32,3 fall per miljon män) är nästan fyra gånger högre än bland kvinnor (8,4 fall per miljon kvinnor). Dödlighetstalen på grund av överdos når sitt högsta värde vid 35–39 år för män och 30–34 år för kvinnor. Medelåldern vid dödsfallet är emellertid lägre för män: 38 år jämfört med 41 för kvinnor. Nationella dödlighetstal och trender varierar kraftigt (figur 3.13) och påverkas av faktorer som prevalens och mönster för narkotikaanvändning samt nationell praxis för rapportering, registrering av uppgifter och kodning av överdosfall 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 (103 per miljon), Sverige (100 per miljon), Norge (76 per miljon) och Irland (71 per miljon) (figur 3.13).

### Förebygga överdoser och narkotikarelaterade dödsfall

Att minska antalet överdoser med dödlig utgång och andra narkotikarelaterade dödsfall är en viktig uppgift för folkhälsopolitiken i Europa. Riktade insatser inom detta område handlar antingen om att förhindra överdoser eller förbättra sannolikheten att överleva en överdos.

En metaanalys av observationsstudier visar att substitutionsbehandling med metadon är effektivt för att minska dödligheten (på grund av överdos och av alla orsaker) bland opioidberoende personer. Dödligheten hos klienter som fick metadonbehandling var mindre än en tredjedel av den förväntade hos opioidanvändare utan behandling. En analys av risken att dö vid olika stadier i behandlingen visar att insatserna är viktigast i början av behandlingen (under de första fyra veckorna, särskilt med metadon) och när behandlingen väl har avslutats. När behandlingen avslutats är risken för överdos högre under de första fyra veckorna. Det skulle innebära att patienter som ofta påbörjar och avslutar en behandling är särskilt känsliga för överdoser.

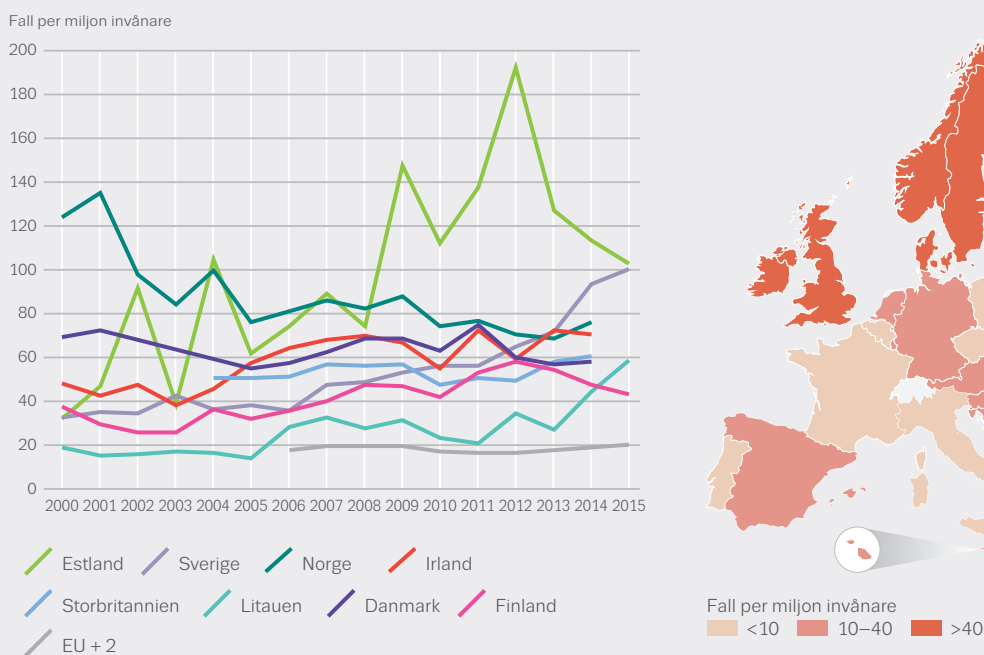
Syftet med övervakade inrättningar för narkotikakonsumtion är både att förhindra överdoser och att se till att det finns professionellt stöd i händelse av en överdos. Sådana inrättningar finns i dagsläget i sex EU-länder samt Norge; totalt 78 inrättningar. Under 2016 öppnades två inrättningar för narkotikakonsumtion i Frankrike för en sexårig prövningsperiod, och nya sådana har också inrättats i Danmark och Norge.

**Patienter som ofta påbörjar och avslutar behandling är särskilt känsliga för överdoser**



FIGUR 3.13

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



Obs! Trender i de åtta länder som rapporterade högst värden under 2015 eller 2014 samt total trend i Europa. EU + 2 avser EU:s medlemsstater, Turkiet och Norge.

## Naloxon: nya produkter tas fram

Naloxon är en opioidantagonist som kan häva en opioidöverdos och som används av sjukhusens akutavdelningar och av ambulanspersonal. På senare år har det blivit allt vanligare att naloxon delas ut till opioidanvändare, deras partner, vänner och familjer, parallellt med information om hur man känner igen och hanterar en överdos. Även personalen på olika enheter som har regelbunden kontakt med narkotikaanvändare har fått tillgång till naloxon. Program för naloxonutdelning finns för närvarande i tio europeiska länder. De naloxonkit som delas ut av olika behandlingsenheter och hälso- och sjukvårdssystemet innehåller vanligen förfyllda sprutor, men i Norge och Danmark används en adapter som gör att naloxon kan ges via näsan. I Frankrike har en ny nasal form

av läkemedlet beviljats tillfälligt godkännande. Efter att utdelningen av naloxon i närsamhället utökats sedan 2013 utvidgades utdelningspraxis i Estland 2015 till att även omfatta fängelser. Nyligen genomfördes en systematisk granskning av naloxonutdelningens effektivitet som visade att naloxonutdelning i kombination med utbildnings- och träningsinsatser minskar den överdosrelaterade dödligheten. Detta kan vara särskilt användbart för vissa befolkningsgrupper med en förhöjd risk för överdos, till exempel nyligen frigivna tidigare frihetsberövade personer. I Skottland (Storbritannien) genomfördes nyligen en utvärdering av det nationella naloxonprogrammet som visade på en betydande minskning av antalet opioidrelaterade dödsfall under den första månaden efter frigivningen.

## MER INFORMATION

## EMCDDA:s publikationer

## 2017

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

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

Country Drug Reports 2017.

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

## 2016

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

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

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

Health responses to new psychoactive substances.

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

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

## 2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

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

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

## 2014

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

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

## 2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

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

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

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

## Gemensamma publikationer från EMCDDA och ECDC

## 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.

## 2011

ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs.

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



# Bilaga

**Nationella uppgifter för uppskattad prevalens för narkotikaanvändning, inklusive problematisk användning av opioider, substitutionsbehandling, det totala antalet personer i behandling, behandlingsstart, injektionsmissbruk, drogrelaterade dödsfall, drogrelaterade infektionssjukdomar, utdelning av sprutor och beslag. De uppgifter som presenteras här är hämtade från EMCDDA:s **Statistical Bulletin 2017**, 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 i % 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	
Land	Avser år	fall per 1 000 inv.	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)	antal
Belgien	–	–	27,7 (3 234)	10,3 (411)	37,4 (2 773)	14 (409)	8,3 (31)	14,9 (374)	16 681
Bulgarien	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 423
Tjeckien	2015	1,8–1,9	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Danmark	–	–	13 (613)	5,5 (124)	20,6 (472)	26,6 (121)	10,5 (11)	31,4 (108)	6 268
Tyskland	2014	2,7–3,3	32,9 (28 669)	13,3 (3 552)	41,4 (25 117)	32,6 (11 392)	29,4 (1 549)	33,2 (9 843)	77 200
Estland	–	–	93,3 (263)	87,3 (55)	95 (153)	70,7 (183)	67,3 (37)	82,2 (125)	1 166
Irland	–	–	47,6 (4 515)	25,9 (971)	62,4 (3 403)	38,2 (1 672)	30,9 (293)	39,9 (1 318)	9 917
Grekland	2015	2,1–2,8	69,8 (2 836)	52,9 (834)	80,8 (1 984)	32,4 (914)	26,6 (221)	34,9 (690)	10 082
Spanien	2014	1,6–2,6	24,6 (12 032)	10,5 (2 486)	42,9 (8 056)	13,7 (1 568)	7,4 (178)	15,2 (1 173)	61 859
Frankrike	2013–14	4,4–7,4	28 (13 744)	15 (2 378)	48,9 (8 310)	18,5 (2 150)	12,3 (263)	21,1 (1 505)	168 840
Kroatien	2015	2,5–4,0	81,3 (6 124)	20,8 (176)	89,1 (5 917)	72,1 (4 377)	36,5 (62)	73,2 (4 299)	5 061
Italien	2015	4,6–5,9	53,3 (25 144)	38,8 (8 040)	64,6 (17 104)	50,8 (10 620)	39,5 (2 521)	55,8 (8 099)	60 047
Cypern	2015	1,9–3,2	25,7 (205)	11,5 (50)	44,2 (142)	48 (97)	46 (23)	48,9 (68)	252
Lettland	2014	3,4–7,5	53,5 (402)	32,7 (128)	76,1 (274)	92,3 (370)	82,8 (106)	96,7 (264)	609
Litauen	2007	2,3–2,4	89 (2 268)	66,1 (261)	94 (1 991)	87,2 (1 970)	89,3 (233)	87 (1 724)	596
Luxemburg	2007	5–7,6	56,2 (163)	25 (6)	57,9 (125)	43 (68)	16,7 (1)	42,7 (53)	1 078
Ungern	2010–11	0,4–0,5	3,6 (156)	1,6 (46)	8,4 (93)	53,5 (77)	48,9 (22)	56 (51)	669
Malta	2015	5,6–6,5	73,2 (1 296)	28,7 (66)	79,8 (1 230)	61,9 (760)	43,9 (25)	62,8 (735)	1 026
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	55,4 (2 016)	26,9 (351)	71,4 (1 665)	32,3 (516)	23 (73)	34,5 (443)	17 599
Polen	2014	0,4–0,7	16,3 (1 465)	4,8 (208)	27,6 (1 224)	62,1 (902)	40,8 (84)	65,6 (800)	2 564
Portugal	2012	4,2–5,5	49,2 (1 357)	28,9 (458)	76,8 (899)	16,6 (209)	9,9 (40)	19,8 (169)	17 011
Rumänien	–	–	32,6 (1 057)	17,3 (360)	66,3 (686)	88,2 (834)	85,6 (286)	90 (543)	547
Slovenien	2015	3,4–4,1	74,7 (236)	42 (37)	87,7 (199)	44,5 (105)	24,3 (9)	48,2 (96)	3 261
Slovakien	2008	1,0–2,5	24,1 (602)	14,8 (179)	33,6 (414)	68,5 (402)	51,4 (91)	75,7 (305)	600
Finland	2012	3,8–4,5	51,7 (339)	38,3 (106)	61,5 (233)	73,3 (247)	65,7 (69)	76,7 (178)	3 000
Sverige (¹)	–	–	25,2 (8 907)	16,8 (2 101)	29,5 (6 562)	–	–	–	3 679
Storbritannien	2010–11	7,9–8,4	49,7 (59 763)	21,7 (8 595)	63,5 (50 984)	31,8 (13 125)	17,5 (929)	34 (12 139)	142 085
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)	12 500
Norge (²)	2013	2,0–4,2	17 (1 005)	–	–	–	–	–	7 498
EU	–	–	37,6 (181 918)	18,3 (32 921)	51,4 (143 189)	36,6 (55 311)	28,2 (7 550)	39 (46 856)	626 541
EU, Turkiet och Norge	–	–	38,2 (190 996)	19,8 (36 548)	52 (147 635)	36 (57 305)	26,7 (8 111)	38,8 (48 289)	646 539

Uppgifterna om klienter i substitutionsbehandling avser 2015, eller senast tillgängliga år: Danmark, Finland, Nederländerna och Spanien, 2014; Turkiet, 2011.

(¹) Förstagångsklienter och klienter som behandlats tidigare finns endast för två av tre datakällor i Sverige och siffrorna kan därför inte jämföras med data för alla klienter.

(²) Procentandelen klienter som behandlas för opioidrelaterade problem är ett minimivärde som inte tar hänsyn till opioidklienter som registrerats som användare av mer än en drog.

TABELL A2

## KOKAIN

Land	Beräknad prevalens				Klienter som inledde behandling under året					
	Den allmänna befolkningen			Skol- ungdomar	Kokainklienter i % 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	Förstagångs- klienter	Klienter som behandlats tidigare	Alla klienter	Första- gångs- klienter	Klienter som behandlats tidigare
		%	%	%	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)
Belgien <sup>(1)</sup>	2013	–	0,9	3	18,9 (2 207)	18,9 (756)	18,9 (1 401)	6,5 (125)	1,1 (7)	9,4 (116)
Bulgarien	2012	0,9	0,3	5	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
Tjeckien	2015	1,8	0,3	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danmark	2013	5,2	2,4	2	5,5 (260)	5,9 (134)	5,4 (124)	3,9 (8)	–	8,6 (8)
Tyskland <sup>(3)</sup>	2015	3,8	1,2	3	6 (5 209)	5,6 (1 494)	6,1 (3 715)	17,1 (2 843)	8,8 (353)	19,7 (2 490)
Estland	2008	–	1,3	1	0,7 (2)	–	1,2 (2)	50 (1)	–	50 (1)
Irland	2015	7,8	2,9	3	10,5 (996)	13,7 (513)	8,4 (457)	0,8 (8)	0,2 (1)	1,6 (7)
Grekland	–	–	–	1	6,6 (269)	8,9 (141)	5,2 (128)	11,6 (31)	4,3 (6)	19,5 (25)
Spanien	2015	9,1	3,0	2	36,5 (17 864)	34,8 (8 234)	37 (6 954)	1,3 (224)	0,7 (56)	2,1 (141)
Frankrike	2014	5,4	2,4	4	6,1 (3 013)	6,1 (963)	8,1 (1 369)	10,2 (269)	3,6 (32)	16,5 (198)
Kroatien	2015	2,7	1,6	2	1,4 (104)	2,8 (24)	1,2 (80)	2 (2)	–	2,5 (2)
Italien	2014	7,6	1,8	3	25,3 (11 935)	30,4 (6 296)	21,3 (5 639)	4,2 (479)	2,6 (159)	5,9 (320)
Cypern	2016	1,4	0,4	3	10 (80)	8,3 (36)	11,8 (38)	5,1 (4)	0 (0)	7,9 (3)
Lettland	2015	1,5	1,2	2	1,2 (9)	1,8 (7)	0,6 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litauen	2012	0,9	0,3	2	0,6 (15)	1,8 (7)	0,3 (7)	13,3 (2)	14,3 (1)	14,3 (1)
Luxemburg	–	–	–	–	19 (55)	16,7 (4)	20,4 (44)	44,4 (24)	–	50 (22)
Ungern <sup>(3)</sup>	2015	1,2	0,9	2	2,3 (99)	2,5 (75)	1,7 (19)	5,2 (5)	1,4 (1)	15,8 (3)
Malta	2013	0,5	–	3	15,9 (281)	39,6 (91)	12,3 (190)	17,6 (45)	8,1 (7)	22,4 (38)
Nederländerna	2015	5,1	3,6	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	0,4	2	7,1 (258)	9,6 (125)	5,7 (133)	6,3 (15)	0,8 (1)	11,6 (14)
Polen	2014	1,3	0,4	4	2,1 (189)	1,9 (83)	2,3 (101)	2,2 (4)	1,3 (1)	3 (3)
Portugal	2012	1,2	0,4	2	12 (331)	15,1 (239)	7,9 (92)	4,4 (13)	2,3 (5)	9,6 (8)
Rumänien	2013	0,8	0,2	3	0,6 (19)	0,9 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Slovenien	2012	2,1	1,2	2	4,1 (13)	9,1 (8)	2,2 (5)	23,1 (3)	0 (0)	60 (3)
Slovakien	2015	0,7	0,3	2	0,8 (19)	0,7 (9)	0,7 (9)	5,9 (1)	–	12,5 (1)
Finland	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Sverige <sup>(4,5)</sup>	2013	–	1,2	2	0,9 (318)	1,7 (211)	0,5 (103)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Storbritannien <sup>(2,4)</sup>	2015	9,7	4,0	2	13,9 (16 673)	17,2 (6 830)	12,2 (9 806)	1,5 (168)	0,4 (18)	2,3 (146)
Turkiet	2011	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	–	–	–
Norge <sup>(4)</sup>	2015	4,2	2,2	1	1,4 (83)	–	–	–	–	–
EU	–	5,2	1,9	–	13 (62 949)	15,4 (27 688)	11,4 (31 759)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)
EU, Turkiet och Norge	–	–	–	–	12,6 (63 230)	15 (27 767)	11,2 (31 878)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)

Beräknad prevalens för skolpopulationen har hämtats från nationella skolundersökningar eller ESPAD-projektet. Lettland är eventuellt inte jämförbart på grund av osäkerhet kring datainsamlingen.

<sup>(1)</sup> Beräknad prevalens för den allmänna populationen avser endast Flandern.

<sup>(2)</sup> Beräknad prevalens för den allmänna populationen avser endast England och Wales.

<sup>(3)</sup> Åldersintervall för beräknad prevalens i den allmänna populationen: 18–64, 18–34.

<sup>(4)</sup> Åldersintervall för beräknad prevalens i den allmänna populationen: 16–64, 16–34.

<sup>(5)</sup> Förstagångsklienter och klienter som behandlats tidigare finns endast för två av tre datakällor i Sverige och siffrorna kan därför inte jämföras med data för alla klienter.

TABELL A3

## AMFETAMINER

Land	Beräknad prevalens				Klienter som inledde behandling under året					
	Den allmänna befolkningen			Skol- ungdomar	Amfetaminklienter i % av klienter som inleder behandling			% av amfetaminklienterna som injicerar (huvudsaklig administreringsväg)		
	Under- sök- år	Någon gång i livet, vuxna (15–64)	Senaste 12 måna- derna, yngre vuxna (15–34)	Någon gång i livet, elever (15–16)	Alla klienter	Första- gångs- klienter	Klienter som behandlats tidigare	Alla klienter	Förstagångs- klienter	Klienter som behandlats tidigare
		%	%	%	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)	% (antal)
Belgien <sup>(1)</sup>	2013	–	0,5	2	9,9 (1 160)	8,6 (345)	10,7 (794)	13,5 (130)	3,9 (11)	17,8 (118)
Bulgarien	2012	1,2	1,3	6	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Tjeckien	2015	4,4	2,2	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	2013	6,6	1,4	1	6,6 (311)	6,2 (140)	7,1 (163)	4 (11)	1,7 (2)	6,2 (9)
Tyskland <sup>(3,4)</sup>	2015	3,6	1,9	4	16,8 (14 646)	19,3 (5 134)	15,7 (9 512)	2,2 (719)	1,5 (168)	2,5 (551)
Estland	2008	–	2,5	2	2,1 (6)	3,2 (2)	2,5 (4)	66,7 (4)	100 (2)	50 (2)
Irland	2015	4,1	0,6	3	0,6 (59)	0,9 (33)	0,4 (24)	3,4 (2)	3 (1)	4,2 (1)
Grekland	–	–	–	2	0,4 (18)	0,4 (7)	0,4 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Spanien	2015	3,6	1,0	1	1,3 (655)	1,6 (385)	1,1 (209)	0,9 (6)	1,1 (4)	0,5 (1)
Frankrike	2014	2,2	0,7	2	0,5 (264)	0,5 (84)	0,6 (108)	11,6 (26)	14,9 (11)	15,6 (15)
Kroatien	2015	3,5	2,3	3	1,4 (102)	2,7 (23)	1,1 (74)	–	–	–
Italien	2014	2,8	0,6	2	0,2 (91)	0,3 (59)	0,1 (32)	5,2 (4)	6,4 (3)	3,3 (1)
Cypern	2016	0,5	0,1	3	4,9 (39)	3,9 (17)	5,6 (18)	2,6 (1)	5,9 (1)	0 (0)
Lettland	2015	1,9	0,7	3	16,2 (122)	21,5 (84)	10,6 (38)	67,5 (81)	62,2 (51)	78,9 (30)
Litauen	2012	1,2	0,5	1	2,5 (63)	7,1 (28)	1,5 (31)	26,7 (16)	3,7 (1)	45,2 (14)
Luxemburg	–	–	–	–	0,3 (1)	–	0,5 (1)	–	–	–
Ungern <sup>(4)</sup>	2015	1,7	1,4	3	11,4 (489)	12 (354)	8,9 (98)	9,6 (46)	5,7 (20)	23,7 (23)
Malta	2013	0,3	–	2	0,3 (5)	0,4 (1)	0,3 (4)	20 (1)	–	25 (1)
Nederländerna	2015	4,7	3,1	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	4,8 (174)	5,7 (75)	4,2 (99)	3,8 (6)	2,9 (2)	4,3 (4)
Polen	2014	1,7	0,4	4	24,3 (2 194)	25,4 (1 091)	23,8 (1 056)	3,7 (80)	1,7 (18)	5,8 (60)
Portugal	2012	0,5	0,1	1	0,1 (4)	0,3 (4)	–	0 (0)	0 (0)	–
Rumänien	2013	0,3	0,1	1	0,4 (12)	0,3 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenien	2012	0,9	0,8	1	1,3 (4)	4,5 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Slovakien	2015	1,4	0,8	1	45,2 (1 132)	44,7 (539)	45,4 (559)	28,7 (315)	24,3 (129)	34 (183)
Finland	2014	3,4	2,4	1	15,2 (100)	16,2 (45)	14,5 (55)	77,6 (76)	62,8 (27)	89,1 (49)
Sverige <sup>(3,5,6)</sup>	2013	–	1,3	1	7 (2 645)	8,3 (1 129)	5,8 (1 376)	–	–	–
Storbritannien <sup>(2,5)</sup>	2015	10,3	0,9	1	2,8 (3 332)	3,6 (1 414)	2,4 (1 913)	18,9 (382)	11 (89)	24,3 (293)
Turkiet	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norge <sup>(3,5)</sup>	2015	3,1	0,3	1	13,9 (823)	–	–	–	–	–
EU	–	<b>3,8</b>	<b>1,1</b>	–	<b>7,4 (35 562)</b>	<b>8,4 (15 092)</b>	<b>7,2 (20 011)</b>	<b>15,1 (7 357)</b>	<b>16,8 (3 128)</b>	<b>14,1 (4 217)</b>
EU, Turkiet och Norge	–	–	–	–	<b>7,3 (36 581)</b>	<b>8,2 (15 225)</b>	<b>7,1 (20 074)</b>	<b>15 (7 358)</b>	<b>16,6 (3 129)</b>	<b>14,1 (4 217)</b>

Beräknad prevalens för skolpopulationen har hämtats från nationella skolundersökningar eller ESPAD-projektet. Lettland är eventuellt inte jämförbart på grund av osäkerhet kring datainsamlingen.

<sup>(1)</sup> Beräknad prevalens för den allmänna populationen avser endast Flandern.

<sup>(2)</sup> Beräknad prevalens för den allmänna populationen avser endast England och Wales.

<sup>(3)</sup> Klienter som inleder behandling avser klienter som rapporterar andra stimulantia än kokain, inte bara amfetaminer.

<sup>(4)</sup> Åldersintervall för beräknad prevalens i den allmänna populationen: 18–64, 18–34.

<sup>(5)</sup> Åldersintervall för beräknad prevalens i den allmänna populationen: 16–64, 16–34.

<sup>(6)</sup> Förstagångsklienter och klienter som behandlats tidigare finns endast för två av tre datakällor i Sverige och siffrorna kan därför inte jämföras med data för alla klienter.

TABELL A4

## MDMA

Land	Beräknad prevalens				Klienter som inledde behandling under året		
	Den allmänna befolkningen			Skol- ungdomar	MDMA-klienter i % av klienter som inleder behandling		
	Undersökn.år	Någon gång i livet, vuxna (15–64)	Senaste 12 månaderna, yngre vuxna (15–34)	Någon gång i livet, elever (15–16)	Alla klienter	Förstagångs- klienter	Klienter som behandlats tidigare
		%	%	%	% (antal)	% (antal)	% (antal)
Belgien <sup>(1)</sup>	2013	–	0,8	3	0,3 (36)	0,6 (25)	0,1 (11)
Bulgarien	2012	2,0	2,9	5	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
Tjeckien	2015	6,3	3,5	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Danmark	2013	2,3	0,7	1	0,3 (15)	0,5 (11)	0,2 (4)
Tyskland <sup>(2)</sup>	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estland	2008	–	2,3	3	–	–	–
Irland	2015	9,2	4,4	4	0,5 (47)	0,8 (31)	0,3 (15)
Grekland	–	–	–	1	0,2 (7)	0,2 (3)	0,2 (4)
Spanien	2015	3,6	1,3	1	0,3 (133)	0,5 (111)	0,1 (13)
Frankrike	2014	4,2	2,3	2	0,4 (188)	0,5 (76)	0,3 (49)
Kroatien	2015	3,0	1,4	2	0,4 (32)	0,8 (7)	0,3 (23)
Italien	2014	3,1	1,0	3	0,2 (80)	0,2 (40)	0,2 (40)
Cypern	2016	1,1	0,3	3	–	–	–
Lettland	2015	2,4	0,8	3	0,3 (2)	0,3 (1)	0,3 (1)
Litauen	2012	1,3	0,3	2	0,1 (3)	0,3 (1)	0,1 (2)
Luxemburg	–	–	–	–	–	–	–
Ungern <sup>(3)</sup>	2015	4,0	2,1	2	2 (85)	1,8 (54)	1,9 (21)
Malta	2013	0,7	–	2	0,9 (16)	1,7 (4)	0,8 (12)
Nederländerna	2015	8,4	6,6	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Österrike	2015	2,9	1,1	2	0,5 (20)	1,1 (14)	0,3 (6)
Polen	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (14)	0,2 (9)
Portugal	2012	1,3	0,6	2	0,3 (8)	0,4 (7)	0,1 (1)
Rumänien	2013	0,9	0,3	2	0,5 (16)	0,8 (16)	0 (0)
Slovenien	2012	2,1	0,8	2	0,3 (1)	1,1 (1)	0 (0)
Slovakien	2015	3,1	1,2	3	0,1 (3)	0,1 (1)	0,2 (2)
Finland	2014	3,0	2,5	1	0,5 (3)	1,1 (3)	0 (0)
Sverige <sup>(4)</sup>	2013	–	1,0	1	–	–	–
Storbritannien <sup>(2,4)</sup>	2015	9,4	3,1	3	0,4 (490)	0,8 (312)	0,2 (174)
Turkiet	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norge <sup>(4)</sup>	2015	2,3	1,2	1	–	–	–
EU	–	<b>4,2</b>	<b>1,8</b>	–	<b>0,3 (1 295)</b>	<b>0,4 (804)</b>	<b>0,1 (402)</b>
EU, Turkiet och Norge	–	–	–	–	<b>0,3 (1 401)</b>	<b>0,5 (881)</b>	<b>0,2 (431)</b>

Beräknad prevalens för skolpopulationen har hämtats från nationella skolundersökningar eller ESPAD-projektet. Lettland är eventuellt inte jämförbart på grund av osäkerhet kring datainsamlingen.

<sup>(1)</sup> Beräknad prevalens för den allmänna populationen avser endast Flandern.

<sup>(2)</sup> Beräknad prevalens för den allmänna populationen avser endast England och Wales.

<sup>(3)</sup> Åldersintervall för beräknad prevalens i den allmänna populationen: 18–64, 18–34.

<sup>(4)</sup> Åldersintervall för beräknad prevalens i den allmänna populationen: 16–64, 16–34.



TABELL A5

## CANNABIS

	Beräknad prevalens				Klienter som inledde behandling under året		
	Den allmänna befolkningen			Skol- ungdomar	Cannabisklienter i % av klienter som inleder behandling		
	Undersökn.år	Någon gång i livet, vuxna (15–64)	Senaste 12 månaderna, yngre vuxna (15–34)	Någon gång i livet, elever (15–16)	Alla klienter	Förstagångs- klienter	Klienter som behandlats tidigare
Land		%	%	%	% (antal)	% (antal)	% (antal)
Belgien <sup>(1)</sup>	2013	15	10,1	17	31,9 (3 737)	51,6 (2 065)	21,3 (1 582)
Bulgarien	2012	7,5	8,3	27	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
Tjeckien	2015	29,5	18,8	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Danmark	2013	35,6	17,6	12	70,9 (3 338)	79 (1 783)	62,5 (1 430)
Tyskland <sup>(3)</sup>	2015	27,2	13,3	19	39,1 (34 108)	56,9 (15 168)	31,2 (18 940)
Estland	2008	–	13,6	25	3,5 (10)	7,9 (5)	1,2 (2)
Irland	2015	27,9	13,8	19	28,3 (2 681)	45,2 (1 693)	16,8 (918)
Grekland	–	–	–	9	19,4 (789)	34,2 (539)	9,8 (240)
Spanien	2015	31,5	17,1	27	33,7 (16 478)	48,1 (11 386)	16,4 (3 084)
Frankrike	2014	40,9	22,1	31	60,4 (29 621)	74,9 (11 855)	37,6 (6 391)
Kroatien	2015	19,4	16,0	21	12,8 (967)	62 (526)	6,5 (432)
Italien	2014	31,9	19,0	27	19,5 (9 225)	28 (5 810)	12,9 (3 415)
Cypern	2016	12,1	4,3	7	58,8 (469)	75,9 (330)	38 (122)
Lettland	2015	9,8	10,0	17	23,3 (175)	35,5 (139)	10 (36)
Litauen	2012	10,5	5,1	18	3,5 (89)	11,9 (47)	1,6 (33)
Luxemburg	–	–	–	–	23,1 (67)	58,3 (14)	19,9 (43)
Ungern <sup>(3)</sup>	2015	7,4	3,5	13	56,2 (2 420)	62,7 (1 854)	41,4 (458)
Malta	2013	4,3	–	13	8,9 (158)	29,1 (67)	5,9 (91)
Nederländerna	2015	25,6	16,1	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Österrike	2015	23,6	14,1	20	29,2 (1 063)	54,4 (711)	15,1 (352)
Polen	2014	16,2	9,8	24	28 (2 525)	36,3 (1 558)	20,3 (901)
Portugal	2012	9,4	5,1	15	33,9 (934)	50,8 (806)	10,9 (128)
Rumänien	2013	4,6	3,3	8	39,3 (1 272)	54,8 (1 137)	9,5 (98)
Slovenien	2012	15,8	10,3	25	14,2 (45)	38,6 (34)	4,8 (11)
Slovakien	2015	15,8	9,3	26	24,6 (616)	35,7 (430)	13,7 (169)
Finland	2014	21,7	13,5	8	20,7 (136)	35,7 (99)	9,8 (37)
Sverige <sup>(4,5)</sup>	2015	14,7	7,3	7	11,1 (3 924)	16,9 (2 113)	7,9 (1 752)
Storbritannien <sup>(2,4)</sup>	2015	29,4	11,3	19	25,9 (31 129)	46,3 (18 345)	15,8 (12 686)
Turkiet	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norge <sup>(4)</sup>	2015	20,9	8,6	7	27,2 (1 609)	–	–
EU	–	26,3	13,9	–	31,5 (152 431)	46,2 (82 942)	19,9 (55 354)
EU, Turkiet och Norge	–	–	–	–	30,9 (154 693)	45,1 (83 358)	19,6 (55 591)

Beräknad prevalens för skolpopulationen har hämtats från nationella skolundersökningar eller ESPAD-projektet. Lettland är eventuellt inte jämförbart på grund av osäkerhet kring datainsamlingen.

<sup>(1)</sup> Beräknad prevalens för den allmänna populationen avser endast Flandern.

<sup>(2)</sup> Beräknad prevalens för den allmänna populationen avser endast England och Wales.

<sup>(3)</sup> Åldersintervall för beräknad prevalens i den allmänna populationen: 18–64, 18–34.

<sup>(4)</sup> Åldersintervall för beräknad prevalens i den allmänna populationen: 16–64, 16–34.

<sup>(5)</sup> Förstagångsklienter och klienter som behandlats tidigare finns endast för två av tre datakällor i Sverige och siffrorna kan därför inte jämföras med data för alla klienter.

## TABELL A6

## ANDRA INDIKATORER

	Drogrelaterade dödsfall (15–64 år)	Hivdiagnoser som kan hänföras till injicering av narkotika (ECDC)	Beräknat antal personer som injicerar narkotika		Utdelade sprutor inom ramen för särskilda program
Land	fall per miljon invånare (antal)	fall per miljon invånare (antal)	Avser år	fall per 1 000 invånare	antal
Belgien	9 (67)	1,3 (15)	2015	2,3–4,6	1 034 242
Bulgarien	4 (17)	3,6 (26)	–	–	364 111
Tjeckien	6 (39)	0,4 (4)	2015	6,1–6,4	6 421 095
Danmark	58 (210)	1,4 (8)	–	–	–
Tyskland	22 (1 185)	1,7 (134)	–	–	–
Estland	103 (88)	41,9 (55)	2009	4,3–10,8	2 136 691
Irland <sup>(1)</sup>	71 (213)	10,8 (50)	–	–	393 275
Grekland	0 (0)	6,4 (70)	2015	0,6–1,0	268 157
Spanien <sup>(1)</sup>	15 (455)	2,1 (96)	2014	0,2–0,3	1 483 399
Frankrike <sup>(1)</sup>	7 (294)	0,9 (58)	2014	2,1–3,2	12 314 781
Kroatien	19 (54)	0,5 (2)	2012	0,4–0,6	923 650
Italien	8 (304)	1,8 (112)	–	–	–
Cypern	15 (9)	1,2 (1)	2015	0,3–0,7	164
Lettland	14 (18)	44,3 (88)	2012	7,3–11,7	524 949
Litauen	59 (115)	15,1 (44)	–	–	200 630
Luxemburg	31 (12)	24,9 (14)	2009	4,5–6,9	361 392
Ungern	4 (25)	0,2 (2)	2015	1	188 696
Malta	28 (8)	0 (0)	–	–	340 644
Nederländerna	16 (182)	0,1 (1)	2008	0,2–0,2	–
Österrike	26 (152)	2,6 (22)	–	–	5 953 919
Polen	9 (249)	1 (37)	–	–	10 142
Portugal	6 (39)	4,2 (44)	2012	1,9–2,5	1 004 706
Rumänien	2 (21)	7,1 (142)	–	–	1 425 592
Slovenien	22 (30)	0,5 (1)	–	–	500 757
Slovakien	7 (27)	0,6 (3)	–	–	347 162
Finland	43 (150)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	5 301 000
Sverige	100 (618)	1,5 (15)	2008–11	1,3	281 397
Storbritannien <sup>(2)</sup>	60 (2 528)	2,8 (182)	2004–11	2,9–3,2	–
Turkiet	10 (533)	0,2 (13)	–	–	–
Norge	76 (257)	1,5 (8)	2014	2,2–3,0	2 500 192
EU	<b>21,3 (7 109)</b>	<b>2,4 (1 233)</b>	–	–	–
EU, Turkiet och Norge	<b>20,3 (7 899)</b>	<b>2,1 (1 254)</b>	–	–	–

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

<sup>(1)</sup> Utdelade sprutor inom ramen för särskilda program avser 2014.

<sup>(2)</sup> Uppgifter om sprutor för Storbritannien: England: inga uppgifter; Skottland: 4 376 456 och Wales: 3 398 314 (båda 2015), Nordirland: 292 390 (2014).

## TABELL A7

## BESLAG

	Heroin		Kokain		Amfetaminer		MDMA	
	Beslagtagn mängd	Antal beslag	Beslagtagn mängd	Antal beslag	Beslagtagn mängd	Antal beslag	Beslagtagn mängd	Antal beslag
Land	kg	antal	kg	antal	kg	antal	tabletter (kg)	antal
Belgien	121	2 375	17 487	4 330	73	3 260	59 696 (9)	1 739
Bulgarien	265	–	9	–	73	–	17 284 (<0,01)	–
Tjeckien	2	76	120	113	127	1 125	3 110 (0,4)	133
Danmark	29	571	548	3 470	193	2 626	70 244 (10)	1 005
Tyskland	210	3 061	3 114	3 592	1 423	13 680	967 410 (0)	4 015
Estland	<0,01	2	4	60	119	391	41 549 (13)	239
Irland	–	758	–	364	–	63	– (0)	204
Grekland	567	2 957	102	575	3	118	300 (0)	56
Spanien	256	7 755	21 621	38 273	360	4 500	135 110 (0)	2 958
Frankrike	818	4 692	10 869	9 483	486	1 027	1 325 305 (0)	1 592
Kroatien	145	154	12	359	15	597	– (7)	747
Italien	768	2 230	4 035	5 403	26	278	17 573 (11)	406
Cypern	<0,01	8	107	95	1,68	55	173 (1)	50
Lettland	3	142	4	62	36	763	238 (3)	154
Litauen	2	368	533	16	62	205	(1)	11
Luxemburg	8	208	11	190	0,27	13	543 (0)	14
Ungern	12	48	31	153	34	706	56 420 (7)	287
Malta	4	35	21	156	<0,01	2	1 404 (0,01)	46
Nederländerna	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Österrike	70	605	120	1 190	70	1 088	10 148 (3)	512
Polen	4	–	219	–	747	–	120 886 (78)	–
Portugal	97	763	6 029	1 079	2	111	35 484 (2)	180
Rumänien	334	335	71	119	0,4	55	13 852 (0,1)	280
Slovenien	6	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Slovakien	3	63	2	42	5	819	1 460 (0)	40
Finland	0,4	–	9	–	300	–	23 660 (0)	–
Sverige	8	483	114	2 086	546	5 398	95 421 (35)	2 095
Storbritannien	806	8 083	4 228	15 588	491	4 517	812 127 (2)	3 030
Turkiet	8 294	12 271	511	941	4 057	2 336	5 673 901 (0)	5 012
Norge	62	1 178	85	1 332	628	7 304	116 353 (27)	1 241
<b>EU</b>	<b>4 537</b>	<b>36 045</b>	<b>69 421</b>	<b>86 976</b>	<b>5 196</b>	<b>41 397</b>	<b>3 812 305 (212)</b>	<b>19 793</b>
EU, Turkiet och Norge	<b>12 893</b>	<b>49 494</b>	<b>70 017</b>	<b>89 249</b>	<b>9 880</b>	<b>51 037</b>	<b>9 602 559 (185)</b>	<b>26 046</b>

Amfetaminer avser både amfetamin och metamfetamin.

Samtliga uppgifter avser 2015. Uppgifter för Skottland (Storbritannien) saknas.

TABELL A7

## BESLAG (fortsättning)

	Hasch		Marijuana		Cannabisplantor	
	Beslagtagn mängd	Antal beslag	Beslagtagn mängd	Antal beslag	Beslagtagn mängd	Antal beslag
Land	kg	antal	kg	antal	plantor (kg)	antal
Belgien	7 045	5 569	764	26 401	– (–)	–
Bulgarien	13	–	1 176	–	9 811 (37 775)	–
Tjeckien	8	105	655	3 672	30 770 (0)	361
Danmark	3 619	14 680	616	1 214	14 560 (464)	545
Tyskland	1 599	6 059	3 852	32 353	154 621 (0)	2 167
Estland	812	21	60	597	0 (12)	44
Irland	–	192	–	1 049	– (–)	182
Grekland	330	542	2 474	5 499	59 242 (0)	735
Spanien	380 361	164 760	15 915	156 984	379 846 (0)	2 029
Frankrike	60 790	65 503	16 835	32 446	153 895 (0)	–
Kroatien	12	764	409	4 546	5 687 (0)	270
Italien	67 825	7 684	9 286	5 838	138 013 (0)	1 566
Cypern	3	21	226	777	2 814 (0)	58
Lettland	1 272	63	71	712	– (20)	17
Litauen	591	32	143	456	– (–)	–
Luxemburg	1	130	20	1 040	81 (0)	10
Ungern	18	141	590	1 945	4 659 (0)	127
Malta	70	132	4	106	28 (0)	8
Nederländerna	–	–	–	–	9 940 000 (0)	–
Österrike	287	2 038	851	11 426	– (687)	379
Polen	843	–	1 830	–	103 339 (0)	–
Portugal	2 412	4 180	224	582	6 102 (0)	298
Rumänien	5	178	180	1 987	– (293)	90
Slovenien	3	109	458	3 103	14 006 (0)	167
Slovakien	27	33	70	1 204	2 085 (0)	35
Finland	63	–	208	–	23 000 (125)	–
Sverige	1 065	8 897	1 054	9 619	– (–)	–
Storbritannien	7 219	5 959	30 680	100 811	399 230 (0)	9 735
Turkiet	7 855	3 750	45 816	29 652	0 (0)	2 471
Norge	2 015	11 394	255	4 411	0 (69)	339
<b>EU</b>	<b>536 293</b>	<b>287 792</b>	<b>88 649</b>	<b>404 362</b>	<b>11 441 789 (39 376)</b>	<b>18 823</b>
<b>EU, Turkiet och Norge</b>	<b>546 163</b>	<b>302 936</b>	<b>134 719</b>	<b>438 425</b>	<b>11 441 789 (39 445)</b>	<b>21 633</b>

Samtliga uppgifter avser 2015. Uppgifter för Skottland (Storbritannien) saknas.





## HUR HITTAR MAN EU:S PUBLIKATIONER?

### Gratispublikationer

Ett enskilt exemplar  
genom EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Flera exemplar/affischer/kartor  
hos Europeiska unionens representationer  
([http://ec.europa.eu/represent\\_sv.htm](http://ec.europa.eu/represent_sv.htm)),  
hos delegationer i länder utanför EU ([http://eeas.europa.eu/delegations/index\\_sv.htm](http://eeas.europa.eu/delegations/index_sv.htm)),  
genom att kontakta nätverket Europe Direct  
([http://europa.eu/eurodirect/index\\_sv.htm](http://europa.eu/eurodirect/index_sv.htm)) eller  
ringa 00 800 6 7 8 9 10 11 (gratis inom hela EU) (\*).

(\*) Varken informationen eller samtalen kostar i regel något  
(men vissa operatörer, telefonkiosker och hotell kan ta betalt  
för samtalen).

### Avgiftsbelagda publikationer

Genom EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).



## Om rapporten

Rapporten *Trender och utveckling* ger en översikt över narkotikasituationen i Europa och behandlar såväl försäljning och lagning och användning av narkotika som folkhälsoproblem, narkotikapolitik och åtgärder för att bekämpa narkotika. Tillsammans med den webbaserade [Statistical Bulletin](#) och 30 [nationella narkotikarapporter](#) utgör den [Europeiska narkotikarapporten 2017](#).

## 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 – massmedia och allmänheten. EMCDDA är baserat i Lissabon och är ett av EU:s decentraliserade organ.

