



Europeisk overvåkingscenter for  
narkotika og narkotikamisbruk

NO

ISSN 2314-923X

# Europeisk narkotika- rapport

Trender og utviklinger

2015





Europeisk overvåkingscenter for  
narkotika og narkotikamisbruk

# Europeisk narkotika- rapport

Trender og utviklinger

2015

## Juridisk meddelelse

Denne publikasjonen fra Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA) er opphavsrettslig beskyttet. EMCDDA påtar seg intet juridisk eller erstatningsrettslig ansvar for følger av bruken av opplysningene i dette dokumentet. Innholdet i denne publikasjonen representerer ikke nødvendigvis de offisielle holdningene til EMCDDAs partnere, medlemsstatene i EU eller andre institusjoner eller organer i Den europeiske union eller De europeiske fellesskap.

Europe Direct er en tjeneste som hjelper deg å finne svar på dine spørsmål om Den europeiske union

**Grønt nummer (\*): 00 800 6 7 8 9 10 11**

(\*) Enkelte mobiloperatører har sperret for grønne numre eller fakturerer for samtaler til slike numre.

Store mengder tilleggsinformasjon om Den europeiske union er tilgjengelig på internett via Europa-serveren (<http://europa.eu>).

Rapporten foreligger på bulgarsk, spansk, tsjekkisk, dansk, tysk, estisk, gresk, engelsk, fransk, kroatisk, italiensk, latvisk, litauisk, ungarsk, nederlandsk, polsk, portugisisk, rumensk, slovakisk, slovensk, finsk, svensk og norsk. Alle oversettelser er utført av Oversettelsessenteret for Den europeiske unions organer.

Luxembourg: Den europeiske unions publikasjonskontor, 2015

ISBN 978-92-9168-814-2

doi:10.2810/640655

© Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, 2015

Gjengivelse er tillatt med kildeangivelse.

*Printed in Spain*

TRYKT PÅ KLORFRITT BLEKET PAPIR (ECF)



Europeisk overvåkingscenter for  
narkotika og narkotikamisbruk

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, 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)

## | Innhold

- 5 Forord
- 9 Innledende note og bidragsytene
- 11 | SAMMENDRAG  
**Dynamikken i det europeiske narkotikamarkedet: global påvirkning og lokale forskjeller**
- 19 | KAPITTEL 1  
**Forsyning og marked**
- 39 | KAPITTEL 2  
**Narkotikabruk og narkotikarelaterte problemer**
- 61 | KAPITTEL 3  
**Helsemessige og sosiale tiltak mot narkotikaproblemer**
- 75 | VEDLEGG  
Tabeller med nasjonale data



## | Forord

Det er med stolthet vi presenterer den 20. årlige analysen av narkotikasituasjonen i Europa i form av Europeisk narkotikarapport 2015.

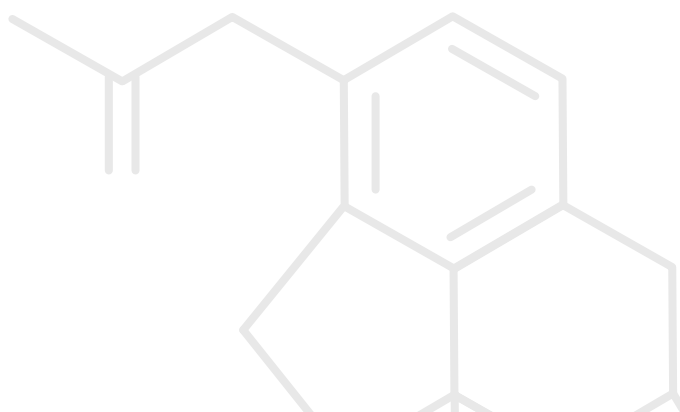
Årets rapport inneholder en omfattende oversikt over narkotikasituasjonen i Europa og tiltakene som iverksettes for å håndtere problemene. Rapporten om trender og utviklinger står i sentrum for produktpakken årsrapporten inngår i. Den bygger på europeiske og nasjonale data, gir en overordnet innføring i nøkkeltrender, tiltak og politikk, i tillegg til inngående analyser av aktuelle temaer. Pakken omfatter helt nye analyser av psykososiale tiltak, sprøyterom/brukerrom, misbruk av benzodiazepiner og smuglerruter for heroin.

Den integrerte, multimediale informasjonspakken som utgjør dagens rapport, står imidlertid i sterk kontrast til den åtte sider lange rapporten om narkotikasituasjonen som EMCDDA ga ut i 1996. For 20 år siden må utfordringen med å etablere harmoniserte overvåkingssystemer i de 15 EU-medlemsstatene ha fremstått som en overveldende oppgave for EMCDDA. Det er derfor imponerende at overvåkingsmekanismene som ble etablert i 1995, nå har utviklet seg til et europeisk system som omfatter 30 land, og som er globalt anerkjent.

Samtidig som vi mener at EMCDDA har ytt et verdifullt bidrag til fremgangen som er oppnådd, erkjenner vi at arbeidet vårt avhenger av et nært samarbeid med våre partnere. De investeringene medlemsstatene har gjort for å utvikle robuste nasjonale narkotikainformasjonssystemer, danner det viktigste grunnlaget for den europeiske analysen som presenteres her.

Denne rapporten bygger på data innsamlet av de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettet, i tett samarbeid med nasjonale eksperter. Vårt løpende samarbeid med våre europeiske partnere – Europakommisjonen, Europol, Det europeiske legemiddelkontor (EMA) og Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC) – har også vært nyttig for analysen. Vi ønsker også å takke alle de europeiske forskningsgruppene og -initiativene som har bidratt til å berike rapporten.

Det er ikke bare rapporten vår som har endret seg til det ugjenkjennelige i løpet av de siste 20 årene. Det samme gjelder det europeiske narkotikaproblemets omfang og natur. Da EMCDDA ble etablert, opplevde Europa en heroin-epidemi, og behovet for å redusere HIV-smitte og AIDS-relaterte dødsfall var de viktigste drivkreftene bak narkotikapolitikken. Både heroinbruk og HIV-problemer er fortsatt sentrale temaer i våre rapporter — men dagens situasjon er preget av større fremtidsoptimisme og bedre informasjon om hvilke folkehelseiltak som virker. Problemet er imidlertid mye mer sammensatt nå, for mange av stoffene som omtales i denne rapporten, var praktisk talt ukjent i Europa da EMCDDA ble etablert.



Dagens europeiske narkotikamarkeder er i rask endring. Det skjønner vi av det faktum at det i 2014 ble oppdaget over 100 nye psykoaktive stoffer og gjennomført risikovurderinger for seks nye narkotiske stoffer — begge rekordhøye tall. For å holde tritt med disse endringene og sikre at våre analyser er basert på informasjon om den siste utviklingen, fortsetter EMCDDA sitt tette samarbeid med forskere og praktikere. Som overvåkingscenter har vi alltid sett viktigheten av å levere pålitelig og politisk relevant informasjon til rett tid. Vi er fortsatt oppsatt på å nå dette målet og sikre at uansett hvilket narkotikaproblem vi står overfor, skal Europas motsvar være understøttet av et informasjonssystem som er levedyktig, relevant og egnet for formålet.

**João Goulão**

Styreleder, EMCDDA

**Wolfgang Götz**

Direktør, EMCDDA







## | Innledende note og bidragsytere

Denne rapporten er basert på informasjon EMCDDA har mottatt i form av nasjonale rapporter fra EUs medlemsstater, søkerlandet Tyrkia, samt Norge.

Formålet med rapporten er å gi en oversikt over og en oppsummering av den europeiske narkotikasituasjonen og tiltak for å møte den. De statistiske dataene som presenteres her, gjelder for 2013 (eventuelt siste år med tilgjengelige data). Analyser av trender er bare basert på land som har lagt frem tilstrekkelig tallmateriale til å beskrive endringer i den aktuelle perioden. Du som leser bør også være klar over at det å kartlegge mønstre og trender for noe så skjult og stigmatisert som narkotikabruk innebærer både praktiske og metodologiske utfordringer. Derfor bruker vi flere datakilder som grunnlag for analysene i rapporten. Selv om vi har registrert betydelige forbedringer både nasjonalt og når det gjelder hva som er mulig å oppnå i en europeisk analyse, må vi likevel erkjenne de metodologiske utfordringene på området. Dataene må derfor tolkes med varsomhet, særlig når man sammenligner enkelttiltak landene imellom. Forbehold og begrensninger for dataene er beskrevet i nettsversjonen av rapporten og i statistiske opplysninger, som inneholder detaljerte opplysninger om metoder, forbehold for analyser og kommentarer om begrensningene ved den tilgjengelige informasjonen. Her finnes også informasjon om metodene og dataene som danner grunnlaget for estimater på europeisk plan, hvor dataene kan interpoleres.

For deres bidrag til denne rapporten ønsker EMCDDA å takke:

- | lederne for de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettet og deres medarbeidere,
- | organisasjonene og ekspertene i den enkelte medlemsstat som har samlet inn rådata til rapporten,
- | medlemmene av EMCDDAs styre og vitenskapelige komité,
- | Europaparlamentet, Rådet for Den europeiske union — særlig Den horisontale narkotikaarbeidsgruppen — og Europakommisjonen,
- | Europeisk senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC), Det europeiske legemiddelkontor (EMA) og Europol,
- | Europarådets Pompidou-gruppe, FNs Kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC), Verdens helseorganisasjons regionkontor for Europa, Interpol, Verdens tollorganisasjon (WCO), Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD), Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE) og Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN),
- | Oversettelsessenteret for Den europeiske unions organer, Missing Element Designers, Nigel Hawtin og Composiciones Rali.

### Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet

Reitox er det europeiske informasjonsnettet for narkotika og narkotikamisbruk. Nettet består av de nasjonale kontaktpunktene i medlemsstatene i EU, søkerlandet Tyrkia, Norge og ved Europakommisjonen. Kontaktpunktene er utnevnt av sine respektive regjeringer som nasjonal myndighet med ansvar for å levere narkotikainformasjon til EMCDDA. Kontaktinformasjon for de nasjonale kontaktpunktene er lagt ut på EMCDDAs nettsted.

# Sammen drag

**Årets analyse viser hvor viktige  
globale faktorer er for forsyningen  
av narkotika og for politiske diskusjoner**

# Dynamikken i det europeiske narkotikamarkedet: global påvirkning og lokale forskjeller

Hovedfunnene i EMCDDAs nyeste analyse av narkotikafenomenet i Europa tyder på en situasjon der langsiktige mønstre og trender fortsetter, men der også nye bruksmønstre vokser frem og nye tiltak utvikles. Årets analyse viser hvor viktige globale faktorer er for forsyningen av narkotika og for den politiske debatten, mens både lokale bruksmønstre og tiltak mot problemene er sentrale for nye trender. Grensen mellom "gamle" og nye stoffer på markedet er blitt vanskeligere å trekke, og på samme måte som nye stoffer i økende grad etterligner effekten av etablerte typer stoffer, kan tiltak mot nye stoffer også gjenspeile kunnskapsbaserte tiltak mot problemer med etablerte stoffer.

## | Fokus på cannabis

Mens initiativer i Nord- og Sør-Amerika for regulert salg av cannabis og cannabisprodukter skaper internasjonal interesse og debatt, dreier debatten om cannabis i Europa seg i stor grad om de potensielle helsekostnadene forbundet med stoffet. Nye data viser hvilken sentral rolle cannabis spiller i narkotikakriminalitet, der stoffet utgjør 80 % av alle beslag, og bruk eller besittelse av cannabis til eget bruk utgjorde mer enn 60 % av alle rapporterte narkotikalovbrudd i Europa (se figur). I tillegg rettes stadig mer av kontrollsidens innsats mot produksjon og smugling av cannabis fordi stoffet i økende grad er knyttet til organisert kriminalitet. Det er imidlertid store forskjeller mellom landene når det gjelder straffeutmåling for lovbrudd knyttet til forsyning av cannabis, og nasjonale eksperter opplyser at straffen for omsetning av et kilo cannabis ved første gangs overtredelse kan variere fra mindre enn ett år til ti års fengsel.

Nye data viser også at cannabis tar stadig større plass i behandlingsapparatet i Europa, med en økning i antall søknader om behandling for cannabisrelaterte problemer. Denne økningen må forstås i sammenheng med behandlingstilbudet og henvisningspraksis. I enkelte land utgjør direkte henvisninger fra strafferettssystemet en stor andel av alle som inntas til behandling. Dataene påvirkes også av ulike nasjonale definisjoner og praksis når det gjelder hva som anses som behandling for cannabisrelaterte lidelser, som kan variere fra korte intervensjoner på nett til innleggelse i døgninstitusjon. Tilgjengeligheten av et behandlingstilbud til cannabisbrukere synes også å være i endring,

sannsynligvis som følge av både større bevissthet om behovet for tjenester og i noen land at behandlingsskapiteten har økt på grunn av en nedgang i etterspørselen etter behandling for andre typer narkotikabruk. Uavhengig av behandlingstype støtter forskningen psykososiale intervensjoner for cannabisrelaterte problemer — slike tilnæringer utforskes i en analyse som ledsager denne rapporten. I tillegg viser studier utført på legevakter/akuttmottak at det er en økning i forekomsten av akutte helseproblemer forbundet med svært sterke cannabisprodukter. Med tanke på at svært sterke cannabisprodukter har blitt lettere tilgjengelig, er det nå et klart behov for bedre overvåking av akutte problemer forbundet med bruken av dette stoffet.

### Fører konkurranse i markedet til sterkere produkter?

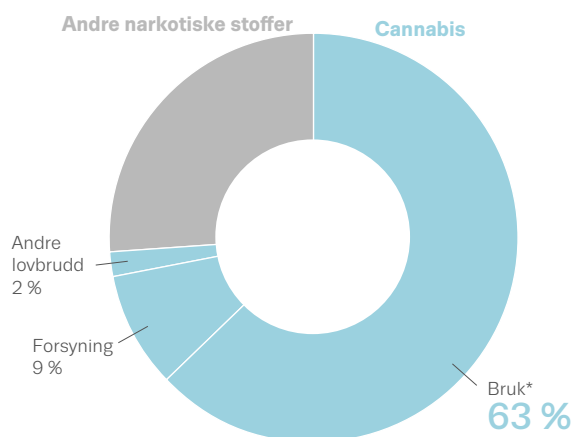
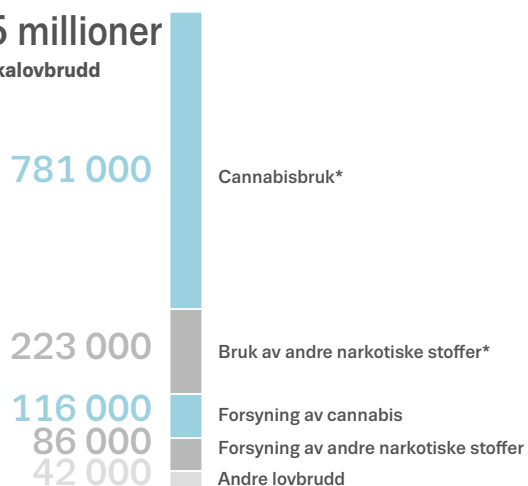
Resultatet av årets datainnsamling tyder på at renhet og styrke øker på mellomlang eller kort sikt for alle de mest brukte stoffene i Europa. Årsakene til dette er sannsynligvis sammensatte, men omfatter både teknisk utvikling og konkurranse i markedet. Når det gjelder cannabis, har svært sterke marihuanaprodukter tatt en økt markedsandel de senere år der den produseres lokalt, og dataene tyder nå på at importert hasj har fått økt styrkegrad, noe som sannsynligvis skyldes endringer i produksjonsmetoder. Innovasjon i markedet og økt renhet er også dokumentert når det gjelder MDMA. Etter en periode der tabletter solgt som "ecstasy" blant brukerne hadde rykte på seg for

å være urene og av dårlig kvalitet, noe som også ble understøttet av rettsmedisinske beviser, er renere MDMA i pulver- og tablettform nå lettere tilgjengelig. Framstillingen av svært ren MDMA i pulver- og krystallisert form synes å være en bevisst strategi for å skille ut denne formen for MDMA og gjøre den mer ettertraktet blant brukerne. På samme måte dukker det opp høydosetabletter med særpregede former og logoer, antakelig også i markedsføringsøyemed. I løpet av det siste året har EMCDDA og Europol sendt ut varsel om helserisikoene ved bruk av MDMA-produkter med svært høy renhetsgrad. Det er også sendt ut varsler om tabletter som selges som ecstasy, men som inneholder PMMA, noen ganger i kombinasjon med MDMA. I et folkehelseperspektiv gir de farmakologiske egenskapene til PMMA-særlig grunn til bekymring.

For MDMA og syntetiske stoffer generelt er kvaliteten på og forsyningen av produktene i stor grad avhengig av tilgjengeligheten av kjemiske utgangsstoffer, prekursorer. Det foregår også en del innovasjon på området, særlig når det gjelder produksjonsmetoder. Dette gjenspeiles i den kjemiske syntesen og i kapasiteten ved noen av produksjonsanleggene som er blitt oppdaget nylig. Det har også vært antydning at tilgjengeligheten av nye psykoaktive stoffer kan spille en rolle i enkelte land. For eksempel har det blitt rapportert at syntetiske cannabinoider og katinoner av høy kvalitet er i direkte konkurranse med relativt dyrere etablerte stoffer av lav kvalitet.

## DE FLESTE NARKOTIKALOVBRUDDENE GJELDER CANNABIS

1,25 millioner  
narkotikalovbrudd



\* "Bruk" inkluderer bruk og besittelse til eget bruk.

## Endringer i det europeiske heroinmarkedet

Problemer knyttet til heroin står fortsatt for en stor del av de narkotikarelaterte helse- og sosialkostnadene i Europa, selv om nyere trender på området har vært relativt positive. Nyere data viser fortsatt nedgang i behandlingsetterspørsel og heroinrelaterte helseskader, men en rekke markedsindikatorer gir grunn til bekymring. Estimer fra FN tyder på en betydelig økning i opiumproduksjonen i Afghanistan, som produserer det meste av heroinen som brukes i Europa. Det er derfor mulig at dette vil skape økt tilgjengelighet, og det gir bekymring at estimatene for renheten på heroinen som er tilgjengelig i Europa, er på vei opp. Nyere tall viser at antall overdosedødsfall også har økt i enkelte land der økt renhet er observert. Det er uklart om det er en sammenheng mellom disse økningene, men problemstillingen må undersøkes nærmere.

Narkotikamarkedet er per definisjon et hemmelig marked, så enhver analyse av markedsdynamikken må gjøres med varsomhet. Det er uansett ting som tyder på at forsyningen av heroin på markedene i Europa skjer på nye måter, og det er mulighet for at heroinmarkedet kan ta seg opp igjen.

Blant disse tingene er for eksempel funn av heroinlaboratorier i Europa — som ikke tidligere er sett — samt tegn på tilpasning av smuglerruter og måten kriminelle grupper opererer på. Transporten av heroin fra Pakistan og Afghanistan til Europa gjennom Afrika gir fortsatt grunn til bekymring. Beslagdata tyder på at Tyrkia spiller en viktig rolle som geografisk inngangsport for narkotika til og fra EU, og antallet heroinbeslag i Tyrkia har delvis tatt seg opp igjen etter det lave nivået som ble rapportert i 2011. Disse problemstillingene utforskes nærmere i en analyse av heroinomsetningen som ledsager denne rapporten.

## Eldre klienter skaper nye utfordringer for behandlingsapparatet

Enhver potensiell økning i tilgjengeligheten av heroin må ses i lys av den generelle nedgangen i etterspørselen etter stoffet, som for en stor del er drevet av både en nedgang i rekrutteringen til heroinbruk og at mange av dem med heroinproblemer er inntatt i behandlingsapparatet. I tillegg til den behandlingmessige effekten av tilbudet er det sannsynlig at den generelt høye behandlingsdekningen i Europa, som er anslått til 50 % av tilfellene eller mer, gjør EU til et potensielt mindre attraktivt marked for dem som står for forsyningen av stoffet. Heroinavhengighet er en kronisk tilstand, og analysen som presenteres i denne rapporten, viser at tidligere spådommer om at tjenestene ville måtte tilpasse seg en aldrende kohort, nok slår til. Det er derfor en stadig større utfordring for behandlingsapparatet å tilby denne gruppen

hensiktsmessige helse- og sosialtjenester. Tiltakene kompliseres av at denne gruppen også opplever problemer knyttet til langvarig bruk av andre rusmidler, herunder tobakk og alkohol. Noe som er mindre veldokumentert, men som utforskes i en ny analyse som ledsager denne rapporten, er misbruk av benzodiazepiner blant høyrisikobrukere av narkotika. Misbruk av benzodiazepiner i kombinasjon med opioider er assosiert med økt overdoserisiko. Å utarbeide effektive tiltak for å redusere antallet overdosedødsfall er fortsatt en viktig politisk utfordring i Europa. Utviklingen på dette feltet omfatter bruk av målrettede strategier, utdeling av nalokson og forebyggende tiltak rettet mot høyrisikogrupper. Enkelte land har lenge hatt en praksis med å tilby "brukerrom med tilsyn", med det formål å komme i kontakt med narkotikabrukere som er vanskelige å nå, og å redusere narkotikarelaterte helseskader og overdosedødsfall. En gjennomgang av tjenestene som tilbys i slike fasiliteter, ledsager denne rapporten.

Historisk sett har en av hoveddrivkreftene bak narkotikapolitikken og tiltakene mot heroinbruk, særlig sprøytebruk, vært behovet for å redusere risiko for spredning av HIV. Nylige utbrudd og situasjonen i enkelte europeiske land understreker behovet for fortsatt årvåkenhet og for å sikre at tjenestetilbudet er tilstrekkelig. Det langsiktige bildet viser uansett en klar forbedring generelt og illustrerer hvilken betydning hensiktsmessige tjenester kan ha. Budskapet er relevant for tiltak rettet mot den relativt høye forekomsten av hepatitt C blant sprøytebrukere. Nye og effektive behandlingsformer er i ferd med å bli tilgjengelige, men behandlingkostnadene er høye. EMCDDA har imidlertid merket seg at enkelte land, med støtte fra EU, har iverksatt tiltak for å bedre situasjonen.



## Kombinasjon av seksuell- og narkotikarelatert risikoferd: grunn til økt bekymring

Situasjonsanalyser som presenteres her, fokuserer ofte på sammenligninger av forskjellene mellom land. Det er imidlertid viktig å huske at en del atferd rundt narkotikabruk er knyttet til sosiokulturelle faktorer som ikke nødvendigvis er spesifikke for det enkelte land. Et eksempel på dette kan observeres i enkelte store europeiske byer, der økt injeksjonsbruk av sentralstimulerende midler blant små grupper av menn som har sex med menn, gir grunn til bekymring. Brukeratferd som omfatter injisering av metamfetamin, katinoner og andre stoffer i forbindelse med såkalte "chem-sex"-fester, har implikasjoner for både HIV-smitte og seksualhelsetjenestene og viser at det er behov for felles tiltak på området. Fenomenet står i kontrast til den generelle trenden i Europa når det gjelder sprøytebruk, som er på vei ned i de fleste populasjoner, og understreker behovet for økt fokus på koplingen mellom narkotika og seksuell risikoferd.

## Internett og apper: fremvoksende virtuelle narkotikamarkeder

I tråd med utviklingen generelt ser vi en økende tendens til at både rusmiddel- og seksualhelsetjenestene bruker internett og apper for å nå ut med sine tjenester. Formidling av informasjon om narkotika, forebyggende programmer og oppsøkende tiltak er i varierende grad i ferd med å flytte seg fra fysiske lokaler til virtuelle miljøer. På samme måte har mange narkotikabehandlingstiltak nå etablert seg på nett for å kunne nå ut til både nye og eksisterende målgrupper.

Det er også økt bevissthet om hvilken rolle internett spiller i forsyningen og markedsføringen av narkotika. Både nye psykoaktive stoffer og etablerte narkotiske stoffer selges på både den synlige og usynlige delen av nettet, selv om omfanget av dette er ukjent. Med tanke på at de fleste andre typer handel flytter seg fra fysiske til nettbaserte markeds plasser, kan nettbaserte narkotikamarkeder komme til å bli en viktig arena for våre overvåkingsaktiviteter i tiden som kommer. Det kommer trolig også til å bli en utfordring for narkotikapolitikken ettersom ting kan skje svært raskt, for eksempel at nye markeds plasser og nye typer kryptovaluta blir lansert. Dagens modeller for regulering vil måtte endres for å ha gjennomslagskraft i en global og virtuell kontekst.

## Forekomsten av nye psykoaktive stoffer: behov for økt innsikt

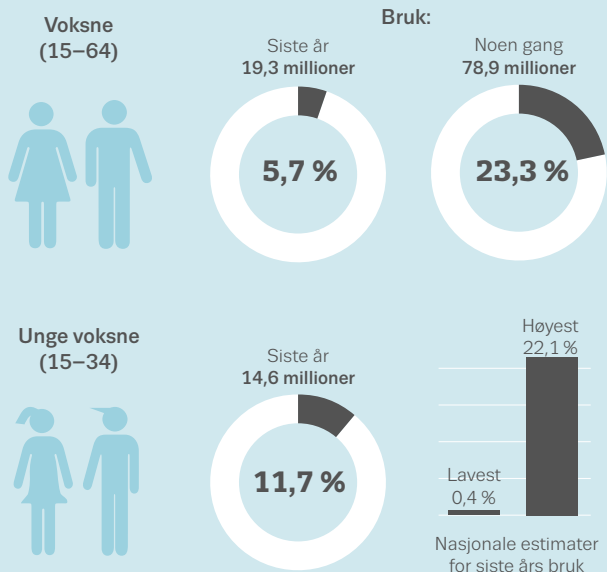
Internett har også vært en viktig drivkraft bak utviklingen av markedet for nye psykoaktive stoffer, både direkte gjennom nettbaserte butikker og indirekte ved å gi produsenter tilgang til forskningsdata og farmakologiske data og ved å gi potensielle brukere et forum for utveksling av informasjon. Både allmennhetens og myndighetenes bekymring for bruken av nye psykoaktive stoffer har økt kraftig i løpet av kort tid. Imidlertid har vår forståelse av omfanget av bruken og skadene bruken medfører, ikke holdt tritt med utviklingen. Dette er i ferd med å endre seg, og flere land gjør forsøk på å anslå forekomsten av bruken av disse stoffene. Av metodologiske årsaker er det vanskelig å gjøre anslag på dette området, og det har så langt vært vanskelig å sammenligne nasjonale estimater. Det foreligger imidlertid noen sammenlignbare data. Selv om den nyeste Flash Eurobarometer-undersøkelsen om ungdom og narkotika har metodologiske begrensninger som verktøy for å anslå utbredelse, gir det oss data fra alle EU-medlemsstatene ved hjelp av et standardisert spørreskjema. Resultatene av undersøkelsen tyder på at livstidsbruk av nye psykoaktive stoffer fortsatt ligger på et lavt nivå blant unge i de fleste land.

Andre studier som nå blir tilgjengelige, gir et innblikk i bruken av visse typer nye psykoaktive stoffer. Selv om disse studiene ikke kan anses som representative, viser de at bruken av nye psykoaktive stoffer forekommer i svært ulike grupper, som skoleelever, festgjengere, psykonauter, innsatte og sprøytebrukere. Vi får stadig mer kunnskap om beveggrunnene for bruk. Også bruksmotivene varierer, fra juridisk status, tilgjengelighet og pris, til ønsket om å unngå å bli oppdaget og brukerens preferanse for visse farmakologiske egenskaper. Det er også ting som tyder på at nye psykoaktive stoffer har fungert som erstatningsstoffer i perioder der tilgjengeligheten av og kvaliteten på etablerte ulovlige stoffer er lav. For eksempel kan populariteten til mefedron i enkelte land på begynnelsen av tiåret tilskrives den lave kvaliteten på ulovlige sentralstimulerende midler som MDMA og kokain. Det blir interessant å se om økningen vi nå ser i styrken og renheten til etablerte stoffer, vil ha innvirkning på bruken av nye psykoaktive stoffer.

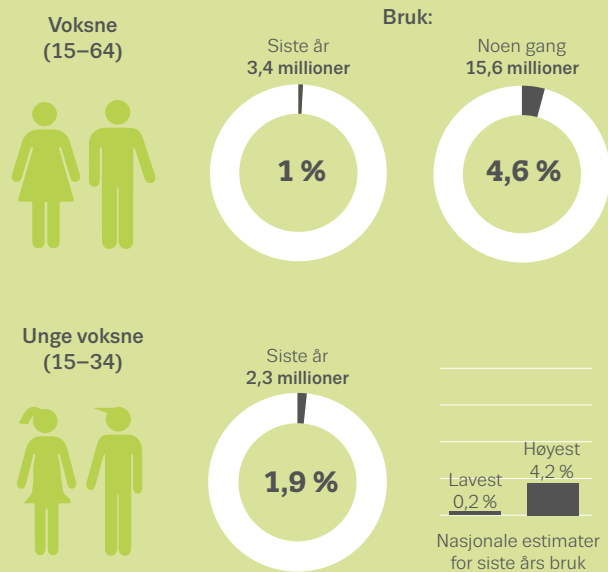


## ANSLAG OVER NARKOTIKABRUK I DEN EUROPEISKE UNION — NØKKELTALL

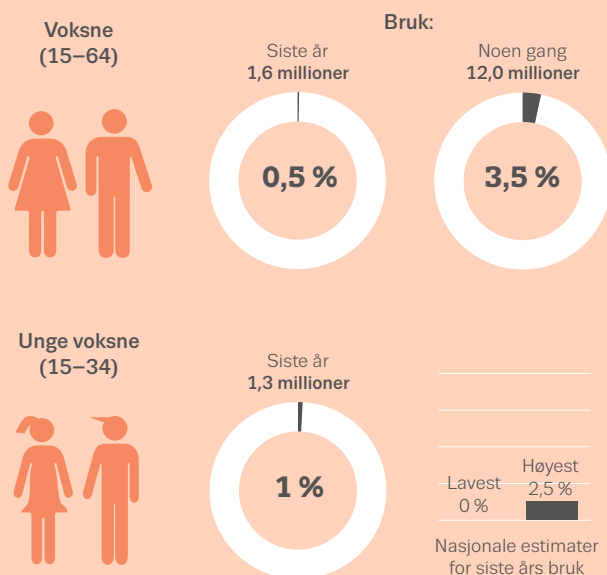
### Cannabis



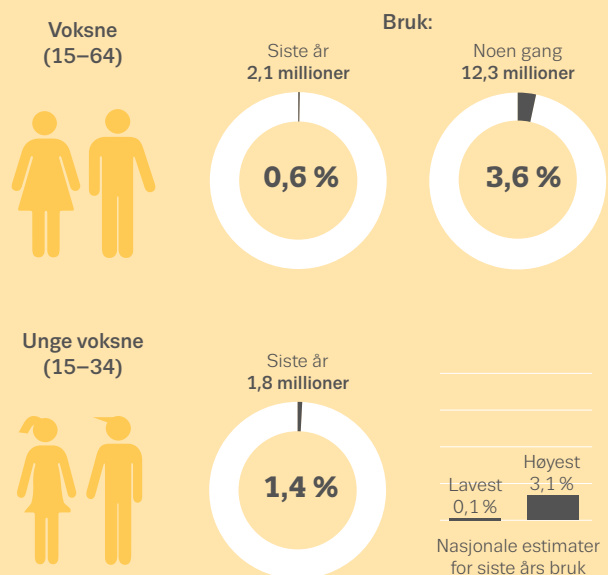
### Kokain



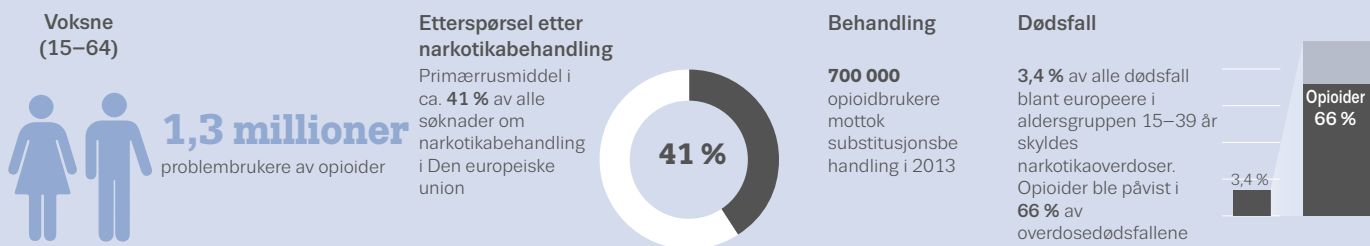
### Amfetaminer



### Ecstasy



### Opioider



NB: For fullstendige datasett og informasjon om metodene som er benyttet, se statistiske opplysninger på nett.

## Antallet nye psykoaktive stoffer på narkotikamarkedet fortsetter å øke

Mens bruken av nye psykoaktive stoffer generelt ser ut til å være begrenset, har fremveksten av nye stoffer ikke avtatt. Rapporter til EUs system for tidlig varsling tyder på at både utvalget og mengden nye psykoaktive stoffer på det europeiske markedet bare fortsetter å øke. I 2014 ble 101 nye psykoaktive stoffer påvist for første gang, og det er interessant å se hvordan nye stoffer som kommer inn på markedet, hovedsakelig syntetiske cannabinoider, sentralstimulerende midler, hallusinogener og opioider, etterligner effekten av etablerte stoffer. Også i denne rapporten presenterer EMCDDA nye data over beslag av disse stoffene. Her er det viktig å gjøre det klart at datainnsamlingsmetoden ikke er den samme som den som brukes for vanlig overvåking av narkotikabeslag, og de to datasettene er ikke direkte sammenlignbare.

Hele seks risikovurderinger, flere enn noen gang, ble gjennomført i 2014. Dette er en påminnelse om hvor viktig det er å holde fokus på de mest skadelige stoffene. Arbeidet fikk drahjelp av at informasjon om både akuttinnleggelse og toksikologi er blitt lettere tilgjengelig. På tross av forbedringer i kartleggingen av akutte narkotikarelaterte helseskader gjør den begrensede kapasiteten på området at vi fortsatt mangler kunnskap om folkehelsekonsekvensene, ikke bare knyttet til bruken av nye psykoaktive stoffer, men også mer generelt til dagens mønstre for narkotikabruk.

Helsemessige og sosiale tiltak mot utfordringene nye stoffer representerer, har kommet stykkevis og tatt lang tid, men er nå i ferd med å ta seg opp. Arbeidet omfatter en rekke ulike tiltak som gjenspeiler hele bredden av tiltak mot etablerte ulovlige stoffer, fra opplysningstiltak og opplæringsaktiviteter, til brukerstyrte tiltak for å beskytte brukere på nett, og sprøytebytteprogrammer med utgangspunkt i lavterskeltjenester.



# 1

**Europa er et viktig marked for narkotika,  
godt hjulpet av både innenlands produksjon  
og narkotika som smugles inn fra andre regioner**

# Forsyning og marked

I den globale sammenheng er Europa et viktig marked for narkotika, som følge av både innenlands produksjon og narkotika som smugles inn fra andre regioner. Latin-Amerika, Vest-Asia og Nord-Afrika er viktige opprinnelsesområder for stoffer som kommer til Europa, og noen stoffer og prekursorer transporteres via Europa på vei til andre kontinenter. I Europa produseres også cannabis og syntetiske stoffer, der cannabis for det meste produseres for lokal bruk, mens enkelte syntetiske stoffer produseres for eksport til andre deler av verden.

## Overvåking av narkotikamarkeder, forsyning og lover

Analysen som presenteres i dette kapittelet, bygger på innrapporterte data for narkotikabeslag, destruerte anlegg for produksjon av narkotika, narkotikalovbrudd, detaljpriser på narkotika samt renhet og styrkegrad. På enkelte områder gjør mangelen på beslagsdata fra enkelte land det vanskelig å analysere trender. Fullstendige datasett og metodeopplysninger finnes i statistiske opplysninger på nett. Det bør bemerkes at trender kan være påvirket av en rekke faktorer, som blant annet innsatsnivået hos politi og tollvesen og effektiviteten av forbudstiltak.

Her presenteres også beslagsdata for nye psykoaktive stoffer som er innrapportert til EUs system for tidlig varsling av EMCDDA og Europols nasjonale samarbeidspartnere. Ettersom denne informasjonen er hentet fra beslagsrapporter og ikke rutinemessig overvåking, representerer beslagsestimatene et minimum. Dataene vil være påvirket av faktorer som økt bevissthet om disse stoffene, deres endrede rettslige status og rapporteringspraksis hos rettshåndhevsorganene. For en full beskrivelse av systemet for tidlig varsling, se EMCDDAs nettsted, under Action on new drugs.

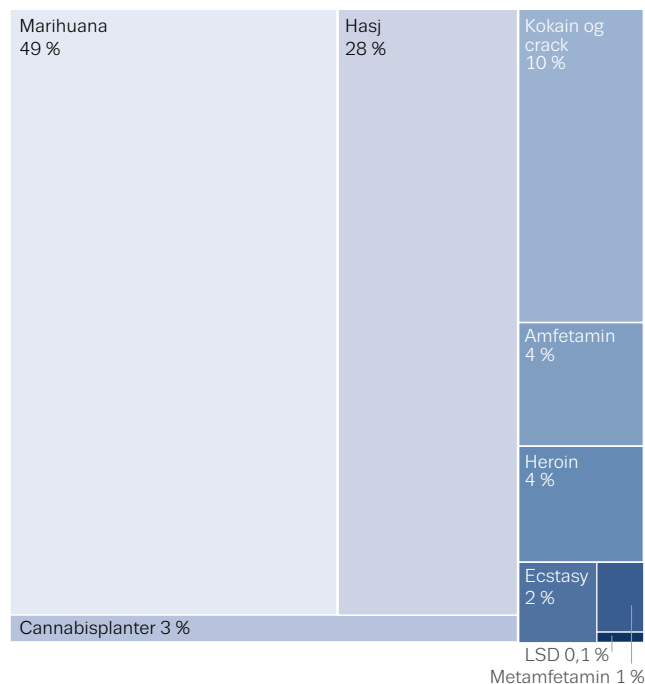
Omfattende data om europeisk narkotikalovgivning er tilgjengelig på nett på European Legal Database on Drugs. Gjennomføringen av disse lovene overvåkes gjennom rapporter om narkotikalovbrudd.

FIGUR 1.1

Mange europeiske land har hatt relativt store markeder for cannabis, heroin og amfetaminer siden 1970- og 1980-tallet. Etter hvert har også andre stoffer etablert seg — herunder MDMA på 1990-tallet og kokain på 2000-tallet. Markedet fortsetter å utvikle seg, og det siste tiåret har vi sett fremveksten av en rekke nye psykoaktive stoffer. Det ulovlige narkotikamarkedet har også endret karakter som et resultat av globalisering, teknologi og internett. Innovasjon i narkotikaproduksjon og -handel samt etableringen av nye smuglerruter gir ytterligere utfordringer.

Tiltak som tar sikte på å forhindre forsyningen av narkotika, omfatter mange aktører i forvaltningen og rettshåndhevingsorganer og er ofte avhengig av internasjonalt samarbeid. Landenes holdning gjenspeiles også i deres nasjonale narkotikalover. Data for arrestasjoner og beslag er de mest veldokumenterte indikatorene på tiltak for å begrense forsyningen av narkotika.

Andel av rapporterte beslag av de viktigste illegale rusmidlene, 2013



### Narkotikabeslag i Europa: cannabis dominerer

Årlig rapporteres rundt en million narkotikabeslag i Europa. De fleste av disse gjelder små mengder narkotika som beslaglegges hos brukere, selv om flere kilo store forsendelser beslaglagt hos smuglere og produsenter utgjør en stor andel av all narkotikaen som beslaglegges.

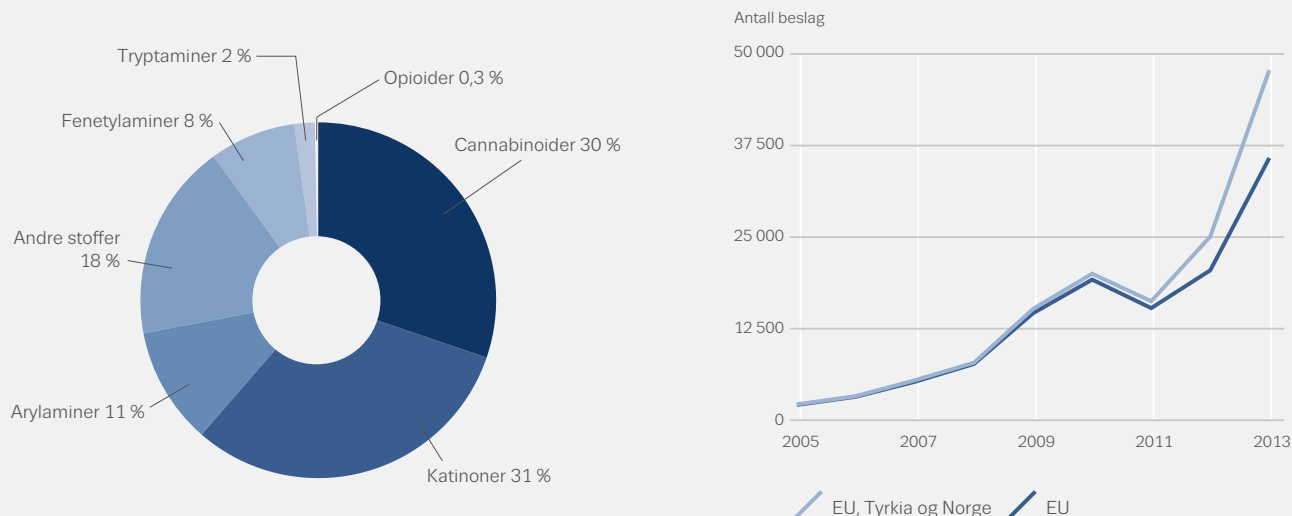
Cannabis er det narkotiske stoffet som beslaglegges oftest, med 8 av 10 beslag i Europa (figur 1.1), noe som gjenspeiler den relativt høye prevalensen av cannabisbruk. Kokain inntar andreplassen med mer enn dobbelt så mange beslag som for enten amfetaminer eller heroin. Antall ecstasybeslag er relativt lave.

I 2013 sto to land alene, Spania og Storbritannia, for om lag to tredeler av alle beslag som ble rapportert i EU, men også Belgia, Tyskland, Italia og de fire nordiske landene rapporterte om betydelige beslagstill. Det bør også anføres at nyere data for antallet beslag ikke er tilgjengelig for Frankrike og Nederland — land som tidligere har rapportert store antall beslag — og Polen. Mangelen på data gjør analysene som rapporteres her, usikre. Et annet viktig land når det gjelder narkotikabeslag er Tyrkia, der en del av narkotikaen som fanges opp i landet, er ment for bruk i andre land, både i Europa og i Midtøsten.

**Cannabis er det narkotiske stoffet som beslaglegges oftest, med 8 av 10 beslag i Europa**

FIGUR 1.2

Antall beslag av nye psykoaktive stoffer rapportert til EUs system for tidlig varsling: fordelt på hovedkategori av stoff beslaglagt i 2013 (venstre) og trender (høyre)



Her presenteres også data om det økende antallet beslag av nye psykoaktive stoffer som rapporteres til EUs system for tidlig varsling. I 2013 ble det rapportert om ca. 35 000 beslag, da hovedsakelig syntetiske cannabinoider og katinoner (figur 1.2). Dette er nok et minsteestimat, gitt mangelen på rutinemessig rapportering på området. Disse dataene er heller ikke direkte sammenlignbare med dataene for etablerte stoffer som cannabis.

### Cannabisprodukter: et mangfoldig marked

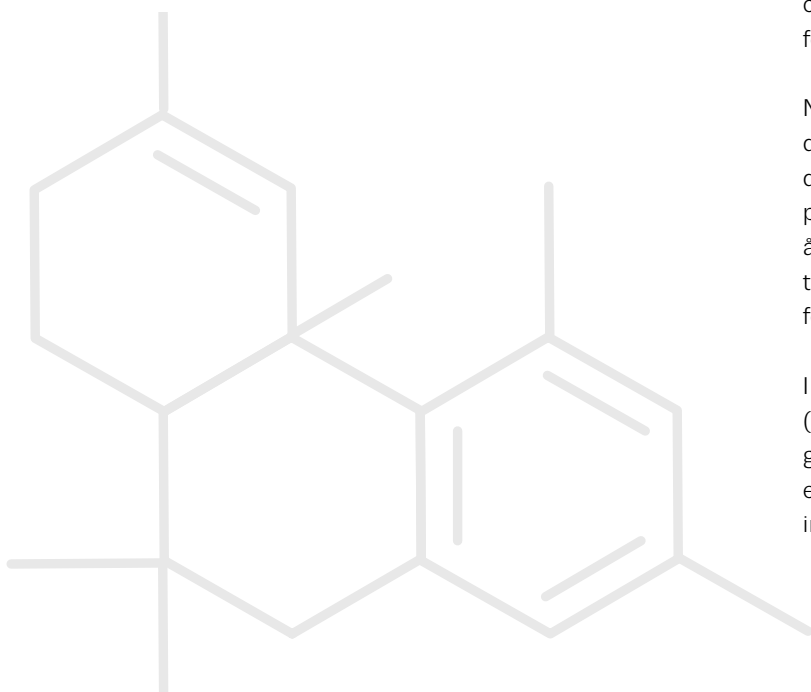
Det er i hovedsak to cannabisprodukter som tilbys på det europeiske narkotikamarkedet: marihuana og hasj. Marihuanaen som brukes i Europa, blir både dyrket lokalt og smuglet inn fra andre land. Det meste av hasjen importeres sjøveien eller med fly fra Marokko.

Antallet beslag av marihuana overgikk beslag av hasj i Europa i 2009, og forskjellen fortsetter å øke (figur 1.3). Dette skyldes trolig økt tilgjengelighet av lokalprodusert marihuana i mange europeiske land og gjenspeiles i økte beslag av cannabisplanter.

Mengden hasj som beslaglegges i EU er uansett fortsatt langt større enn de beslaglagte kvantaene av marihuana (460 tonn kontra 130 tonn). Dette kan til dels forklares med at hasj smugles i store mengder over store avstander og på tvers av landegrenser, noe som gjør det mer utsatt for å bli oppdaget.

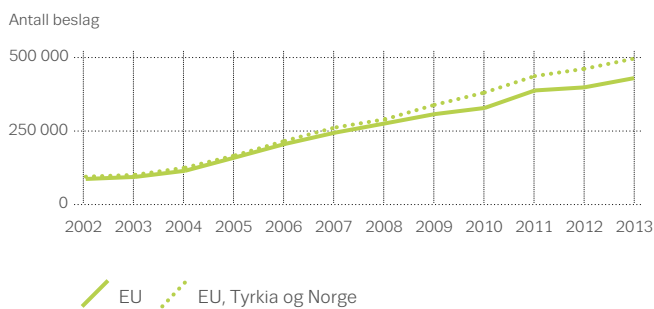
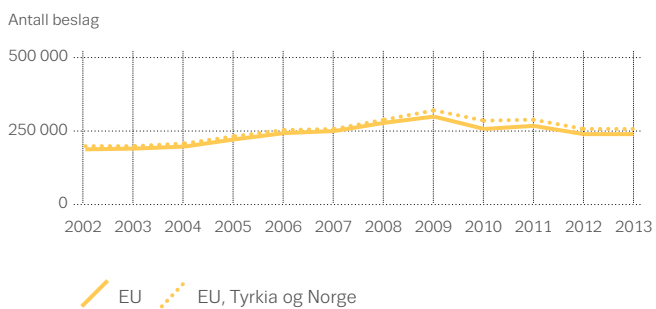
Nye syntetiske cannabinoid-produkter som har dukket opp den senere tid, har tilført cannabismarkedet en ny dimensjon. Mer enn 130 ulike syntetiske cannabinoider er påvist i de senere år. De fleste av disse stoffene ser ut til å være produsert i Kina. Kjemikaliene sendes i pulverform til Europa, for så å blandes med plantemateriale og pakkes for salg som "legal high"-produkter.

I 2013 ble det rapportert 671 000 beslag av cannabis i EU (431 000 av marihuana, 240 000 av hasj). Det ble også gjort 30 000 beslag av cannabisplanter. I tillegg ble mer enn 10 000 beslag av syntetiske cannabinoider innrapportert av EU-statene til systemet for tidlig varsling

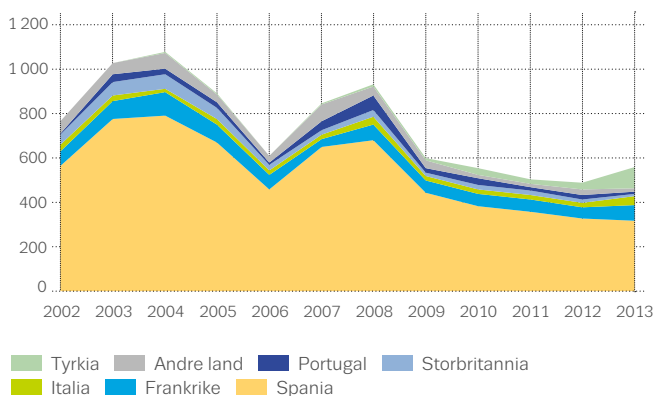


FIGUR 1.3

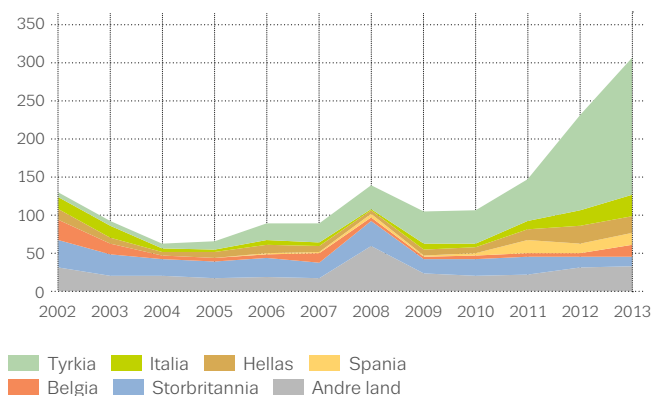
Trender i antall cannabisbeslag og beslaglagte kvanta: hasj (venstre) og marihuana (høyre)



Hasj (tonn)



Marihuana (tonn)



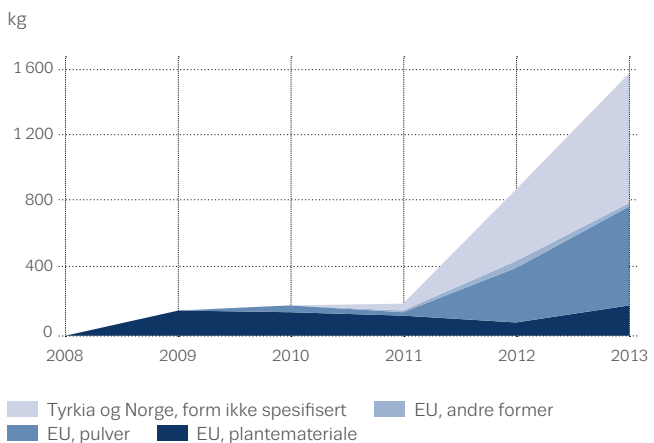
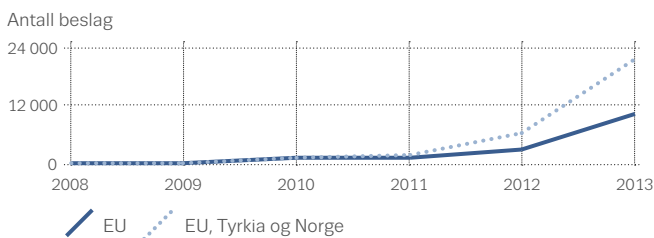
i 2013, en sterk økning fra 2011, og ytterligere 11 000 beslag ble rapportert av Tyrkia (se figur 1.4).

I analysen av mengdene cannabis som beslaglegges, har noen få land uforholdsmessig høye tall fordi de ligger langs en av de store smuglerrutene for cannabis. Spania for eksempel, som er et av de viktigste innførselsstedene for cannabis produsert i Marokko, rapporterte over to tredeler av den totale mengden hasj som ble beslaglagt i Europa i 2013 (figur 1.5). Når det gjelder marihuana, har Hellas, Spania og Italia rapportert om betydelige økninger i den senere tid. De senere år har Tyrkia beslaglagt større mengder marihuana enn noe annet europeisk land og rapporterte i 2013 mer enn alle EU-medlemsstatene til sammen (180 tonn).

Beslag av cannabisplanter kan anses som en indikator på innenlandsk produksjon av stoffet. På grunn av metodologiske problemer må dataene for beslag av cannabisplanter behandles med varsomhet, men antallet beslaglagte planter økte uansett fra 1,5 millioner i 2002 til 3,7 millioner i 2013.

FIGUR 1.4

Beslag av syntetiske cannabinoider rapportert til EUs system for tidlig varsling: antall beslag og beslaglagte kvanta, 2013





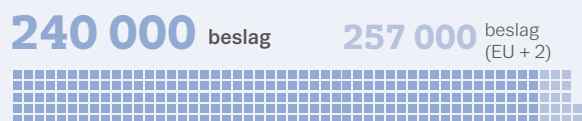
Analysen av indekserte trender fra de landene som det finnes sammenhengende data fra, viser en kraftig økning i styrkegrad (innholdet av tetrahydrocannabinol, THC) i både marihuana og hasj fra 2006 til 2013. Årsaker til økningen i styrke kan være innføringen av intensive produksjonsteknikker i Europa og, i den senere tid, av planter med svært høy styrke i Marokko.

Indekserte trender for cannabisrelaterte narkotikalovbrudd i EU viser også en sterk økning i perioden 2006–2013.

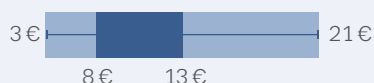
## CANNABIS

### Hasj

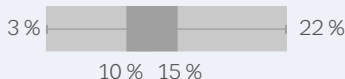
#### Beslag



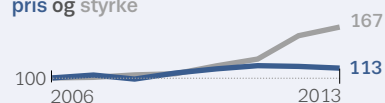
#### Pris (euro/g)



#### Styrke (% THC)



#### Indekserte trender: pris og styrke



#### Cannabisplanter

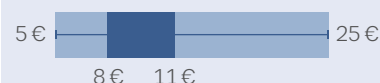
30 000 beslag      3,7 millioner planter beslaglagt

### Marihuana

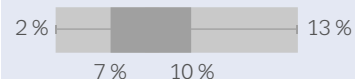
#### Beslag



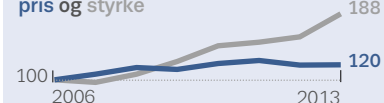
#### Pris (euro/g)



#### Styrke (% THC)



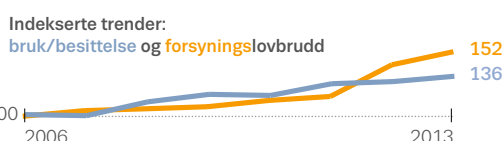
#### Indekserte trender: pris og styrke



## Narkotikalovbrudd

782 000 rapporterte lovbrudd relatert til bruk/ besittelse av cannabis      116 000 rapporterte lovbrudd relatert til forsyning av cannabis

78 % av rapporterte lovbrudd relatert til bruk/ besittelse      57 % av rapporterte forsyningslovbrudd

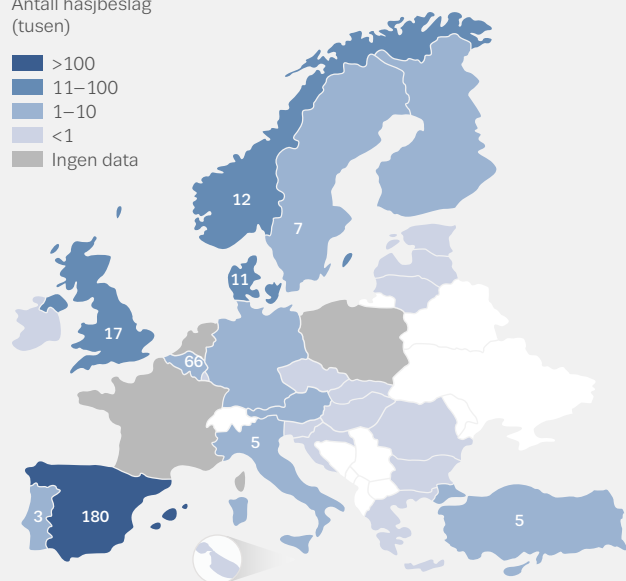
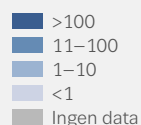


EU + 2 viser til EU-medlemsstatene pluss Tyrkia og Norge. Indekserte trender for lovbrudd viser til alle cannabisprodukter. Pris og styrke på cannabisprodukter: nasjonale gjennomsnittlige verdier – minimum, maksimum og interkvartil avstand. De ulike indikatorene dekker ulike land.

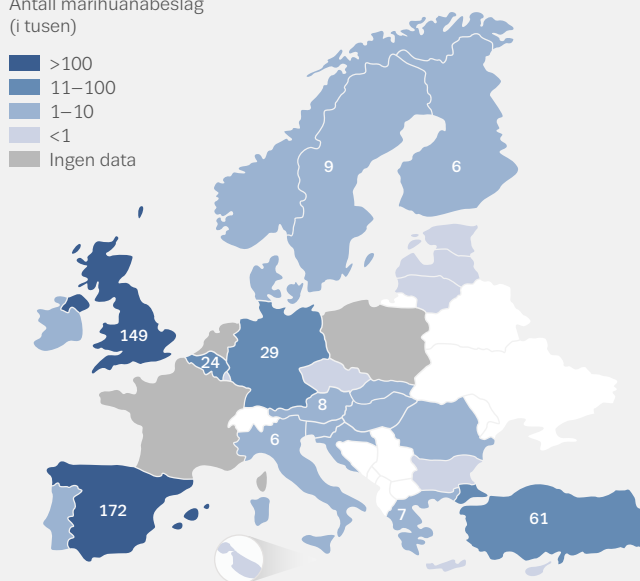
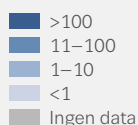
FIGUR 1.5

Beslag av hasj og marihuana, 2013

Antall hasjbeslag (tusen)

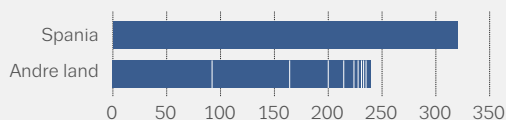


Antall marihuanabeslag (i tusen)

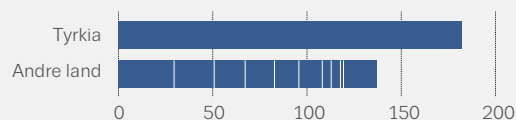


NB: Antall beslag (tusen) for de 10 landene med høyest verdier.

Mengde beslaglagt hasj (tonn)



Mengde beslaglagt marihuana (tonn)



Opioider: et marked i endring?

Heroin er det vanligste opioidet på det europeiske narkotikamarkedet. Historisk sett har importert heroin vært tilgjengelig i Europa i to former. Den vanligste er den brune heroinen (heroin i baseform), som hovedsakelig kommer fra Afghanistan. Hvit heroin (heroin i saltform), som tradisjonelt har kommet fra Sørøst-Asia men som nå også produseres i Afghanistan eller nabolandene, er mye mindre vanlig. Blant andre opioider som ble beslaglagt av politi og tollvesen i Europa i 2013, finner vi opium og legemidlene morfin, metadon, buprenorfin, fentanyl og tramadol. Noen opioider kan opprinnelig være legale legemidler, mens andre produseres spesifikt for det illegale markedet. Det er bekymringsverdig at 14 nye syntetiske opioider er rapportert til EUs system for tidlig varsling siden 2005, blant annet flere svært sterke ikke-kontrollerte fentanyler.

Afghanistan er fremdeles verdens største produsent av illegalt opium, og det antas at mesteparten av heroinen som finnes i Europa er produsert der eller i nabolandene Iran og Pakistan. Det er ting som tyder på at de siste trinnene i heroinproduksjonen nå finner sted i Europa, for eksempel funnet av to laboratorier som omdanner morfin til heroin i Spania i 2013–14. Historisk sett har rapporter om illegale opioider produsert i Europa handlet om

produksjon av hjemmelagde valmueprodukter i deler av Øst-Europa.

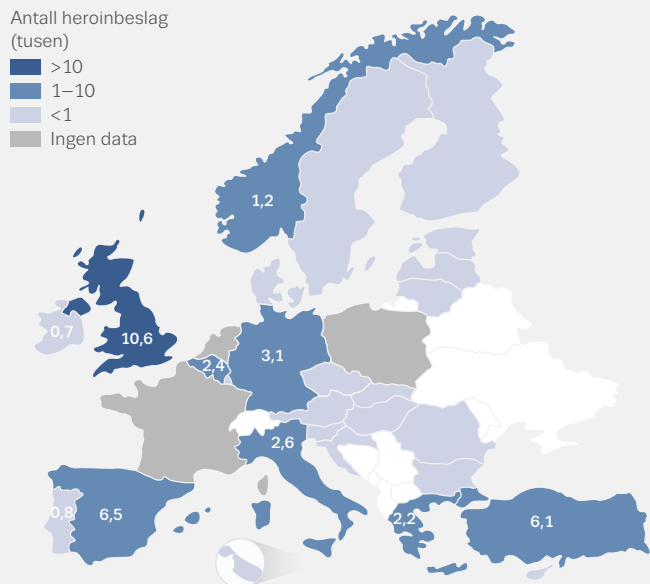
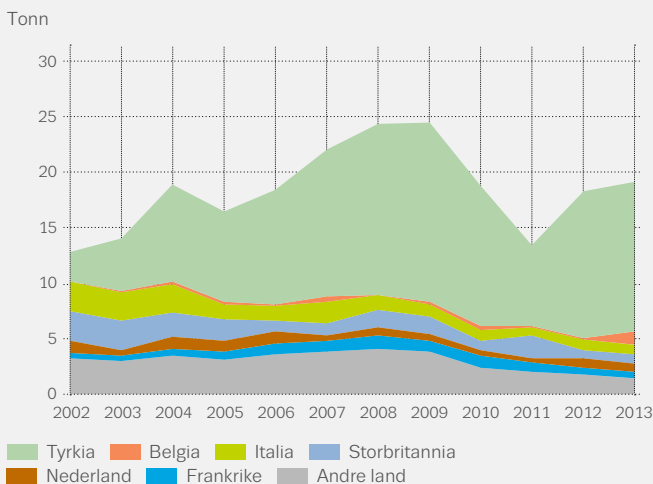
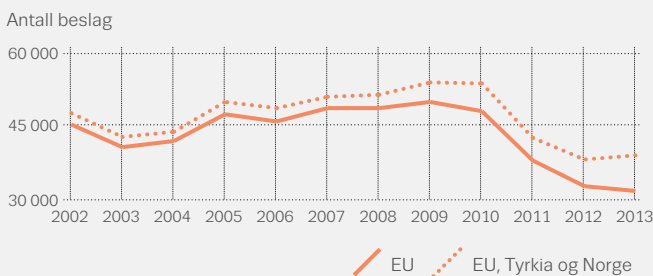
Heroinen kommer inn i Europa langs fire hovedruter. De to viktigste er Balkan-ruten og den "sørilige" ruten. Den første av disse går gjennom Tyrkia, inn i Balkan (Bulgaria, Romania eller Albania) og videre til Sentral-, Sør- eller Vest-Europa. Heroinforsendelser fra Iran og Pakistan kommer også til Europa med fly eller sjøveien, enten direkte eller gjennom land i Sør-, Vest- og Øst-Afrika. Den sørilige ruten ser ut til å ha blitt viktigere i de senere årene.

Europa har hatt en betydelig nedgang i heroinbeslagene siden 2010, etter nærmere ti års relativ stabilitet. Både antallet heroinbeslag (32 000) og de beslaglagte mengdene i 2013 (5,6 tonn) er blant de laveste nivåene som er rapportert det siste tiåret. Nedgangen i EU har falt sammen med en økning i størrelsen på beslagene i Tyrkia (13,5 tonn i 2013). Her har mer heroin blitt beslaglagt hvert år siden 2006 enn i alle EU-statene til sammen (figur 1.6).

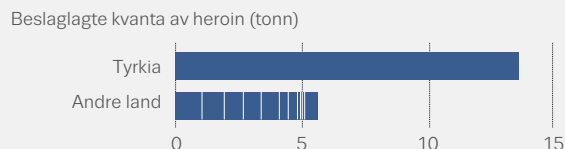
I tillegg til nedgangen i den senere tid i antallet heroinbeslag ble det også observert nedgang i indekserte trender for pris og forsyningslovbrudd (se infografikk om heroin). Flere land opplevde en betydelig tørke på heroinmarkedet i 2010–11, og få markeder synes å ha tatt

FIGUR 1.6

Antall heroinbeslag og beslaglagte kvanta: trender (venstre) og i 2013 (høyre)



NB: Antall beslag (tusen) for de 10 landene med høyest verdier.



seg helt opp igjen. Indekserte trender fra de landene som rapporterer konsekvent, tyder imidlertid på økt renhet på heroinen som ble beslaglagt i Europa i 2013, og noen land har også uttrykt bekymring for en mulig økning i tilgjengelighet. I Tyrkia økte antallet beslag i 2013, og

beslaglagte mengder økte i forhold til 2012. I tillegg rapporterer FN om en betydelig økning i opiumproduksjonen i Afghanistan. Sett under ett er dette tegn som tyder på en mulighet for at tilgjengeligheten av stoffet vil øke.

HEROIN

Beslag

32 000 beslag

39 000 beslag (EU + 2)

5,6 tonn beslaglagt

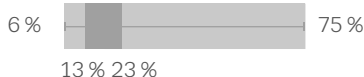
19,1 tonn beslaglagt (EU + 2)



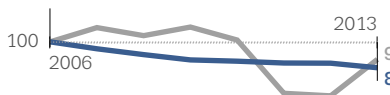
Pris (euro/g)



Renhet (%)



Indekserte trender: pris og renhet



Narkotikalovbrudd

37 800 rapporterte lovbrudd relatert til bruk/besittelse av heroin

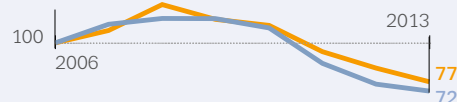
17 000 rapporterte lovbrudd relatert til forsyning av heroin



4 % av rapporterte lovbrudd relatert til bruk/besittelse

9 % av rapporterte forsyningslovbrudd

Indekserte trender: bruk/besittelse og forsyningslovbrudd



EU + 2 viser til EU-medlemsstatene pluss Tyrkia og Norge. Pris og renhet på "brun heroin": nasjonale middelværdiser – minimum, maksimum og interkvartil avstand. De ulike indikatorene dekker ulike land.

## Kokain: stabile beslag og økt renhet

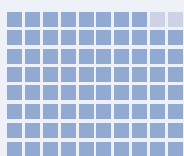
To former for kokain er tilgjengelig i Europa, og den mest utbredte er kokainpulver (HCl, et hydrokloridsalt). Crack (fribasekokain som røykes) er mindre vanlig. Kokain utvinnes fra bladene på kokaplanten. Stoffet produseres nesten utelukkende i Bolivia, Colombia og Peru, og transporteres til Europa både med fly og sjøveien. Tilgjengelige data tyder på at smugling av kokain til Europa hovedsakelig foregår gjennom land i Vest- og Sør-Europa, der Spania, Belgia, Nederland, Frankrike og Italia sammen står for 86 % av de 62,6 tonnene som ble beslaglagt i 2013 (figur 1.7).

Det ble i 2013 rapportert ca. 78 000 beslag av kokain i EU, som utgjorde 63 tonn. Situasjonen har vært relativt stabil siden 2010, selv om både antallet beslag og beslaglagte mengder er på et betydelig lavere nivå enn i toppårene 2006 og 2008 (figur 1.7). Selv om Spania fortsatt er det landet som beslaglegger mest kokain i Europa, er det tegn på at det foregår en spredning av smuglerrutene til Europa, og det foreligger rapporter fra den senere tid om beslag i havnebyer i det østlige Middelhav, de baltiske statene og Svartehavet. Generelt sett tyder indekserte trender på at renheten på kokain har økt i de senere år, mens prisen har holdt seg relativt stabil. Indekserte trender for kokainrelaterte lovbrudd viser en økning siden 2006.

## KOKAIN

### Beslag

**78 000**  
beslag



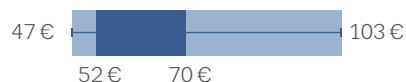
**80 000**  
beslag (EU + 2)

**62,6**  
tonn beslaglagt

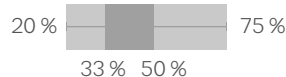


**63,2**  
tonn beslaglagt (EU + 2)

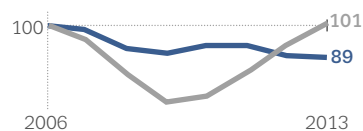
### Pris (euro/g)



### Renhet (%)



### Indekserte trender: pris og renhet



### Narkotikalovbrudd

**72 300** rapporterte lovbrudd relatert til bruk/besittelse av kokain  
**29 900** rapporterte lovbrudd relatert til forsyning av kokain

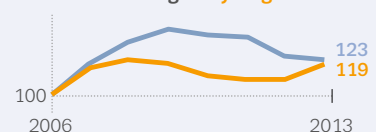


**7 %**  
av rapporterte lovbrudd relatert til bruk/besittelse



**15 %**  
av rapporterte forsyningslovbrudd

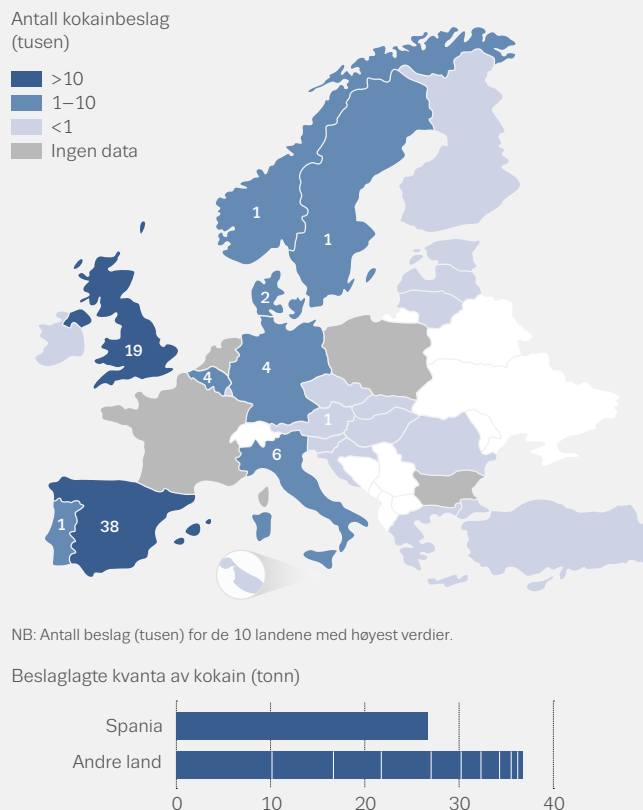
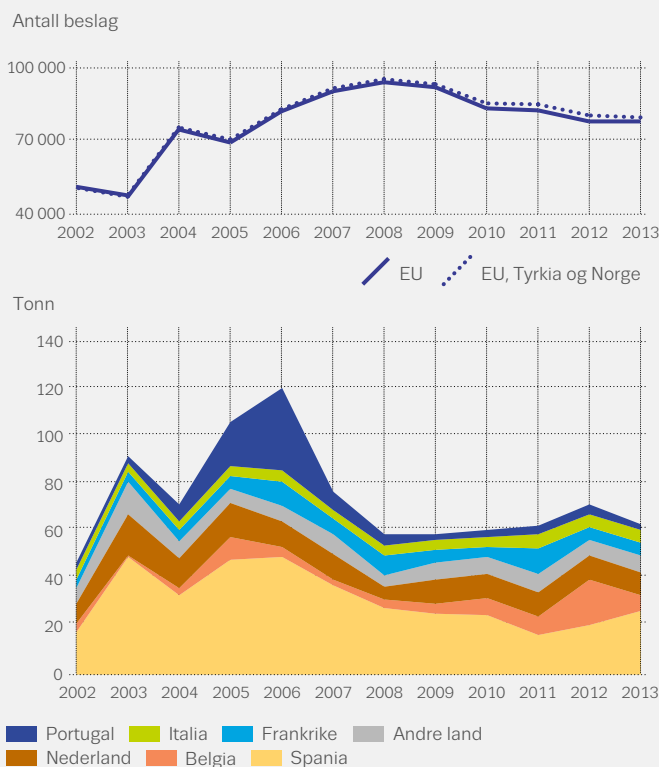
### Indekserte trender: bruk/besittelse og forsyningslovbrudd



EU + 2 viser til EU-medlemsstatene pluss Tyrkia og Norge. Pris og renhet på kokain: nasjonale middelverdier – minimum, maksimum og interkvartil avstand. De ulike indikatorene dekker ulike land.

FIGUR 1.7

Antall kokainbeslag og beslaglagte kvanta: trender (venstre) og 2013 eller siste tilgjengelige år (høyre)



**Amfetaminer: økte beslag av amfetamin og metamfetamin**

Amfetamin og metamfetamin er nært beslektede syntetiske sentralstimulerende stoffer som går under samlebetegnelsen amfetaminer, og det kan være vanskelig å skille mellom dem i enkelte datasett. I Europa har amfetamin alltid vært det mest utbredte av de to, men i de senere årene er det kommet flere rapporter om at metamfetamin blir stadig mer tilgjengelig på markedet.

Begge stoffene blir produsert i Europa for salg på det europeiske markedet, selv om noe amfetamin og metamfetamin også blir produsert for eksport, henholdsvis til Midtøsten og Det fjerne østen. Europa er også et transittsenter for metamfetamin som smugles fra Afrika og Iran til Det fjerne østen. Tilgjengelige data tyder på at amfetaminproduksjonen hovedsakelig finner sted i Belgia, Nederland, Polen og de baltiske statene og i mindre grad i Tyskland, mens produksjonen av metamfetamin er konsentrert til de baltiske statene og Sentral-Europa.

Produksjonen av metamfetamin i Europa ser ut til å være i endring, delvis på grunn av tilgjengeligheten av utgangsstoffer. Produksjonen av metamfetamin med BMK (benzylmetylketon) som viktigste utgangsstoff er sentrert i Litauen. Stoffet eksporteres hovedsakelig til land i Nord-Europa, der det har påvirket amfetaminmarkedet. Dette kan vi se av de relativt høye beslagstallene Norge har rapportert. Produksjon basert på efedrin og pseudoefedrin er konsentrert i Tsjekkia, selv om det også forekommer produksjon i Slovakia og nå også i Tyskland. I Tsjekkia har metamfetamin tradisjonelt blitt produsert av brukere i småskalaanlegg til egen eller lokal bruk. Dette gjenspeiles i det store antallet produksjonsanlegg som er avdekket her (261 ble destruert i 2013, av totalt 294 i Europa). I det siste har det imidlertid kommet tegn på at produksjonen foregår i større skala, med rapporter om vietnamesiske organiserte kriminelle grupper som produserer store mengder av stoffet til både innenlands- og utenlandsmarkedet.

I 2013 rapporterte EU-medlemsstatene om 34 000 beslag av amfetamin, som utgjorde 6,7 tonn. Tyskland, Nederland og Storbritannia sto for mer enn halvparten av den totale mengden amfetamin som ble beslaglagt. Etter en relativt stabil periode var det en økning i mengden amfetamin som ble beslaglagt i 2013 (figur 1.8). Tallene for beslag av metamfetamin er mye lavere og utgjorde en sjettedel av alle amfetaminbeslag i 2013, med 7 000 beslag rapportert i EU, som i mengde utgjorde 0,5 tonn (figur 1.9). Både antallet beslag og de beslaglagte mengdene av metamfetamin har økt siden 2002.

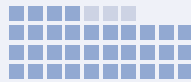
Den gjennomsnittlige renheten er typisk høyere for metamfetamin enn for amfetamin. Og selv om indekserte trender fra de landene som det finnes sammenhengende data fra, tyder på at renheten på amfetamin har økt i den senere tid, er den gjennomsnittlige renheten på stoffet fortsatt relativt lav.

## AMFETAMINER

### Amfetamin

#### Beslag

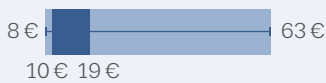
**34 000** beslag  
37 000 beslag (EU + 2)



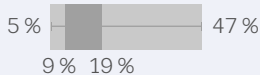
**6,7** tonn beslaglagt  
8,2 tonn beslaglagt (EU + 2)



#### Pris (euro/g)



#### Renhet (%)



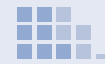
#### Indekserte trender: pris og renhet



### Metamfetamin

#### Beslag

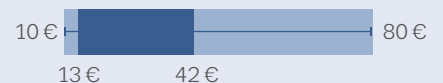
**7 000** beslag  
11 300 beslag (EU + 2)



**0,5** tonn beslaglagt  
0,8 tonn beslaglagt (EU + 2)



#### Pris (euro/g)



#### Renhet (%)



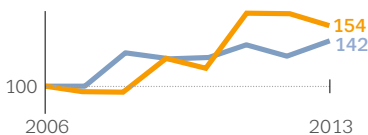
## Narkotikalovbrudd

**55 000** rapporterte lovbrudd relatert til bruk/besittelse av amfetamin

**1 900** rapporterte lovbrudd relatert til bruk/besittelse av metamfetamin



#### Indekserte trender: bruk/besittelse og forsyningslovbrudd



**16 000** rapporterte lovbrudd relatert til forsyning av amfetamin

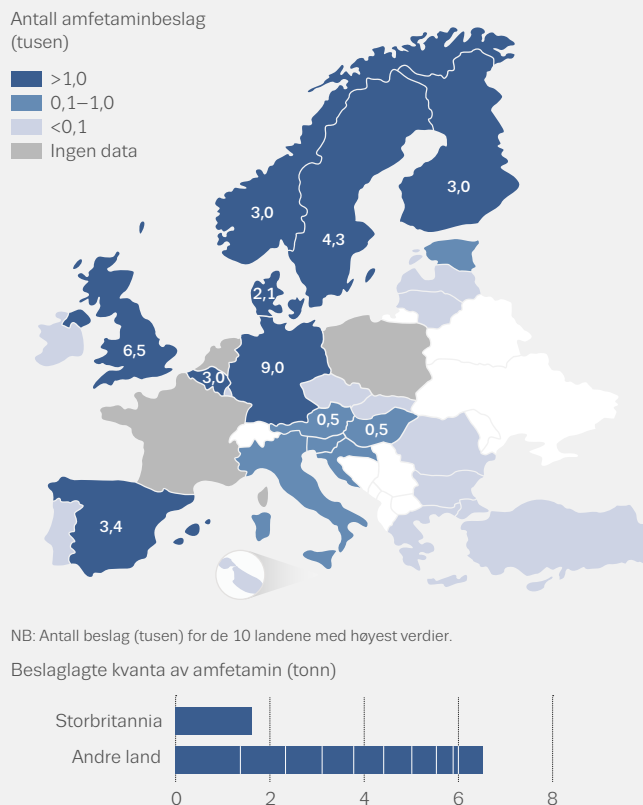
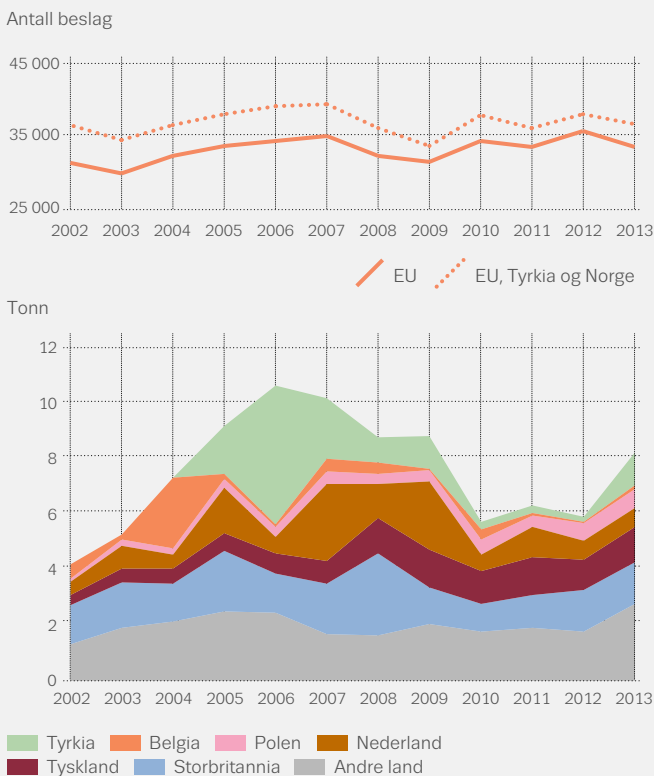
**2 700** rapporterte lovbrudd relatert til forsyning av metamfetamin



EU + 2 viser til EU-medlemsstatene pluss Tyrkia og Norge. Pris og renhet på amfetaminer: nasjonale middelverdier – minimum, maksimum og interkvartil avstand. De ulike indikatorene dekker ulike land. Indekserte trender er ikke tilgjengelig for metamfetamin.

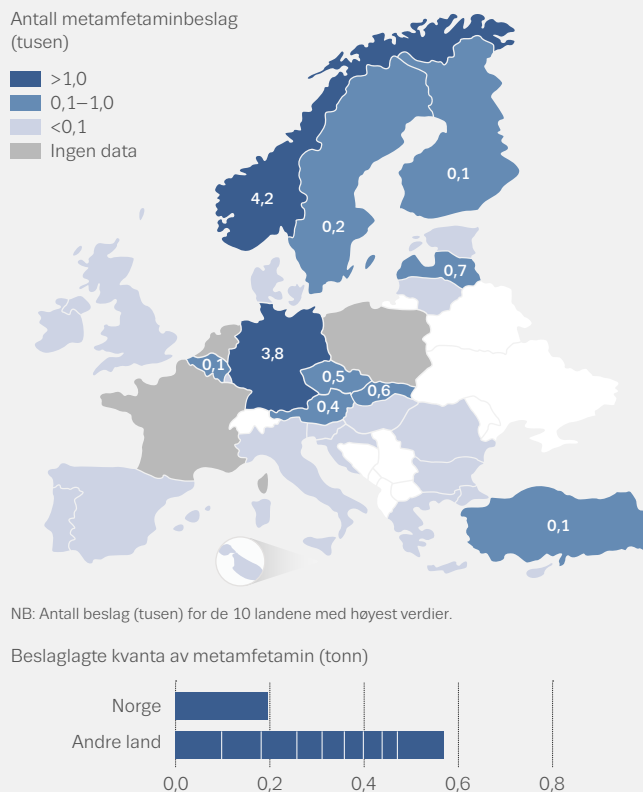
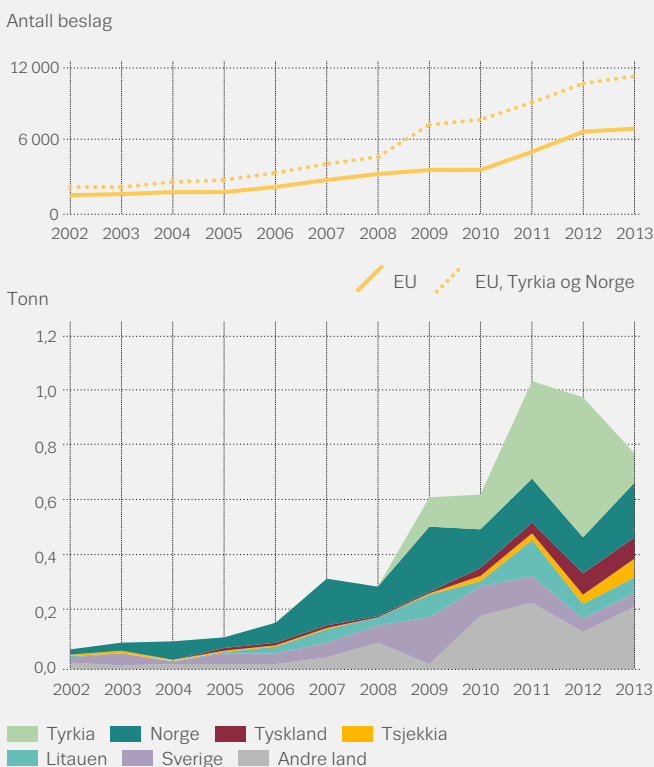
FIGUR 1.8

Antall amfetaminbeslag og beslaglagte kvanta: trender (venstre) og 2013 eller siste tilgjengelige år (høyre)



FIGUR 1.9

Antall metamfetaminbeslag og beslaglagte kvanta: trender (venstre) og 2013 eller siste tilgjengelige år (høyre)



## MDMA/ecstasy: økning i produkter med svært høy renhetsgrad

Det syntetiske stoffet MDMA (3,4-metylendioksymetamfetamin) er kjemisk beslektet med amfetamin, men har til dels andre virkninger. Ecstasytabletter har tradisjonelt vært det dominerende MDMA-produktet på markedet, selv om de ofte inneholder ulike MDMA-lignende stoffer og urelaterte kjemikalier. Etter en periode der rapportene har tydet på at de fleste tablettene som selges som ecstasy i Europa inneholder lave doser eller ikke noe MDMA, tilsier de nyeste tallene at dette kan være i ferd med å endre seg. Nye data tyder på økt tilgjengelighet av både tabletter med høyt MDMA-innhold og MDMA i pulver- og krystallform.

Produksjonen av MDMA i Europa synes å være konsentrert til Nederland og Belgia, som er de landene som tidligere har rapportert de høyeste tallene for produksjonsanlegg for disse stoffene. Etter en dokumentert nedgang i MDMA-produksjonen mot slutten av forrige tiår, har det kommet tegn til en oppblomstring, illustrert ved rapporter om storskala produksjonsanlegg som er blitt destruert i Belgia og Nederland.

Det er vanskelig å analysere nyere trender i MDMA-beslag på grunn av mangelen på data fra enkelte land som sannsynligvis ville gitt utslag på totalen. Ingen data er

tilgjengelig fra Nederland for 2013, og antallet beslag er ikke tilgjengelig fra Frankrike og Polen. Nederland rapporterte om beslag av 2,4 millioner MDMA-tabletter i 2012, og hvis vi kan anta et lignende tall for 2013, kan det anslås at 4,8 millioner MDMA-tabletter ble beslaglagt i EU det året. Dette ville bli omtrent det dobbelte av mengden som ble beslaglagt i 2009. Merk at det nå beslaglegges like store mengder MDMA i Tyrkia (4,4 millioner MDMA-tabletter) som i hele EU til sammen. Da må man spørre seg om disse tablettene var ment for innenlands bruk eller for eksport til EU eller andre steder i verden (figur 1.10).

Indekserte trender for MDMA-relaterte lovbrudd viser også oppgang i den senere tid. Blant landene som rapporterer konsekvent, peker indekserte trender også på en økning i MDMA-innhold siden 2010, og tilgjengeligheten av produkter med høyt MDMA-innhold førte til at Europol og EMCDDA sendte ut felles varsler i 2014. Samlet sett peker alle disse indikatorene på at MDMA-markedet har tatt seg opp igjen etter det lave nivået for om lag 5 år siden.

## ECSTASY

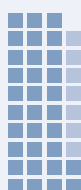
### Beslag

**13 400**  
beslag

**18 000**  
beslag (EU + 2)

**4,8**  
millioner tabletter  
beslaglagt

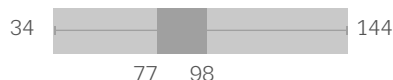
**9,3**  
millioner tabletter  
beslaglagt (EU + 2)



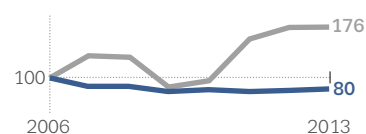
### Pris (euro/tablett)



### Renhet (mg MDMA/tablett)

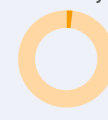


### Indekserte trender: pris og renhet



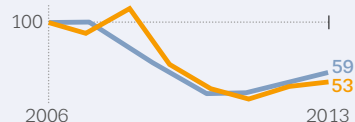
### Narkotikalovbrudd

**11 000** rapporterte lovbrudd relatert til bruk/besittelse av ecstasy  
**3 700** rapporterte lovbrudd relatert til forsyning av ecstasy



**1 %** av rapporterte lovbrudd relatert til bruk/besittelse  
**2 %** av rapporterte forsyningslovbrudd

### Indekserte trender: bruk/besittelse og forsyningslovbrudd

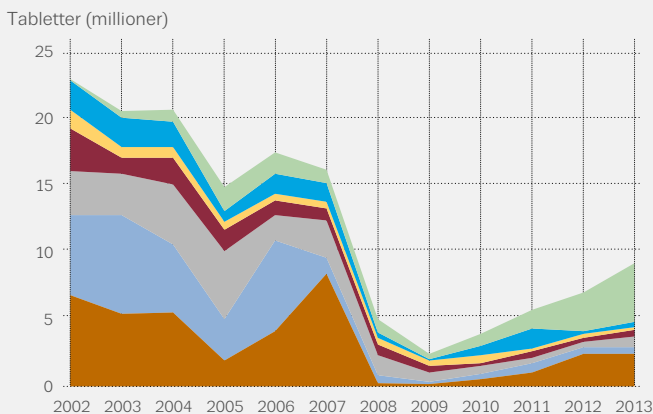


EU + 2 viser til EU-medlemsstatene pluss Tyrkia og Norge. Pris og renhet på ecstasy: nasjonale middelværdier – minimum, maksimum og interkvartil avstand. De ulike indikatorene dekker ulike land.



FIGUR 1.10

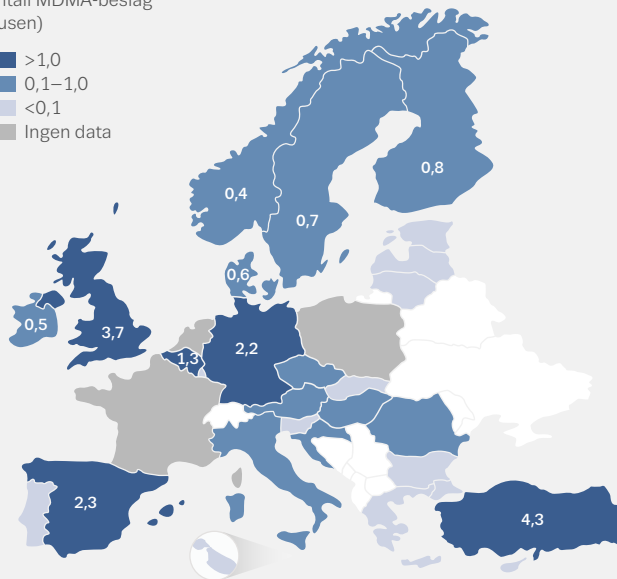
Antall MDMA-beslag og beslaglagte kvanta: trender (venstre) og 2013 eller siste tilgjengelige år (høyre)



Tyrkia Frankrike Spania Tyskland  
Andre land Storbritannia Nederland

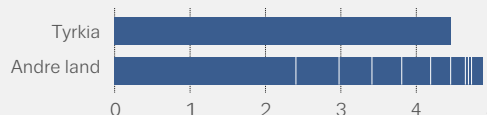
Antall MDMA-beslag (tusen)

>1,0  
0,1–1,0  
<0,1  
Ingen data



NB: Antall beslag (tusen) for de 10 landene med høyest verdier.

Beslaglagte MDMA-tabletter (millioner)



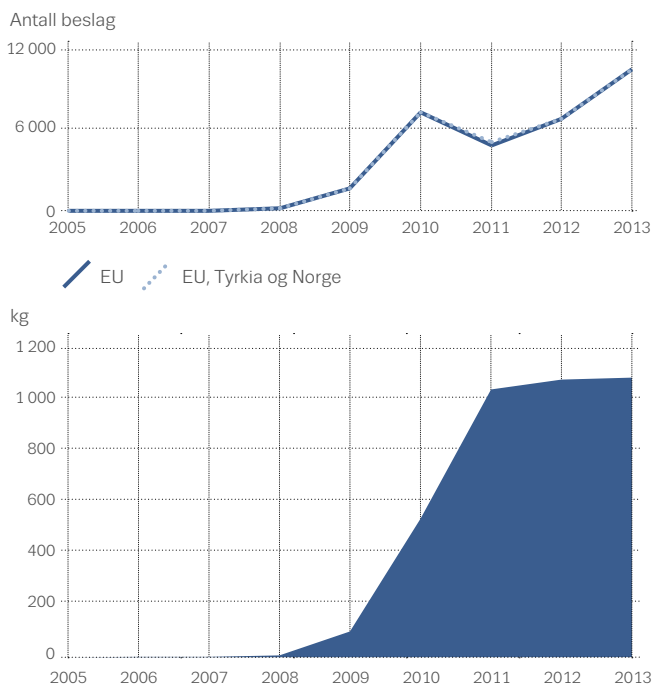
### Nye sentralstimulerende midler på det illegale markedet

Syntetiske katinoner som mefedron, pentedron og MDPV (3,4-metylendioksyprovaleron) ble først introdusert som nye psykoaktive stoffer og var ikke regulert av internasjonal narkotikalovgivning, men er nå blitt faste varer på det illegale narkotikamarkedet i en del europeiske land. Katinoner brukes på samme måte som andre sentralstimulerende midler som amfetamin og MDMA, og ofte om hverandre. De kommer oftest i pulver- eller tablettform. Det meste av produksjonen av katinoner ser ut til å finne sted i Kina og India. Stoffene importeres så til Europa, der de pakkes og markedsføres som "legal highs" eller selges på det illegale markedet. Systemet for tidlig varsling har påvist mer enn 70 nye katinoner i Europa. I 2013 ble det rapportert om mer enn 10 000 beslag av syntetiske katinoner til systemet for tidlig varsling (figur 1.11).

**Katinoner brukes på samme måte som andre sentralstimulerende midler som amfetamin og MDMA, og ofte om hverandre**

FIGUR 1.11

Beslag av syntetiske katinoner rapportert til EUs system for tidlig varslings: antall beslag og beslaglagte kvanta, 2013



cannabis og sentralstimulerende midler på det illegale narkotikamarkedet.

I tillegg til økningen i antallet beslag av nye stoffer som rapporteres hvert år i Europa, fortsetter antallet nye påviste stoffer å øke. I 2014 meldte medlemsstatene inn 101 nye psykoaktive stoffer som ikke tidligere var rapportert til EUs system for tidlig varslings. Dette utgjorde en økning på 25 % sammenlignet med 2013 (figur 1.12). Trettien av disse stoffene var syntetiske katinoner, noe som gjør dem til den største kategorien nye stoffer som ble identifisert i Europa i 2014, etterfulgt av 30 syntetiske cannabinoider. Det var imidlertid også 13 kjemiske forbindelser som ikke passet inn i noen av stoffgruppene som overvåkes. Fire av de nye psykoaktive stoffene som ble meldt inn i 2014, brukes som virkestoffer i legemidler. EUs system for tidlig varslings overvåker for tiden mer enn 450 nye psykoaktive stoffer.

### Nye psykoaktive stoffer: et stadig mer mangfoldig marked

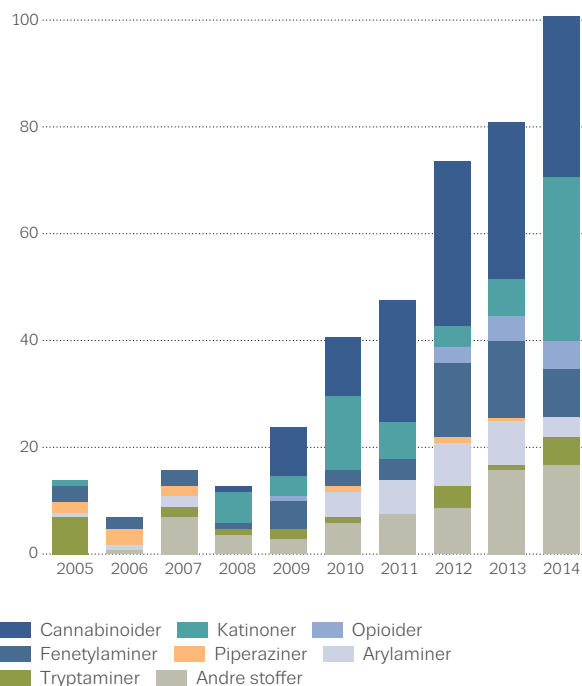
Tilgjengeligheten av nye psykoaktive stoffer på Europas narkotikamarkeder har økt raskt det siste tiåret, noe som gjenspeiles i et økende antall beslag rapportert til både systemet for tidlig varslings og gjennom standard overvåkingsmekanismer. Disse nye stoffene omfatter både syntetiske og naturlig forekommende stoffer, som ikke er regulert av internasjonal lovgivning, og som ofte produseres for å etterligne effekten av kontrollerte stoffer. Kjemikalierne importeres vanligvis fra leverandører utenfor Europa og blir deretter bearbeidet, pakket og markedsført i Europa. Nye stoffer blir imidlertid stadig oftere produsert i hemmelige laboratorier i Europa og deretter solgt direkte på markedet.

For å omgå kontroll blir produktene ofte merket på en villedende måte, for eksempel som "forskningskjemikalier", med erklæringer om at produktet ikke er ment for menneskelig konsum. Stoffene markedsføres så via nettbutikker og spesialbutikker, og de tilbys i økende grad gjennom de samme kanalene som brukes for å få illegale stoffer ut på markedet. Dette markedet og dets forhold til det illegale markedet er dynamisk og kjennetegnes av at det stadig kommer nye produkter og kontrolltiltak. Syntetiske cannabinoider og syntetiske katinoner er den gruppen nye psykoaktive stoffer som beslaglegges oftest, noe som gjenspeiler den store etterspørselen etter

**I 2014 meldte medlemsstatene inn 101 nye psykoaktive stoffer som ikke tidligere var rapportert til EUs system for tidlig varslings**

FIGUR 1.12

Antall og kategorier av nye psykoaktive stoffer meldt til EUs system for tidlig varsling, 2005–14



### Nye stoffer risikovurdert i Europa i 2014

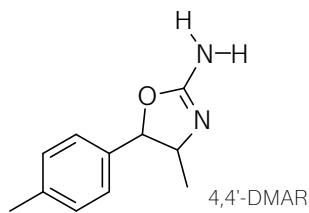
Det finnes en EU-ordning for identifisering, vurdering og eventuell kontroll med nye psykoaktive stoffer i Europa. I 2014 ble seks nye psykoaktive stoffer risikovurdert (se tabell 1.1). Disse nye stoffene har dukket opp i Europa de siste fem årene og har blitt koplet til et økende antall rapporter om helseskader, herunder innleggelse og dødsfall. Per februar 2015 var fire av de seks stoffene underlagt kontrolltiltak over hele Europa.

**I 2014 ble seks nye psykoaktive stoffer risikovurdert**

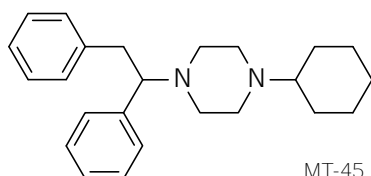
TABELL 1.1

### Nye psykoaktive stoffer risikovurdert i 2014

I september 2014 ble det utført risikovurderinger på europeisk plan av 4,4'-DMAR og MT-45. Disse kommer i tillegg til de fire risikovurderingene som ble utført i april 2014 av 25I-NBOMe (et substituert fenetylamin med hallusinogen virkning, solgt som et "lovlig" alternativ til LSD), AH-7921 (et syntetisk opioid), MDPV (et syntetisk katinonderivat) og metoksetamin (et arylsykloheksylamin som er nært beslektet med ketamin, og som markedsføres som et "lovlig" alternativ).



4,4'-DMAR er et psykostimulerende middel som har vært tilgjengelig på narkotikamarkedet i EU siden desember 2012, og som er påvist i ni medlemsstater. I om lag 20 % av tilfellene ble 4,4'-DMAR funnet i kombinasjon med andre stoffer (hovedsakelig sentralstimulerende midler). Stoffet er påvist i forbindelse med 31 dødsfall i Ungarn, Polen og Storbritannia i løpet av en 12-månedersperiode.



MT-45 er et syntetisk opioid med en smertestillende virkning som likner morfin, som først ble påvist i oktober 2013. Det er påvist i forbindelse med 28 dødsfall og 12 ikke-dødelige tilfeller av forgiftning i Sverige i løpet av en 9-månedersperiode. I 19 av dødsfallene ble MT-45 enten rapportert som dødsårsak eller som medvirkende årsak.

## Juridiske virkemidler mot narkotikamarkeder i stadig utvikling

Den raske fremveksten av nye psykoaktive stoffer og mangfoldet av tilgjengelige produkter er utfordrende for Europas beslutningstakere. EU har hatt et overvåkingssystem med en rettslig prosedyre for kontroll siden 1997 — EUs system for tidlig varsling. Systemet ble styrket i 2005. Det er foretatt en gjennomgang av dagens system, og et forslag til nytt juridisk rammeverk er under behandling.

På nasjonalt plan er en rekke tiltak tatt i bruk for å kontrollere nye stoffer. De rettslige virkemidlene kan grovt sett deles inn i tre grupper: Noen land har tatt i bruk lover som dekker forhold som ikke er knyttet til kontrollerte stoffer, som forbrukervern, mens andre har utvidet eller tilpasset eksisterende narkotikalovgivning eller -prosedyrer, og atter andre har utarbeidet ny lovgivning. Selv om det er store variasjoner i definisjonene av lovbruddene og i straffeutmålingen, er det en tendens til at sanksjonene fokuserer på forsyning snarere enn på besittelse.

## Internett: et marked for både nye og etablerte stoffer

Det har vært kjent en stund at internett er blitt en viktig markeds plass for salg av nye psykoaktive stoffer til europeere. I en "snapshot" i 2013 identifiserte EMCDDA 651 nettsteder som solgte "legal highs" til europeere, og målrettede undersøkelser som ble gjennomført på internett i 2014, fant nettsteder som solgte helt bestemte stoffer, for eksempel det syntetiske opioidet MT-45, noen ganger i kvanta på flere kilo.

Internett og sosiale medier er også blitt stadig viktigere for markedet for illegale stoffer. Stadig mer tyder på at det har utviklet seg såkalte gråsonemarkeder — nettsteder som selger nye psykoaktive stoffer, og som opererer på både den åpne og den skjulte delen av nettet, det såkalte "deep web". "Deep web", eller dypnettet, er den delen av internett som ikke er tilgjengelig via vanlige søkemotorer. Her kan salget av narkotika finne sted på markeds plasser i desentraliserte nettverk og mellom privatpersoner. Kryptomarkeder som Silk Road, Evolution og Agora har fått mest oppmerksomhet. Disse nettbaserte markedene er bare tilgjengelige via krypteringsprogramvare, som gir en høy grad av anonymitet. På samme måte som andre nettbaserte markeds plasser som eBay gir kryptomarkeder selgere og kjøpere en infrastruktur for å gjennomføre transaksjoner og tjenester, som vurderinger (rating) av kjøper og selger og diskusjonsfora. Kryptovalutaer som Bitcoin brukes for å tilrettelegge for anonyme

transaksjoner, og emballasje som ikke vekker mistanke, brukes til transport av små mengder narkotiske stoffer via etablerte kommersielle kanaler. Av alle produktene det averteres for på kryptomarkeder, er etablerte illegale stoffer og reseptbelagte legemidler de som er lettest tilgjengelig. Ting tyder på at mange kjøp av illegale stoffer på "dypnettet" er ment for videresalg.

En annen utvikling knytter seg til forsyning og deling av narkotiske stoffer eller erfaring med narkotikabruk via sosiale medier, herunder mobil-apper. Dette er et område vi vet lite om, og som er vanskelig å overvåke. Fremveksten av nettbaserte og virtuelle narkotikamarkeder representerer en stor utfordring for rettshåndhevende myndigheter og narkotikakontrollen. Når produsenter, leverandører, selgere og netthotel- og betalingstjenester kan befinne seg i hvert sitt land, blir kontrollen med nettbaserte narkotikamarkeder desto vanskeligere.

**Internett er blitt en viktig  
markeds plass for salg  
av nye psykoaktive stoffer  
til europeere**

## Tiltak mot forsyning av narkotika: felles prinsipper, forskjellig praksis

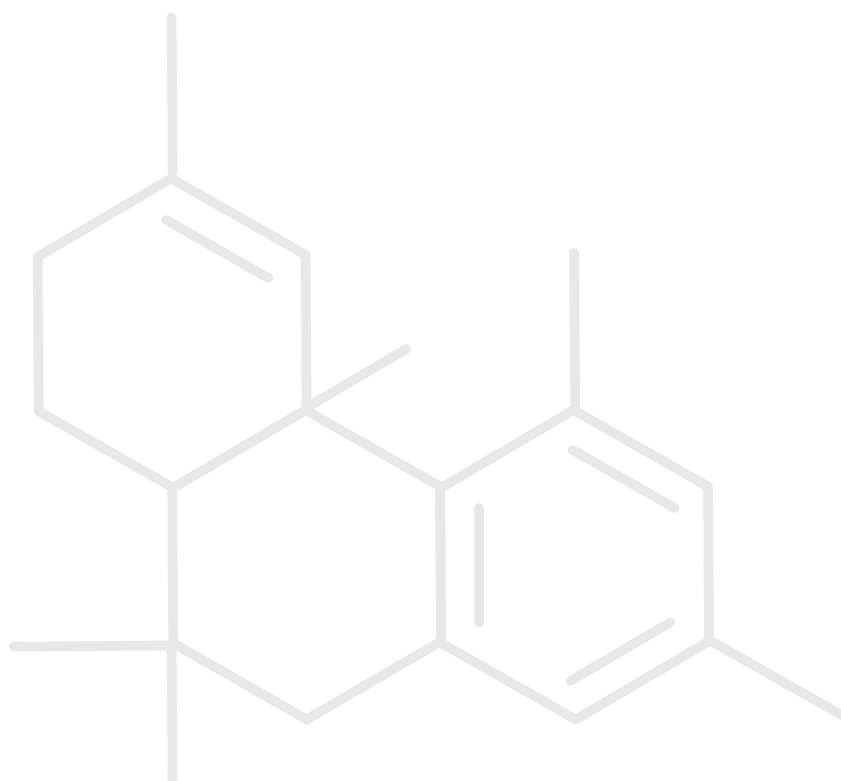
Medlemsstatene iverksetter tiltak for å hindre forsyningen av illegale stoffer med bakgrunn i tre FN-konvensjoner, som utgjør det internasjonale rammeverket for kontroll med produksjon, handel og besittelse av over 240 psykoaktive stoffer. Hvert land er forpliktet til å anse uautorisert forsyning som en kriminell handling. Det samme gjelder besittelse av narkotika til eget bruk, men med forbehold for landets "forfatningsprinsipper og de grunnleggende begrepene i landets rettssystem". Denne bestemmelsen er blitt tolket på ulike måter, noe som gjenspeiles i de mange ulike tilnærmingene som finnes på dette området i Europa og verden for øvrig.

Gjennomføringen av lover for å begrense forsyning og bruk av narkotika overvåkes gjennom data om rapporterte/ anmeldte narkotikalovbrudd. Antallet rapporterte lovbrudd knyttet til forsyning av narkotika har totalt sett økt siden 2006. Anslagsvis 230 000 slike lovbrudd ble rapportert i 2013, de fleste (57 %) knyttet til cannabis. Av de ca. 1,1 millioner lovbruddene knyttet til bruk eller besittelse av narkotika som ble rapportert samme år, gjaldt tre firedeler (76 %) cannabis.

## Stor variasjon i straffeutmålingspraksis i Europa

Uautorisert forsyning av narkotika er en forbrytelse i alle landene i Europa, men straffereaksjonene etter loven varierer mellom land. I enkelte land kan forsyningslovbrudd være omfattet av én enkelt vid strafferamme (inntil fengsel på livstid). Andre land opererer med et skille mellom mindre alvorlige og alvorlige forsyningslovbrudd, basert på faktorer som mengden eller typen stoff, med tilhørende maksimums- og minimumsstraffer. En scenarionalyse som nylig ble utført av EMCDDA, fant ingen klar sammenheng mellom maksimumsstraffene hjemlet i loven og straffene som retten idømte. Den fant også at strafferammene for narkotikatrafikk varierte landene imellom. For eksempel kan straffen for omsetning av 1 kg cannabis som førstegangslovbrudd variere fra under ett år i noen land til ti år i andre. På samme måte kan omsetning av 1 kg heroin føre til en straff på mellom 2 og 15 år, avhengig av landet.

**Antallet rapporterte lovbrudd knyttet til forsyning av narkotika har totalt sett økt siden 2006**



## Beslag av og kontroll med kjemiske utgangsstoffer

Utgangsstoffer, prekursorer, er kjemikalier som kan brukes i produksjonen av illegale stoffer, og å hindre spredning av slike stoffer er en viktig del av den internasjonale innsatsen mot illegal narkotikaproduksjon. De fleste utgangsstoffer er lovlig kjemikalier som brukes til industriformål, for eksempel i produksjonen av plast, legemidler og kosmetikk. Efedrin for eksempel — som er en ingrediens i legemidler mot forkjølelse og nesetetthet — kan brukes til å produsere metamfetamin. Produksjon av og handel med kjemiske utgangsstoffer kan ikke forbys ettersom det finnes lovlig formål for bruk av slike kjemikalier. Isteden kontrolleres utgangsstoffene ved å overvåke den lovlig produksjonen og handelen.

Data fra EU-medlemsstatene om beslag og stoppede forsendelser av kjemiske utgangsstoffer bekrefter at både listeførte og ikke-listeførte stoffer fortsatt brukes i produksjonen av illegale stoffer i EU (tabell 1.2). I 2013 ble over 48 000 kg av pre-prekursoren APAAN (alfa-fenylacetoacetonitril) beslaglagt etter nasjonal lovgivning, en mengde som ville vært nok til å produsere over 22 tonn amfetamin eller metamfetamin. For å gi rettshåndhevsorganene myndighet til å gjøre noe med dette stoffet, ble APAAN listeført som et kjemisk

utgangsstoff i henhold til EU-regelverket i desember 2013, og det ble oppført på de internasjonale listene i oktober 2014. Store beslag av prekursorer for MDMA bekrefter at storskala ecstasyproduksjon er tilbake i EU. I 2013 ble det beslaglagt 5 061 kg PMK (3,4-metylendioksyfenyl-2-propanon) og 13 836 liter safrol, som til sammen ville være nok til å produsere ca. 170 millioner ecstasytabletter.

Et nytt EU-regelverk ble innført i 2013 for å styrke kontrollen med handelen med enkelte utgangsstoffer, både innad i EU og mellom medlemsstatene og tredjestater. Blant tiltakene som ble innført, var strengere kontroll med omsetningen av eddiksyre, et kjemikalie som trengs for å produsere heroin, og med efedrin og pseudoefedrin, som er utgangsstoffer for metamfetamin. Det nye regelverket innførte også en ordning for rask respons på spredning av stoffer som ikke er listeført.

### TABELL 1.2

Sammendrag av beslag og stoppede forsendelser av prekursorer for utvalgte syntetiske stoffer produsert i Europa, 2013

Prekursor/pre-prekursor	Beslag		Stoppede forsendelser (¹)		TOTALT	
	Tilfeller	Mengde	Tilfeller	Mengde	Tilfeller	Mengde
<b>MDMA eller beslektede stoffer</b>						
PMK (liter)	12	5 061	0	0	12	5 061
Safrol (liter)	4	13 837	1	574	5	14 411
Isosafrol (liter)	1	10	0	0	1	10
Piperonal (kg)	5	5	5	1 400	10	1 404
PMK-glycidid/glycidat (kg)	5	2 077	0	0	5	2 077
<b>Amfetamin og metamfetamin</b>						
BMK (liter)	5	32	0	0	5	32
PAA, fenyleddiksyre (kg)	1	97	6	225	7	322
Efedrin, bulk (kg)	15	13	0	0	15	13
Pseudoefedrin, bulk (kg)	11	64	0	0	11	64
APAAN (kg)	71	48 802	0	0	71	48 802

(¹) En "stoppet" forsendelse er en forsendelse som er nektet sendt, holdt tilbake eller frivillig tilbakekalt av eksportøren på grunn av mistanke om spredning for ulovlige formål. Kilde: Europakommisjonen

## FINN UT MER

## Publikasjoner fra EMCDDA

## 2015

Heroin trafficking routes, Perspectives on Drugs.

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

The Internet and drug markets, Technical reports.

## 2014

Cannabis markets in Europe: a shift towards domestic herbal cannabis, Perspectives on Drugs.

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Risk assessment report of a new psychoactive substance: 1-cyclohexyl-4-(1, 2-diphenylethyl) piperazine (MT-45), Risk assessments.

Risk assessment of 4-methyl-5-(4-methylphenyl)-4, 5-dihydrooxazol-2-amine (4, 4'-dimethylaminorex, 4, 4'-DMAR), Risk assessments.

Report on the risk assessment of 1-(1, 3-benzodioxol-5-yl)-2-(pyrrolidin-1-yl)pentan-1-one (MDPV) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone (methoxetamine) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 2-(4-iodo-2, 5-dimethoxyphenyl)-N-(2-methoxybenzyl)ethanamine (25I-NBOMe) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 3, 4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide (AH-7921) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 4-methylamphetamine in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 5-(2-aminopropyl) indole in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

## 2013

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

## 2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

## 2011

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications, Trendspotter meeting reports.

Report on the risk assessment of mephedrone in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Responding to new psychoactive substances, Drugs in focus.

## 2010

Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines.

## Felles publikasjoner fra EMCDDA og Europol

## 2014

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

## 2013

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

## 2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

## 2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

Alle publikasjonene er tilgjengelige på [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)

# 2

**Cannabisbruk er rundt fem  
ganger mer utbredt enn bruk  
av andre stoffer**



# Narkotikabruk og narkotikarelaterte problemer

I en overordnet analyse av mønstre og trender for narkotikabruk og skadene forbundet med slik bruk er det nyttig å skille mellom tre hovedgrupper av stoffer: cannabisprodukter, diverse sentralstimulerende midler og opioider. Cannabisbruk er rundt fem ganger mer utbredt enn bruk av andre stoffer, og antallet brukere som inntas til behandling for cannabisproblemer, har økt de senere år. Mens heroin og andre opioider fortsatt er relativt lite brukt, er disse stoffene fortsatt forbundet med det meste av sykkeligheten, dødeligheten og kostnadene ved behandling knyttet til narkotikabruk i Europa.

## Overvåking av narkotikabruk og narkotikarelaterte problemer

EMCDDAs fem epidemiologiske nøkkelindikatorer danner grunnlaget for overvåkingen av narkotikabruk og -problemer i Europa. Disse indikatorene omfatter datasett som dekker anslag over rekreasjonsbruk (hovedsakelig basert på spørreundersøkelser), høyrisikobruk, narkotikarelaterte dødsfall, smittsomme sykdommer og inntak til behandling for narkotikabruk. Sammen utgjør de grunnpilarene for den europeiske analysen av trender og utviklinger i narkotikabruk og relaterte helseskader. Teknisk informasjon om indikatorene finnes på EMCDDAs nettsted under nøkkelindikatorer og i statistiske opplysninger på nett. I dette kapitlet suppleres data fra nøkkelindikatorene med ytterligere data fra kontaktpunktene i Reitox-nettet og andre kilder.

Narkotikabruk kjennetegnes også av ulike bruksmønstre, fra engangstilfeller og eksperimentell bruk, til avhengighet. All narkotikabruk er generelt vanligere blant menn, og forskjellen blir gjerne større ved mer intensiv eller regelmessig bruk. Ulike bruksmønstre er også forbundet med ulike nivåer av og typer skade, og hyppigere bruk, høyere doser og samtidig bruk av flere stoffer og sprøytebruk er forbundet med forhøyet risiko.

## Nesten én av fire europeere har prøvd et illegalt stoff

Det er anslått at over 80 millioner voksne, eller nesten en firedel av den voksne befolkningen i EU, har prøvd et ulovlig narkotisk stoff på et eller annet tidspunkt i livet. I de fleste tilfellene gjelder dette cannabis (75,1 millioner), mens anslagene er lavere for livstidsbruk av kokain (14,9 millioner), amfetaminer (11,7 millioner) og MDMA (11,5 millioner). Tallene for livstidsbruk varierer betraktelig fra land til land, fra rundt en tredel av alle voksne i Danmark, Frankrike og Storbritannia, til 8 % eller færre enn én av ti i Bulgaria, Romania og Tyrkia.

## Cannabisbruk: øker i Norden

Cannabis er det illegale rusmiddelet som har høyest sannsynlighet for å bli prøvd av alle aldersgrupper. Stoffet blir for det meste røykt og i Europa ofte blandet med tobakk. Bruksmønstrene for cannabis varierer fra det sporadiske til det regelmessig og avhengighetspregede.

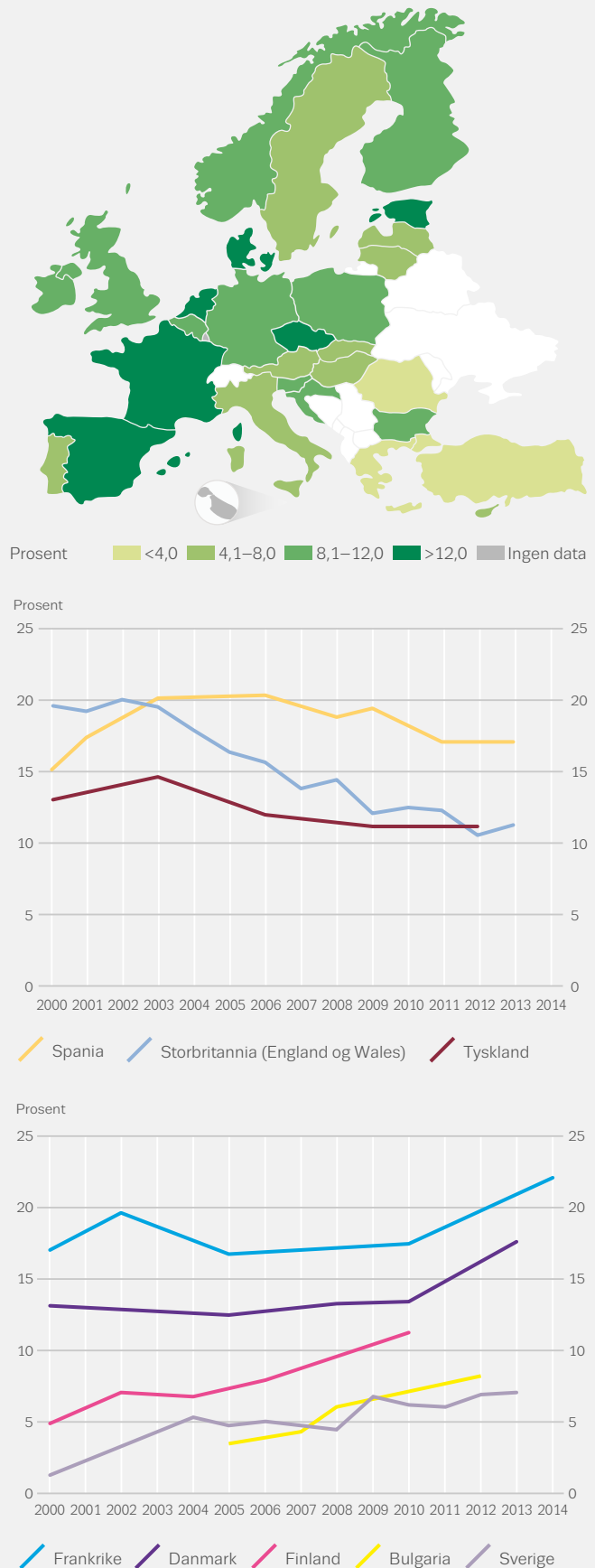
Anslagsvis 14,6 millioner unge europeere (i alderen 15–34) eller 11,7 % av denne aldersgruppen har brukt cannabis det siste året. Av disse var 8,8 millioner i aldersgruppen 15–24 år (15,2 % av denne aldersgruppen).

Mange land har nå tilstrekkelige data til å foreta en statistisk analyse av langtidstrender for cannabisbruk blant unge voksne (15–34 år). Befolkningsundersøkelser i Tyskland, Spania og Storbritannia rapporterer om synkende eller stabile prevalensnivåer for cannabis det siste tiåret. Til sammenligning rapporteres det om økt prevalens i Bulgaria, Frankrike og tre av de nordiske landene (Danmark, Finland, Sverige). I tillegg rapporterer Norge om en økning til rekordhøye 12 % i sin seneste undersøkelse, selv om tidsserien ikke er tilstrekkelig til å foreta en statistisk analyse av trender.

Sett under ett viser de nyeste undersøkelsene fortsatt sprikende mønstre i siste års cannabisbruk (figur 2.1). Av de landene som har gjennomført undersøkelser siden 2012, rapporterte fire om lavere estimater, mens to var stabile og åtte rapporterte om høyere estimater enn i tidligere sammenlignbare undersøkelser. Få av de nasjonale undersøkelsene rapporterer om bruk av syntetiske cannabinoider, og der de gjør det, er prevalensnivåene for siste år generelt lave.

FIGUR 2.1

Prevalens av cannabisbruk siste år blant unge voksne (15–34): nyeste data (øverst), land med statistisk signifikante trender (midten og nederst)



## Cannabisbruk blant skoleelever

Kartlegging av rusmiddelbruk blant skoleelever gir viktig informasjon om risikoatferd blant dagens ungdom.

I Europa gir Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD) innsikt i trender over tid for rusmiddelbruk blant 15–16-åringene. Resultatet av den nyeste datainnsamlingen (2011) viser at cannabis sto for mesteparten av den illegale rusmiddelbruken i denne gruppen, idet gjennomsnittlig 24 % rapporterte å ha brukt stoffet minst én gang, fra 5 % i Norge til 42 % i Tsjekkia. Bruken av andre illegale rusmidler enn cannabis var mye mindre utbredt.

I de syv landene som rapporterer å ha gjennomført nasjonale skoleundersøkelser etter ESPAD-studien (2011), er trendene for prevalensen av cannabisbruk blant skoleelever svært varierende.

## Bekymring for cannabisbrukere

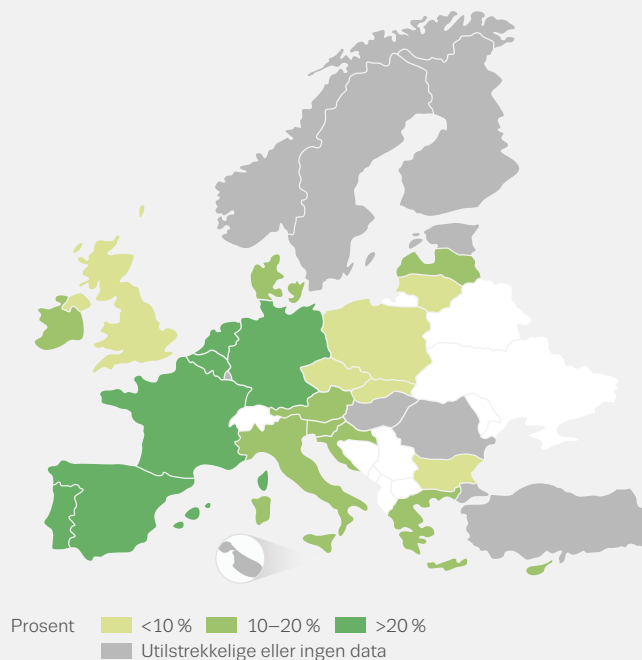
Et mindretall av cannabisbrukerne bruker stoffet intensivt. Daglig eller nesten daglig bruk defineres som bruk 20 eller flere dager den siste måneden. Det er på bakgrunn av generelle befolkningsundersøkelser estimert at nesten 1 % av voksne europeere bruker cannabis daglig eller nesten daglig. Rundt tre firedeler av disse er i aldersgruppen 15–34 år, og mer enn tre firedeler er menn.

Selv om daglig cannabisbruk er sjelden i befolkningen generelt, hadde rundt en firedel av de om lag 3 % av voksne (15–64 år) som hadde brukt cannabis den siste måneden, brukt stoffet daglig eller nesten daglig. Denne andelen varierer i stor grad landene imellom (se figur 2.2). I de landene som har gjennomført mange nok undersøkelser til å kunne identifisere trender, har andelen daglige eller nesten daglige brukere vært stabil det siste tiåret.

Cannabis er det stoffet som oftest blir rapportert som hovedårsaken til å påbegynne behandling for narkotikabruk blant førstegangsklienter i Europa, selv om det er betydelig variasjon i hva som anses som behandling for cannabisbrukere. Det totale antall rapporterte førstegangsklienter steg fra 45 000 til 61 000 mellom 2006 og 2013. Cannabis var det nest hyppigst rapporterte

FIGUR 2.2

Andel av cannabisbrukere som oppgir bruk siste måned (15–64), og som bruker stoffet daglig eller nesten daglig



stoffet blant alle som påbegynte behandling i 2013 (123 000, 29 %), inkludert klienter som tidligere har vært i behandling. Det er imidlertid store forskjeller landene imellom, og tallene for alle som inntas til behandling med cannabis som hovedårsak, varierer fra 3 % i Litauen til over 60 % i Danmark og Ungarn. Flere faktorer kan bidra til denne variasjonen. For eksempel er om lag en firedel av dem som påbegynner behandling i Europa, henvist til behandling av strafferettssystemet (23 000). Tallet varierer fra under 5 % av cannabis klientene i Bulgaria, Estland, Latvia og Nederland til over 80 % i Ungarn.

**Cannabis er det stoffet som oftest rapporteres som hovedårsaken til å påbegynne behandling for narkotikabruk blant førstegangsklienter i Europa**



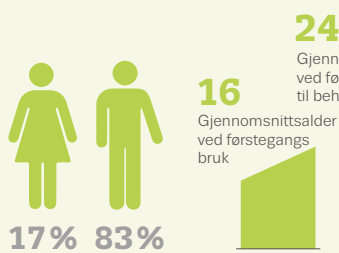
## Akuttinnleggelser forbundet med cannabis

Selv om det riktignok forekommer sjelden, kan bruk av cannabis føre til medisinske akuttsituasjoner, særlig ved høye doser. I land med høyere prevalensnivåer står cannabis for en betydelig andel av alle narkotikarelaterte akuttsituasjoner. En fersk studie fant en økning i antallet cannabisrelaterte akuttsituasjoner mellom 2008 og 2012 i 11 av de 13 europeiske landene som ble analysert. I Spania, for eksempel, har antallet akuttsituasjoner forbundet med cannabis økt fra 1 589 (25 % av alle narkotikarelaterte akuttsituasjoner) i 2008 til 1 980 (33 %) i 2011.

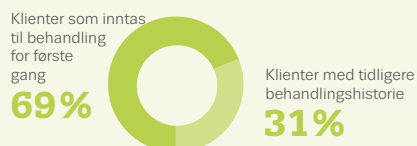
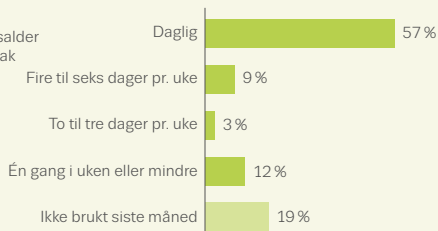
Nettverket European Drug Emergencies Network (EuroDEN), som registrerer narkotikarelaterte henvendelser til 16 akuttavdelinger i 10 europeiske byer, rapporterer at mellom 10 % og 48 % (gjennomsnittlig 16 %) av alle narkotikarelaterte akuttsituasjoner var knyttet til cannabis, selv om andre stoffer var til stede i 90 % av tilfellene. Det vanligste var at cannabis ble funnet sammen med alkohol, benzodiazepiner og sentralstimulerende midler. De hyppigst rapporterte problemene var nevrologiske reaksjoner som sterk uro, aggresjon, psykose og angst, og oppkast. I de fleste tilfellene ble pasientene utskrevet uten at de trengte innleggelse.

## CANNABISBRUKERE SOM PÅBEGYNNER BEHANDLING

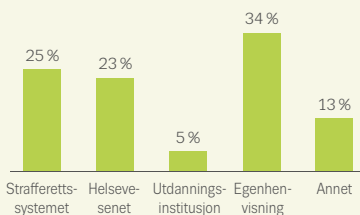
### Karakteristika



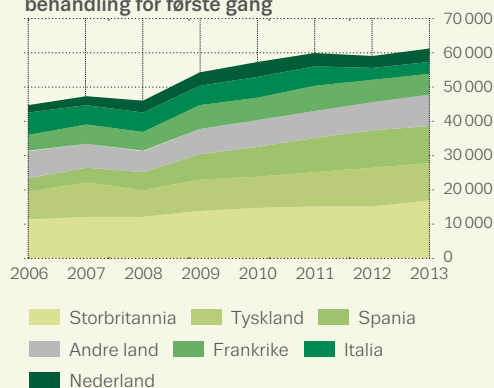
### Bruksfrekvens siste måned



### Henvissingskilde



### Trender blant klienter som inntas til behandling for første gang



NB: Tallene gjelder alle klienter som påbegynner behandling med cannabis som primærmedisinalmiddel. Trendene gjelder klienter som inntas til behandling for første gang, med cannabis som primærmedisinalmiddel. De ulike indikatorene dekker ulike land. Henvissingskilde: "strafferettssystemet" dekker rettsinstanser, politi og fromsorg, "helsevesenet" dekker allmennleger, andre narkotikabehandlingssentre og helse-, medisinske og sosiale tjenester, "egenhenvisning" omfatter klienten selv samt familie og venner.

### Kokain: det mest brukte sentralstimulerende middelet i Europa

Kokainpulver blir for det meste sniffet og noen ganger også injisert, mens crack som regel blir røykt. Blant regelmessige brukere kan det trekkes et grovt skille mellom mer sosialt integrerte brukere, som ofte sniffer kokain i pulverform til rekreasjonsbruk, og marginaliserte brukere, som injiserer eller røyker kokain, ofte i kombinasjon med opioider. Regelmessig kokainbruk har vært assosiert med avhengighet, hjerte- og karproblemer, nevrologiske og psykiske helseproblemer og med forhøyet risiko for ulykker. Kokaininjisering og bruk av crack er assosiert med størst helseisiko, herunder risiko for overføring av smittsomme sykdommer.

Kokain er det mest brukte illegale sentralstimulerende rusmiddelet i Europa, selv om flesteparten av brukerne befinner seg i et begrenset antall land. Dette gjenspeiles i undersøkelsesdata som viser at kokainbruk er mer utbredt i Sør- og Vest-Europa.

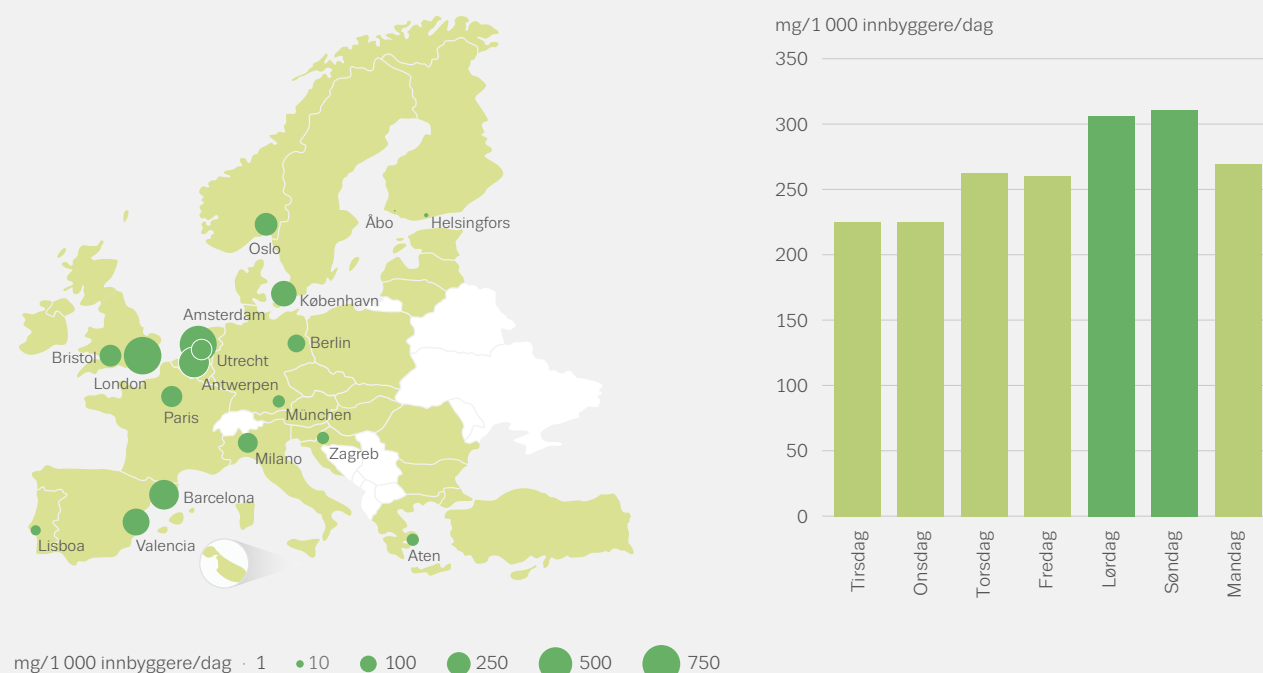
Det er anslått at rundt 2,3 millioner unge voksne i alderen 15–34 år (1,9 % av denne aldersgruppen) har brukt kokain

det siste året. Mange kokainbrukere bruker stoffet til rekreasjon, og oftest i helger og ferier. Data fra analyser av avløpsvann utført i forbindelse med en europeisk studie gjennomført i flere byer i 2014, viser forskjeller i bruk fra dag til dag. Det ble funnet høyere konsentrasjoner av benzoylecgonin — den viktigste kokainmetabolitten — i prøvene som ble samlet inn i helgen (figur 2.3).

Bare noen få land rapporterer om kokainbruk siste år blant unge voksne på mer enn 3 % (figur 2.4). Blant disse landene hadde Spania og Storbritannia statistisk signifikante økninger i prevalens frem til 2008, mens trenden har stabilisert seg eller vist en nedgang i tiden etter. Irland og Danmark har en prevalens på under 3 % og rapporterer om en nedgang i de nyeste dataene, men dette har ennå ikke avtegnet seg i statistikken. Franske undersøkelser frem til 2014 viser på den annen side en økende trend i bruk.

FIGUR 2.3

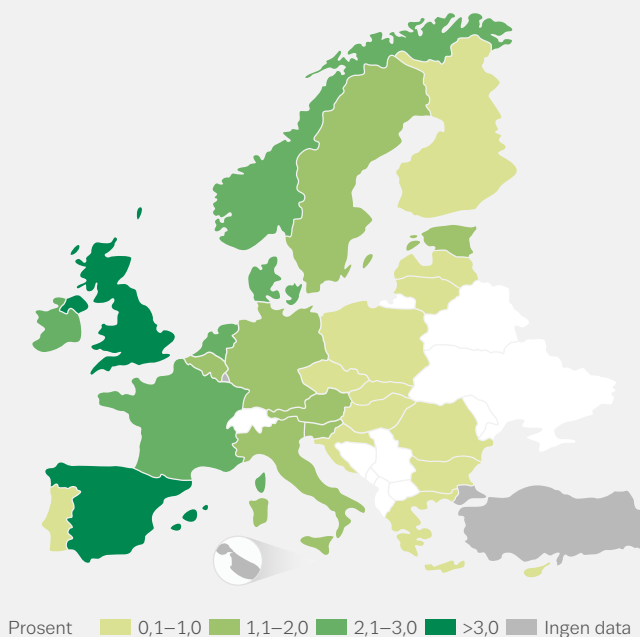
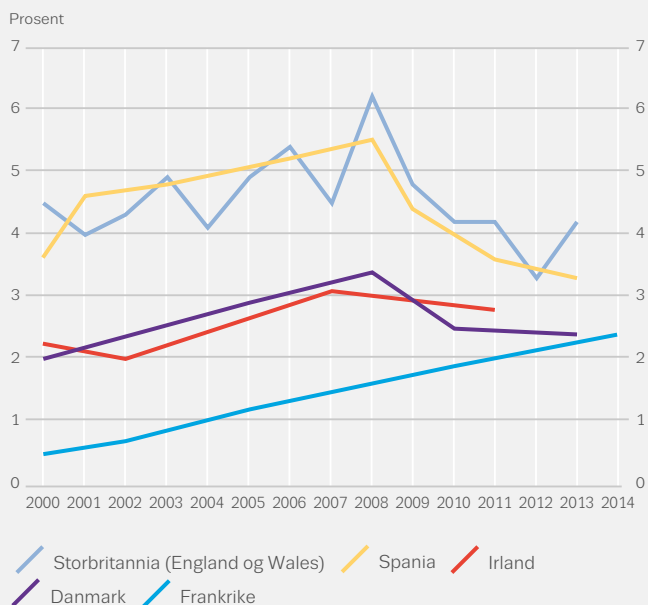
Kokainrester i avløpsvannet: utvalgte europeiske byer (venstre) og daglig gjennomsnitt (høyre)



NB: Gjennomsnittlig daglig mengde kokain i milligram pr. 1 000 innbyggere. Prøvetakingen ble utført i utvalgte europeiske byer i løpet av en uke i 2014. Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

## FIGUR 2.4

Prevalens av kokainbruk siste år blant unge voksne (15–34): utvalgte trender (venstre) og nyeste data (høyre)



I de nyeste dataene kan det observeres en nedgang i kokainbruken. Blant landene som har gjennomført undersøkelser siden 2012, rapporterer ni om lavere estimater og fire om høyere estimater enn i den forrige sammenlignbare undersøkelsen.

### Fortsatt synkende etterspørsel etter behandling for kokainbruk

Det er vanskelig å måle hvor utbredt problematiske former for kokainbruk er i Europa ettersom bare fire land har nyere anslag, som det av metodologiske årsaker er vanskelig å sammenligne. I 2012 ble "kokainavhengighet" blant voksne i Tyskland anslått til 0,20 %, mens Italia i 2013 utarbeidet et estimat for "personer med behov for behandling for kokainbruk" på 0,23 %, og Spania anslo "høyrisiko kokainbruk" til 0,29 %. Storbritannia estimerte crack-bruk i den voksne befolkningen i England til 0,48 % i 2011–12, og de fleste av disse var også opioidbrukere.

Kokain ble oppgitt som primærrusmiddel av 14 % av alle klienter som påbegynte behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet i 2013 (55 000), og av 16 % av dem som påbegynte behandling for første gang (25 000). Det er forskjeller landene imellom. Ifølge rapportene har tre land (Spania, Italia, Storbritannia) over 70 % av alle kokainklientene i Europa. I de nyeste dataene har antallet kokainklienter som påbegynner behandling for første gang, stabilisert seg på rundt 24 000. Det er en nedgang fra et toppnivå på 38 000 i 2008. I 2013 oppga 6 000 klienter som påbegynte behandling for første gang, crack som primærrusmiddel. Av disse sto Storbritannia for mer enn halvparten (3 500), og Spania, Frankrike og Nederland for det meste av resten (2 200).

Det er utfordrende å tolke tilgjengelige data for dødsfall forbundet med kokain, delvis fordi stoffet kan være en faktor i enkelte dødsfall som tilskrives hjerte- og

karproblemer. Uansett ble det rapportert over 800 dødsfall relatert til kokainbruk i 2013 (tall fra 27 land). De fleste tilskrives overdose, der det i mange tilfeller også ble funnet andre stoffer, hovedsakelig opioider. Problemet med datakvaliteten betyr at det ikke er mulig å kommentere trender på europeisk nivå. En del land har imidlertid noe informasjon tilgjengelig. For eksempel økte antallet dødsfall der kokain ble påvist fra 174 til 215 i Storbritannia og fra 19 til 29 i Tyrkia mellom 2012 og 2013.

### Amfetaminer: stabil bruk i mange land

Både amfetamin og metamfetamin, to nært beslektede sentralstimulerende midler, brukes i Europa, selv om amfetamin er klart mest brukt. Historisk har bruken av metamfetamin vært begrenset til Tsjekia, og mer nylig Slovakia, selv om det nå er ting som tyder på økt bruk i andre land. I enkelte datasett er det ikke mulig å skille mellom de to stoffene. I så tilfelle brukes "amfetaminer" som en samlebetegnelse.

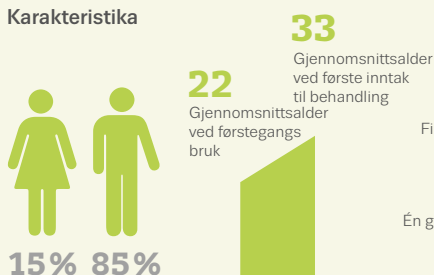
Begge stoffene kan inntas peroralt eller sniffes, men injeksjon er også vanlig blant høyrisikobrukere i en del land. Metamfetamin kan også røykes, men denne inntaksmåten er ikke vanlig i Europa.

Amfetaminer kan gi alvorlige helseproblemer som lungeproblemer og kardiovaskulære, neurologiske og

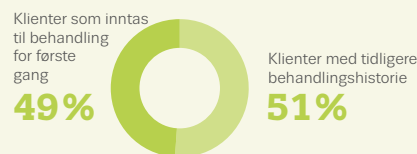
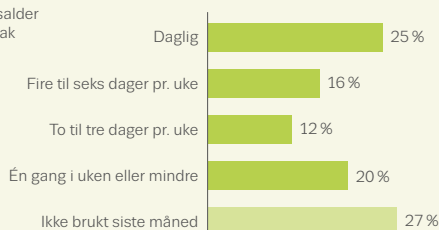
**Det ble rapportert over 800 dødsfall forbundet med kokainbruk i 2013**

## KOKAINBRUKERE SOM PÅBEGYNNER BEHANDLING

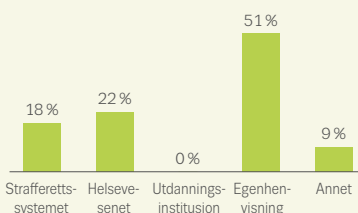
### Karakteristika



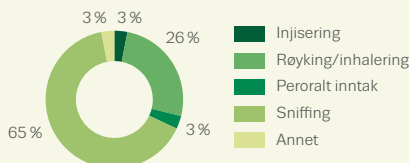
### Bruksfrekvens siste måned



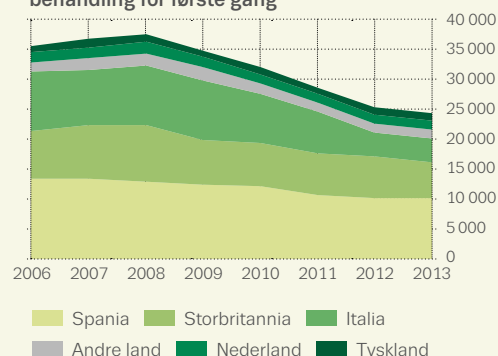
### Henvissingskilde



### Administrasjonsvei



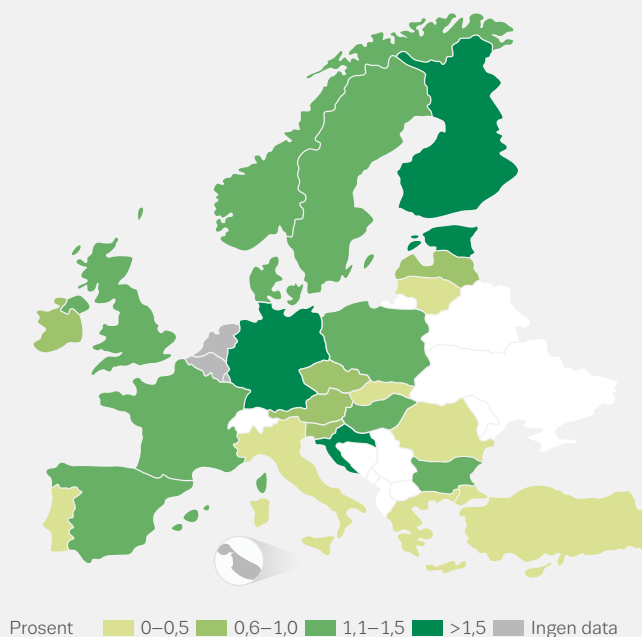
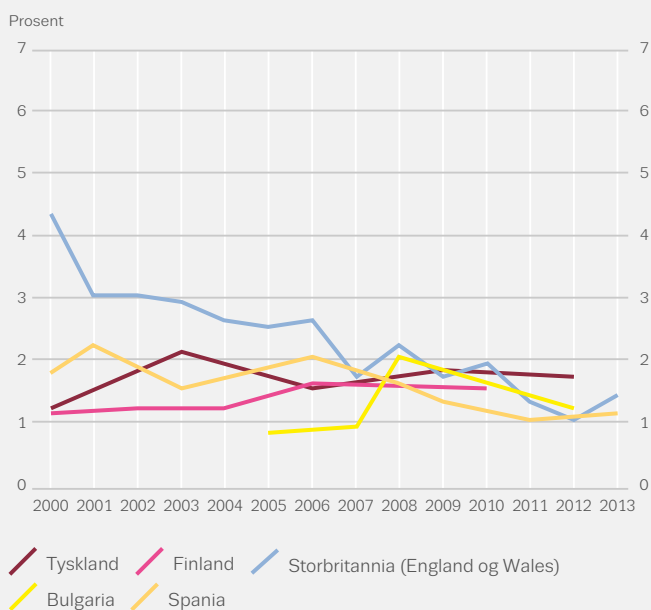
### Trender blant klienter som inntas til behandling for første gang



NB: Tallene gjelder alle klienter inntatt til behandling med kokain/crack som primærussmiddel. Trendene gjelder klienter som inntas til behandling for første gang, med kokain/crack som primærussmiddel. De ulike indikatorene dekker ulike land. Henvissingskilde: "strafferettssystemet" dekker rettsinstanser, politi og friomsorg, "helsevesenet" dekker allmennleger, andre narkotikabehandlingssentre og helse-, medisinske og sosiale tjenester, "egenhenvisning" omfatter klienten selv samt familie og venner.

FIGUR 2.5

Prevalens av amfetaminbruk siste år blant unge voksne (15–34): utvalgte trender (venstre) og nyeste data (høyre)



psykiske helseproblemer, samtidig som injisering (som ved andre stoffer) også er en risikofaktor for smittsomme sykdommer. I likhet med andre sentralstimulerende midler kan dødsfall relatert til amfetaminer være vanskelig å identifisere. Det rapporteres imidlertid om noen få tilfeller hvert år.

Anslagsvis 1,3 millioner (1,0 %) unge voksne (15–34) brukte amfetaminer i løpet av det siste året. De nyeste nasjonale prevalensestimater varierer fra 0,1 % til 1,8 % (figur 2.5). Tilgjengelige data tyder på at de fleste europeiske land har opplevd en relativt stabil situasjon når det gjelder trender for bruk siden rundt år 2000. Unntakene er Spania og Storbritannia, som har hatt en statistisk signifikant nedgang i prevalens siden 2000.

### Nye mønstre for problematisk bruk av amfetaminer

Langvarig, kronisk sprøytebruk av amfetamin er et problem som tradisjonelt har vært mest registrert i nordeuropeiske land, mens langvarige metamfetaminproblemer har vært mest fremtredende i Tsjekkia og Slovakia. Disse landene rapporterer om estimater for problematisk bruk blant voksne (15–64) på rundt 0,48 % i Tsjekkia (2013) og 0,21 % i Slovakia (2007). I Tsjekkia ble det observert en markant økning i problematisk bruk eller høyriskobruk av metamfetamin, hovedsakelig sprøytebruk, mellom 2007 og 2013 (fra rundt 20 000 til over 34 000). Det er nylig kommet indikasjoner på at metamfetamin spres seg til andre land og nye befolkningsgrupper, og bruk av stoffet rapporteres i land som grenser til Tsjekkia (Tyskland, Østerrike), i deler av Sør-Europa (Hellas, Kypros, Tyrkia) og i nordeuropeiske land (Latvia, Norge). Det kommer fortsatt rapporter om det nye mønsteret for metamfetaminbruk fra



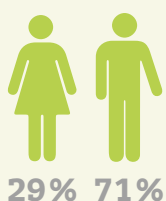


en rekke europeiske land, der stoffet blir injisert, ofte sammen med andre sentralstimulerende midler, blant mindre grupper av menn som har sex med menn. Slike såkalte "slamming"-fester ("slamming" er slang for injisering) gir grunn til bekymring på grunn av den doble risikoen forbundet med både narkotikabruk og seksuell atferd.

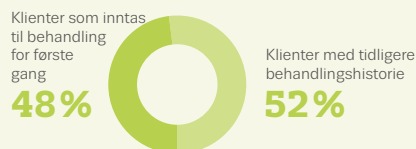
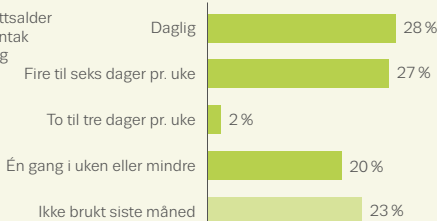
Rundt 7 % av klientene som påbegynte behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet i Europa i 2013, oppga amfetaminer (amfetamin og metamfetamin) som sitt primærrusmiddel. Dette utgjør ca. 29 000 klienter, hvorav 12 000 påbegynte behandling for første gang. I Tyskland, Latvia og Polen utgjør brukere med amfetamin som primærrusmiddel en betydelig andel av dem som påbegynner behandling for første gang. Klienter som oppgir metamfetamin som primærrusmiddel, er for en stor del konsentrert i Tsjekia og Slovakia. Til sammen utgjør disse 95 % av de 8 000 metamfetaminklientene i Europa. Tyskland, Tsjekia og Slovakia står for det meste av økningen i antallet klienter som påbegynner behandling for første gang for amfetaminer.

## AMFETAMINBRUKERE SOM PÅBEGYNNER BEHANDLING

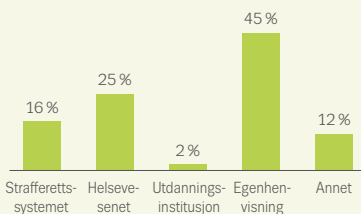
### Karakteristika



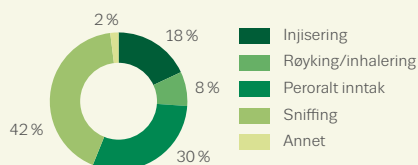
### Bruksfrekvens siste måned



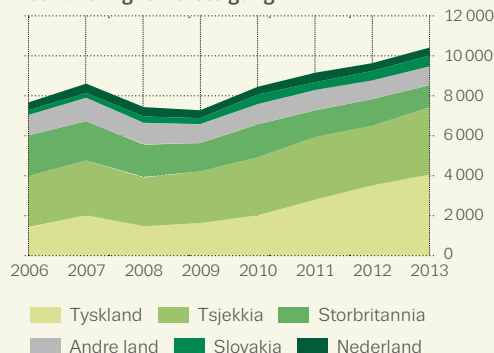
### Henvissingskilde



### Administrasjonsvei



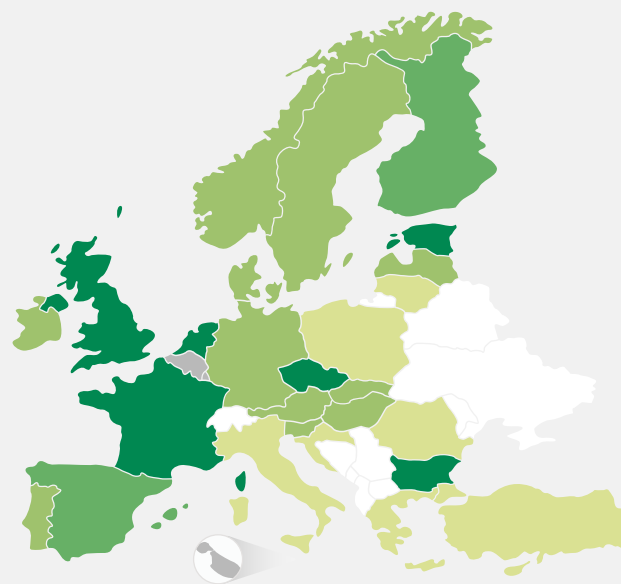
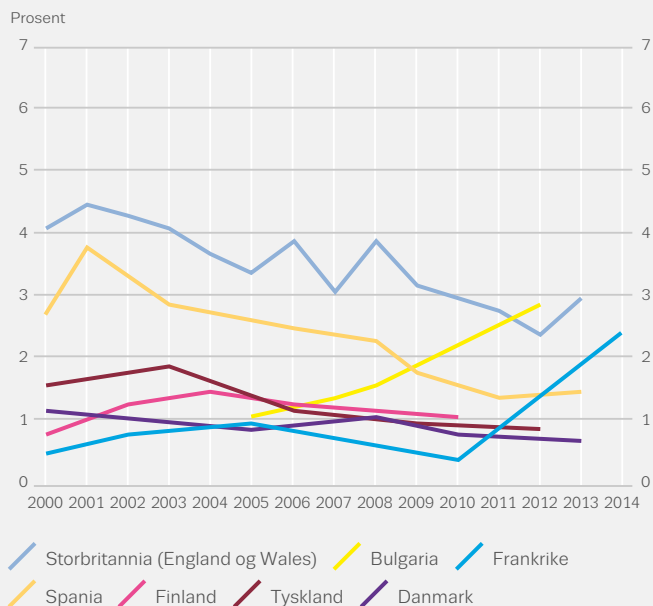
### Trender blant klienter som inntas til behandling for første gang



NB: Tallene gjelder alle klienter inntatt til behandling med amfetaminer som primærrusmiddel. Trendene gjelder klienter som inntas til behandling for første gang, med amfetaminer som primærrusmiddel. De ulike indikatorene dekker ulike land. Henvissingskilde: "strafferettssystemet" dekker rettsinstanser, politi og friomsorg, "helsevesenet" dekker allmennleger, andre narkotikabehandlingsstener og helse-, medisinske og sosiale tjenester, "egenhenvisning" omfatter klienten selv samt familie og venner.

FIGUR 2.6

Prevalens av ecstasybruk siste år blant unge voksne (15–34): utvalgte trender (venstre) og nyeste data (høyre)



Prosent 0–0,5 0,6–1,0 1,1–2,0 >2,0 Ingen data

### Bruk av MDMA/ecstasy

MDMA (3,4-metylendioksymetamfetamin) inntas vanligvis i form av ecstasytabletter, men ses stadig oftere i pulver eller krystallform. Vanligvis svelges tablettene, mens stoffet i pulverform også inntas ved sniffing (nasalt). Bruken av dette stoffet er forbundet med problemer som akutt hypertermi (overoppheting), økt hjerterytme og multiorgansvikt, og langvarig bruk har vært forbundet med lever- og hjerteproblemer. Dødsfall assosiert med MDMA forekommer relativt sjelden og skyldes noen ganger andre stoffer solgt som MDMA. Den senere tid har det kommet meldinger om akutte problemer knyttet til tabletter og pulver som inneholder høye doser av MDMA. I tillegg ble det i 2014 sendt ut varsel om ecstasytabletter som inneholdt høye konsentrasjoner av PMMA — et stoff hvis risikoprofil gir grunn til bekymring.

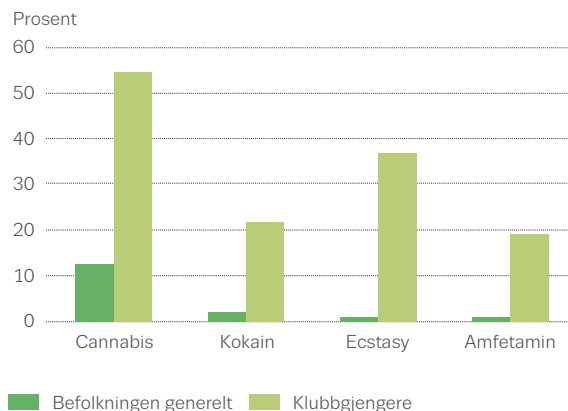
De fleste europeiske undersøkelser har historisk sett heller samlet inn data om ecstasybruk enn om MDMA-bruk. Man anslår at 1,8 millioner unge voksne (15–34 år) har brukt ecstasy i løpet av det siste året (1,4 % av denne aldersgruppen), mens nasjonale estimater varierer fra under 0,1 % til 3,1 %. Blant landene som har tilstrekkelig med data til å kunne utarbeide statistikk over trender, har Tyskland, Spania og Storbritannia observert en nedgang i prevalens siden 2000. Danmark har observert liknende mønstre, men tallene er forbundet med større statistisk usikkerhet (figur 2.6). På den annen side fortsetter Bulgaria å rapportere økende prevalensestimater. Resultatene

varierer blant de landene som har produsert undersøkelser siden 2012: seks rapporterte om lavere prevalensestimater, og seks rapporterte om høyere estimater enn i tidligere sammenlignbare undersøkelser. Det er sjelden ecstasybruk oppgis som årsak til behandling for narkotikabruk. Stoffet var primærrusmiddel for under 1 % (rundt 600 tilfeller) av alle som påbegynte behandling for første gang i 2013.

**De fleste europeiske undersøkelser har historisk sett heller samlet inn data om ecstasybruk enn om MDMA-bruk**

FIGUR 2.7

Siste års prevalens blant unge voksne (15–34): befolkningen generelt og klubbgjengere (10 land)



Kilder: Global Drug Survey 2014 og de nyeste befolkningsundersøkelserne for følgende land: Belgia, Tyskland, Irland, Spania, Frankrike, Ungarn, Nederland, Østerrike, Portugal, Storbritannia. Amfetaminer: minus Belgia og Nederland. Ecstasy: minus Nederland.

### GHB, ketamin og hallusinogener: fortsatt grunn til bekymring i noen land

En rekke andre psykoaktive stoffer med hallusinogene, bedøvende og beroligende egenskaper brukes i Europa, inklusive LSD (lysergysyredietylamid), ketamin, GHB (gammahydroksybutyrat) og hallusinogene sopper.

De siste 20 årene har det kommet rapporter om rekreasjonsbruk av ketamin og GHB (herunder prekursorer GBL, gammabutyrolakton) i undergrupper av narkotikabrukere i Europa. Samtidig øker erkjennelsen av helseproblemer disse stoffene kan medføre, for eksempel blæreskader som assosieres med langvarig bruk av ketamin. Bevisstløshet, abstinenssymptomer og avhengighet er risikoer forbundet med bruk av GHB. Søknader om behandling knyttet til GHB er rapportert i Belgia, Nederland og Storbritannia.

Nasjonale estimater, der slike finnes, tyder på at prevalensen av bruk av GHB og ketamin fremdeles er lav, både i den voksne befolkningen og blant skoleelever. I de nyeste undersøkelsene rapporterer Norge om siste års prevalens av GHB-bruk på 0,1 % blant voksne (16–64 år), mens Danmark og Spania rapporterer om siste års prevalens av ketaminbruk på 0,3 % blant unge voksne (15–34 år), og Storbritannia rapporterer om siste års prevalens av ketaminbruk på 1,8 % blant 16–24-åringene, en trend som har vært stabil siden 2008.

Prevalensnivåene for bruk av hallusinogene sopper og LSD i Europa har generelt vært stabilt lave i en årrekke. Blant unge voksne (15–34 år) viser nasjonale undersøkelser en siste års prevalens på under 1 % for begge stoffene.

### Høyere nivåer av narkotikabruk blant klubbgjengere

Det er et velkjent faktum at enkelte sosiale miljøer er særlig forbundet med høye nivåer av narkotika- og alkoholbruk. Undersøkelser blant unge som frekventerer utelivsmiljøer, viser typisk høyere nivåer av narkotikabruk enn i befolkningen generelt. Dette fremgår av informasjon fra den nettbaserte undersøkelsen Global Drug Survey, der EMCDDA har bestilt en separat analyse av narkotikabruk blant unge voksne som selv oppgir at de regelmessig går på nattklubb (definert som minst hver tredje måned). Analysen ble utført i et utvalg på 25 790 unge i aldersgruppen 15–34 i ti europeiske land. Det bør nevnes at dette er et ikke-representativt, selvselektert utvalg som har svart på en nettbasert narkotikaundersøkelse, og resultatene må derfor behandles med varsomhet. Avhengig av stoff var siste års prevalens i dette utvalget

mellom 4 og nesten 25 ganger høyere enn i samme aldersgruppe i befolkningen generelt i EU. Hvis vi grupperer landene for hvert enkelt stoff og sammenligner med det vektete gjennomsnittet fra generelle befolkningsundersøkelser (GPS), oppgir rundt 55 % av regelmessige klubbgjengere bruk av cannabis siste år (vektet gjennomsnitt i GPS 12,9 %) og høye tall for andre stoffer: kokain 22 % (GPS 2,4 %), amfetaminer 19 % (GPS 1,2 %), ecstasy 37 % (GPS 1,5 %) (figur 2.7). Det ble også rapportert om høye nivåer for siste års prevalens av andre stoffer i denne gruppen, herunder ketamin (11 %), mefedron (3 %), syntetiske cannabinoider (3 %) og GHB (2 %).

Et lite antall klubbgjengere rapporterte om problemer med bruk av narkotika, og cannabis og ecstasy var de stoffene som oftest var assosiert med akutsituasjoner som disse presenterte.

### Bruk av "legal highs" blant unge voksne

Det er vanskelig å si noe sikkert om hvor utbredt bruken av nye psykoaktive stoffer er i Europa. Der nasjonale undersøkelser inneholder spørsmål om disse stoffene, betyr mangelen på en felles metode at dataene sjelden kan sammenlignes landene imellom, og definisjonsproblemer gjør ting enda mer komplisert, særlig ettersom stoffenes rettslige status kan endre seg raskt. Litt innsikt i disse stoffene har vi likevel fått gjennom Flash Eurobarometer-undersøkelsen om ungdom og narkotika for 2014, en telefonbasert undersøkelse blant 13 128 unge voksne i alderen 15–24 i EUs 28 medlemsstater. På spørsmål om hvordan de oppfattet tilgjengeligheten av

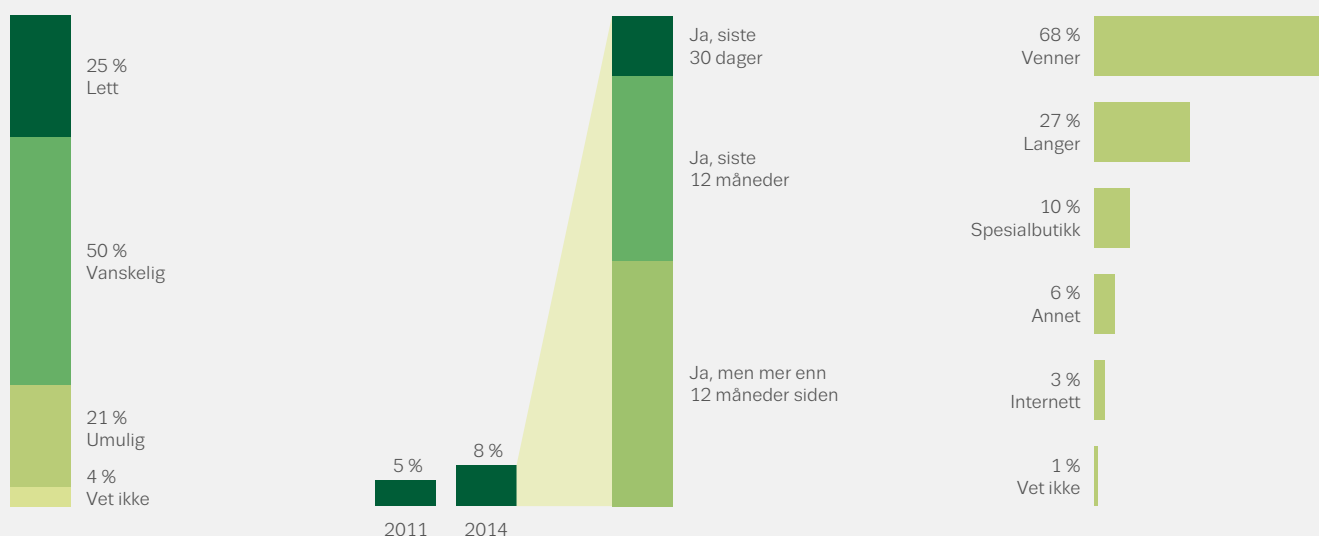
## FIGUR 2.8

## Tilgjengelighet og bruk av "legal highs", definert som nye stoffer som etterlikner virkningen av illegale stoffer

Hvor lett eller vanskelig ville det være for deg å få tak i slike stoffer innen 24 timer?

Har du noen gang brukt slike stoffer?

Når det gjelder din bruk av disse stoffene de siste 12 månedene, hvor fikk du tak i dem?



Kilde: Flash Eurobarometer 401.

stoffene, mente to tredeler av respondentene at det ville være vanskelig eller umulig å skaffe seg "legal highs" — definert som nye stoffer som etterlikner virkningen av illegale stoffer. Selv om spørsmålene hovedsakelig gikk på holdninger, omfattet Eurobarometerundersøkelsen også et spørsmål om bruken av "legal highs". Disse dataene er per i dag den eneste kilden til informasjon som dekker hele EU, selv om man av metodologiske årsaker bør tolke resultatene med varsomhet. Generelt rapporterte 8 % av respondentene at de hadde brukt "legal highs" noen gang, mens 3 % rapporterte bruk siste år (figur 2.8). Dette utgjør en økning fra de 5 % som rapporterte bruk noen gang i en liknende undersøkelse i 2011. De høyeste nivåene for bruk siste år ble rapportert av unge i Irland (9 %), mens det ikke ble rapportert om bruk av "legal highs" siste år i utvalgene fra Kypros og Malta. Av dem som rapporterte bruk siste år, hadde 68 % fått stoffet av en venn.

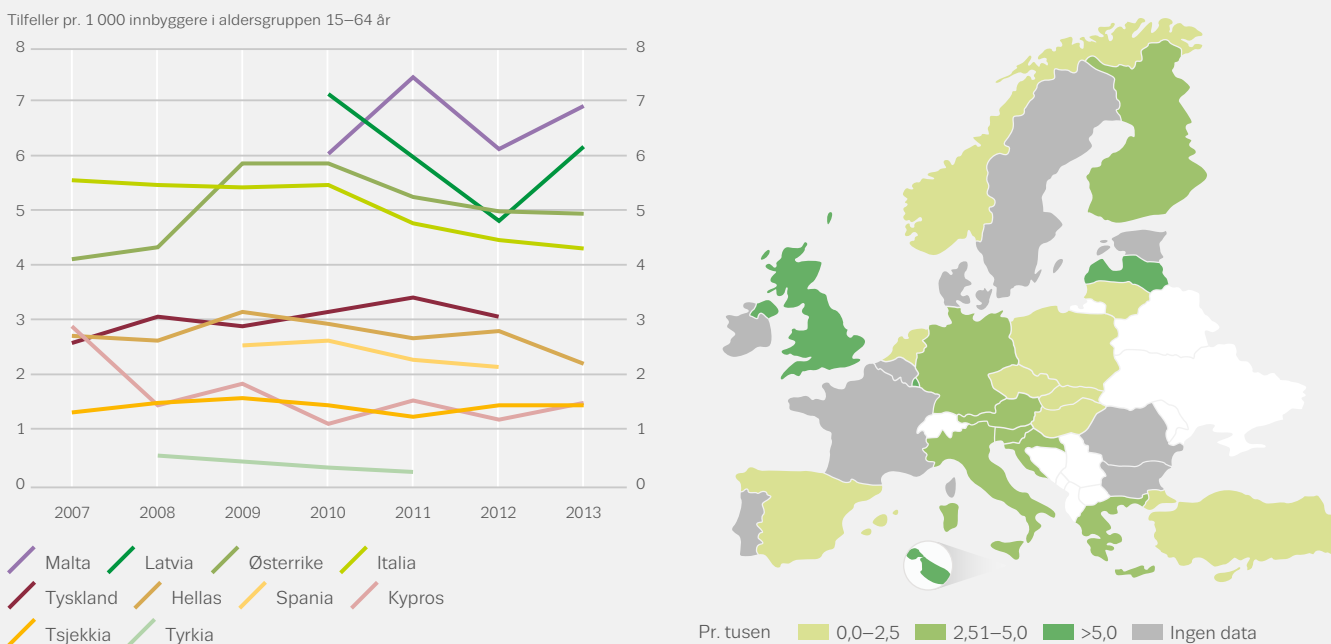
Det er interessant å se resultatene av Eurobarometerundersøkelsen opp mot resultatene fra andre undersøkelser, så lenge man er klar over at undersøkelsene bruker ulike metoder og spørsmål. Ni europeiske land har rapportert nasjonale estimater for bruken av nye psykoaktive stoffer eller "legal highs" (ikke medregnet ketamin og GHB) siden 2011. Siste års prevalens for bruken av disse stoffene blant unge voksne (i alderen 15–24) varierer fra 9,7 % i Irland til 0,2 % i Portugal. Det bør nevnes at begge disse landene har innført tiltak for

å begrense den direkte tilgangen til "legal highs" ved å stenge butikker som solgte slike produkter. Fra undersøkelser i Storbritannia (England og Wales) har vi også data tilgjengelig om bruken av mefedron. I den nyeste undersøkelsen (2013–14) ble siste års bruk av stoffet blant unge i alderen 16–24 estimert til 1,9 %. Tallet er stabilt sammenlignet med tidligere år, men en nedgang fra 4,4 % i 2010–11, før det ble innført kontrolltiltak.

Selv om injeksjon av syntetiske katinoner ikke er noe utbredt fenomen, kommer det likevel rapporter om slik bruk i spesifikke populasjoner, blant annet injeksjonsbrukere av opioider, klienter i narkotikabehandling i enkelte land og små populasjoner av menn som har sex med menn. Ungarn, Romania og Storbritannia rapporterer om en økning i etterspørselen etter behandling for problematisk bruk av katinoner. I Storbritannia (England) økte antallet som oppga mefedronbruk blant klienter som påbegynte behandling for første gang, fra 900 til 1 630 mellom 2011–12 og 2012–13, mens tallet stabiliserte seg på 1 641 i 2013–14.

FIGUR 2.9

Nasjonale estimater for siste års prevalens av høyrisikobruk av opioider: trender (venstre) og nyeste data (høyre)



### Opioider: 1,3 millioner problebrukere

Illegal bruk av opioider står fremdeles for en uforholdsmessig stor andel av sykkeligheten og dødeligheten forbundet med narkotikabruk i Europa. Det opioidet som brukes mest i Europa, er heroin, som kan røykes, sniffes eller injiseres. I tillegg misbrukes en rekke andre syntetiske opioider, som buprenorfin, metadon og fentanyl.

Gjennomsnittlig årlig prevalens av høyrisikobruk av opioider blant voksne (15–64 år) er anslått til 0,4 % (4 pr. 1 000 innbyggere), som tilsvarer 1,3 millioner problebrukere av opioider i Europa i 2013. Prevalensestimater for høyrisikobruk av opioider varierer landene imellom fra under ett til rundt åtte tilfeller pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64 år. Ti land har repeterte estimater for høyrisikobruk av opioider mellom 2006 og 2013, som viser relativt stabile trender (figur 2.9).

Klienter som oppgir opioider, hovedsakelig heroin, som primærrusmiddel, utgjorde 41 % av alle klienter som påbegynte behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet i 2013 i Europa (175 000), og 20 % av alle som påbegynte behandling for første gang (31 000). Antallet nye heroinklienter er nesten halvert, fra et toppnivå på 59 000 i 2007 til 23 000 i 2013. Samlet sett virker det som om rekrutteringen til heroinbruk har gått ned, og at dette nå får innvirkning på etterspørselen etter behandling.

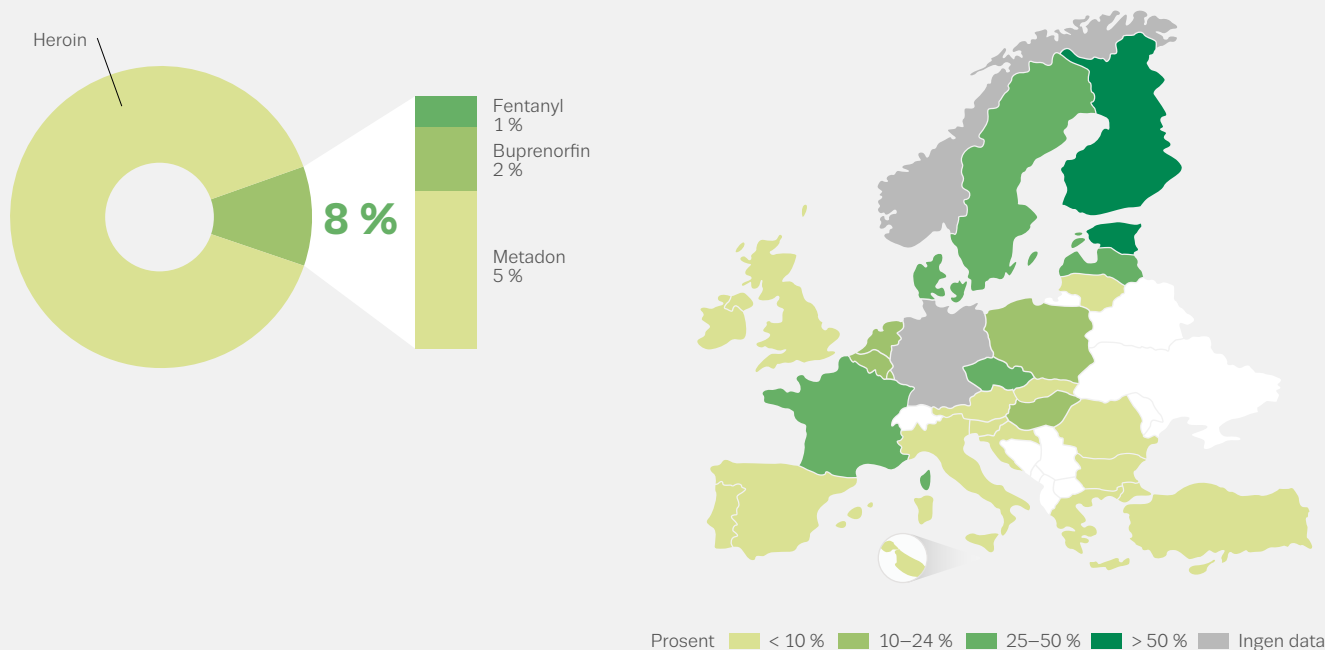
### Andre opioider enn heroin: økende bekymring

I litt over en tredel (11) av de europeiske landene ble over 10 % av alle opioideklinter som ble inntatt i det spesialiserte behandlingsapparatet i 2013, behandlet for problemer som hovedsakelig var knyttet til andre opioider enn heroin (figur 2.10). Stoffene omfattet metadon, buprenorfin og fentanyl. Illegal metadon er det mest brukte opioidet utenom heroin, etterfulgt av buprenorfin. Disse stoffene er hovedrusmiddel for henholdsvis 60 % og 30 % av klienter som søker om behandling, og hvis primære narkotikaproblem er knyttet til andre opioider enn heroin. I enkelte land er det andre opioider som nå er vanligst ved problematisk opioidebruk. I Estland, for eksempel, rapporterte flertallet av klientene som oppga opioider som primærrusmiddel ved inntak til behandling, bruk av illegal fentanyl, mens det fra Finland rapporteres at flesteparten av opioideklinterne har buprenorfin som primærrusmiddel.

**Det opioidet som brukes mest i Europa, er heroin**

FIGUR 2.10

Klienter som påbegynner behandling som oppgir opioider som primærrusmiddel: etter type opioid (venstre) og andel som oppgir andre opioider enn heroin (høyre)

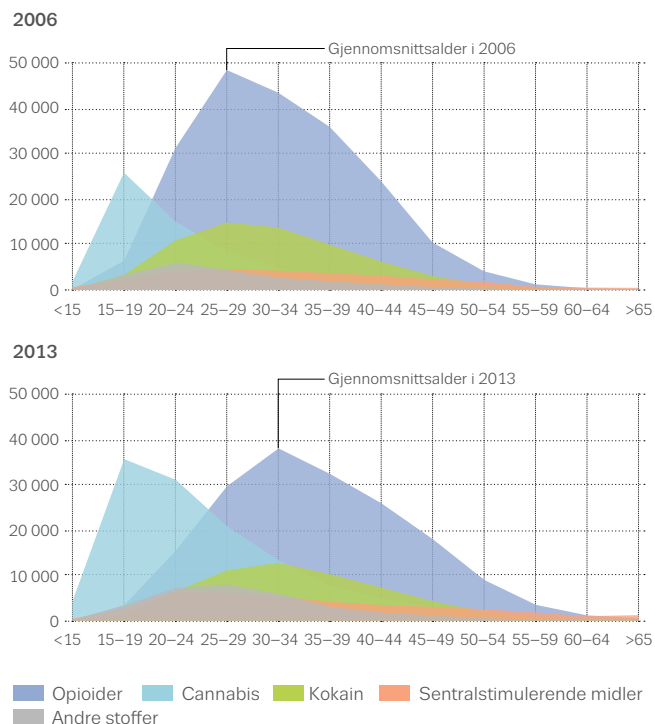


### Høyriskobrukere av opioider: en aldrende populasjon

To trender avtegner seg klart blant opioidbrukere som påbegynner behandling: antallet synker og gjennomsnittsalderen øker (figur 2.11). Mellom 2006 og 2013 økte gjennomsnittsalderen med 5 år for klienter som påbegynner behandling for problemer knyttet til opioidbruk. I samme periode økte gjennomsnittsalderen for narkotikainduserte dødsfall (som hovedsakelig er knyttet til opioider) fra 33 til 37 år. Et betydelig antall problembbrukere av opioider i Europa med mange års blandingsbruk bak seg, er nå i 40- og 50-årene. Et liv med dårlig helse, dårlige levekår, tobakk- og alkoholbruk og aldersrelatert svekkelse av immunsystemet gjør disse brukerne utsatt for en rekke kroniske helseproblemer, blant annet hjerte-kar- og lungeproblemer på grunn av kronisk tobakksbruk og injisering av narkotika. Langvarig heroinbruk kan også gi kroniske smertelidelser, mens hepatittsmitte kan gi forhøyet risiko for skrumplever og andre leverproblemer hos disse brukerne. Den kumulative effekten av blandingsbruk, overdoser og infeksjoner gjennom mange år fremskynder aldriingsprosessen hos disse brukerne, noe som får implikasjoner for behandlingstilbud og sosiale tjenester.

FIGUR 2.11

Trender for alderssammensetning blant klienter som påbegynner behandling, etter primærrusmiddel, 2006 og 2013



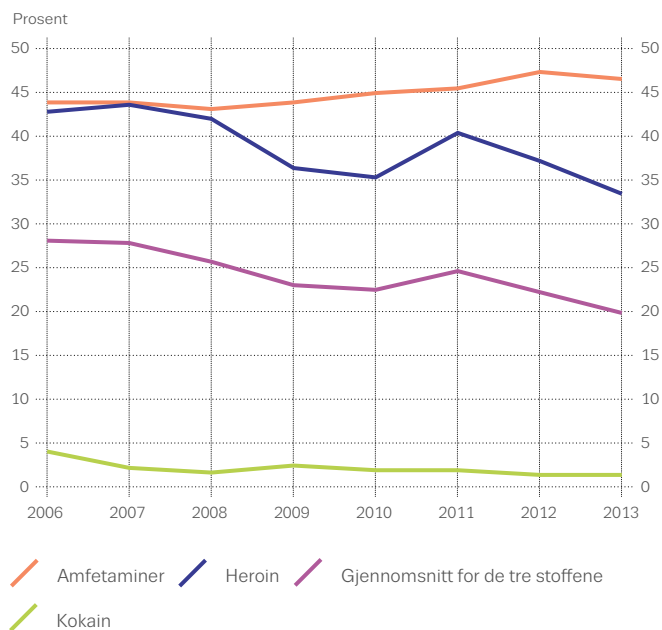
FIGUR 2.12

**Injeksjonsbruk av narkotika: langvarig nedgang**

Sprøytebrukere er blant dem som har høyest risiko for å oppleve helseskader av narkotikabruk, herunder også blodbårne infeksjoner og overdoser. Injeksjonsbruk forbindes vanligvis med opioider, selv om injeksjonsbruk av amfetaminer også er et stort problem i et par land. Nyere estimater for prevalensen av injeksjonsbruk er tilgjengelig for 14 land, der de varierer fra under ett til flere enn ni tilfeller pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64.

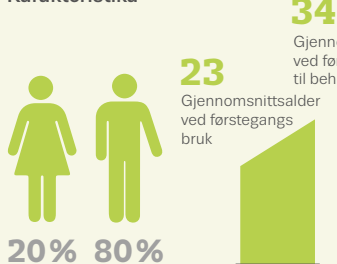
Blant personer som påbegynner behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet for første gang, og som oppgir amfetamin som primærrusmiddel, rapporterer 46 % injeksjon som vanligste inntaksmåte (figur 2.12). Trenden er generelt stabil. Over 70 % av disse tilfellene rapporteres hvert år fra Tsjekia, der trenden har vært stigende. I resten av de europeiske landene er injeksjon som hovedinntaksmåte for amfetamin på vei ned. Blant førstegangsklienter som oppgir heroin som primærrusmiddel, oppga 33 % injeksjon som vanligste inntaksmåte, ned fra 43 % i 2006. Andelen sprøytebrukere blant alle heroinklienter varierer fra land til land, fra 8 % i Nederland til 100 % i Litauen. Hvis vi ser de tre stoffene som vanligvis injiseres under ett, har injeksjon som vanligste inntaksmåte gått ned fra 28 % i 2006 til 20 % i 2013 blant personer på påbegynner behandling for første gang.

Klienter som inntas til behandling for første gang, og som oppgir injeksjon som hovedinntaksmåte for sitt primærrusmiddel

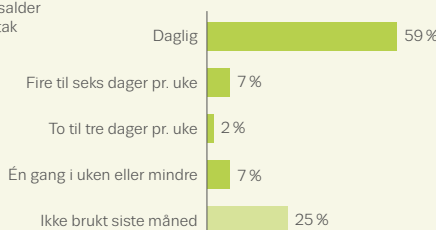


**HEROINBRUKERE SOM PÅBEGYNNER BEHANDLING**

**Karakteristika**



**Bruksfrekvens siste måned**



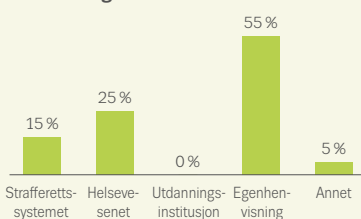
Klienter som inntas til behandling for første gang

18%

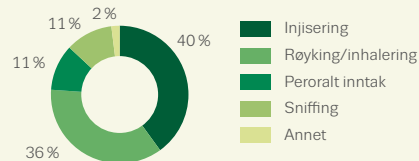
Klienter med tidligere behandlingshistorie

82%

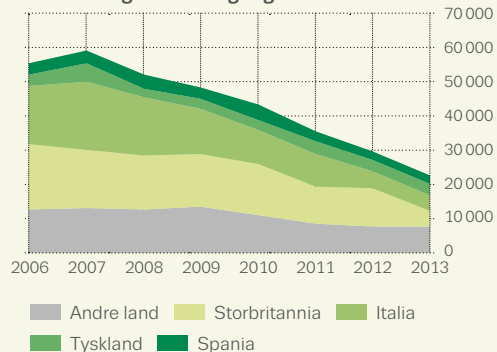
**Henvissingskilde**



**Administrasjonsvei**



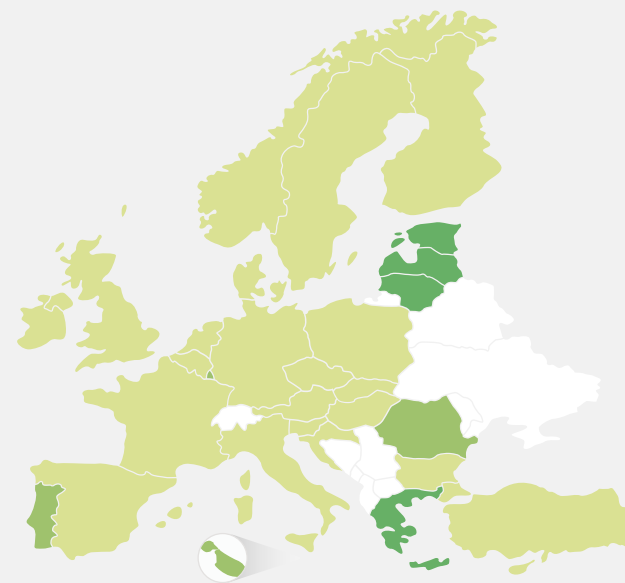
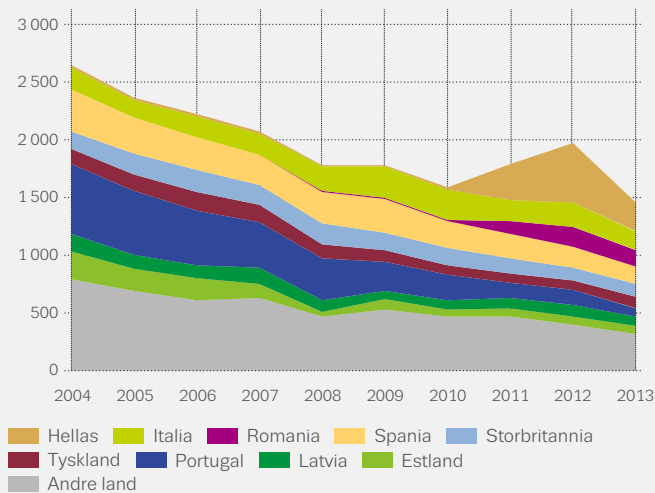
**Trender blant klienter som inntas til behandling for første gang**



NB: Tallene gjelder alle klienter inntatt til behandling med heroin som primærrusmiddel. Trendene gjelder klienter som inntas til behandling for første gang, med heroin som primærrusmiddel. De ulike indikatorene dekker ulike land. Henvissingskilde: "strafferettssystemet" dekker rettsinstanser, politi og friomsorg, "helsevesenet" dekker allmennleger, andre narkotikabehandlingsentre og helse-, medisinske og sosiale tjenester, "egenhenvisning" omfatter klienten selv samt familie og venner.

FIGUR 2.13

Nydiagnostiserte HIV-tilfeller forbundet med sprøytebruk: trender i antall tilfeller (venstre) og nyeste data (høyre)



Tilfeller pr. million innbyggere &lt;5,0 5,1–10,0 &gt;10,0

NB: Data for 2013 (kilde: ECDC).

### Færre nye HIV-tilfeller blant sprøytebrukere etter at Hellas stanset utbrudd

Injeksjon av narkotika spiller fortsatt en sentral rolle i overføringen av blodbårne infeksjoner, som hepatitt C-virus (HCV) og i noen land humant immunsviktvirus (HIV). Blant alle meldte HIV-tilfeller i Europa der smitteveien er kjent, har andelen som tilskrives injeksjonsbruk av narkotika, holdt seg lav og stabil (under 8 % det siste tiåret).

De nyeste tallene viser at økningen i antall nye HIV-diagnoser i Europa, som skyldtes utbrudd i Hellas og Romania, har stanset, og at EU sett under ett nå er nede på samme nivå som før utbruddet (figur 2.13). Foreløpige tall for 2013 viser 1 458 nyrapporterte tilfeller, mot 1 974 i 2012, altså en reversering av den oppadgående trenden som var observert siden 2010. Fallet skyldes hovedsakelig nedgangen i Hellas, der antallet nye tilfeller ble mer enn halvert fra 2012 til 2013, og i noen mindre grad Romania. Selv om utbruddene ser ut til å ha nådd toppen i disse to landene, var antallet nye diagnoser i 2013 fortsatt ti ganger høyere enn før utbruddet i 2010.

I 2013 var gjennomsnittlig antall nydiagnostiserte tilfeller av HIV som kan tilskrives sprøytebruk av narkotika, 2,5 pr. million innbyggere. Tallene i de tre baltiske statene var 8 til 22 ganger høyere enn EU-gjennomsnittet. I andre land som tidligere har hatt perioder med høye infeksjonstall, som

Spania og Portugal, fortsetter antall nye diagnostiserte tilfeller å falle.

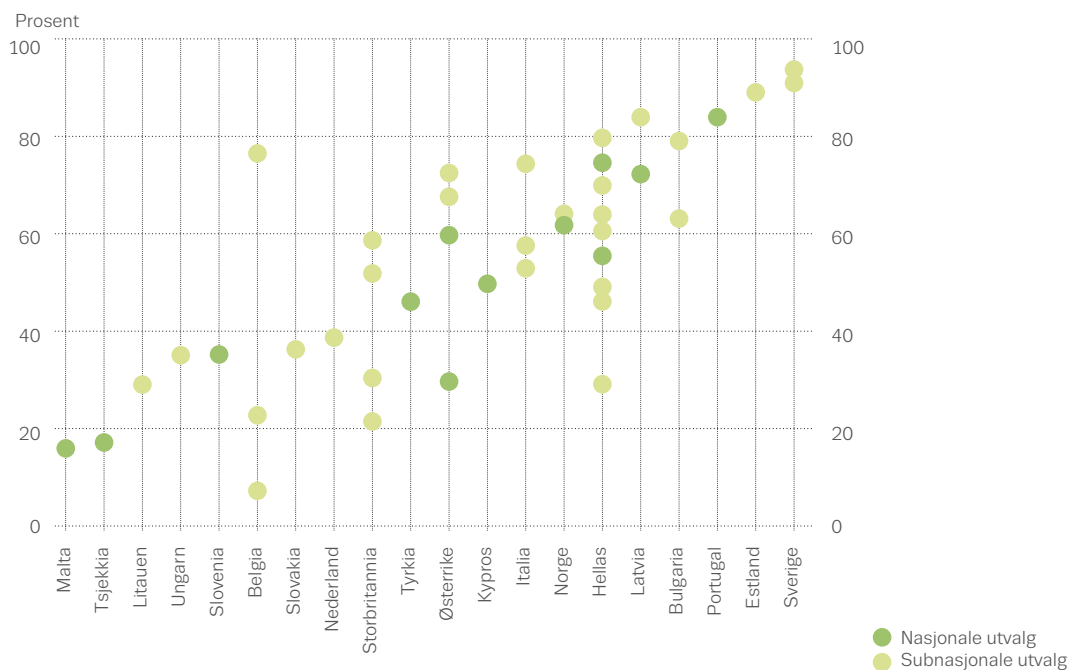
Tidlig diagnose og hurtig igangsetting av hensiktsmessig behandling er viktig for å hindre HIV i å utvikle seg til AIDS. I 2013 ble det meldt om 769 nye AIDS-tilfeller i Europa som kunne tilskrives injeksjonsbruk av narkotika. Det relativt høye antallet nydiagnostiserte tilfeller i Bulgaria, Latvia, Hellas og Romania tyder på at det er behov for å styrke AIDS-forebyggingen og HIV-behandlingen i disse landene.

HIV-relatert dødelighet er en av de best dokumenterte indirekte dødsårsakene blant narkotikabrukere. Det nyeste anslaget tyder på at rundt 1 700 personer døde i Europa i 2010 av HIV/AIDS som kan tilskrives sprøytebruk av narkotika, og trenden er fallende.



FIGUR 2.14

## Prevalens av HCV-antistoffer blant sprøytebrukere, 2012/2013



### Hepatitt og andre infeksjoner som assosieres med narkotikabruk

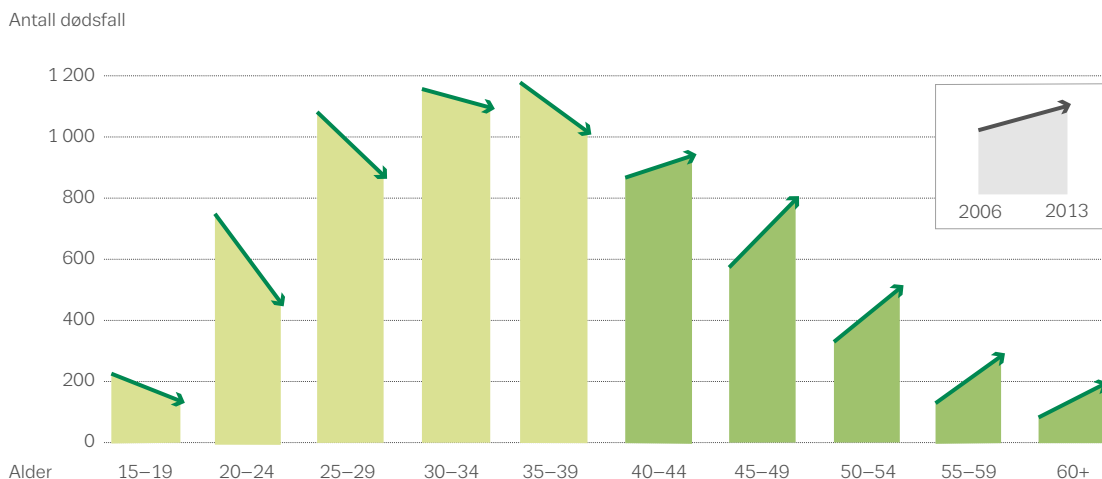
Virushepatitt, særlig infeksjon forårsaket av hepatitt C-viruset (HCV), er svært utbredt blant sprøytebrukere i hele Europa. Dette kan få store konsekvenser på lang sikt, ettersom HCV-smitte, som ofte forverres av tung alkoholbruk, sannsynligvis også står for et stadig større antall tilfeller av skrumplever, leverkreft og dødsfall blant sprøytebrukere.

Nivåene av HCV-antistoffer i nasjonale utvalg av sprøytebrukere i 2012–13 varierte fra 14 % til 84 %, og i fem av de ti rapporterende landene med nasjonale data lå prevalensnivåene på over 50 % (figur 2.14). Blant landene med nasjonale trenddata for perioden 2006–13 rapporterte bare Norge om synkende HCV-prevalens blant sprøytebrukere, mens seks andre land rapporterte om økende prevalens.

Bruk av narkotika kan være en risikofaktor for andre smittsomme sykdommer, for eksempel hepatitt A og B, seksuelt overførbare sykdommer, tuberkulose, stivkrampe og botulisme. Sporadiske tilfeller av sårbotulisme blant sprøytebrukere er rapportert blant sprøytebrukere i Europa. I Norge ble seks bekreftede tilfeller rapportert i perioden september–november 2013. To klynger av tilfeller av sårbotulisme — i Norge og Skottland — ble identifisert i desember 2014 og var under etterforskning på begynnelsen av 2015.

FIGUR 2.15

## Antall narkotikainduserte dødsfall etter aldersgruppe i 2006 og 2013



## | Narkotikarelaterte dødsfall

Bruk av narkotika er en av de viktigste årsakene til unødvendige dødsfall blant unge mennesker i Europa, både direkte gjennom overdoser (narkotikainduserte dødsfall) og indirekte gjennom narkotikarelaterte sykdommer, ulykker, vold og selvmord. De fleste kohortstudier viser en årlig dødelighet på 1–2 % blant problembrukere av narkotika, og det er anslått at mellom 10 000 og 20 000 opioidbrukere dør hvert år i Europa. Opioidbrukere har 10 ganger så høy sannsynlighet for å dø som kjønn i samme aldersgruppe. En multisenterstudie med data fra ni europeiske land som EMCDDA nylig utførte, fant at de fleste dødsfall blant problembrukere av narkotika er premature og kunne ha vært forebygget. Studien registrerte 2 886 dødsfall i et utvalg av 31 000 deltakere, og den gjennomsnittlige dødeligheten var 14,2 pr. 1 000. Dødsårsaken var identifisert i 71 % av tilfellene, og halvparten av dødsfallene skyldtes ytre årsaker, for det meste overdoser og i mindre grad selvmord, og den andre halvparten ble tilskrevet somatiske årsaker, herunder HIV/AIDS, og sykdommer i sirkulasjonssystemet og luftveiene.

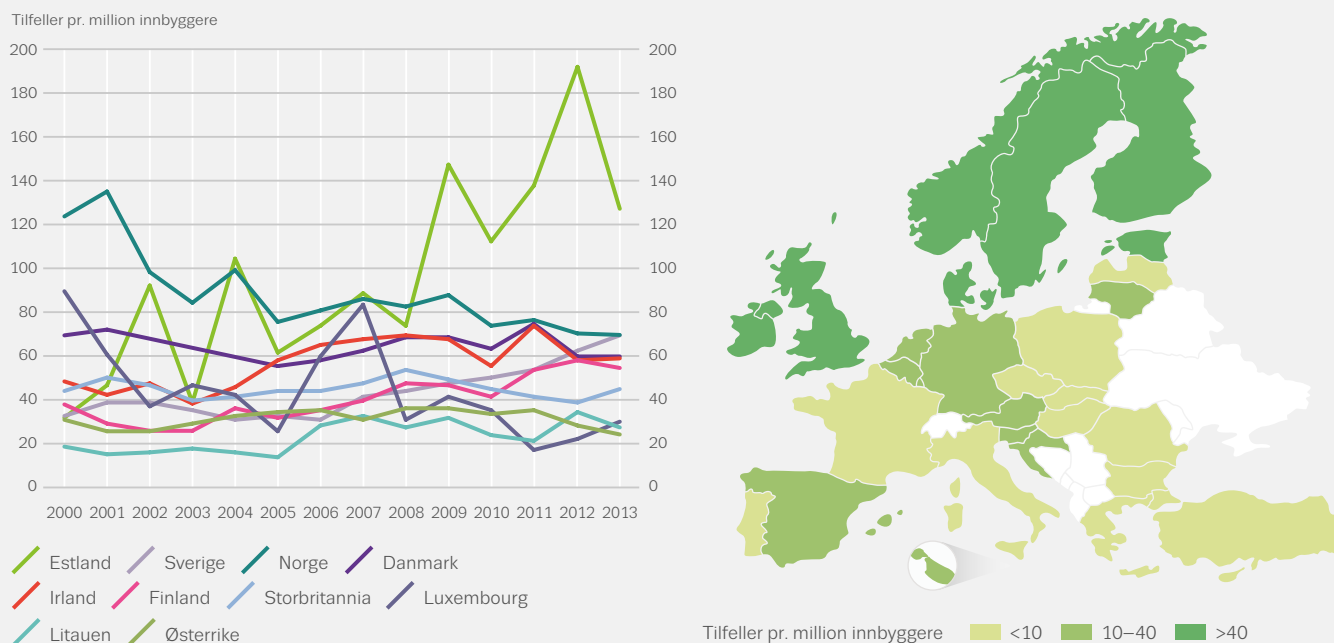
## | Overdosedødsfall: nylig økning i enkelte land

Overdose er fortsatt den viktigste dødsårsaken blant problembrukere av narkotika, og over tre firedele av overdoseofrene er menn (78 %). Selv om det ofte er dødsfallene blant svært unge som skaper bekymring, skjer bare 8 % av rapporterte overdosedødsfall i Europa blant personer under 25 år. Mellom 2006 og 2013 kan vi se et mønster med et synkende antall overdosedødsfall blant unge narkotikabrukere og et økende antall blant eldre (figur 2.15). Dette gjenspeiler at Europas opioidbrukere blir eldre, og at de har høyest risiko for overdosedødsfall.

Flesteparten av landene rapporterte en stigende trend for antall overdosedødsfall fra 2003 og frem til rundt 2008/09, da nivåene generelt begynte å stabilisere seg og deretter falle. Overdosedata må tolkes med varsomhet, særlig totalen for EU, av en rekke årsaker, blant annet systematisk underrapportering i enkelte land og registreringsprosesser som fører til forsinkelser i rapporteringen, både av enkelttilfeller og nasjonale totaltall. På grunn av disse forsinkelsene er de sammenlagte tallene for inneværende år for EU sett under ett, foreløpige og kan endre seg når nye data blir tilgjengelig. Estimatet for EU for 2013 er på minimum 6 100 dødsfall. Det er en svak økning fra det

FIGUR 2.16

Narkotikainduisert dødelighet blant unge voksne (15–64): utvalgte trender (venstre) og nyeste data (høyre)



NB: Trender i de 10 landene som rapporterte høyest forekomst, 2013.

reviderte tallet for 2012. Det er særlig bekymringsverdig at vi kan se en økning i de ferskeste tallene fra flere land med relativt robuste rapporteringssystemer, herunder Tyskland, Sverige og Storbritannia. Tyrkia viser også en økning, men dette kan delvis skyldes bedre rapportering.

Heroin eller metabolitter av heroin er påvist i de fleste overdosedødsfall som rapporteres i Europa, ofte i kombinasjon med andre rusmidler. I Storbritannia (England) og Tyrkia er økningen i rapporterte dødsfall for en stor del drevet av dødsfall der heroin er involvert. I tillegg til heroin påvises andre opioider som metadon, buprenorfin, fentanyler og tramadol jevnlig i toksikologiske rapporter, og i noen land er en betydelig andel av overdosedødsfallene nå forbundet med disse stoffene.

Gjennomsnittlig dødelighet som følge av overdoser i Europa i 2013 er estimert til 16 dødsfall pr. million innbyggere i aldersgruppen 15–64 år. Nasjonale dødelighetstall varierer betraktelig og påvirkes av faktorer som prevalens og mønstre for narkotikabruk, særlig injeksjonsbruk og opioidbruk, kjennetegn ved gruppen av narkotikabrukere, tilgjengeligheten og renheten til stoffene, rapporteringspraksis og tjenestetilbud. Dødelighetstall på over 40 dødsfall pr. million ble rapportert av syv land, og de høyeste tallene ble rapportert av Estland (127 pr. million), Norge (70 pr. million) og Sverige (70 pr. million) (figur 2.16). Selv om nasjonale forskjeller i koding og rapporteringspraksis, samt mulig underreportering, gjør

det vanskelig å sammenligne landene, er det verdifullt å analysere trender over tid innenfor enkeltland. Nylig er det observert redusert overdosedødelighet i Estland, men tallene er fortsatt åtte ganger høyere enn gjennomsnittet for EU. Overdosedødsfallene i Estland er i hovedsak knyttet til injeksjonen av fentanyler — svært sterke opioider.

**Heroin eller metabolitter av heroin er påvist i de fleste overdosedødsfall som rapporteres i Europa**

### Nye stoffer: assosieres i økende grad med narkotikarelaterte dødsfall og helseskader

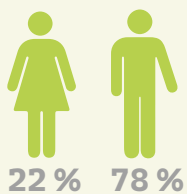
Det blir generelt stadig bedre belegg for at nye psykoaktive stoffer spiller en rolle i sykehusinnleggelser og en del narkotikainduserte dødsfall i Europa. I 2014 sendte EUs system for tidlig varsling ut 16 advarsler om nye stoffer som overvåkes av systemet, og mange av dem gjaldt alvorlige hendelser som dødsfall. En analyse som nylig ble utført av European Drug Emergencies Network, som registrerer personer som oppsøker akuttavdelinger i 10 europeiske land, fant at 9 % av alle narkotikarelaterte akuttsituasjoner involverte nye psykoaktive stoffer, hovedsakelig katinoner. I tillegg gjaldt 12 % av alle akuttsituasjonene GHB eller GBL og 2 % ketamin.

Nyere rapporter om alvorlige, akutte helsekonsekvenser assosiert med syntetiske cannabinoider, tyder på at bruken av disse stoffene i noen tilfeller kan få alvorlige helsekonsekvenser, også dødsfall. En gjennomgang fra 2015 fant at de vanligste alvorlige helseeffektene forbundet med syntetiske cannabinoider var takykardi, ekstrem uro og hallusinasjoner.

Det er ofte komplisert å skulle vurdere den toksikologiske betydningen av et stoff i et dødsfall, særlig siden de fleste narkotikainduserte dødsfall innebærer inntak av flere stoffer. Problemene blir desto verre for nye stoffer, som kan være vanskelige å påvise, og som ikke er med i de vanligste analyseverktøyene. På tross av disse begrensningene har vi en del data tilgjengelig. I Ungarn, for eksempel, ble nye psykoaktive stoffer funnet i om lag halvparten av alle narkotikainduserte dødsfall som ble rapportert i 2013 (14 av 31 tilfeller), alle i kombinasjon med andre stoffer. Systemet for tidlig varsling samler også inn case-rapporter som en del av risikovurderingen av nye stoffer. Disse dataene gir en indikasjon på hvilken rolle noen av de nye psykoaktive stoffene kan spille i narkotikainduserte dødsfall og sykdom. For eksempel var det syntetiske katinonet MDPV, som først ble oppdaget i 2008, påvist ved 99 dødsfall da det ble risikovurdert i 2014.

## NARKOTIKAINDUSERTE DØDSFALL

### Karakteristika



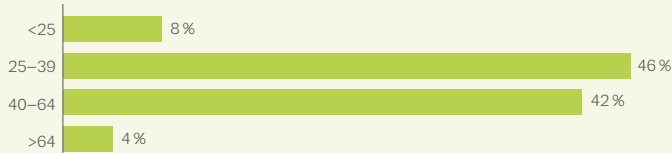
Gjennomsnittlig dødsalder

37

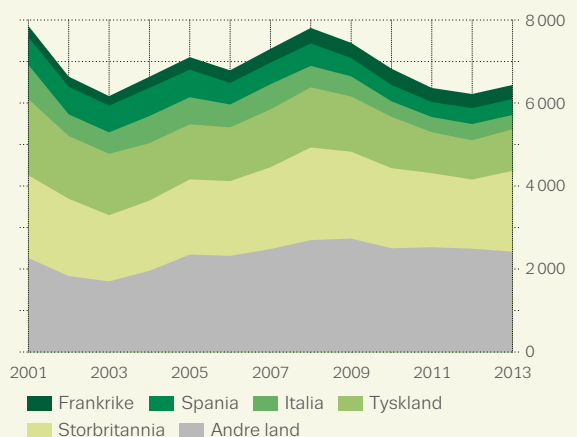
Dødsfall der opioider er påvist



### Dødsalder



### Trender for overdosedødsfall



## FINN UT MER

**Publikasjoner fra EMCDDA****2015**

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

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

**2014**

Injection of cathinones, Perspectives on Drugs.

**2013**

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

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

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

**2012**

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

Fentanyl in Europe. "Trendspotter"-rapport fra EMCDDA.

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

**2011**

Mortality related to drug use in Europe, Selected issue.

**2010**

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Selected issue.

Trends in injecting drug use in Europe, Selected issue.

**2009**

Polydrug use: patterns and responses, Selected issue.

**2008**

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, Part I: Epidemiology, og Part II: Health effects of cannabis use, Monographs.

**Felles publikasjoner fra EMCDDA og ESPAD****2012**

Sammendrag av ESPAD-rapporten for 2011.

**Felles publikasjoner fra EMCDDA og ECDC****2012**

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

Alle publikasjonene er tilgjengelige på [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)

# 3

**Dette kapitlet omhandler retningslinjer og intervensjoner som tar sikte på å forebygge, behandle og redusere helseskadene knyttet til narkotikabruk**

# Helsemessige og sosiale tiltak mot narkotikaproblemer

Dette kapittelet omhandler retningslinjer og intervensjoner som tar sikte på å forebygge, behandle og redusere helseskadene forbundet med bruk av narkotika. Det undersøker i hvilken grad landene har vedtatt samme tilnærminger, hvilke av disse som er evidensbaserte, og om tjenestetilbudet dekker det anslåtte behovet. De viktigste innsatsområdene som overvåkes på europeisk plan, omfatter nasjonale narkotikastrategier og handlingsplaner, narkotikarelaterte budsjetter og anslag over offentlige utgifter.

## Kartlegging av helsemessige og sosiale tiltak

Dataene som brukes her, kommer fra Reitox kontaktpunkter og ekspertarbeidsgrupper og utfylles av rapporter om behandlingsetterspørsel, substitusjonsbehandling med opioider og sprøytebytteprogrammer. Der formelle datasett mangler, gir ekspertvurderinger tilleggsinformasjon om tilgjengeligheten av tjenester. Kapittelet baserer seg også på gjennomgang av vitenskapelig dokumentasjon på hvor effektive folkehelseintervensjoner er.

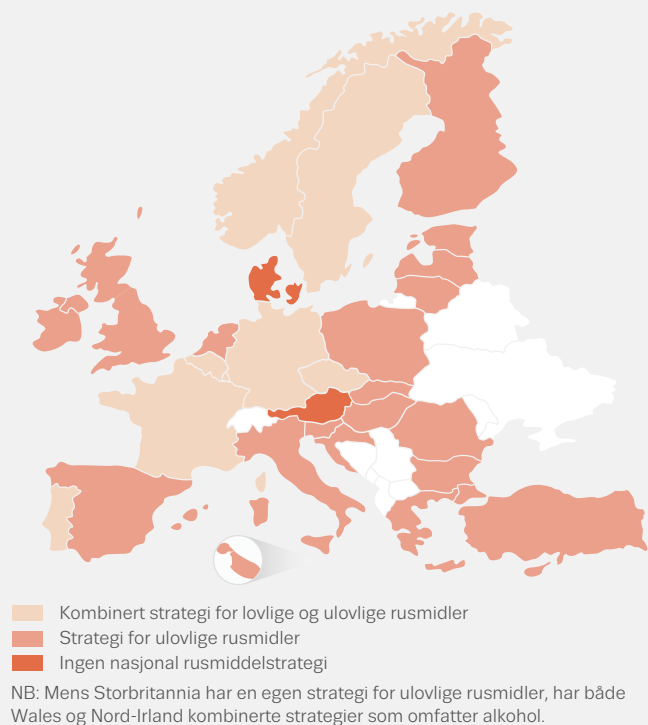
Underlagsdokumentasjon finnes på EMCDDAs nettsted under temaene Health and social responses profiles, Statistics and data, Best practice portal og Drug policy and law.

## Nasjonale og lokale narkotikastrategier

EUs narkotikastrategi for perioden 2013–20 og tilhørende handlingsplaner utgjør rammeverket for koordinerte tiltak mot narkotikaproblemer i Europa. Rammeverket gjenspeiles på nasjonalt plan i nasjonale narkotikastrategier, budsjетtrammer og planer. Disse dokumentene, som gjelder for en begrenset periode, fastsetter vanligvis generelle prinsipper, målsettinger og prioriteringer og spesifiserer tiltak og partene som er ansvarlige for å gjennomføre dem. Alle landene har nå en nasjonal narkotikapolitikk, og i alle land unntatt to er den nedfelt i et nasjonalt rusmiddelpolitisk strategidokument. Unntakene er Østerrike, der narkotikastrategien er en del av regionenes planverk, og Danmark, der narkotika og alle problemstillingene knyttet til narkotika er dekket av en

FIGUR 3.1

Nasjonale rusmiddelstrategier og handlingsplaner: hva som finnes og omfang



rekke politiske dokumenter og handlingsplaner. Åtte land har vedtatt nasjonale strategier og handlingsplaner som dekker både lovlige og ulovlige rusmidler (figur 3.1). Mange land har gjennomført en evaluering av narkotikastrategier og handlingsplaner. Vanligvis er målet med evalueringen å finne ut hvordan narkotikasituasjonen generelt har endret seg, og hvor langt gjennomføringen har kommet.

I Europa har kommunale myndigheter ofte ansvar for å samordne den lokale narkotikapolitikken, i noen tilfeller med særskilte budsjetter. Mange land har også utarbeidet strategiske planleggingsdokumenter som skal understøtte gjennomføringen av politikken. En undersøkelse som nylig ble utført av EMCDDA, fant ti hovedsteder som hadde en egen narkotikastrategi, og i en del tilfeller en tilhørende handlingsplan. Noen av dem hadde et bredt perspektiv, mens andre fokuserte på enkeltsaker som overdosedødsfall, bruk av GHB eller problemer knyttet til åpne rusmiljøer. I noen av byene som ikke hadde en spesifikk narkotikastrategi, var narkotikapolitiske målsettinger innarbeidet i bredere lokale helsestrategier eller strategier for å redusere kriminalitet. I andre byer ble narkotikaspørsmål dekket av mer generelle regionale eller nasjonale policy-dokumenter.

## Finanskrisen går ut over helsetiltakene

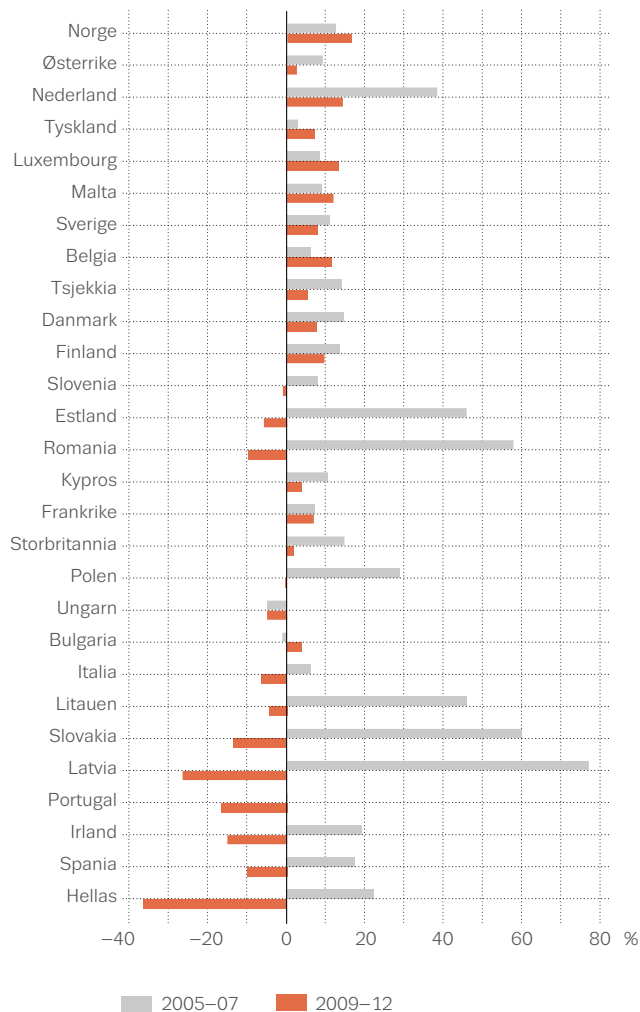
Det er fortsatt store hull og stor variasjon i informasjonen som er tilgjengelig om narkotikarelaterte offentlige utgifter på lokalt og nasjonalt plan i Europa. I de 18 landene som har lagt frem anslag de siste 10 årene, utgjør narkotikarelaterte offentlige utgifter mellom 0,01 % og 0,5 % av bruttonasjonalproduktet, og mellom 24 % og 73 % av de totale narkotikarelaterte utgiftene går til helsetiltak. Forskjeller i omfanget av og kvaliteten på anslagene gjør det vanskelig å sammenligne narkotikarelaterte offentlige utgifter landene imellom.

I kjølvannet av finanskrisen i 2008 innførte mange europeiske myndigheter innstramningstiltak, også kalt konsolidering av offentlige finanser. Det var store variasjoner landene imellom når det gjaldt hvor omfattende krisen ble, hvor store konsekvenser den fikk, og når og i hvilket omfang økonomiske tiltak ble gjennomført. I mange land omfattet innstramningstiltakene kutt i offentlige utgifter i de postene de fleste narkotikarelaterte initiativer hører inn under. En analyse EMCDDA har utført, tyder på at det oftere ble gjort store, generelle kutt i helsesektoren enn på områder som offentlig orden og sikkerhet og sosiale stønader. Data for perioden 2009–12 viser en nedgang i offentlige helseutgifter i de fleste land sammenlignet med perioden før nedgangstidene begynte (2005–07), og i mange europeiske land utgjorde kuttene mer enn 10 prosentpoeng (faste priser) (figur 3.2). Ettersom narkotikarelaterte helseutgifter utgjør en liten del av totale offentlige helseutgifter (ofte under 1 %), er det ikke mulig å lese noen trender for de narkotikarelaterte utgiftene ut fra disse dataene. Kutt i helsebudsjettene vil sannsynligvis gå ut over narkotikarelaterte initiativer, ifølge EMCDDAs rapporter, da særlig narkotikarelatert forskning og forebygging.



FIGUR 3.2

Estimert akkumulert vekst i offentlige utgifter til helse (2005–07 and 2009–12), til faste priser



Kilde: Eurostat

### Forebygging av narkotikabruk blant unge

Forebygging av narkotikabruk og narkotikarelaterte problemer blant unge er et viktig politisk mål og en av hovedpilarene i EUs narkotikastrategi for perioden 2013–20. Narkotikaforebyggende arbeid omfatter en rekke tilnærminger. Miljøbaserte og universelle strategier retter seg mot hele grupper av befolkningen, selektiv forebygging retter seg mot sårbare grupper som kan stå i fare for å utvikle problematisk bruk av narkotika, og indisert forebygging fokuserer på risikoutsatte enkeltpersoner. Det siste tiåret har det kommet på plass flere kvalitetsstandarder som kan understøtte gjennomføringen av tiltak og beste praksis. Prosjektet European Drug Prevention Quality Standards tilbyr verktøysett som skal lette gjennomføringen av standarder på området.

Det finnes et relativt robust kunnskapsgrunnlag for noen forebyggende tiltak som kan brukes i skolemiljøer. Selv om landene rapporterer om innføring av røykeforbud og narkotikapolitiske retningslinjer i skolen, dvs. tilnærminger som er evidensbaserte, rapporteres det også at forebyggende tiltak basert utelukkende på informasjon er ganske utbredt (figur 3.3). Selv om det kan være viktig å gi helseinformasjon i opplysningsøyemed, er det likevel lite som tyder på at denne formen for forebygging har noen betydning for fremtidig narkotikabruk.

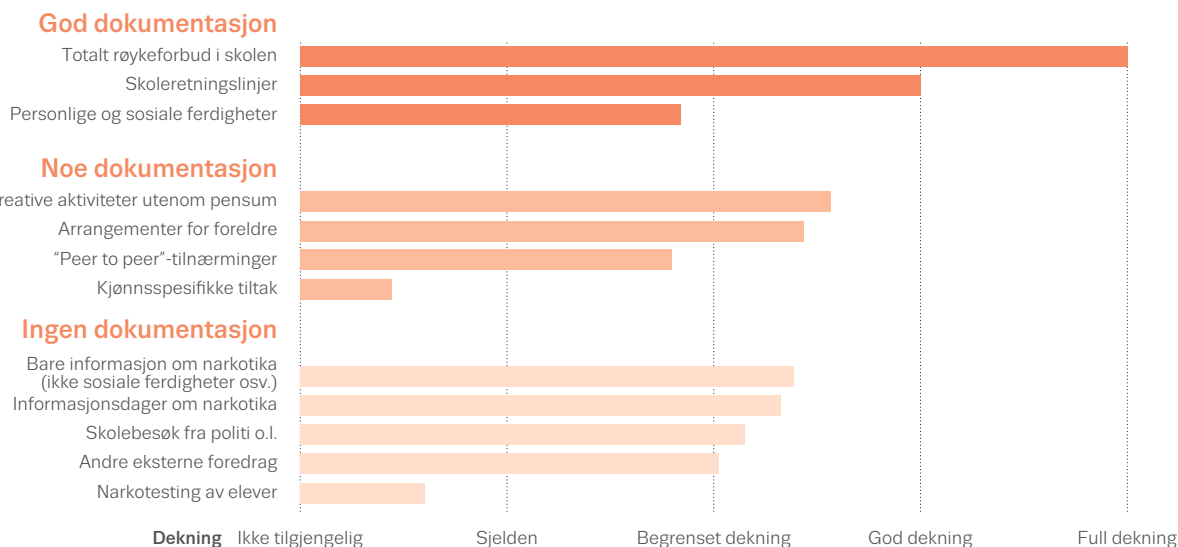
Tidlig påvisning og intervensjonstiltak brukes på noen skoler og er ofte basert på tilbud om rådgivning til unge rusbrukere. Et canadisk program (Preventure) som retter seg mot unge, spenningssøkende alkoholbrukere, har blitt positivt evaluert, og er tilpasset for bruk i Tsjekkia, Nederland og Storbritannia.

Når det gjelder forebyggende intervensjoner for særlig sårbare grupper, er de mest utbredte tilnærmingene dem som retter seg mot familier med rusmiddelproblemer, intervensjoner for elever med sosiale og faglige problemer og tiltak mot unge lovbrytere. Et av programmene som retter seg mot unge lovbrytere, er FreD, et sett med manualbaserte intervensjoner som til nå er tatt i bruk i 15 EU-medlemsstater. Evalueringer av programmet har vist en nedgang i nye lovbrydd.

**Forebygging av narkotikabruk og narkotikarelaterte problemer blant unge er et viktig politisk mål**

## FIGUR 3.3

Skolebaserte forebyggende tiltak mot rusmiddelbruk: dekning og dokumentasjon på effekt (europeiske gjennomsnitt basert på ekspertvurdering, 2013)



NB: Uttalelser om dokumentasjonen er basert på EMCDDAs portal for beste praksis og UNODCs evidensstandard.

## Nye stoffer og nye utfordringer

Den første responsen på fremveksten av nye psykoaktive stoffer i Europa har helst bestått av regulerende tiltak som har fokusert på å gjøre noe med forsyningen av disse stoffene ved hjelp av lovgivningsmessige verktøy. Fokus rettes imidlertid nå mer mot å utvikle målrettede informasjonsbaserte og forebyggende tiltak, som opplæring og bevisstgjøring av fagfolk. I tillegg har tjenester tilknyttet utelivs- og rekreasjonsmiljøer, ofte integrert tiltak mot nye stoffer i etablerte tilnærminger. Internett spiller også en stadig viktigere rolle som plattform for informasjons- og rådgivningstjenester. En utvikling har vært bruken av "nettbasert oppsøkende virksomhet" for å nå ut til de nye målgruppene, med blant annet brukerstyrte initiativer, som forumer og blogger, med informasjon og råd for å beskytte forbrukerne. I noen tilfeller har disse intervensjonene vært knyttet til tjenester som tester narkotika og sjekker piller, der resultatene og informasjon om skadereduksjon har blitt publisert på nett.

Nye psykoaktive stoffer er per i dag ikke forbundet med noen betydelig etterspørsel etter behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet, selv om vi ser at slike tjenester er i ferd med å utvikles i enkelte land. Fremveksten av nye stoffer har manifestert seg på ulike måter i ulike land, og nasjonale tiltak gjenspeiler disse forskjellene. I Ungarn og Romania, der injeksjon av katinoner er blitt rapportert, spiller sprøytebytteprogrammer en viktig rolle. I Storbritannia, der det rapporteres omfattende bruk av mefedron, har spesialiserte "club drug"-klinikker etablert kontakt med denne gruppen klienter, og retningslinjer for behandling er under utvikling.

**Internett spiller en stadig viktigere rolle som plattform for informasjons- og rådgivningstjenester**

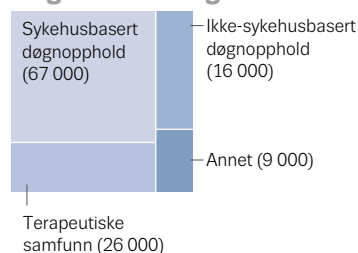
FIGUR 3.4

Antall som mottar narkotikabehandling i Europa 2013, etter behandlingsmiljø

### Poliklinisk



### Døgnbehandling

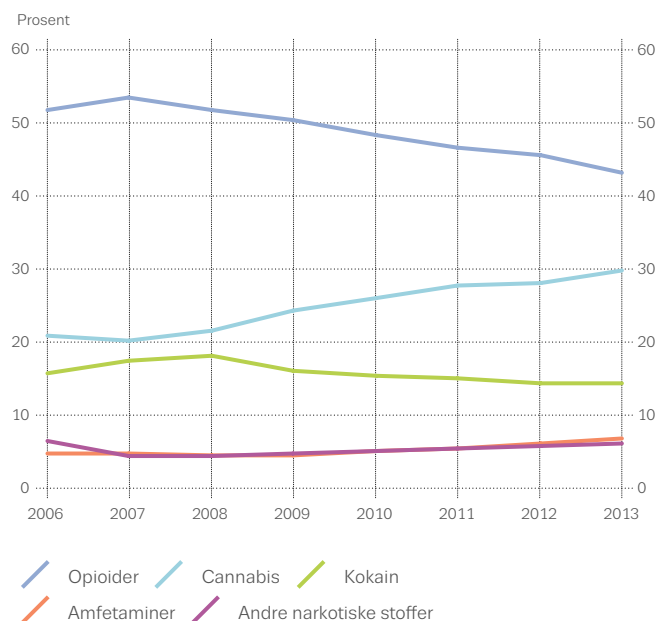


### Fengsler

(35 000)

FIGUR 3.5

Trender i andel klienter som inntas i det spesialiserte behandlingsapparatet, etter primærrusmiddel



## Mest poliklinisk behandling

Det meste av narkotikabehandlingen i Europa gis ved polikliniske behandlingssentre, og regnet i antall narkotikabrukere behandles de fleste ved spesialiserte poliklinikker, etterfulgt av helsesentre (figur 3.4). Sistnevnte omfatter allmennlegekontorer, så vi skjønner hvor viktige allmennlegene er i substitusjonsbehandlingen med opioider i noen store land som Tyskland og Frankrike. En stor del av narkotikabehandlingen i Europa foregår også ved døgninstitusjoner, som sykehusbaserte døgnbehandlingssentre (f.eks. psykiatriske sykehus), terapeutiske samfunn og spesialiserte behandlingssentre med døgnopphold. Det er stor variasjon i hvor viktig poliklinisk og døgnbasert behandling er i de nasjonale behandlingsapparatene. I tillegg har mange land lavterskeltjenester, og selv om mange av disse ikke tilbyr strukturert behandling, anses de som en integrert del av det nasjonale behandlingsapparatet i flere land, som Frankrike og Tsjekia.

Anslagsvis 1,6 millioner mennesker fikk behandling for bruk av illegale rusmidler i Europa (1,4 millioner i EU) i 2013. Det er 0,3 millioner mer enn estimatet for 2012. Økningen skyldes delvis bedre rapporteringsmetoder og nye data, særlig at 200 000 polikliniske pasienter i Tyrkia er tatt med i tallmaterialet.

Data fra behandlingssinntak viser at nest etter opioider er cannabis og kokain de stoffene flest brukere påbegynner spesialisert narkotikabehandling for (figur 3.5). Psykososiale intervensjoner er hovedformen for behandling for disse klientene.

**Det meste av narkotikabehandlingen i Europa gis ved polikliniske behandlingssentre**

FIGUR 3.6

### Substitusjonsbehandling med opioider: den vanligste behandlingsformen, men tallene synker

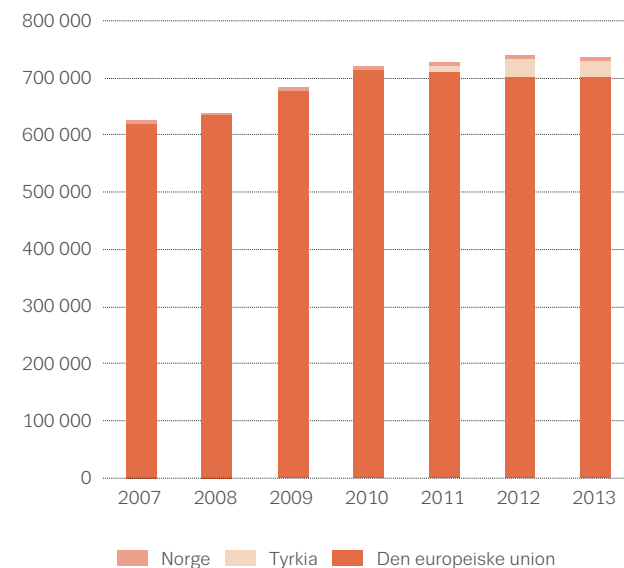
Opioidbrukere utgjør den største gruppen som mottar spesialisert behandling i Europa, og de bruker den største andelen av tilgjengelige behandlingsressurser. Substitusjonsbehandling, vanligvis kombinert med psykososiale intervensjoner, er den behandlingsformen som oftest tilbys opioidavhengige. Denne tilnærmingen støttes av tilgjengelig dokumentasjon og har vist positive resultater i form av å forbli i behandlingen, redusert bruk av illegale opioider, rapportert risikoatferd og reduksjon i narkotikarelaterte helseskader og dødelighet.

Metadon er det hyppigst forskrevne substitusjonsmedikamentet og mottas av over to tredeler (69 %) av substitusjonsklientene. Ytterligere 28 % av klientene behandles med buprenorfin, som i seks land er det viktigste substitusjonsmedikamentet. Andre stoffer, som morfin eller diacetylmorfin (heroin) i depotform, forskrives bare sjelden i Europa, til anslagsvis ca. 3 % av alle som får substitusjonsbehandling.

Anslagsvis 700 000 opioidbrukere mottok substitusjonsbehandling i EU i 2013, og en svakt nedadgående trend er observert i disse dataene siden 2011 (figur 3.6). Mellom 2010 og 2013 ble den største relative nedgangen observert i Tsjekkia (41 %, basert på anslag), Kypros (39 %) og Romania (36 %). I samme periode ble den høyeste relative økningen observert i Polen (80 %), fra et lavt nivå, og Hellas (59 %). Når vi tar med tall fra Tyrkia og Norge, øker 2013-estimatet for mottakere av substitusjonsbehandling til 737 000.

**Opioidbrukere utgjør den største gruppen som mottar spesialisert behandling i Europa**

Trender i antall klienter under substitusjonsbehandling med opioider



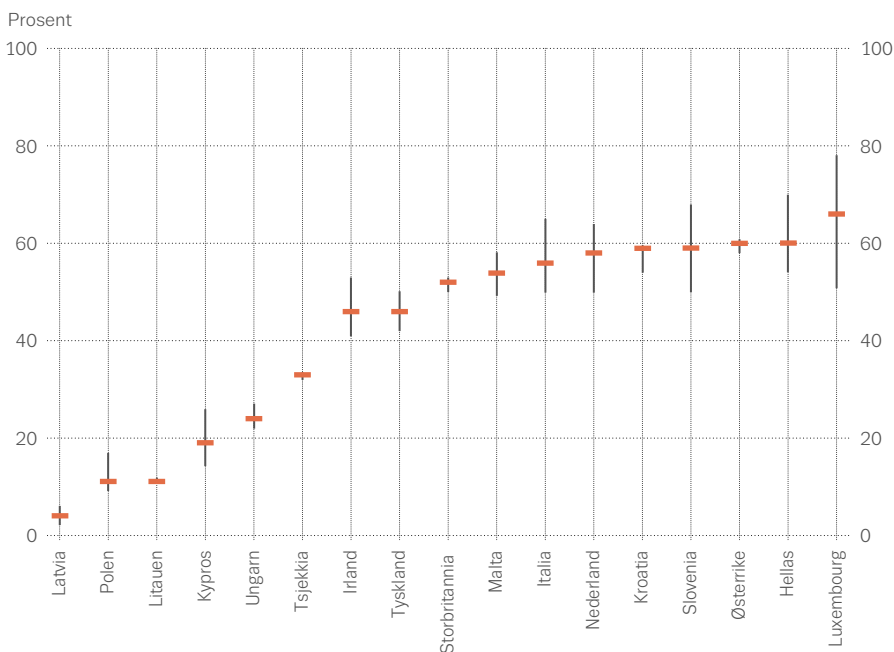
### Mer enn halvparten av opioidbrukerne mottar substitusjonsbehandling

Når det gjelder dekningen av substitusjonsbehandling — dvs. andelen som mottar intervensjonen av alle som trenger det — anslås det at over 50 % av Europas problembrukere av opioider mottar slik behandling. Anslaget bør behandles med varsomhet av metodologiske årsaker, men i mange land har de fleste opioidbrukere på et eller annet tidspunkt vært i kontakt med behandlingsapparatet. Det er imidlertid store forskjeller landene imellom når det gjelder dekning. De laveste tallene rapporteres av Latvia, Polen og Litauen (rundt 10 % eller lavere) (figur 3.7).

Alternative behandlingstilbud er også tilgjengelige for opioidbrukere i Europa, selv om disse er mindre vanlige. I de ti landene som har lagt frem tilstrekkelige data, varierer dekningen for andre behandlingsmetoder enn substitusjonsbehandling generelt fra 4 % til 71 % av alle problembrukere av opioider.

FIGUR 3.7

Prosentandel av problembrukere av opioider som får substitusjonsbehandling (estimat)



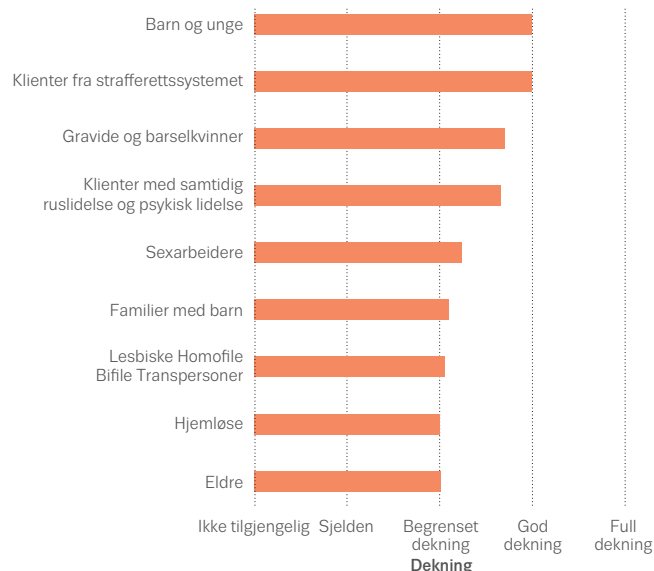
NB: Data vist som punktestimater og toleranseområder.

FIGUR 3.8

### Respons på sammensatte behov gjennom målrettede tiltak

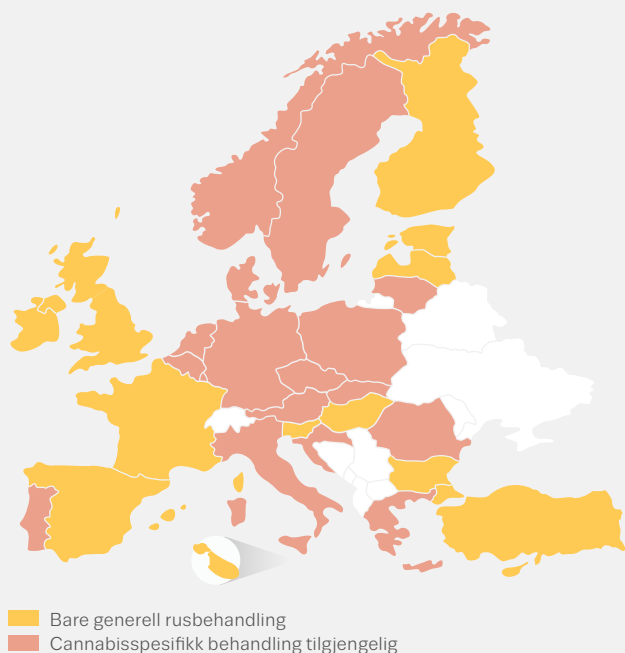
Målrettede intervensjoner kan lette tilgangen til behandling og sikre at ulike grupper får oppfylt sine behov. Informasjonen som er tilgjengelig, tyder på at denne typen tilnærminger oftest tilbys unge narkotikabrukere, personer som henvises fra strafferettssystemet, og gravide (figur 3.8). Målrettede programmer for hjemløse narkotikabrukere, eldre narkotikabrukere og lesbiske, homofile, biseksuelle og transkjønnede narkotikabrukere er mindre utbredt, selv om mange land rapporterer om et behov for denne typen tiltak.

Tilgjengelighet av narkotikabehandlingsprogrammer for målgrupper i Europa (ekspertvurderinger, 2013)



FIGUR 3.9

Tilbud om spesialiserte behandlingsprogrammer for cannabisbrukere i europeiske land



### Cannabisspesifikk behandling tilgjengelig i halvparten av landene

Tilgjengeligheten av cannabisspesifikk behandling øker i Europa, og halvparten av landene rapporterer om slike tilbud. Andre steder tilbys cannabisbehandling innenfor generelle rusmiddelprogrammer (figur 3.9). Tjenestene for cannabisbrukere kan variere fra korte nettbaserte intervensjoner til langvarig behandling ved spesialiserte sentre. Selv om det meste av behandlingen for denne gruppen finner sted i lokalsamfunnet eller ved polikliniske behandlingssentre, er det ikke alltid slik, og det rapporteres nå at rundt én av fem av alle som påbegynner døgnbehandling i det spesialiserte behandlingsapparatet, har cannabis som primærrusmiddel.

Behandlingen for cannabisproblemer baserer seg på psykososiale tilnærminger: familiebaserte intervensjoner brukes ofte for ungdom og kognitiv atferdsterapi for voksne. Tilgjengelig dokumentasjon understøtter bruken av en kombinasjon av kognitiv atferdsterapi, motiverende samtaler og læringsbasert behandling. Det finnes i tillegg dokumentasjon som støtter bruken av multidimensjonal familierapi for unge cannabisbrukere.

Nettbaserte intervensjoner har bidratt til å øke rekkevidden og den geografiske dekingen for cannabisprogrammer. Disse tiltakene innebærer en ny måte å komme i kontakt med personer som har narkotikaproblemer på, og kan nå ut til enkelte brukergrupper som for tiden ikke er i kontakt med det spesialiserte hjelpeapparatet.

### Skreddersydd behandling for eldre narkotikabrukere

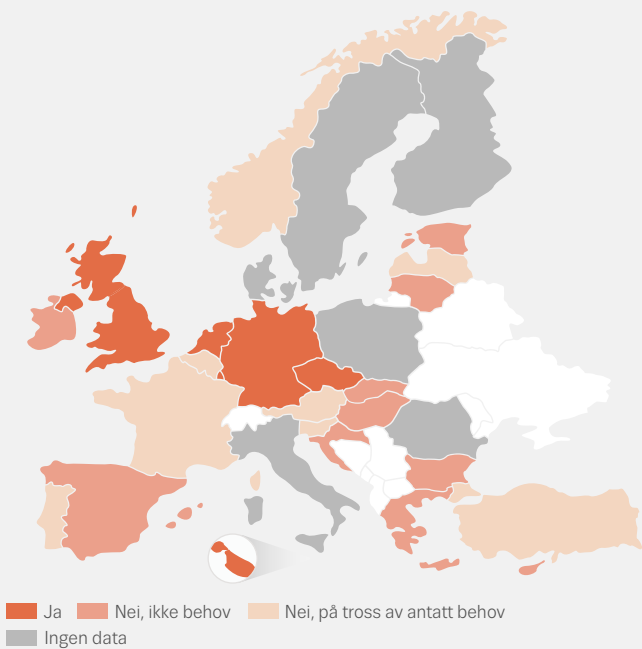
Demografiske trender blant Europas problematiske narkotikabrukere reiser spørsmål om hvor hensiktsmessige behandlingsintervensjonene er for eldre klienter. Klienter over 40 kommer snart til å utgjøre brorparten av problematiske opioidbrukere i behandling. I tillegg til narkotikarelaterte helseproblemer opplever opioidbrukerne i økende grad helseproblemer som følge av at de blir eldre, og problemene forverres ofte av livsstilsfaktorer. Det er behov for kliniske retningslinjer som tar hensyn til den demografiske utviklingen blant Europas problembrukere av opioider. Dette vil bidra til effektiv klinisk praksis, ettersom problemstillingene i tilknytning til legemiddelinteraksjoner, inntaksmåte, inntak av doser hjemme og smertebehandling blir mer komplekse og viktigere.

Få land rapporterer om programmer rettet mot eldre narkotikabrukere. Denne klientgruppen er vanligvis integrert i de eksisterende behandlingstjenestene (se figur 3.10). Både Tyskland og Nederland har imidlertid etablert aldershjem som ivaretar behovene til eldre narkotikabrukere. I fremtiden vil behandlings- og omsorgstiltak måtte tilpasses og utvikles dersom denne eldre kohorten skal få et egnet behandlingstilbud. Dette vil trolig kreve opplæring av personale og endringer i omsorgstilbudet. Ettersom dette er en gruppe klienter som har relativt lite kontakt med allmennhelsetjenesten og lav gjennomføring av behandling for narkotikarelaterte infeksjoner, er det viktig med en tverrfaglig tilnærming som fortsetter etter at narkotikabehandlingen er fullført.

**Få land rapporterer om programmer rettet mot eldre narkotikabrukere**

FIGUR 3.10

Tilgjengelighet av målrettede programmer for eldre narkotikabrukere (ekspertvurderinger, 2013)



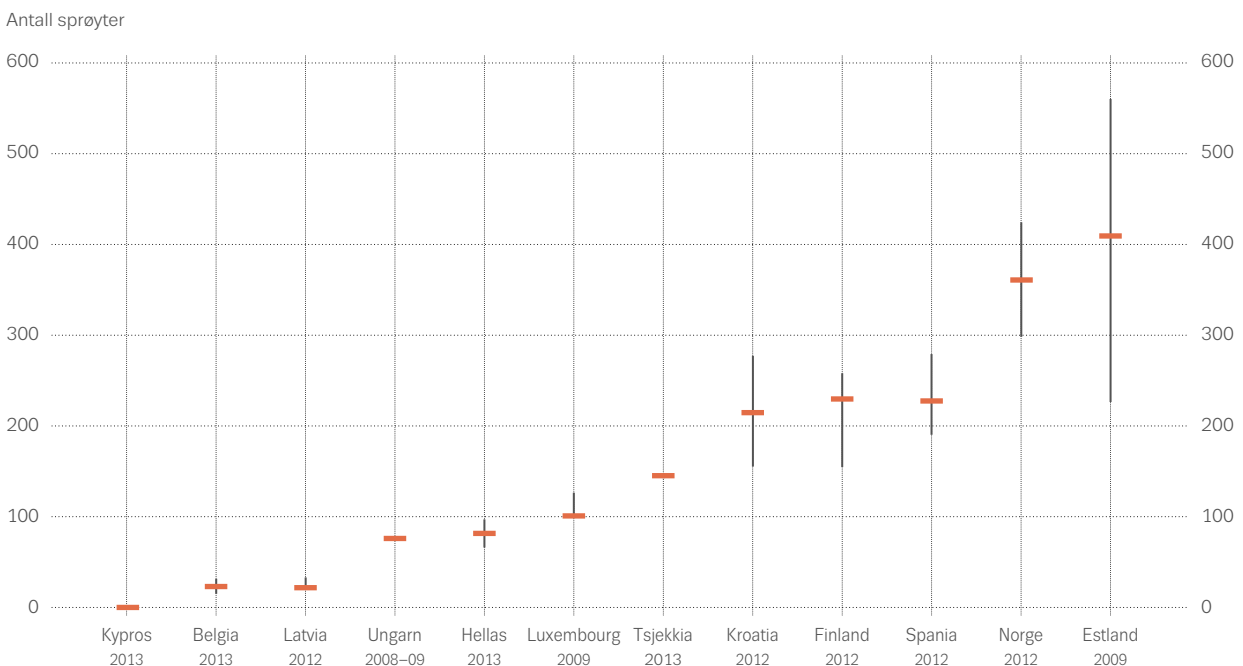
### Forebygging av infeksjonssykdommer

Narkotikabrukere, og særlig sprøytebrukere, er utsatt for risiko for smittsomme sykdommer gjennom deling av bruksmateriell og gjennom ubeskyttet sex. Forebygging av HIV, virushepatitt og andre infeksjonssykdommer er derfor et viktig mål for europeisk narkotikapolitikk. Når det gjelder sprøytebrukere av opioider, bidrar substitusjonsbehandling til å redusere risikoatferd, og noen studier tyder på at den beskyttende effekten øker når behandlingen kombineres med sprøytebytteprogrammer.

Mellom 2007 og 2013 økte antallet sprøyter utdelt via spesialiserte programmer fra 43 millioner til 49 millioner i 24 land, som representerer 48 % av alle innbyggerne i EU. På nasjonalt plan er situasjonen delt. Rundt halvparten av landene rapporterer om økt utdeling, og halvparten om en nedgang. Blant de 12 landene som har ferske anslag over prevalensen av injeksjonsbruk, varierte gjennomsnittlig antall sprøyter som ble delt ut gjennom spesialiserte programmer i 2013 fra mindre enn én på Kypros til mer enn 300 pr. sprøytebruker i Estland og Norge (figur 3.11).

FIGUR 3.11

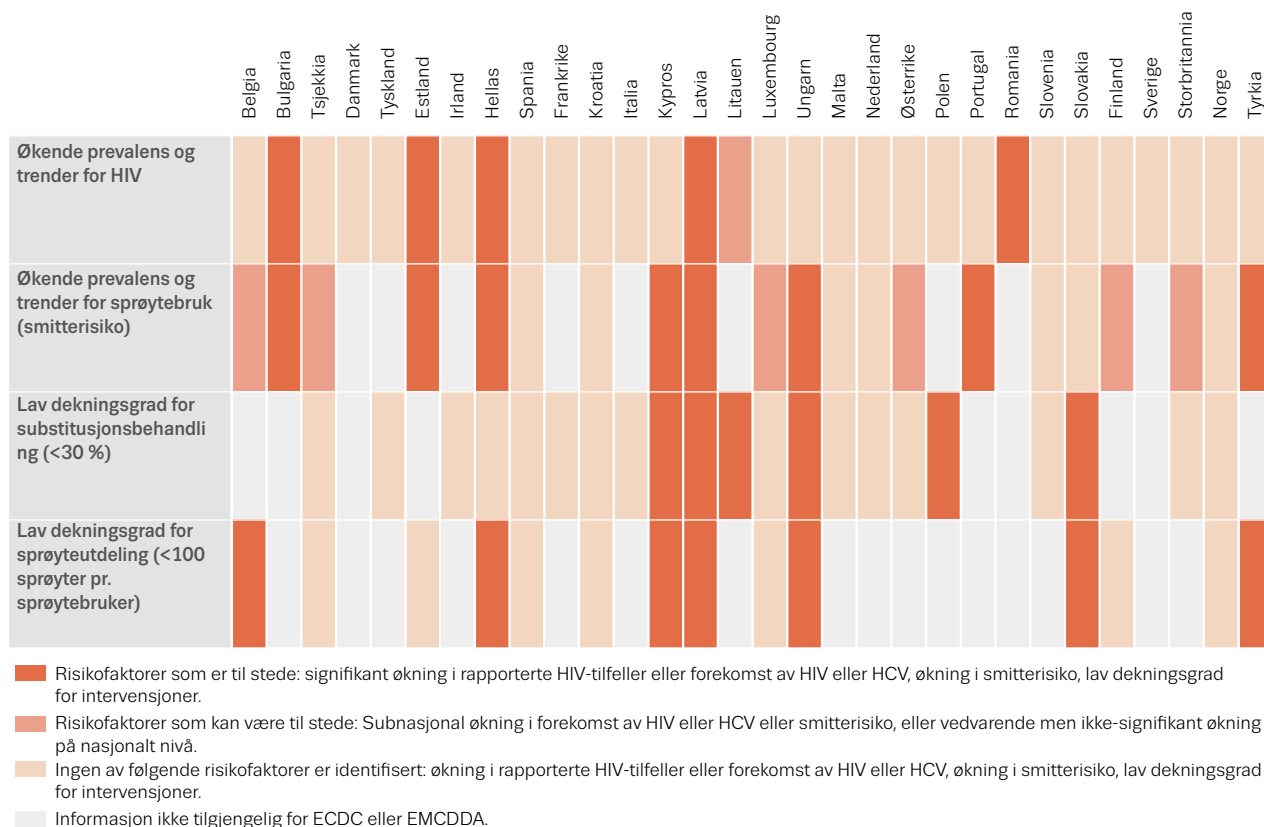
Antall sprøyter utdelt pr. sprøytebruker gjennom spesialiserte programmer (estimat)



NB: Data vist som punktestimater og toleranseområder.

FIGUR 3.12

Samleindikatorer for potensielt forhøyet risiko for HIV-infeksjon blant sprøytebrukere



For mer informasjon, se utfyllende tabell på nett.

Selv om dekningen av HIV-forebyggende tiltak har økt i Europa generelt, er tilgangen til tiltakene fortsatt begrenset for et betydelig antall sprøytebrukere. Figur 3.12 gir en oversikt over noen av de viktigste indikatorene for potensiell risiko. Ut fra denne enkle analysen kan vi si at rundt en tredel av landene viser forhøyet risiko, noe som tyder på at det er behov for fortsatt årvåkenhet og for å øke omfanget av HIV-forebyggende tiltak.

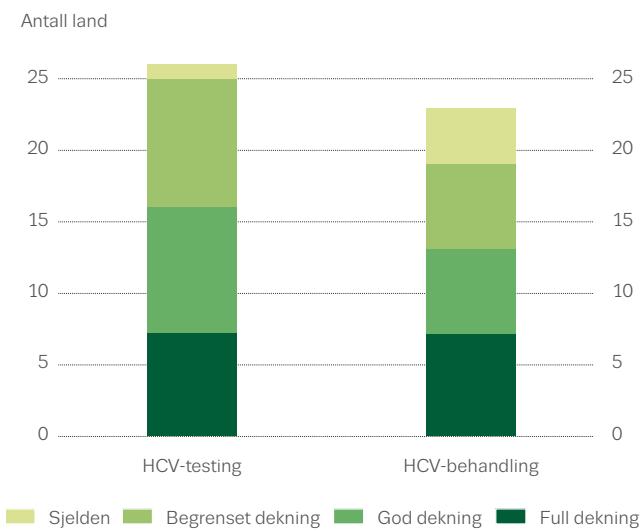
### Bedre behandling av hepatitt C

De forebyggende tiltakene for å hindre overføring av hepatitt C-virus er nokså sammenfallende med tiltakene mot HIV. På politisk plan har flere og flere land vedtatt eller begynt å utarbeide egne hepatitt C-strategier. Tiltak som innebærer testing og rådgivning til sprøytebrukere, har økt de siste årene men er fortsatt begrenset. Nye diagnoseverktøy (som elastografi eller Fibroscan) er introdusert, og nye medisiner har redusert varigheten av behandlingen og bivirkningene, noe som øker graden av medikamentetterlevelse. Til tross for at det er stadig mer dokumentasjon på effekten av antiviral behandling for hepatitt C hos sprøytebrukere, rapporterer mange land fortsatt om lav tilgjengelighet av tilbudet (se figur 3.13). Dette kan delvis skyldes den høye prisen på de nye medikamentene.



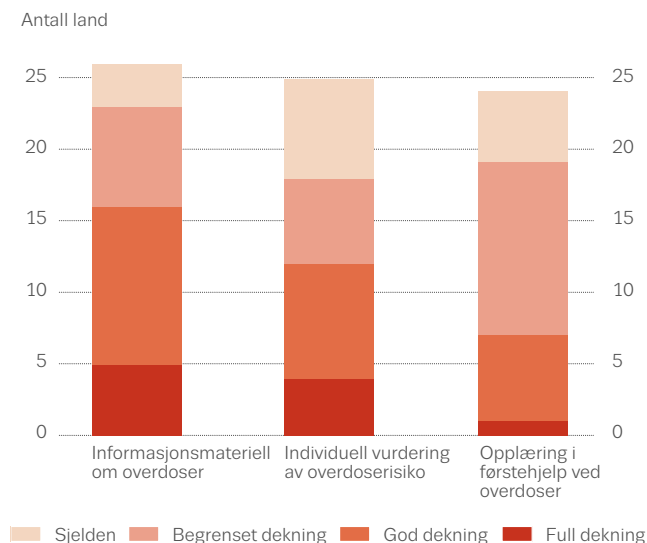
FIGUR 3.13

Tilgjengelighet av hepatitt C-testing og -behandling (ekspertvurderinger, 2013)



FIGUR 3.14

Tilgjengelighet av tiltak mot narkotikainduserte dødsfall (ekspertvurderinger, 2013)



### Forebygging av overdoser og narkotikarelaterede dødsfall

Å redusere antallet dødelige overdoser og andre narkotikarelaterede dødsfall er fortsatt en stor folkehelsepolitisk utfordring i Europa. Målrettede tiltak på området fokuserer enten på å forebygge forekomsten av overdoser eller øke sannsynligheten for å overleve en overdose. Narkotikabehandling, særlig substitusjonsbehandling med opioider, forebygger overdoser og reduserer risikoen for dødelighet hos narkotikabrukere.

Blant et utvalg intervensjoner som tar sikte på å redusere narkotikarelaterede dødsfall, rapporteres det at informasjon og materiell om overdoseforebygging er mest utbredt (figur 3.14). Opplæring i førstehjelp ved overdoser, herunder utdeling av opioidantagonisten nalokson, kan redde liv i en overdosesituasjon. Denne formen for tiltak er imidlertid ikke utbredt. Nye retningslinjer fra WHO anbefaler på det sterkeste at personer som har sannsynlighet for å være til stede ved overdoser, bør ha tilgang til nalokson og få opplæring i hvordan det skal brukes, slik at de kan iverksette førstehjelp ved mistanke om en opioidoverdose. For tiden finnes ordninger for utdeling av nalokson i syv land, og Danmark, Estland og Norge – land med høye overdosetall – har etablert slike ordninger de senere årene. En studie som nylig ble gjennomført i Skottland (Storbritannia), viste at økt utdeling av nalokson sett til risikoutsatte innsatte ved løslatelse sammenfalt med en betydelig nedgang i opioidrelaterede dødsfall de første fire ukene etter løslatelse.

Et av målene med brukerrrom/sprøyterom med tilsyn er å redusere forekomsten av overdoser og øke sjansen for å overleve en overdose. Seks land tilbyr for tiden slike rom — til sammen rundt 70 rom. En rekke slike tilbud har blitt stengt de siste årene på grunn av redusert etterspørsel.

### Fengselshelse: behov for omfattende innsats

Innsatte rapporterer høyere andeler av livstidserfaring med narkotikabruk og mer skadelige bruksmønstre enn befolkningen generelt. Nyere studier viser at mellom 6 % og 31 % av innsatte på noe tidspunkt har injisert narkotika. De fleste brukerne vil redusere forbruket eller slutte å bruke narkotika når de settes i fengsel. Narkotika finner imidlertid veien inn i mange fengsler, og en del innsatte fortsetter eller begynner til og med å bruke narkotika mens de sitter inne. Høye tall for hepatitt C og andre infeksjonssykdommer er også observert blant innsatte.

**Narkotikabehandling, særlig substitusjonsbehandling med opioider, forebygger overdoser og reduserer risikoen for dødelighet hos narkotikabrukere**

Den høye forekomsten av narkotikaproblemer blant innsatte betyr at det er viktig å foreta en helseutredning ved innsettelse. WHO har nylig anbefalt at en pakke med forebyggende tiltak gjøres tilgjengelig, som blant annet skal bestå av gratis, frivillig testing for infeksjonssykdommer, utdeling av kondomer og sterilt brukerstyr, og behandling av infeksjonssykdommer og narkotikaavhengighet.

Mange land har etablert et tverrinstitusjonelt samarbeid mellom fengselshelsetjenesten og behandlingsapparatet ute i samfunnet. Samarbeidet skal omfatte helseopplysning og behandling i fengsel og sikre kontinuitet i omsorgen ved innsettelse så vel som ved løslatelse. Generelt er fengselshelsetjenestene underlagt justis- eller innenriksdepartementet. I noen land har imidlertid helsedepartementet overtatt ansvaret for fengselshelsetjenesten, noe som kan legge til rette for økt integrasjon med det allmenne helsetilbudet i lokalsamfunnet.

Av de 30 landene som overvåkes av EMCDDA, oppga 26 at substitusjonsbehandling med opioider tilbys i fengsler, selv om tre av disse landene ikke rapporterte om slik forskrivning i 2013. Generelt virker det som om dekningsnivået blant innsatte i fengsler er økende, noe som gjenspeiler den økende tilgjengeligheten av slike tiltak ute i samfunnet. Det kan imidlertid være begrensninger med hensyn til hvem som tilbys denne behandlingen. I Tsjekkia og Latvia, for eksempel, tilbys behandling i fengselet bare til innsatte som allerede hadde en resept før de ble innsatt. Utdeling av rent brukerstyr er mindre vanlig, og bare fire land rapporterer at det er tilgjengelig i fengslene.

**Den høye forekomsten  
av narkotikaproblemer blant  
innsatte betyr at det er viktig  
å foreta en helseutredning  
ved innsettelse**

## FINN UT MER

## Publikasjoner fra EMCDDA

## 2015

Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone, EMCDDA Papers.

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption rooms, Perspectives on Drugs.

Psychosocial interventions, Perspectives on Drugs.

## 2014

Cocaine: drugs to treat dependence?, Perspectives on Drugs.

Drug policy profiles — Austria, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles — Poland, EMCDDA Papers.

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

## 2013

Can mass media campaigns prevent young people from using drugs?, Perspectives on Drugs.

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Thematic papers.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

Hepatitis C treatment for injecting drug users, Perspectives on Drugs.

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

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

North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?, Thematic papers.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

The new EU drugs strategy (2013–20), Perspectives on Drugs.

## 2012

Drug demand reduction: global evidence for local actions, Drugs in focus.

Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (second edition), Manuals.

New heroin-assisted treatment, Insights.

Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, Selected issues.

Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, Insights.

## 2011

Drug policy profiles: Portugal.

European drug prevention quality standards, Manuals.

Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, Selected issues.

## 2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Monographs.

Treatment and care for older drug users, Selected issues.

## Felles publikasjoner fra EMCDDA og ECDC

## 2011

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

Alle publikasjonene er tilgjengelige på [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)

# Vedlegg

**De nasjonale dataene som presenteres her,  
er hentet fra EMCDDAs statistiske opplysninger,  
som inneholder ytterligere data,  
år, merknader og metadata**

TABELL A1

## OPIOIDER

Land	Estimat for problematisk bruk av opioider	Indikator for etterspørsel etter behandling, primærrusmiddel						Klienter i substitusjonsbehandling
		Opioidklienter som prosentandel av alle klienter som inntas til behandling			% av opioidklienter med injisering som hovedinntaksmåte			
		Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang	Klienter med tidligere behandlingshistorie	Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang	Klienter med tidligere behandlingshistorie	
Tilfeller pr. 1 000	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	antall	
Belgia	–	30,8 (2 816)	13 (416)	39 (2 024)	20,1 (547)	14,1 (57)	21,5 (420)	17 482
Bulgaria	–	88,8 (1 744)	79,3 (211)	95,2 (954)	73,8 (876)	68,8 (141)	74,4 (585)	3 563
Tsjekia	1,5–1,5	17,2 (1 681)	7,8 (362)	25,6 (1 319)	89,4 (1 493)	86,9 (312)	90,1 (1 181)	3 500
Danmark	–	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	23 (20)	33,9 (193)	–	7 600
Tyskland	2,8–3,4	37,1 (29 891)	13,7 (3 217)	–	–	–	–	77 300
Estland	–	92,9 (403)	81 (102)	98,6 (284)	84,8 (339)	90,2 (92)	83 (235)	1 166
Irland	–	51,3 (4 451)	29,7 (1 032)	66,8 (3 291)	41,3 (1 762)	33,7 (344)	43,6 (1 362)	9 640
Hellas	2,0–2,6	69,3 (3 367)	54,9 (1 145)	80 (2 194)	36,8 (1 227)	32,8 (372)	39,1 (850)	9 973
Spania	1,7–2,6	26,8 (13 333)	11,4 (2 866)	43,7 (10 050)	17,8 (2 195)	11 (295)	19,6 (1 859)	69 111
Frankrike	–	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	53,5 (11 275)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	–	163 000
Kroatia	3,2–4,0	80,4 (6 315)	24 (270)	90 (5 992)	73,7 (4 581)	42,6 (104)	75,1 (4 446)	6 357
Italia	3,8–4,9	54,7 (18 072)	37,2 (4 782)	65,7 (13 290)	57 (9 678)	44,4 (1 906)	61,3 (7 772)	94 376
Kypros	1,2–2,1	26,5 (270)	7,7 (37)	43,8 (232)	48,1 (126)	40 (14)	49,3 (112)	180
Latvia	4,1–9,7	52,1 (783)	19,7 (104)	69,6 (679)	63,7 (495)	84,6 (88)	60,5 (407)	328
Litauen	2,3–2,4	86,8 (1 918)	62,8 (214)	91,9 (1 671)	–	100 (140)	–	592
Luxembourg	5,0–7,6	50,2 (145)	42,1 (8)	49,8 (116)	48,2 (68)	28,6 (2)	47 (54)	1 254
Ungarn	0,4–0,5	5,9 (236)	2,1 (54)	13,6 (160)	70,1 (157)	60,4 (32)	71,8 (112)	786
Malta	6,5–7,7	74,8 (1 352)	33,7 (67)	79,9 (1 285)	61,8 (816)	54,2 (32)	62,2 (784)	1 078
Nederland	1,1–1,5	10,2 (1 195)	5,1 (343)	17 (852)	4,6 (51)	5,4 (16)	4,3 (35)	8 185
Østerrike	4,9–5,1	52 (1 537)	29,5 (361)	67,9 (1 176)	43,4 (536)	31,1 (100)	47,8 (436)	24 027
Polen	0,4–0,7	26,4 (724)	8,2 (91)	39,3 (621)	58 (391)	43,4 (36)	60,3 (349)	1 725
Portugal	–	54,3 (1 634)	27,3 (380)	77,6 (1 254)	15,9 (238)	11,2 (38)	17,3 (200)	16 858
Romania	–	48,8 (802)	33,6 (240)	63,3 (543)	84,5 (622)	84,8 (189)	84,8 (420)	387
Slovenia	4,3–5,8	81,5 (234)	60,6 (57)	91,7 (176)	48,7 (113)	36,8 (21)	52,3 (91)	4 065
Slovakia	1,0–2,5	24,7 (558)	16 (185)	34,1 (363)	66,8 (367)	48,4 (89)	76,4 (272)	408
Finland	3,8–4,5	64,2 (706)	40,4 (65)	69,2 (619)	81,6 (567)	73 (46)	82,5 (504)	2 439
Sverige	–	27,3 (7 760)	17,2 (2 211)	35,7 (5 549)	59,6 (140)	33,3 (11)	63,9 (129)	3 425
Storbritannia	7,9–8,4	50,3 (49 871)	19,7 (6 813)	66,6 (42 636)	34,5 (16 871)	22,5 (1 484)	36,3 (15 191)	172 513
Tyrkia	0,2–0,5	76,3 (5 542)	68 (2 540)	85,1 (3 002)	39,7 (2 201)	29,3 (745)	48,5 (1 456)	28 656
Norge	1,9–3,1	26,9 (2 266)	–	–	–	–	–	7 055
Den europeiske union	–	<b>41 (168 102)</b>	<b>18,7 (28 425)</b>	<b>57,1 (109 107)</b>	<b>38,2 (46 285)</b>	<b>28,4 (6 153)</b>	<b>43,3 (37 806)</b>	701 449
EU, Tyrkia og Norge	–	<b>41,3 (175 910)</b>	<b>19,9 (30 965)</b>	<b>57,6 (112 109)</b>	<b>30,4 (48 486)</b>	<b>28,5 (6 898)</b>	<b>43,5 (39 262)</b>	737 160

År og estimeringsmetode for problematisk opioidbruk varierer landene imellom.

Indikatoren for etterspørsel etter behandling registrerer personer som inntas til behandling i et gitt år.

## TABELL A2

## KOKAIN

Land	Prevalensestimater			Indikator for etterspørsel etter behandling, primærrusmiddel					
	Befolkningen generelt		Skoleelever	Kokainklienter som prosentandel av alle klienter som inntas til behandling			% av kokainklienter som hovedinntaksmåte		
	Livstidsprevalens, voksne (15–64)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34)	Livstidsprevalens, skoleelever (15–16)	Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang	Klienter med tidligere behandlingshistorie	Alle klienter	Klienter som inntas til behandling for første gang	Klienter med tidligere behandlingshistorie
%	%	%	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)
Belgia	–	2,0	2	15,6 (1 430)	15,2 (488)	15,9 (825)	6 (83)	1,3 (6)	7,1 (57)
Bulgaria	0,9	0,3	4	0 (0)	2,6 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tsjekia	0,4	0,3	1	0,2 (19)	0,3 (12)	0,1 (7)	11,1 (2)	16,7 (2)	0 (0)
Danmark	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	–
Tyskland	3,4	1,6	3	5,9 (4 788)	5,6 (1 322)	–	–	–	–
Estland	–	1,3	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Irland	6,8	2,8	3	7,8 (680)	9,2 (320)	6,6 (324)	1,7 (11)	0,3 (1)	2,9 (9)
Hellas	0,7	0,2	1	5,1 (250)	5,9 (122)	4,6 (127)	19,8 (49)	12,4 (15)	27 (34)
Spania	10,3	3,3	3	39,2 (19 497)	40,2 (10 142)	38,5 (8 855)	2 (365)	1 (95)	3 (260)
Frankrike	5,4	2,3	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	7,5 (1 573)	9,9 (192)	4,1 (16)	–
Kroatia	2,3	0,9	2	1,5 (119)	2,6 (29)	1,3 (84)	0,9 (1)	0 (0)	1,2 (1)
Italia	4,2	1,3	1	25,8 (8 529)	31,4 (4 037)	22,2 (4 492)	3,5 (289)	2,9 (114)	4 (175)
Kypros	1,3	0,6	4	12,2 (124)	9,3 (45)	14,7 (78)	5,8 (7)	0 (0)	9,3 (7)
Latvia	1,5	0,3	4	0,3 (5)	0,8 (4)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litauen	0,9	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,3 (5)	–	–	–
Luxembourg	–	–	–	17,3 (50)	10,5 (2)	18 (42)	39,1 (18)	–	39 (16)
Ungarn	0,9	0,4	2	2 (81)	2,4 (60)	1,4 (17)	8,9 (7)	8,3 (5)	5,9 (1)
Malta	0,5	–	4	14,4 (260)	32,2 (64)	12,2 (196)	25,6 (65)	11,3 (7)	30,2 (58)
Nederland	5,2	2,4	2	26,5 (3 113)	22,2 (1 494)	32,3 (1 619)	0,3 (8)	0,3 (4)	0,3 (4)
Østerrike	2,2	1,2	–	10,2 (301)	11,8 (145)	9 (156)	7,6 (18)	2,7 (3)	12,2 (15)
Polen	0,9	0,3	3	2,4 (67)	1,9 (21)	2,8 (44)	6,3 (4)	4,8 (1)	7,3 (3)
Portugal	1,2	0,4	4	12,9 (388)	17,2 (239)	9,2 (149)	4,1 (14)	1,9 (4)	7,7 (10)
Romania	0,3	0,2	2	0,7 (11)	1,3 (9)	0,2 (2)	–	–	–
Slovenia	2,1	1,2	3	3,5 (10)	6,4 (6)	2,1 (4)	30 (3)	16,7 (1)	50 (2)
Slovakia	0,6	0,4	1	0,6 (13)	0,4 (5)	0,8 (8)	8,3 (1)	0 (0)	14,3 (1)
Finland	1,7	0,6	1	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	100 (1)	–	–
Sverige	–	1,2	1	0,8 (236)	1,2 (151)	0,5 (85)	6,3 (2)	0 (0)	18,2 (2)
Storbritannia	9,5	4,2	2	12,9 (12 756)	17,1 (5 888)	10,7 (6 851)	1,7 (204)	0,5 (29)	2,6 (175)
Tyrkia	–	–	–	1,1 (81)	1,1 (41)	1,1 (40)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norge	4,2	2,2	1	0,9 (79)	–	–	–	–	–
Den europeiske union	4,6	1,9	–	13,5 (55 246)	16,5 (25 113)	13,4 (25 646)	2,8 (1 361)	1,3 (303)	3,6 (830)
EU, Tyrkia og Norge	–	–	–	13 (55 406)	16,2 (25 154)	13,2 (25 686)	2,8 (1 361)	1,3 (303)	3,6 (830)

Prevalensestimater for befolkningen generelt er tatt fra representative befolkningsundersøkelser. År og undersøkelsesmetode varierer fra land til land. Prevalensestimater for skoleelever er tatt fra nasjonale skoleundersøkelser eller ESPAD-prosjektet.

TABELL A3

## AMFETAMINER

Land	Prevalensestimater			Indikator for etterspørsel etter behandling, primærrusmiddel					
	Befolkningen generelt		Skoleelever	Amfetaminklienter som prosentandel av alle klienter som inntas til behandling			% av amfetaminklienter med injeksjon som hovedinntaksmåte		
	Livstidsprevalens, voksne (15–64)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34)	Livstidsprevalens, skole-elever (15–16)	Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang	Klienter med tidligere behandlingshistorie	Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang	Klienter med tidligere behandlingshistorie
%	%	%	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)
Belgia	–	–	2	10,1 (925)	9,1 (292)	11 (574)	13,3 (118)	5,3 (15)	17,7 (97)
Bulgaria	1,2	1,3	5	4,7 (93)	10,9 (29)	1,8 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tsjekkia	1,1	0,7	2	70,3 (6 865)	74,2 (3 431)	66,7 (3 434)	78,6 (5 365)	72,6 (2 473)	84,5 (2 892)
Danmark	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	–
Tyskland	3,1	1,8	4	14,9 (12 026)	18,7 (4 365)	–	–	–	–
Estland	–	2,5	3	3 (13)	5,6 (7)	1,4 (4)	76,9 (10)	57,1 (4)	100 (4)
Irland	4,5	0,8	2	0,6 (52)	0,9 (32)	0,4 (18)	5,9 (3)	9,7 (3)	0 (0)
Hellas	0,1	0,1	2	0,2 (12)	0,3 (7)	0,2 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Spania	3,8	1,2	2	1 (512)	1,2 (307)	0,8 (186)	0,6 (3)	0,7 (2)	0,6 (1)
Frankrike	2,2	0,7	4	0,3 (98)	0,2 (22)	0,3 (60)	22,5 (18)	15,8 (3)	–
Kroatia	2,6	1,6	1	0,9 (69)	2 (22)	0,7 (46)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Italia	1,8	0,1	1	0,2 (51)	0,3 (37)	0,1 (14)	2 (1)	2,9 (1)	0 (0)
Kypros	0,7	0,4	4	2,6 (26)	1,7 (8)	3,4 (18)	7,7 (2)	0 (0)	11,1 (2)
Latvia	2,2	0,6	4	15,1 (227)	21 (111)	11,9 (116)	68,2 (152)	64,2 (70)	71,9 (82)
Litauen	1,2	0,5	3	3,4 (76)	10 (34)	1,9 (34)	–	–	–
Luxembourg	–	–	–	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Ungarn	1,8	1,2	6	11,6 (461)	11,6 (297)	11 (130)	15,3 (68)	11,3 (33)	24,2 (30)
Malta	0,3	–	3	0,2 (4)	0 (0)	0,2 (4)	25 (1)	–	25 (1)
Nederland	3,1	–	1	6,5 (760)	6,6 (445)	6,3 (315)	0,6 (4)	0,5 (2)	0,7 (2)
Østerrike	2,5	0,9	–	3,4 (102)	4,7 (58)	2,5 (44)	1,2 (1)	2 (1)	0 (0)
Polen	2,9	1,4	4	25,9 (711)	25,8 (287)	26,5 (419)	10,8 (76)	3,9 (11)	15,7 (65)
Portugal	0,5	0,1	3	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	–
Romania	0,1	0,0	2	0,5 (8)	1 (7)	0 (0)	–	–	–
Slovenia	0,9	0,8	2	0,7 (2)	1,1 (1)	0,5 (1)	–	–	–
Slovakia	0,5	0,3	1	43,2 (978)	46,4 (535)	39,9 (425)	31,8 (300)	27,1 (142)	38 (154)
Finland	2,3	1,6	–	11 (121)	11,8 (19)	10,8 (97)	76,7 (89)	52,6 (10)	81,9 (77)
Sverige	–	1,3	0	0,4 (112)	0 (6)	0,7 (105)	78,3 (83)	80 (4)	78 (78)
Storbritannia	11,1	1,5	1	2,7 (2 725)	3,1 (1 058)	2,6 (1 656)	24 (607)	13 (125)	31,1 (482)
Tyrkia	0,1	0,1	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Norge	3,7	1,1	1	13,1 (1 104)	–	–	–	–	–
Den europeiske union	3,5	1,0	–	6,7 (27 389)	7,6 (11 567)	4,1 (7 894)	47 (6 910)	41,9 (2 899)	53,6 (3 967)
EU, Tyrkia og Norge	–	–	–	6,7 (28 493)	7,4 (11 567)	4,1 (7 894)	47 (6 910)	41,9 (2 899)	53,6 (3 967)

TABELL A4

## ECSTASY

Land	Prevalensestimater			Indikator for etterspørsel etter behandling, primærrusmiddel		
	Befolkningen generelt		Skoleelever	Ecstasyklienter som prosentandel av alle klienter som inntas til behandling		
	Livstidsprevalens, voksne (15–64)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34)	Livstidsprevalens, skole-elever (15–16)	Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang	Klienter med tidligere behandlingshistorie
	%	%	%	% (antall)	% (antall)	% (antall)
Belgia	–	–	2	0,5 (43)	0,7 (23)	0,4 (19)
Bulgaria	2,0	2,9	4	0,1 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Tsjekkia	5,1	3,0	3	0,1 (8)	0,1 (4)	0,1 (4)
Danmark	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Tyskland	2,7	0,9	2	–	–	–
Estland	–	2,3	3	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Irland	6,9	0,9	2	0,5 (43)	0,8 (27)	0,3 (16)
Hellas	0,4	0,4	2	0,2 (8)	0,2 (5)	0,1 (3)
Spania	4,3	1,5	2	0,3 (134)	0,4 (103)	0,1 (29)
Frankrike	4,2	2,3	3	0,5 (186)	0,2 (22)	0,6 (122)
Kroatia	2,5	0,5	2	0,3 (27)	0,6 (7)	0,3 (19)
Italia	1,8	0,1	1	0,2 (55)	0,2 (23)	0,2 (32)
Kypros	0,9	0,3	3	0,1 (1)	0 (0)	0,2 (1)
Latvia	2,7	0,8	4	0,2 (3)	0,4 (2)	0,1 (1)
Litauen	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Luxembourg	–	–	–	0,3 (1)	0 (0)	0,4 (1)
Ungarn	2,4	1,0	4	1,7 (69)	1,7 (43)	2 (23)
Malta	0,7	–	3	1,2 (22)	3,5 (7)	0,9 (15)
Nederland	6,2	3,1	4	0,6 (67)	0,8 (55)	0,2 (12)
Østerrike	2,3	1,0	–	0,8 (23)	1,1 (13)	0,6 (10)
Polen	1,1	0,3	2	0,2 (6)	0,1 (1)	0,3 (5)
Portugal	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
Romania	0,7	0,4	2	0,1 (1)	0,1 (1)	0 (0)
Slovenia	2,1	0,8	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovakia	1,9	0,9	0	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Finland	1,8	1,1	2	0,3 (3)	0,6 (1)	0,2 (2)
Sverige	–	1,0	1	0 (3)	0 (1)	0 (1)
Storbritannia	9,3	3,0	2	0,3 (325)	0,7 (232)	0,1 (92)
Tyrkia	0,1	0,1	2	0,8 (55)	1,1 (41)	0,4 (14)
Norge	2,3	1,0	1	0 (0)	–	–
Den europeiske union	3,6	1,4	–	0,3 (1 050)	0,4 (583)	0,2 (415)
EU, Tyrkia og Norge	–	–	–	0,3 (1 105)	0,4 (624)	0,2 (429)



## TABELL A5

## CANNABIS

Land	Prevalensestimater			Indikator for etterspørsel etter behandling, primærrusmiddel		
	Befolkningen generelt		Skole-elever	Cannabisklienter som prosentandel av alle klienter som inntas til behandling		
	Livstidsprevalens, voksne (15–64)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34)	Livstidsprevalens, skole-elever (15–16)	Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang	Klienter med tidligere behandlingshistorie
	%	%	%	% (antall)	% (antall)	% (antall)
Belgia	14,3	11,2	21	33,6 (3 077)	54,3 (1 744)	23,1 (1 201)
Bulgaria	7,5	8,3	22	3,9 (77)	4,5 (12)	1,8 (18)
Tsjekkia	22,8	21,6	42	11 (1 077)	16,5 (763)	6,1 (314)
Danmark	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Tyskland	23,1	11,1	19	36,3 (29 252)	56,1 (13 138)	–
Estland	–	13,6	24	3,7 (16)	12,7 (16)	0 (0)
Irland	25,3	10,3	18	28,9 (2 511)	47 (1 631)	16 (790)
Hellas	8,9	3,2	8	21,5 (1 045)	35,4 (737)	11 (302)
Spania	30,4	17,0	28	29,9 (14 869)	43,6 (10 982)	14,8 (3 402)
Frankrike	40,9	22,1	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)	32,3 (6 804)
Kroatia	15,6	10,5	18	13,3 (1 047)	58,4 (658)	5,7 (381)
Italia	21,7	8,0	16	17,4 (5 766)	28 (3 593)	10,7 (2 173)
Kypros	9,9	4,2	7	56,8 (579)	80,5 (388)	35,3 (187)
Latvia	12,5	7,3	24	27,3 (411)	51,4 (272)	14,3 (139)
Litauen	10,5	5,1	20	2,9 (65)	11,7 (40)	1,3 (23)
Luxembourg	–	–	–	31,1 (90)	47,4 (9)	30,5 (71)
Ungarn	8,5	5,7	19	61 (2 429)	70 (1 787)	43,4 (511)
Malta	4,3	–	10	7,9 (142)	25,1 (50)	5,7 (92)
Nederland	25,7	13,7	27	47,8 (5 613)	56,7 (3 826)	35,7 (1 787)
Østerrike	14,2	6,6	14	30 (887)	50,6 (620)	15,4 (267)
Polen	12,2	8,1	23	33,4 (914)	51,6 (575)	20,3 (321)
Portugal	9,4	5,1	16	26,8 (806)	48,4 (674)	8,2 (132)
Romania	1,6	0,6	7	17 (279)	27,3 (195)	7,9 (68)
Slovenia	15,8	10,3	23	12,5 (36)	31,9 (30)	3,1 (6)
Slovakia	10,5	7,3	16	24,6 (557)	32 (369)	16,6 (177)
Finland	18,3	11,2	12	14,6 (161)	34,2 (55)	10,8 (97)
Sverige	–	7,1	5	13,2 (3 763)	22,4 (2 881)	5,7 (882)
Storbritannia	29,9	11,2	22	26,8 (26 618)	48,6 (16 775)	15,3 (9 771)
Tyrkia	0,7	0,4	4	12,7 (920)	17,5 (653)	7,6 (267)
Norge	23,3	12,0	5	20,3 (1 705)	–	–
Den europeiske union	23,3	11,7	–	29,4 (120 504)	45,5 (69 074)	16,2 (30 977)
EU, Tyrkia og Norge	–	–	–	28,9 (123 129)	44,8 (69 727)	16,1 (31 244)

## TABELL A6

## ANDRE INDIKATORER

	Narkotikainduierte dødsfall (aldersgruppen 15–64)	HIV-diagnoser som tilskrives sprøytebruk (ECDC)	Estimat for injeksjonsbruk	Sprøyter utdelt gjennom spesialiserte programmer
Land	tilfeller pr. million innbyggere (antall)	tilfeller pr. million innbyggere (antall)	tilfeller pr. 1 000 innbyggere	antall
Belgia	10,5 (77)	1,5 (17)	2,5–4,8	907 504
Bulgaria	4,3 (21)	4,5 (33)	–	431 568
Tsjekkia	5,1 (37)	0,6 (6)	5,9–6,0	6 181 134
Danmark	60 (218)	2,3 (13)	–	–
Tyskland	17,6 (956)	1,2 (100)	–	–
Estland	126,8 (111)	54,5 (72)	4,3–10,8	2 183 933
Irland	58,5 (177)	3,9 (18)	–	360 041
Hellas	–	22,4 (248)	0,6–0,9	429 517
Spania	12,2 (383)	3,1 (145)	0,3–0,4	2 684 251
Frankrike	6,8 (283)	1 (67)	–	–
Kroatia	16,8 (48)	0 (0)	0,3–0,6	273 972
Italia	8,9 (343)	2,7 (162)	–	–
Kypros	4,9 (3)	0 (0)	0,2–0,5	0
Latvia	8,1 (11)	38 (77)	7,3–11,7	341 421
Litauen	27,1 (54)	20,9 (62)	–	168 943
Luxembourg	29,7 (11)	9,3 (5)	4,5–6,9	191 983
Ungarn	4,6 (31)	0,1 (1)	0,8	435 817
Malta	10,4 (3)	7,1 (3)	–	357 691
Nederland	10,2 (113)	0,3 (5)	0,2–0,2	–
Østerrike	24,2 (138)	2,5 (21)	–	4 762 999
Polen	7,6 (207)	1 (39)	–	–
Portugal	3,0 (21)	7,4 (78)	–	950 652
Romania	2,2 (30)	7,4 (149)	–	2 051 770
Slovenia	19,9 (28)	1 (2)	–	513 272
Slovakia	6,5 (25)	0 (0)	–	321 339
Finland	54,3 (191)	0,6 (3)	4,1–6,7	3 834 262
Sverige	69,7 (426)	0,8 (8)	–	229 362
Storbritannia	44,6 (1 858)	1,8 (112)	2,9–3,2	9 457 256 (1)
Tyrkia	4,4 (224)	0,1 (4)	–	–
Norge	69,6 (232)	1,6 (8)	2,2–3,0	3 011 000
Den europeiske union	17,3 (5 804)	2,9 (1 446)	–	–
EU, Tyrkia og Norge	16 (6 260)	2,5 (1 458)	–	–

Estimater for injeksjonsbruk av narkotika er utledet ved indirekte metoder, og året for estimatet varierer landene imellom.

(1) Dataene viser til Skottland og Wales (2013) og Nord-Irland (2012).

## TABELL A7

## BESLAG

Land	Heroin		Kokain		Amfetaminer		Ecstasy	
	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag
	kg	antall	kg	antall	kg	antall	tabletter (kg)	antall
Belgia	1 182	2 431	6 486	3 653	216	3 085	37 152 (-)	1 338
Bulgaria	157	32	20	-	193	8	4 169 (29)	-
Tsjekkia	5	38	36	106	70	495	5 061 (0,04)	114
Danmark	14	461	681	2 286	341	2 167	7 706 (-)	590
Tyskland	270	3 065	1 315	3 622	1 339	12 801	480 839 (-)	2 233
Estland	0	2	2	47	28	290	3 341 (0,2)	92
Irland	61	690	66	366	23	114	465 083 (-)	464
Hellas	235	2 158	706	437	16	81	34 579 (0,4)	47
Spania	291	6 502	26 701	38 033	497	3 471	154 732 (-)	2 301
Frankrike	570	-	5 612	-	501	-	414 800 (-)	-
Kroatia	10	167	9	171	13	414	0 (0,9)	170
Italia	882	2 560	4 966	6 031	103	128	4 713 (17)	136
Kypros	0,7	16	3	105	1	38	504 (0,1)	14
Latvia	0,7	288	1	34	46	744	60 (0,003)	18
Litauen	13	100	3	12	71	97	54 (0,5)	13
Luxembourg	4	127	1	103	5	6	13 (-)	3
Ungarn	6	32	8	117	75	586	17 664 (2)	181
Malta	1	51	4	115	0	3	30 375 (-)	45
Nederland (¹)	750	-	10 000	-	681	-	-	-
Østerrike	80	346	25	992	29	859	5 768 (-)	119
Polen	49	-	21	-	685	-	45 997 (-)	-
Portugal	55	792	2 440	1 108	5	48	2 160 (1)	80
Romania	112	273	53	75	0	42	27 506 (0,04)	142
Slovenia	7	339	3	196	16	273	922 (0,9)	53
Slovakia	0,2	73	1	23	4	634	47 (-)	17
Finland	0,2	113	5	205	91	3 149	121 600 (-)	795
Sverige	6	485	81	1 452	677	4 541	26 919 (16)	743
Storbritannia (¹)	831	10 648	3 324	18 569	1 491	6 515	1 173 100 (-)	3 716
Tyrkia	13 480	6 096	450	863	1 242	132	4 441 217 (-)	4 274
Norge	55	1 192	188	1 086	514	7 229	7 298 (3)	411
Den europeiske union	5 593	31 789	62 573	77 858	7 217	40 589	3 064 864 (68)	13 424
EU, Tyrkia og Norge	19 128	39 077	63 211	79 807	8 973	47 950	7 513 379 (71)	18 109

Amfetaminer omfatter amfetamin og metamfetamin.

(¹) Beslagsdata viser til 2012.

## TABELL A7

## BESLAG (forts.)

Land	Hasj		Marihuana		Cannabisplanter	
	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag
	kg	antall	kg	antall	planter (kg)	antall
Belgia	4 275	5 529	14 882	23 900	396 758 (-)	1 212
Bulgaria	5	9	579	69	18 126 (24)	11
Tsjekkia	1	28	735	875	73 639 (-)	361
Danmark	3 292	11 030	394	1 896	- (5634)	645
Tyskland	1 770	5 638	4 827	28 875	107 766 (-)	2 026
Estland	109	24	51	524	- (16)	42
Irland	677	367	1 102	1 770	6 309 (-)	427
Hellas	8	143	20 942	6 743	23 008 (0)	599
Spania	319 257	180 342	16 298	172 341	176 879 (-)	2 305
Frankrike	70 918	-	4 758	-	141 374 (-)	-
Kroatia	5	359	1 047	4 171	3 957 (-)	213
Italia	36 347	5 261	28 821	5 701	894 862 (-)	1 227
Kypros	1	16	99	849	403 (-)	62
Latvia	106	28	29	412	- (344)	31
Litauen	1 088	11	124	199	- (-)	-
Luxembourg	8	81	11	832	8 (-)	6
Ungarn	5	103	863	2 040	5 307 (-)	196
Malta	1	71	10	85	27 (-)	3
Nederland (¹)	2 200	-	12 600	-	1 218 000 (-)	-
Østerrike	130	1 512	1 432	8 270	- (196)	327
Polen	208	-	1 243	-	69 285 (-)	-
Portugal	8 681	3 087	96	559	8 462 (-)	354
Romania	25	284	165	1 799	8 835 (110)	79
Slovenia	0,5	73	810	3 673	9 515 (-)	212
Slovakia	0,0	21	81	1 307	1 039 (-)	32
Finland	122	1 467	285	6 167	23 000 (63)	3 409
Sverige	1 160	6 937	928	9 221	- (-)	-
Storbritannia (¹)	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625 (-)	15 846
Tyrkia	94 279	5 331	180 101	60 742	- (-)	3 706
Norge	2 283	11 875	491	5 444	- (159)	386
Den europeiske union	463 831	239 781	126 455	431 024	3 742 184 (6 387)	29 625
EU, Tyrkia og Norge	560 393	256 987	307 047	497 210	3 742 184 (6 546)	33 717

(¹) Beslagsdata viser til 2012, unntatt for antallet cannabisplanter beslaglagt i Nederland, som viser til 2013.

## HOW TO OBTAIN EU PUBLICATIONS

### Free publications

one copy:  
via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>)

more than one copy or posters/maps:  
from the European Union's representations  
([http://ec.europa.eu/represent\\_en.htm](http://ec.europa.eu/represent_en.htm));  
from the delegations in non-EU countries  
([http://eeas.europa.eu/delegations/index\\_en.htm](http://eeas.europa.eu/delegations/index_en.htm));  
by contacting the Europe Direct service  
([http://europa.eu/eurodirect/index\\_en.htm](http://europa.eu/eurodirect/index_en.htm)) or  
calling 00 800 6 7 8 9 10 11  
(freephone number from anywhere in the EU) (\*).

(\* The information given is free, as are most calls (though some operators, phone boxes or hotels may charge you).

### Priced publications

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

## Om rapporten

Rapporten *Trender og utviklinger* gir en oversikt over narkotikasituasjonen i Europa og tar opp aspekter som forsyning, bruk og folkehelseproblemer samt narkotikapolitikk og -tiltak. Den er en del av pakken *Europeisk narkotikarapport 2015*, som i tillegg omfatter de nettbaserte ressursene statistiske opplysninger, landoversikter og serien *Perspectives on drugs*.

## Om EMCDDA

Det europeiske senter for overvåking av narkotika og narkotikaavhengighet (EMCDDA) er den sentrale kilden for og selve autoriteten når det gjelder narkotikarelaterte spørsmål i Europa. I over 20 år har EMCDDA samlet inn, analysert og formidlet vitenskapelig holdbar informasjon om narkotika og narkotikaavhengighet og konsekvensene av dette og gitt et evidensbasert bilde av narkotikasituasjonen på europeisk plan.

EMCDDAs publikasjoner er en enestående kilde til informasjon for et bredt publikum, det være seg beslutningstakere og deres rådgivere, fagmiljøer og forskere som arbeider på narkotikaområdet, og i videre forstand, media og allmennheten. EMCDDA har sine kontorer i Lisboa og er et av Den europeiske unions desentraliserte byråer.

