Europeisk overvåkingssenter for
narkotika og narkotikamisbruk

NO

ISSN 2314-923X

Europeisk narkotika-rapport

Trender og utviklinger

2016

Europeisk overvåkingssenter for
narkotika og narkotikamisbruk

Europeisk narkotika-rapport

Trender og utviklinger

2016

Juridisk meddelelse

Denne publikasjonen fra Europeisk overvåkingssenter 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, EUs medlemsstater eller andre organer eller institusjoner i Den europeiske union.

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

(*) Opplysningstjenesten er gratis. De fleste telefonsamtaler er også gratis (men du kan bli belastet av enkelte operatører, telefonkiosker eller hoteller).

Mer informasjon om Den europeiske union finnes på internett (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, tyrkisk og norsk. Alle oversettelser er utført av Oversettelsessenteret for Den europeiske unions organer.

Luxembourg: Den europeiske unions publikasjonskontor, 2016

ISBN: 978-92-9168-912-5
doi:10.2810/548215

© Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, 2016
Gjengivelse er tillatt med kildeangivelse.

Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (2016), *Europeisk narkotikarapport 2016: Trender og utviklinger,* Den europeiske unions publikasjonskontor, Luxembourg.

Printed in Belgium

Trykt på klorfritt bleket papir (ECF)

Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portugal
Tel. +351 211210200
info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu
twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

Innhold

5 Forord

9 Innledende note og bidragsytere

11 SAMMENDRAG
Tegn på at det europeiske narkotikamarkedet fortsatt er robust

17 KAPITTEL 1
Forsyning og marked

37 KAPITTEL 2
Prevalens og trender for narkotikabruk

53 KAPITTEL 3
Narkotikarelaterte helseskader og tiltak

71 VEDLEGG
Tabeller med nasjonale data

Forord

Det er med stor glede vi presenterer EMCDDAs 21. årlige analyse av narkotikasituasjon i Europa, den første for oss som henholdsvis nyvalgt direktør og styreleder for EMCDDA. I liket med tidligere år gir narkotikarapporten for 2016 en gjennomgang av de nyeste trendene og den siste utviklingen i narkotikasituasjonen i Europa i form av en integrert multimediepakke. Rapporten er unik ved at den både gir en oppdatert overordnet oversikt over narkotikabruk, narkotikaproblemer og narkotikamarkeder og sammenstiller denne situasjonsanalysen med opplysninger om rusmiddelpolitikk og praksis.

Årets analyse setter igjen søkelyset på hvordan Europa står overfor et stadig mer sammensatt narkotikaproblem, der sentralstimulerende midler, nye psykoaktive stoffer, misbruk av legemidler og problematisk cannabisbruk spiller en viktig rolle. Rapporten minner oss også om at vi fortsatt har noen av de samme problemene som tidligere — selv om utfordringene de nå representerer, både på politisk og praktisk plan, er i endring. Europas opioidproblem er et viktig tema i 2016-analysen, som i tidligere år, noe som gjenspeiler hvor stor innvirkning disse stoffene fortsatt har på dødelighet og sykelighet. Forholdet mellom bruken av heroin og syntetiske opioider blir stadig mer sammensatt, og økningen i de generelle estimatene for opioidrelaterte dødsfall gir grunn til bekymring. Behandlingsapparatet i Europa må også møte de sammensatte helsebehovene til en aldrende kohort av heroinbrukere, og politikerne strever med å finne ut hva som er de mest hensiktsmessige behandlingsmålene på lang sikt for denne gruppen. På samme tid rapporteres det om nye heroinepidemier i andre deler av verden, noe som minner oss på at dette området krever årvåkenhet og løpende overvåking.

Rapporten er i høyeste grad et produkt av en kollektiv innsats, og vi må benytte anledningen til å takke alle bidragsyterne som har gjort rapporten mulig. Bidraget fra de nasjonale kontaktpunktene og ekspertene i Reitox-nettverket danner som vanlig grunnlaget for analysen som presenteres her. I tillegg må vi takke for innspillene vi har mottatt fra våre institusjonelle partnere på europeisk plan, særlig Europakommisjonen, Europol, Europeisk senter for forebygging av og kontroll med sykdommer, og Det europeiske legemiddelkontor. Vi er også glade for å se at årets rapport inneholder ytterligere data på bynivå fra europeiske forskningsnettverk, som utfyller nasjonale data med analyser av avløpsvann og narkotikarelaterte akuttsituasjoner og gir oss en bredere forståelse av både mønstre for narkotikabruk og hvilke skader det forårsaker i Europa.

Til slutt vil vi bemerke at rapporten utgis på et viktig tidspunkt for utviklingen av rusmiddelpolitikk, både i Europa og internasjonalt. I Europa skal resultatene av den gjeldende handlingsplanen mot narkotika vurderes, og diskusjonen er i gang om hvilke tiltak man skal treffe for å videreføre EUs narkotikastrategi i årene som kommer. Flere europeiske land har også deltatt aktivt i den internasjonale debatten i forbindelse med FNs generalforsamlings spesialsesjon, som ble avholdt i New York i april 2015. De fremhevet verdien av en balansert og evidensbasert tilnærming, forankret i et sterkt engasjement for menneskerettighetene. Vi mener at en av grunnene til at Europa kan uttale seg med tyngde i denne debatten, er den genuine interessen for å forstå problemenes skiftende natur og foreta en kritisk vurdering av hva som faktisk fungerer. Vi er stolte av at denne rapporten og arbeidet som EMCDDA og dets internasjonale partnere gjør, fortsetter å bidra til økt forståelse, og vi er fortsatt overbevist om at pålitelig informasjon er en forutsetning for forsvarlig politikk og gode tiltak på området.

Laura d'Arrigo
Styreleder, EMCDDA

Alexis Goosdeel
Direktør, EMCDDA

Innledende note og bidragsytere

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

Formålet med rapporten er å gi en oversikt over og en oppsummering av narkotikasituasjonen i Europa og tiltak for å møte den. De statistiske dataene som presenteres her, gjelder for 2014 (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. Med mindre annet er oppgitt, testes statistisk signifikans på 0,05-nivå. 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 enkeltmål landene imellom. Forbehold og begrensninger for dataene er beskrevet i nettversjonen av rapporten og i statistiske opplysninger, som inneholder detaljerte opplysninger om metoder, forbehold for analyser og kommentarer om begrensningene ved den tilgjengelige informasjonen. Det 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-nettverket 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), European Drug Emergencies Network (Euro-DEN) 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-nettverket

Reitox er det europeiske informasjonsnettverket for narkotika og narkotikamisbruk. Nettverket 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.

Sammendrag

Det er behov for en europeisk rusmiddelpolitikk som kan favne bredere og omfatte flere politiske spørsmål

Tegn på at det europeiske narkotikamarkedet fortsatt er robust

Analysen som presenteres her, beskriver et europeisk narkotikamarked som fortsatt er robust, og det er ting som tyder på at særlig cannabis og sentralstimulerende midler er i økning. Generelt tyder forsyningsdata på høy eller økende renhet eller styrke for de fleste illegale stoffer. Hovedtyngden av nyere surveydata om utbredelse viser også en beskjeden økning i bruken av de vanligste stoffene. Narkotikamarkedet er også mer sammensatt: nye stoffer tilbys side om side med mer etablerte stoffer, det er tegn på at legemidler får større betydning og blandingsbruk er normen blant personer med narkotikaproblemer. Mottiltak vanskeliggjøres av at produksjonen av cannabis, syntetiske stoffer og til og med enkelte opioider og nye psykoaktive stoffer nå finner sted i Europa, nær brukermarkedene. Sett under ett setter denne nye analysen fokus på behovet for en europeisk rusmiddelpolitikk som kan favne bredere og omfatte flere politiske spørsmål enn tidligere.

Oppblomstring av MDMA

At MDMA igjen ser ut til å være et av de foretrukne sentralstimulerende midlene blant unge, er et godt eksempel på noen av de nye utfordringene dagens narkotikamarked representerer. Nye måter å skaffe utgangsstoffer på, nye produksjonsmetoder og nettbasert handel ser ut til gjenopplive et marked som nå kjennetegnes av et mangfold av produkter. MDMA finnes nå i høye doser i pulver- og krystallform og som tabletter med mange ulike logoer, farger og former, noe som tyder på bestillingsproduksjon og bruk av avansert, målrettet markedsføring. Dette kan være en bevisst strategi fra produsentenes side for å høyne stoffets status, etter en lang periode der urene produkter av lav kvalitet har ført til nedgang i bruken av MDMA. Det er ting som tyder på at innsatsen gir resultater og at MDMA er i ferd med å øke i popularitet, både blant etablerte brukere av sentralstimulerende midler og blant en ny generasjon av unge brukere. Dette understreker behovet for forebyggings- og skadereduksjonstiltak rettet mot en ny brukergruppe som kanskje bruker høydoserte produkter, men som ikke kjenner til risikoen forbundet med det.

Nye data setter søkelyset på regionale mønstre for og helseskader ved bruk av sentralstimulerende midler

Denne rapporten tyder på at det er behov for økt fokus på å identifisere og sette inn tiltak mot lokale mønstre for bruk av sentralstimulerende midler og helseskadene det medfører. Nye funn fra analyser av avløpsvann gjenspeiler beslag- og surveydata, som alle viser tydelige regionale forskjeller i bruken av sentralstimulerende midler i Europa. Kokainbruk ser ut til å være mer utbredt i Vest- og Sør-Europa, mens amfetaminer er mer utbredt i Nord- og Øst-Europa. Både kokain og amfetamin har økt i renhet de senere årene, mens prisene har holdt seg relativt stabile. Problemer knyttet til sentralstimulerende midler blir også mer synlige. En økning i behandlingsetterspørsel knyttet til amfetaminbruk gir grunn til bekymring i noen land, og nesten halvparten av alle nye klienter som påbegynner behandling rapporterer om injeksjonsbruk. Injeksjonsbruk av sentralstimulerende midler er også forbundet med nylige HIV-utbrudd i enkelte marginaliserte grupper. Det er også økende bekymring rundt forbindelsen mellom injisering av sentralstimulerende midler og seksuell risikoatferd. Dette fenomenet er rapportert i enkelte europeiske byer blant mindre grupper av menn som har sex med menn, og viser et behov for økt samarbeid og felles innsats fra narkotikabehandlingsapparatet og seksualhelsetjenestene.

Tiltak mot cannabis er fortsatt en sentral utfordring for europeisk rusmiddelpolitikk

Både globalt og i Europa foregår det for tiden en offentlig og politisk debatt om kostnaden og nytten av ulike politiske alternativer for cannabis. Dataene som presenteres i denne rapporten bidrar til diskusjonen ved å belyse noen av de sammensatte spørsmålene som må tas med i betraktningen. Temaet er viktig, ettersom tallene for cannabisbruk samlet sett ikke ser ut til å falle, men til og med kan være på vei opp i noen grupper. Av landene som har lagt frem estimater basert på nye undersøkelser (siden 2013), har de fleste rapportert om en økning i bruken av dette stoffet.

Nye estimater viser at cannabis utgjør den største andelen av verdiene på narkotikamarkedet i Europa. Cannabisproduksjon har blitt en viktig inntektskilde for organisert kriminalitet. Import av cannabis fra en rekke opprinnelsesland og økt innenlands produksjon i Europa utgjør en betydelig utfordring for kontrollsiden og legger press på et allerede hardt prøvet politi og tollvesen. Cannabislovbrudd, som hovedsakelig gjelder bruk eller besittelse til eget bruk, utgjør også tre firedeler av alle narkotikarelaterte lovbrudd.

Det er også mer kunnskap om hvilke helsemessige og sosiale kostnader cannabisbruk kan ha. Disse er mest tydelige blant personer med hyppig eller langvarig bruk, og det anslås at rundt 1 % av europeiske voksne bruker cannabis daglig eller nesten daglig. For både hasj og marihuana er styrkegraden historisk høy, noe som gir grunn til bekymring fordi det kan øke risikoen for akutte og kroniske helseproblemer hos brukerne. Stoffet oppgis nå også som primærrusmiddel av flertallet av nye klienter som påbegynner narkotikabehandling, selv om disse dataene må ses i sammenheng med henvisningskanalene og en vid definisjon på hva som utgjør behandling for denne gruppen. Politiske tiltak på området må også ta med i betraktningen at i motsetning til i andre deler av verden røykes cannabis i Europa vanligvis sammen med tobakk, noe som gjør det viktig å oppnå synergieffekter mellom innsatsen mot cannabis og innsatsen mot tobakk.

Syntetiske cannabinoider dominerer i beslagene av nye psykoaktive stoffer

Det er en like stor utfordring for internasjonal og europeisk rusmiddelpolitikk å finne ut hvilke tiltak som gir effekt på det dynamiske og stadig skiftende markedet for nye stoffer. Vi har svært begrenset informasjon om bruken av nye psykoaktive stoffer, men med 50 000 rapporterte beslag i 2014 har vi et visst innblikk i den relative tilgjengeligheten av stoffene. Syntetiske cannabinoider utgjør mer enn 60 % av beslagene, og denne gruppen stoffer er også fremtredende blant de 98 nye stoffene som ble påvist for første gang i 2015 og rapportert til EUs system for tidlig varsling av nye psykoaktive stoffer. Tjuefire av dem var syntetiske cannabinoider — stoffer som fester seg til de samme reseptorene i hjernen som THC, et av hovedvirkestoffene i naturlig cannabis. Fra et helsemessig perspektiv er imidlertid mange syntetiske cannabinoider mye giftigere enn cannabis, og det er rapportert om masseforgiftning og til og med dødsfall. Faren disse stoffene utgjør understrekes av en advarsel som EMCDDA sendte ut i februar 2016 om det syntetiske cannabinoidet

Cannabis utgjør den største andelen av verdiene på narkotikamarkedet i Europa

ANSLAG OVER NARKOTIKABRUK I DEN EUROPEISKE UNION — NØKKELTALL

Cannabis

Bruk:

Voksne (15–64 år)

Siste år: **22,1 millioner** (6,6 %)

Noen gang: **83,2 millioner** (24,8 %)

Unge voksne (15–34 år)

Siste år: **16,6 millioner** (13,3 %)

Nasjonale estimater for siste års bruk: Lavest 3,2 %, Høyest 23,9 %

Kokain

Bruk:

Voksne (15–64 år)

Siste år: **3,6 millioner** (1,1 %)

Noen gang: **17,1 millioner** (5,1 %)

Unge voksne (15–34 år)

Siste år: **2,4 millioner** (1,9 %)

Nasjonale estimater for siste års bruk: Lavest 0,2 %, Høyest 4,2 %

MDMA

Bruk:

Voksne (15–64 år)

Siste år: **2,5 millioner** (0,8 %)

Noen gang: **13,0 millioner** (3,9 %)

Unge voksne (15–34 år)

Siste år: **2,1 millioner** (1,7 %)

Nasjonale estimater for siste års bruk: Lavest 0,3 %, Høyest 5,5 %

Amfetaminer

Bruk:

Voksne (15–64 år)

Siste år: **1,6 millioner** (0,5 %)

Noen gang: **12,0 millioner** (3,6 %)

Unge voksne (15–34 år)

Siste år: **1,3 millioner** (1,0 %)

Nasjonale estimater for siste års bruk: Lavest 0,1 %, Høyest 2,9 %

Opioider

Høyrisikobrukere av opioider

1,3 millioner

Overdosedødsfall

82 %

Opioider ble påvist i **82%** av overdosedødsfall

Etterspørsel etter narkotikabehandling

Oppgitt som primær-rusmiddel i ca. **40 %** av alle søknader om narkotikabehandling i Den europeiske union

40 %

644 000

opioidbrukere mottok substitusjonsbehand-ling i 2014

Nye psykoaktive stoffer

Bruk:

Unge voksne (15–24 år)

Siste år: 3,0 %

Noen gang: 8,0 %

Kilde: Flash Eurobarometer-undersøkelsen om ungdom og rusmidler for 2014.

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

MDMB-CHMICA, som da var forbundet med 13 dødsfall og 23 ikke-fatale forgiftninger. Dette kjemiske stoffet ble påvist i over 20 forskjellige røykeblandinger, og dødsfall eller forgiftning var registrert i elleve land og kan også ha forekommet i flere. Brukerne av disse produktene vil vanligvis være uvitende om hvilke kjemikalier de inneholder.

Alvorlige hendelser er også forbundet med både ikke-kontrollerte sentralstimulerende midler og opioider som er rapportert til systemet for tidlig varsling. Å respondere raskt og effektivt på salget av obskure kjemikalier, der noen senere viser seg å være svært giftige, er en av de største politiske utfordringene på området. Uten å vite det kan unge brukere fungere som prøvekaniner for stoffer vi ikke kjenner helserisikoen til. Et eksempel på dette er det syntetiske katinonet alfa-PVP, som var gjenstand for en risikovurdering i november 2015. Dette kraftige psykoaktive stoffet er forbundet med nærmere 200 tilfeller av akutt forgiftning og mer enn 100 dødsfall i Europa.

Produsentene av nye psykoaktive stoffer ser i økende grad ut til å henvende seg til de mer kroniske og problematiske segmentene av narkotikamarkedet. For eksempel er ikke-kontrollerte syntetiske opioider tilgjengelig, som stoffer i fentanylfamilien. Disse stoffene har et spesielt stort skadepotensial. Et viktig eksempel her er acetylfentanyl, som ble risikovurdert av EMCDDA og Europol i 2015. Nye psykoaktive stoffer har også blitt påvist i produkter markedsført som erstatninger for benzodiazepiner – legemidler som ved misbruk spiller en rolle i noen lands narkotikaproblem.

Økning i overdosedødsfall: heroin tilbake i søkelyset

Årets analyse setter også søkelyset på nye bekymringer knyttet til økninger i overdoser forbundet med heroin og andre opioider. Heroin forekommer ofte i rapporter om dødelige overdoser og er også det hyppigst rapporterte illegale rusmiddelet i nye europeiske data på bynivå i forbindelse med akutthenvendelser til sykehus. Hvilke stoffer som forårsaker narkotikarelaterte akuttsituasjoner, varierer betydelig mellom byene, der cannabis, kokain og andre sentralstimulerende midler også forekommer hyppig noen steder. Det foregår for tiden ingen systematisk innsamling av data om akutte narkotikaproblemer på europeisk plan. Pilotstudien som er gjennomført i flere europeiske byer, tyder på at rutinemessig overvåking på dette området kan bidra til økt forståelse og mer kunnskap om konsekvensene av begynnende narkotikaproblemer.

En rekke land som lenge har hatt opioidproblemer, de fleste i Nord-Europa, rapporterer om en økning i opioidrelaterte dødsfall i den senere tid. Det er imidlertid ikke enkelt å forstå hva som driver trendene på dette området. Mulige forklaringer er en økning i tilgjengeligheten av heroin, økt renhet, en aldrende og mer sårbar kohort av brukere, og endrede forbruksmønstre (herunder bruken av syntetiske opioider og legemidler). Endringer i rapporteringspraksis kan også være en viktig faktor. Data for forsyningssiden, herunder økte estimater for heroinproduksjon i Afghanistan, økte beslag av heroin og økte renhetsnivåer, peker alle i retning av en mulig økning i tilgjengelighet. Det er for tiden ingen sterke beviser på at antallet nye heroinbrukere øker; antallet personer som påbegynner behandling for heroinbruk er synkende eller stabilt, og overdoser er hovedsakelig et problem blant eldre opioidbrukere. Det er imidlertid observert en liten økning i antallet overdosedødsfall i yngre brukergrupper i noen land, og dette må vi følge nøye med på.

Bruk av syntetiske opioider: grunn til bekymring

Syntetiske opioider og legemidler ser også ut til å være en viktig faktor i narkotikadødsfallene i deler av Europa. Det er bekymring for misbruk av benzodiazepiner og andre legemidler som opprinnelig er forskrevet av behandlere eller stammer fra ikke-godkjente kilder, men vi vet fortsatt lite om hvilken rolle disse stoffene spiller for overdosedødsfallene i Europa. Det foreligger mer data om syntetiske opioider. Syntetiske opioidprodukter, hovedsakelig men ikke utelukkende legemidler som brukes i substitusjonsbehandling, forekommer oftere i data over narkotikarelaterte dødsfall i noen land, og det har også vært en økning i antall behandlingssøknader knyttet til slike stoffer. Misbruk av opioidbaserte legemidler forårsaker alvorlige folkehelseproblemer i Nord-Amerika, noe som tilsier økt overvåking for å avdekke en eventuell økning på dette området i Europa. I tillegg kan regelverk og kliniske retningslinjer spille en positive rolle i å redusere risikoen for spredning av legemidler fra lovlige behandlingsformål, noe som også påpekes i rapportens hoveddel.

Nye legemiddelalternativer for å redusere helseskader ved narkotikabruk

I årene som kommer, vil det trolig komme en rekke nye legemidler på markedet som har bedre mulighet for å redusere noen av problemene forbundet med narkotikabruk. Denne rapporten setter søkelyset på to områder der det introduseres nye behandlingsformer og nyskapende metoder. En rekke EU-land tilbyr motgiften nalokson til opioidbrukere via lokale tiltak, eller til

narkotikabrukere som løslates fra fengsel, med mål om å redusere antallet overdosedødsfall. Ordningen med nalokson til hjemmebruk kan bli gjennomført i større skala i Europa etter hvert som det utvikles naloksonpreparater i form av nesespray. Et slikt produkt ble nylig godkjent for salg på apoteker i USA. Det kommer også nye legemidler som gir bedre mulighet til å behandle hepatitt C-virus blant aktive sprøytebrukere, herunder personer som er under narkotikabehandling. Nye behandlingsformer kan gi betydelige helsegevinster på rusfeltet, men utfordringen er å redusere barrierene som kan hindre at de tas i bruk, og sikre at det er tilstrekkelige ressurser tilgjengelig til å dekke behandlingsbehovet.

Nettbaserte narkotikamarkeder – nye trusler og muligheter

En viktig utfordring for rusmiddelpolitikken er hvordan man skal forholde seg til internetts rolle som både kommunikasjonskanal og forsyningskilde for narkotika. Det meste av oppmerksomheten har vært konsentrert om hvilken trussel narkotikamarkeder på det mørke nettet utgjør. Vi må også forstå hvordan åpne nettsteder spiller en stadig viktigere rolle, særlig når det gjelder salg av falske legemidler og nye psykoaktive stoffer. Det samme gjelder sosiale mediers rolle for kommunikasjon direkte mellom brukerne. Nettbaserte plattformer gir også mulighet for å sette inn forebyggings-, behandlings- og skadereduksjonstiltak, selv om disse ofte blir nedprioritert.

Bruken av nettbaserte kilder til forsyning av narkotika ser ut til å være økende, dog fra et lavt nivå, og potensialet for videre vekst innen denne type handel ser ut til å være stort. Endringer skjer raskt på dette området, drevet av økt bruk av internett, utviklingen av nye betalingsløsninger, innovasjon innen kryptering og nye måter å opprette nettbaserte markedsplasser på, noe som gjør det vanskelig for samfunnet å holde tritt med utviklingen. Hvordan man best kan møte denne økende trusselen og utnytte mulighetene for å bruke internett til å redusere narkotikaproblemer, kommer til å være avgjørende spørsmål for europeisk rusmiddelpolitikk i tiden fremover.

1

Europa er også en produksjonsregion for cannabis og syntetiske stoffer

Forsyning og marked

I global sammenheng er Europa et viktig narkotikamarked som forsynes både av innenlands produksjon og av narkotika som smugles inn fra andre deler av verden. Sør-Amerika, Vest-Asia og Nord-Afrika er viktige opprinnelsesområder for illegale stoffer som kommer til Europa, mens Kina og India er opprinnelsesland for nye psykoaktive stoffer. I tillegg transporteres en del stoffer og utgangsstoffer gjennom Europa på vei til andre kontinenter. I Europa produseres det 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, beslag av utgangsstoffer og forsendelser som har blitt stoppet, antall anlegg for produksjon av narkotika som har blitt oppdaget og destruert, narkotikalovbrudd, detaljpriser på narkotika, samt renhet og styrkegrad. På enkelte områder gjør mangelen på beslagsdata fra sentrale 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, blant annet brukervaner og -preferanser, endringer i produksjon og smugling, innsatsnivået hos politi og tollvesen og effektiviteten av forbudstiltak.

Her presenteres også rapporterings- og beslagsdata for nye psykoaktive stoffer som er innrapportert til EUs system for tidlig varsling fra 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 juridiske status og rapporteringspraksis hos rettshåndhevingsorganene. For en full beskrivelse av systemet for tidlig varsling, se EMCDDAs nettsted, under Action on new drugs.

Underlagsdokumentasjon om europeisk narkotikalovgivning og -politikk finnes på EMCDDAs nettsted.

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 – blant annet MDMA på 1990-tallet og kokain på 2000-tallet. Det europeiske markedet er fortsatt i utvikling, og det siste tiåret har vi sett fremveksten av en rekke nye psykoaktive stoffer. I den senere tid har endringene på markedet for illegale rusmidler i stor grad vært knyttet til globalisering og ny teknologi, med nye metoder for produksjon og smugling av narkotika og etablering av nye smuglerruter.

Tiltak som tar sikte på å forhindre forsyningen av narkotika, omfatter tiltak i regi av forvaltningen, politi og tollvesen og er ofte avhengig av internasjonalt samarbeid. På EU-plan samordnes tiltakene gjennom EUs narkotikastrategi og tiltaksplaner og Det europeiske råds plan for bekjempelse av alvorlige former for internasjonal organisert kriminalitet. Landenes tilnærminger gjenspeiles i deres nasjonale rusmiddelstrategier og -lover. Data for arrestasjoner og beslag er per i dag de mest veldokumenterte indikatorene på tiltak for å begrense forsyningen av narkotika.

Narkotikamarkeder: verdianslag

Markedet for illegale rusmidler består av komplekse produksjons- og distribusjonssystemer som generer store pengesummer på ulike nivåer. Et forsiktig estimat anslår verdien på illegale rusmidler i EU til 24,3 milliarder euro i 2013 (sannsynlig intervall: 21–31 milliarder euro). Med en estimert verdi på 9,3 milliarder euro (sannsynlig intervall: 8,4–12,9 milliarder euro), eller 38 % av totalen, utgjør cannabisprodukter den største andelen av det europeiske markedet for illegale rusmidler. På andreplass følger heroin, estimert til 6,8 milliarder euro (6,0–7,8 milliarder) (28 %), og deretter kokain med 5,7 milliarder euro (4,5–7,0 milliarder) (24 %). Amfetaminer utgjør en mindre markedsandel, estimert til 1,8 milliarder euro (1,2–2,5 milliarder) (8 %), foran MDMA, på nesten 0,7 milliarder euro (0,61–0,72 milliarder) (3 %). Estimatene er basert på svært begrensede data, noe som gjør det nødvendig å trekke generelle konklusjoner, og de må derfor anses som minimumsestimater som må revideres etter hvert som informasjonsgrunnlaget blir bedre.

Nye forsyningsmetoder: nettbaserte narkotikamarkeder

Mens markedene for illegale rusmidler tradisjonelt sett har hatt en fysisk plassering, har vi det siste tiåret sett fremveksten av ny internetteknologi som har bidratt til utviklingen av nettbaserte markeder. Narkotikamarkeder kan befinne seg på den åpne delen av nettet, der det typisk selges ikke-kontrollerte kjemiske utgangsstoffer, nye psykoaktive stoffer og falske eller ulovlige legemidler. De kan også operere på den skjulte delen av nettet, gjennom markeder på det såkalte mørke nettet (anonyme nettverk) eller kryptomarkeder, som AlphaBay og det nå nedlagte Silk Road. Cannabisprodukter og MDMA rapporteres å være de stoffene som oftest selges på slike markeder, i tillegg til en rekke legemidler.

Markedene på det mørke nettet er nettbaserte salgsplattformer eller markedsplasser basert på en teknologi som lar folk være anonyme, der selgere samles og for det meste tilbyr illegale varer og tjenester. Disse markedene har mange fellestrekk med nettsteder som eBay og Amazon, og kundene kan søke etter og sammenligne produkter og selgere. Det benyttes en rekke strategier for å skjule både transaksjonene og servernes fysiske plassering, blant annet anonymiseringstjenester som Tor ("The Onion Router"), som skjuler datamaskinens IP-adresse, desentraliserte og lite sporbare kryptovalutaer som bitcoin og litecoin til å utføre betalinger, og kryptert kommunikasjon mellom markedsaktørene. Rangeringssystemer basert på kundenes tilbakemeldinger bidrar også til å regulere selgerne på markedene. I den senere tid har sikkerheten mot svindelforsøk blitt økt, blant annet ved bruk av avanserte kildekodedeponeringssystemer (escrow-systemer) og desentralisering av markedsplattformer for å unnslippe politi- og tollmyndigheter. Per i dag antas det at disse markedene utgjør en liten andel av handelen med illegale rusmidler, og mange av transaksjonene foregår på brukernivå. Det ligger imidlertid et potensial for videre vekst innen denne typen handel.

Cannabisprodukter utgjør den største andelen av narkotikamarkedet

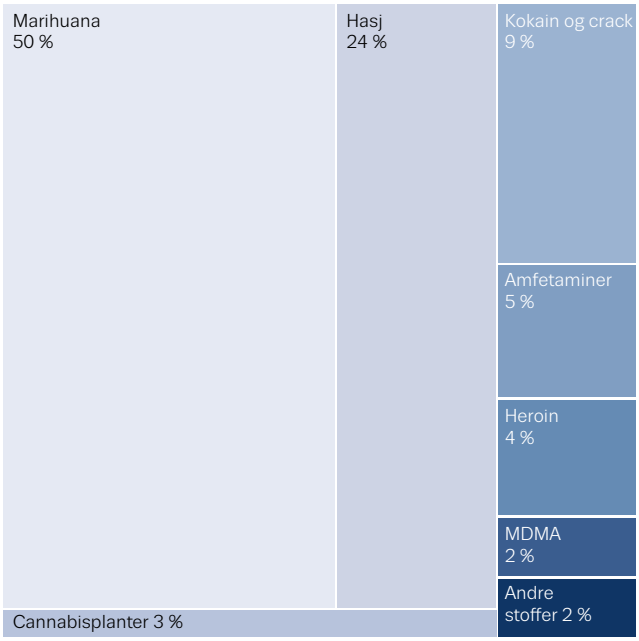
Narkotikabeslag: cannabis dominerer

Årlig rapporteres over én 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 tre firedeler av beslagene i Europa (78 %) (figur 1.1), noe som gjenspeiler den relativt høye prevalensen av cannabisbruk. Kokain har andreplassen med 9 %, mens det beslaglegges mindre kvanta amfetaminer (5 %), heroin (4 %) og MDMA (2 %).

FIGUR 1.1

Antall rapporterte narkotikabeslag, fordelt på stoff, 2014



CANNABIS

Hasj

Antall beslag

229 000 EU

243 000 EU + 2

Beslaglagte kvanta

574 tonn (EU)

606 tonn (EU + 2)

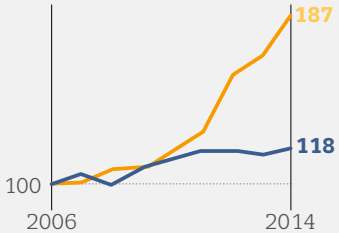
Pris (euro/g)

22 €
12 €
9 €
3 €

Styrke (% THC)

29 %
18 %
12 %
7 %

Indekserte trender:
Pris og styrke



Marihuana

Antall beslag

453 000 EU

501 000 EU + 2

Beslaglagte kvanta

139 tonn (EU)

232 tonn (EU + 2)

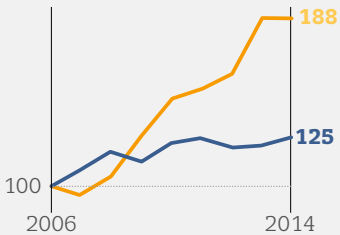
Pris (euro/g)

23 €
11 €
7 €
5 €

Styrke (% THC)

15 %
12 %
8 %
3 %

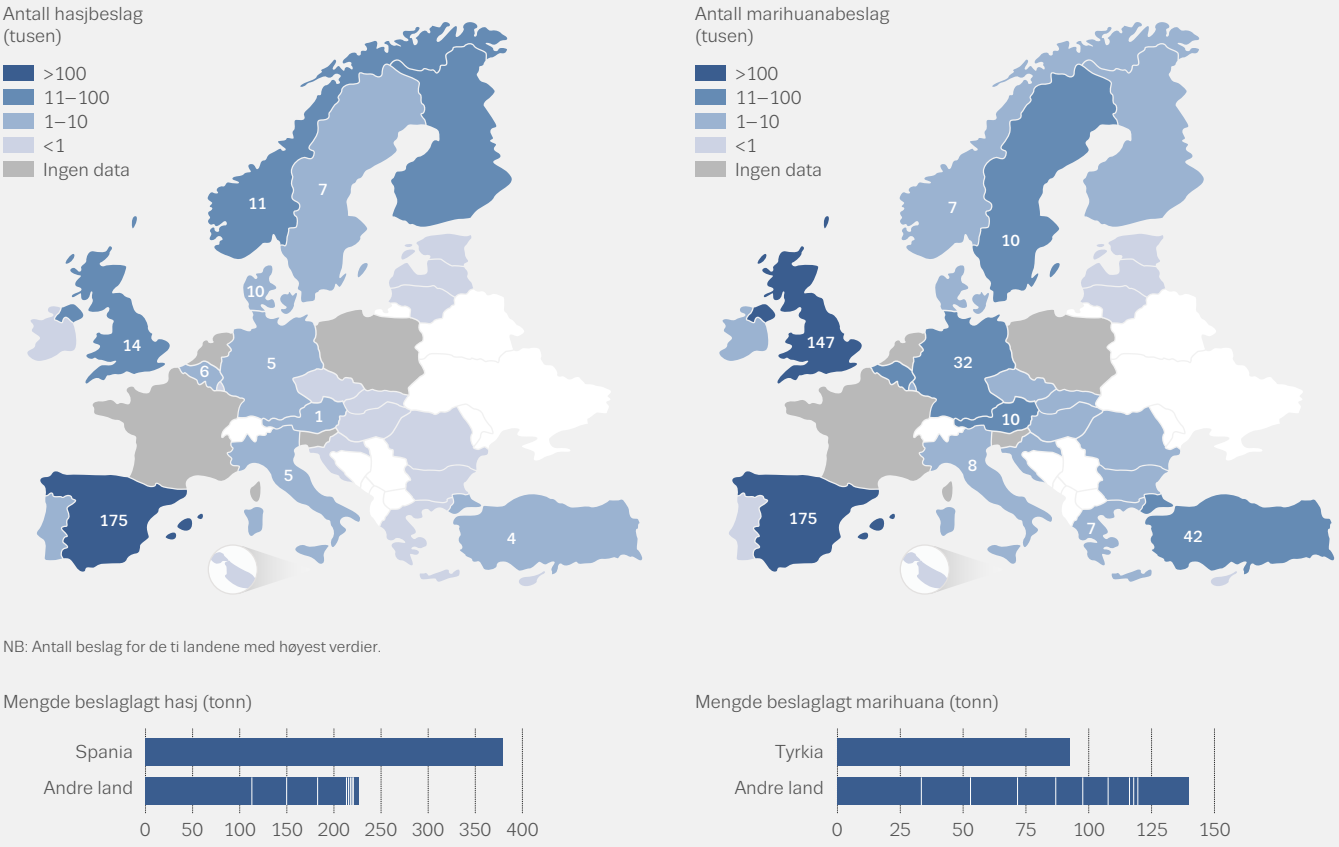
Indekserte trender:
Pris og styrke



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

FIGUR 1.2

Beslag av hasj og marihuana, 2014 eller siste tilgjengelige år



I 2014 sto to land alene, Spania og Storbritannia, for om lag 60 % av alle beslag som ble rapportert i EU, men også Belgia, Tyskland og Italia rapporterte om betydelige beslagstall. Det bør også anføres at nyere data for antallet beslag ikke er tilgjengelig for Frankrike og Nederland (land som tidligere har rapportert store beslagstall) eller for Finland og Polen. Mangelen på data gjør analysene som rapporteres her usikre. Tyrkia er også et viktig land når det gjelder narkotikabeslag, der det beslaglegges stoff på vei til andre land både i Europa og i Midtøsten, samt for lokal bruk.

Cannabis: ulike produkter

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. Produksjonen av marihuana i Europa foregår for det meste innendørs. Mye av hasjen importeres sjøveien eller med fly fra Marokko.

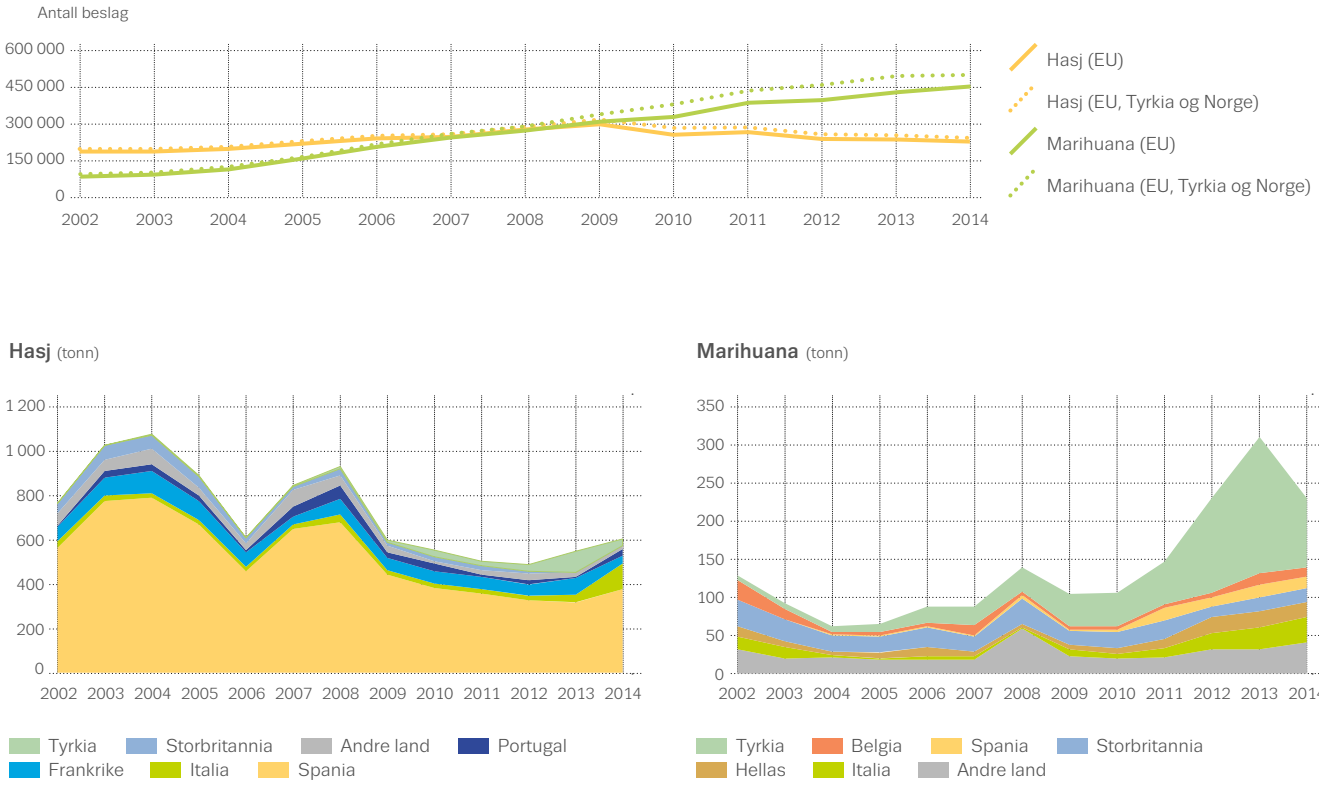
I 2014 ble det rapportert 682 000 beslag av cannabis i EU (453 000 av marihuana, 229 000 av hasj). Det ble også gjort 33 000 beslag av cannabisplanter. Mengden hasj som beslaglegges i EU, er uansett fortsatt langt større enn de beslaglagte kvantaene av marihuana (574 tonn kontra 139 tonn). Dette kan 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. 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 ca. to tredeler av den totale mengden som ble beslaglagt i Europa i 2014 (figur 1.2). De senere årene har Tyrkia rapportert større mengder beslaglagt marihuana enn noe annet europeisk land.

Det rapporteres også om beslag av andre cannabisprodukter i EU, blant annet ca. 200 beslag av cannabisolje.

Siden 2009 har det blitt gjort flere beslag av marihuana enn hasj i Europa, og forskjellen fortsetter å øke (figur 1.3). I samme periode har mengdene beslaglagt marihuana fortsatt å øke i EU. De nyeste dataene viser at mengdene beslaglagt hasj har økt i EU, mens det har vært en kraftig nedgang i beslaglagte kvanta i Tyrkia.

FIGUR 1.3

Trender i antall cannabisbeslag og beslaglagte kvanta: hasj og marihuana

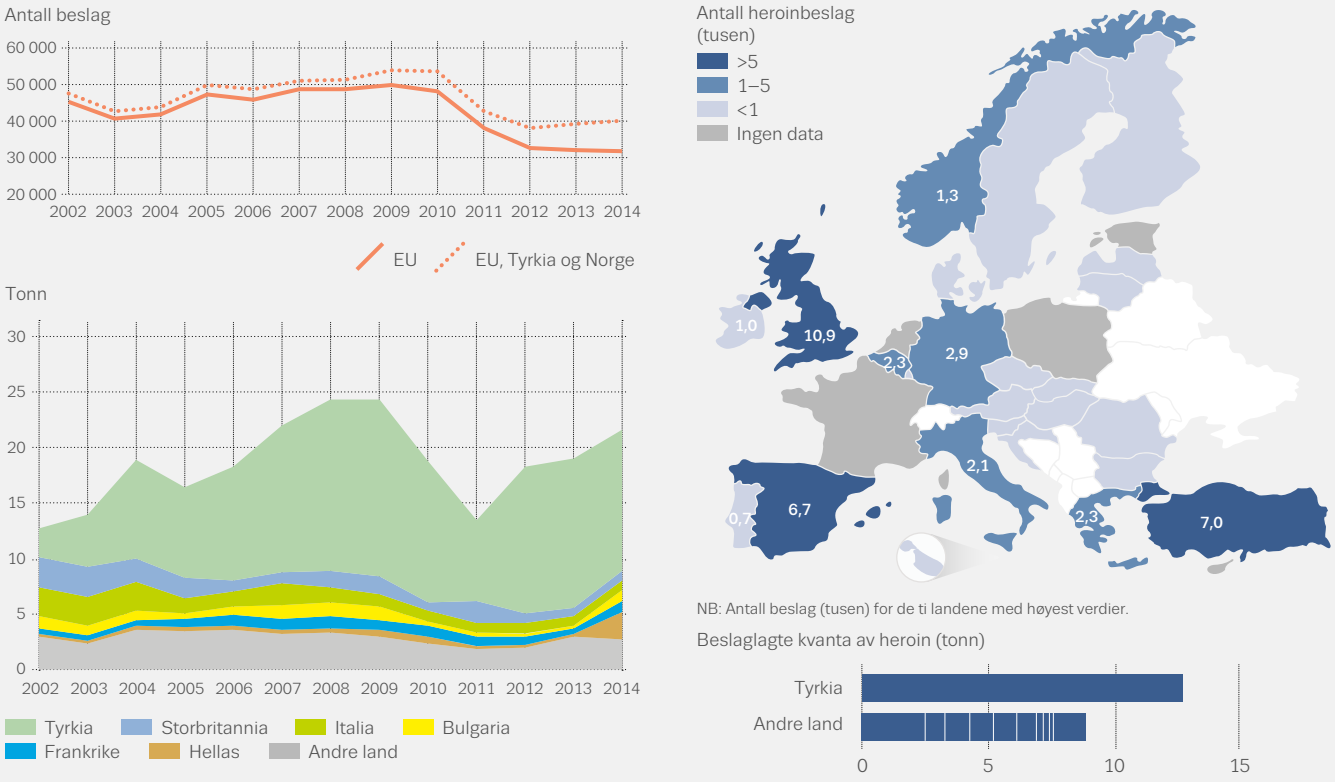


Beslag av cannabisplanter kan ses som en indikator på innenlandsk produksjon av stoffet. På grunn av metodologiske problemer må dataene for beslag av cannabisplanter behandles med varsomhet, men antallet beslaglagte planter økte uansett med mer enn det dobbelte, fra 1,5 millioner i 2002 til 3,4 millioner i 2014.

Analyser 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 2014. Årsaker til økningen i styrke kan være innføringen av intensive produksjonsteknikker i Europa og, i den senere tid, planter med svært høy styrke i Marokko.

FIGUR 1.4

Antall heroinbeslag og beslaglagte kvanta: trender og 2014 eller siste tilgjengelige år



Opioider: endringer i markedet?

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 2014, finner vi opium og legemidlene morfin, metadon, buprenorfin, tramadol og fentanyl. Noen opioider kan opprinnelig være legale legemidler, mens andre produseres spesifikt for det illegale markedet.

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. I Europa har opioidproduksjon tradisjonelt vært begrenset til hjemmelagde valmueprodukter i enkelte østeuropeiske land. Oppdagelsene som ble gjort i 2013/2014 av laboratorier som omdannet morfin til heroin, to i Spania og ett i Tsjekkia, tyder imidlertid på at det også foregår heroinproduksjon i Europa.

Heroinen kommer inn i Europa langs fire hovedruter. De to viktigste er "Balkan-ruten" og den "sørlige" ruten. Den første går gjennom Tyrkia, inn i Balkan (Bulgaria, Romania eller Hellas) og videre til Sentral-, Sør- eller Vest-Europa. Nylig har det også oppstått et sidespor til Balkan-ruten som omfatter Syria og Irak. Den sørlige ruten ser ut til å ha blitt viktigere i de senere årene. Her sendes heroin fra Iran og Pakistan til Europa med fly eller sjøveien, enten direkte eller gjennom land i Vest-, Sør- og Øst-Afrika. Andre ruter som for tiden er mindre viktige, er blant annet den "nordlige" ruten og en ny heroinrute som ser ut til å utvikle seg gjennom det sørlige Kaukasus og over Svartehavet.

Etter et tiår med relativ stabilitet opplevde mange europeiske land redusert tilgjengelighet av heroin i 2010/2011. Dette gjenspeiles i antallet heroinbeslag i EU, som falt fra ca. 50 000 i 2009 til 32 000 i 2014. Mengden heroin som ble beslaglagt i EU, viste en langvarig nedgang, fra 10 tonn i 2002 til 5 tonn i 2012, før den økte kraftig til 8,9 tonn i 2014. Når denne trenden snudde, skyldes det en økning i store beslag (over 100 kg), idet flere land rapporterte om rekordstore beslag av heroin i 2013 eller 2014. Det er særlig Hellas og i noen mindre grad Bulgaria som rapporterer om store beslag av heroin i de nyeste dataene. Siden 2003 har Tyrkia beslaglagt mye mer heroin enn noen av EU-landene, med om lag 13 tonn i 2014 (figur 1.4).

Blant landene som det finnes sammenhengende data fra, tyder indekserte trender på at renheten på heroin økte i Europa i 2014. Sett i sammenheng med en økning i

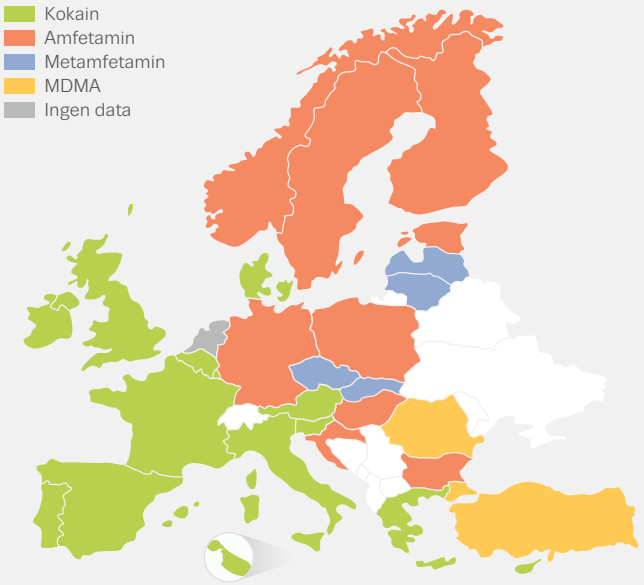
beslaglagte kvanta og andre utviklinger kan dette være et signal på muligheten for økt tilgjengelighet av heroin.

Europas marked for sentralstimulerende midler: geografisk skille

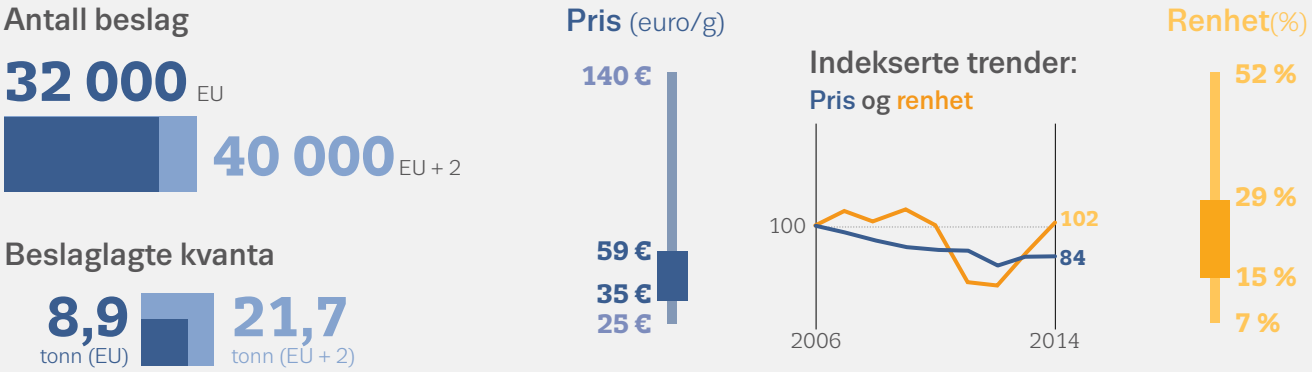
En rekke illegale sentralstimulerende midler er tilgjengelige på narkotikamarkedet i EU, og det er regionale forskjeller når det gjelder hvilke stoffer som beslaglegges oftest (figur 1.5). Disse forskjellene gjenspeiler hovedsakelig plasseringen av de store produksjonsanleggene, samt ankomsthavner og smuglerruter. Kokain, for eksempel, er det hyppigst beslaglagte sentralstimulerende middelet i mange vest- og søreuropeiske land, noe som henger nært sammen med hvor stoffet ankommer Europa. Beslag av amfetaminer dominerer i Nord- og Sentral-Europa, der metamfetamin beslaglegges hyppigst i Tsjekkia, Slovakia, Latvia og Litauen. MDMA er det hyppigst beslaglagte sentralstimulerende stoffet i Romania og Tyrkia.

FIGUR 1.5

Hyppigst beslaglagte sentralstimulerende middel i Europa, 2014 eller nyeste data



HEROIN



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

Kokain: stabilisering av markedet

Kokain finnes i to former i Europa. Det mest utbredte er kokainpulver (HCl, et hydrokloridsalt), mens 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. Det benyttes svært mange ulike metoder for å transportere kokain til Europa, blant annet via kurerer på rutefly, med kommersielle fraktfly, som ekspressforsendelser eller ved hjelp av ekspresstjenester, og på privatfly. Sjøveien kan kokain smugles i store forsendelser om bord på private yachter eller i skipscontainere. Til sammen sto Spania, Belgia, Nederland (2012-data), Frankrike og Italia for 84 % av de anslagsvis 61,6 tonnene som ble beslaglagt i 2014 (figur 1.6).

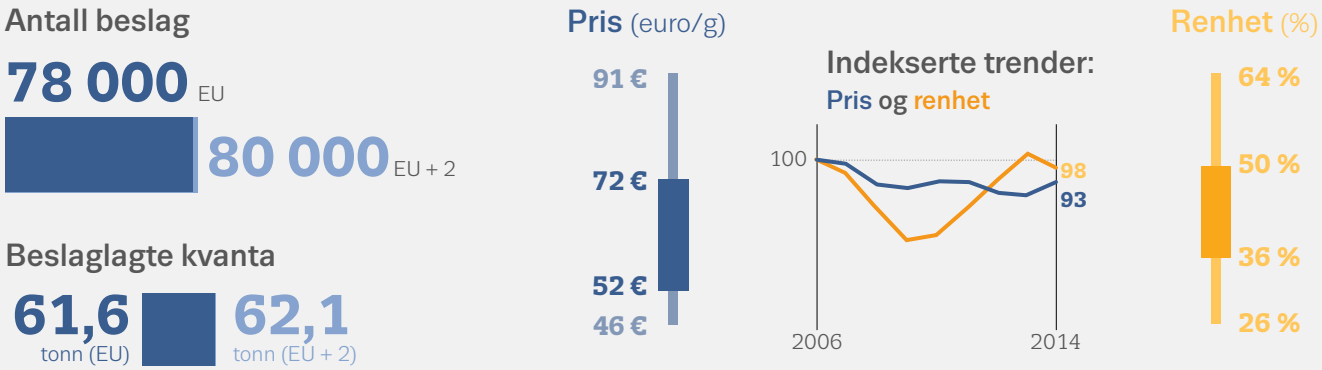
I 2014 ble ca. 78 000 beslag av kokain rapportert i EU. Situasjonen har vært relativt stabil siden 2010, selv om både antallet beslag og beslaglagte mengder er på et betydelig lavere nivå enn i toppårene (se figur 1.6). Selv om Spania fortsatt er det landet som beslaglegger mest kokain, er det tegn på 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. Indekserte trender tyder på at økningen i renheten på kokain som er observert de senere år, nå har flatet ut.

Kjemiske utgangsstoffer: mer bruk av ikke-listeførte stoffer

Kjemiske utgangsstoffer er sentrale i produksjonen av syntetiske sentralstimulerende midler og andre stoffer. Tilgjengeligheten av slike stoffer har stor påvirkning på markedet og på produksjonsmetodene som brukes i de illegale laboratoriene. Ettersom det finnes lovlige formål for bruken av slike kjemikalier, er visse kjemikalier listeført under EU-lovgivning, og handelen med dem overvåkes nøye. Produsenter av syntetiske narkotiske stoffer prøver å begrense kontrollen ved å bruke ikke-listeførte kjemikalier i produksjonen av prekursorer, utgangsstoffer. Dette kan imidlertid også øke risikoen for å bli oppdaget, ettersom det kreves flere kjemikalier og genererer mer avfall.

Data fra EUs medlemsstater om beslag og forsendelser av kjemiske utgangsstoffer som har blitt stoppet, bekrefter at både listeførte og ikke-listeførte stoffer fortsatt brukes i produksjonen av illegale stoffer i EU, særlig amfetaminer og MDMA (tabell 1.1). I 2014 ble det beslaglagt 6 062 kg av APAAN (alfa-fenylacetoacetonitril), som utgangsstoffet for BMK lages av, en nedgang fra 48 802 kg i 2013. Den kraftige nedgangen gjenspeiler trolig at EU listeførte dette stoffet i desember 2013. Tilgjengeligheten av MDMA på markedet og en nedgang i beslag av MDMA-prekursoren safrol fra 13 837 liter i 2013 til 0 i 2014 tyder på at det brukes alternative utgangsstoffer. Beslag av ikke-listeførte pre-prekursorer for MDMA, særlig PMK-glycidat, økte i 2014.

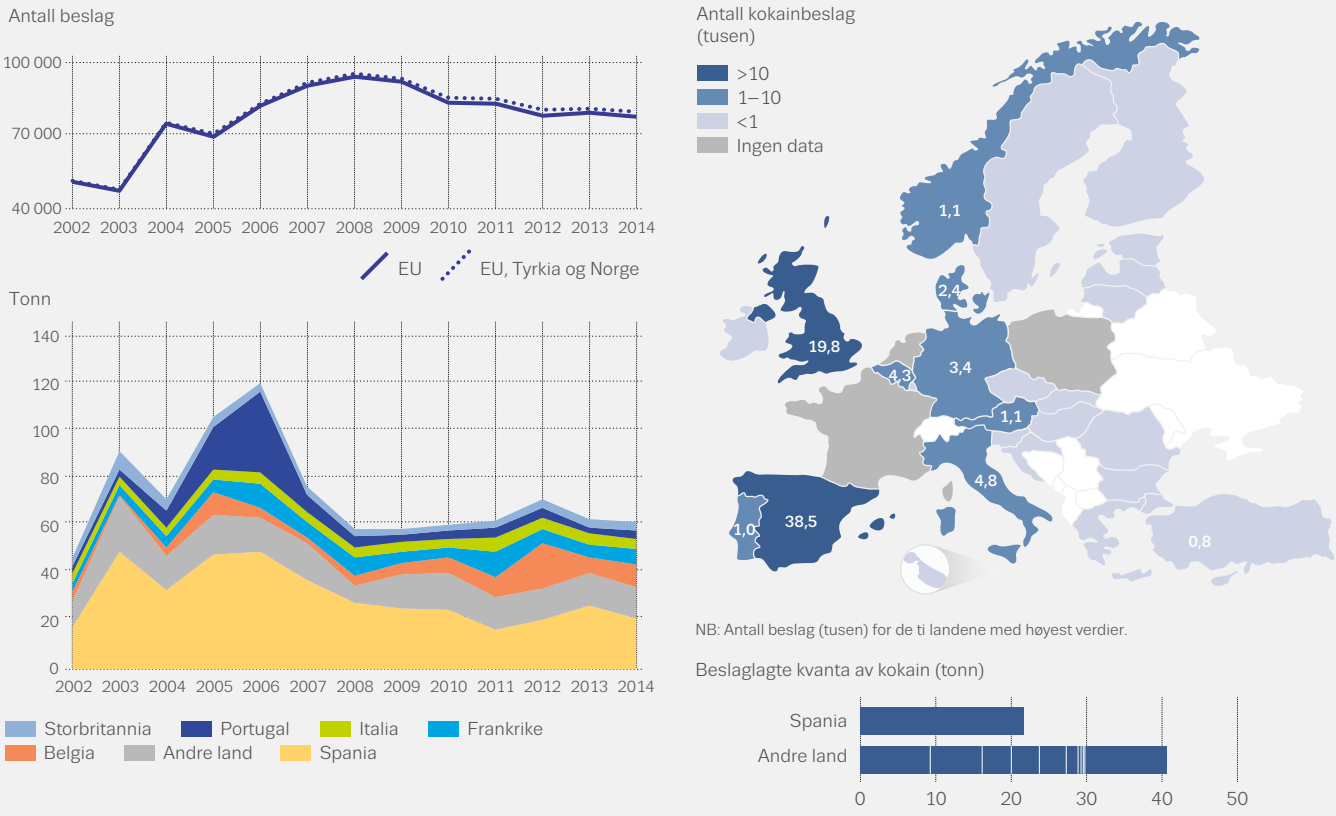
KOKAIN



NB: 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 1.6

Antall kokainbeslag og beslaglagte kvanta: trender og 2014 eller siste tilgjengelige år



TABELL 1.1

Sammendrag av beslag og stoppede forsendelser av utgangsstoffer (prekursorer) for utvalgte syntetiske stoffer produsert i Europa, 2014

	Beslag		Stoppede forsendelser (1)		TOTALT	
Prekursor/*pre-prekursor*	Tilfeller	Mengde	Tilfeller	Mengde	Tilfeller	Mengde
MDMA eller beslektede stoffer						
PMK (liter)	1	5	0	0	**1**	**5**
Safrol (liter)	0	0	2	1 050	**2**	**1 050**
Piperonal (kg)	3	5	4	2 835	**7**	**2 840**
Glycidsyrederivater av PMK (kg)	6	5 575	1	1 250	**7**	**6 825**
Amfetamin og metamfetamin						
BMK (liter)	14	2 353	0	0	**14**	**2 353**
PAA, fenyleddiksyre (kg)	1	100	2	190	**3**	**290**
Efedrin, bulk (kg)	19	31	1	500	**20**	**531**
Pseudoefedrin, bulk (kg)	8	12	0	0	**8**	**12**
APAAN (kg)	18	6 062	1	5 000	**19**	**11 062**

(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.

Amfetamin og metamfetamin

Amfetamin og metamfetamin er nært beslektede syntetiske sentralstimulerende stoffer som går under samlebetegnelsen amfetaminer, og det kan i enkelte datasett være vanskelig å skille mellom dem. 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 innenlands bruk. Noe amfetamin og metamfetamin blir også produsert for eksport, hovedsakelig til Midtøsten, hvor det finnes et marked for Captagon-tabletter — som rapporteres å inneholde amfetaminer — og til Det fjerne østen og Oseania. Europa er også et transittsenter for metamfetamin som smugles fra Afrika og Iran til Midtøsten. Det meste av amfetaminproduksjonen finner sted i Belgia, Nederland, Polen, Tyskland og i noen mindre grad Baltikum. I den senere tid har man observert at det siste stadiet av produksjonen har blitt flyttet, og flere land rapporterer nå om at flytende amfetaminbase omdannes til amfetaminsulfat på deres territorier.

Mye av metamfetaminen i Europa produseres i og rundt Tsjekkia. Det foregår også noe produksjon i Nederland og Litauen, mens Bulgaria har registrert en økning i antall laboratorier som har blitt oppdaget.

AMFETAMINER

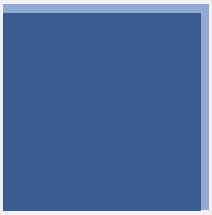
Amfetamin

Antall beslag

36 000 EU — **42 000** EU + 2

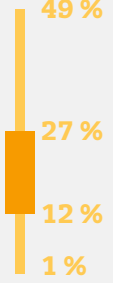
Beslaglagte kvanta

7,1 tonn (EU) — **7,4** tonn (EU + 2)

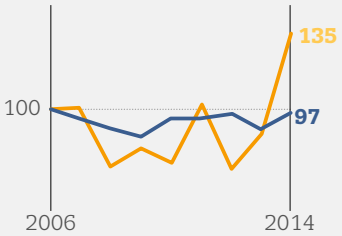


Pris (euro/g)

Renhet (%)



Indekserte trender:
Pris og renhet



Metamfetamin

Antall beslag

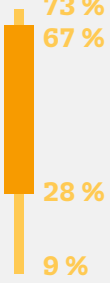
8 000 EU — **11 000** EU + 2

Beslaglagte kvanta

0,5 tonn (EU) — **0,8** tonn (EU + 2)

Pris (euro/g)

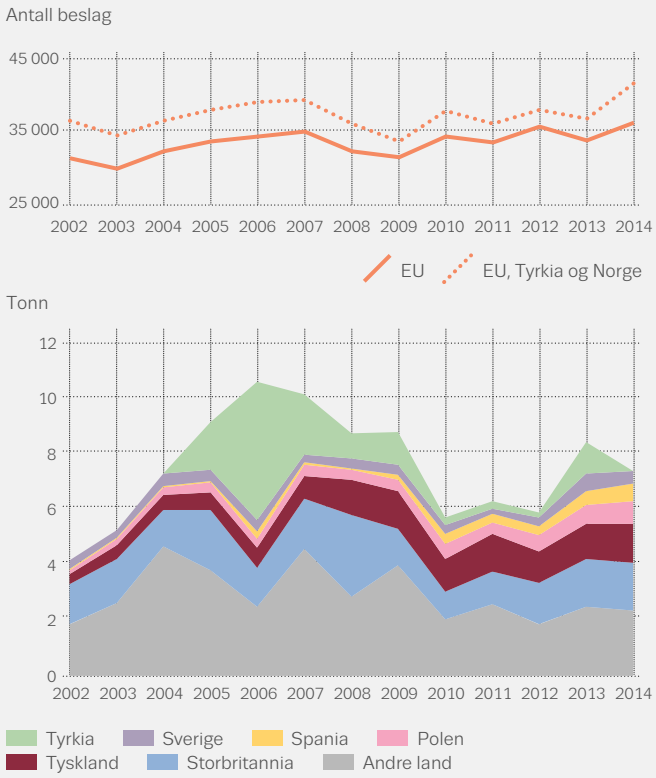
Renhet (%)

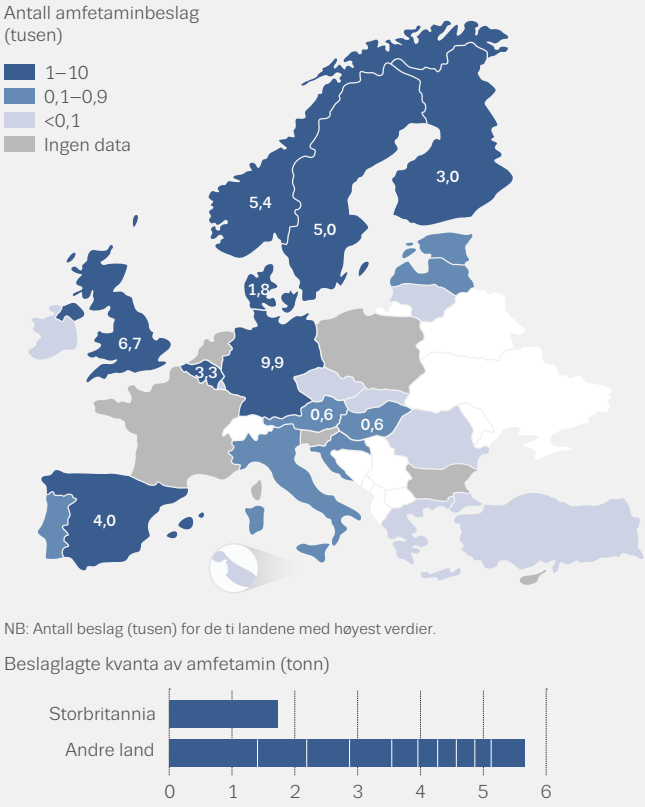


NB: EU + 2 viser til EU-medlemsstatene pluss Tyrkia og Norge. Pris og renhet på amfetaminer: nasjonale middelverdier – minimum, maksimum og interkvartil avstand. De ulike indikatorene dekker ulike land. Indekserte trender er ikke tilgjengelig for metamfetamin.

FIGUR 1.7

Antall amfetaminbeslag og beslaglagte kvanta: trender og 2014 eller siste tilgjengelige år

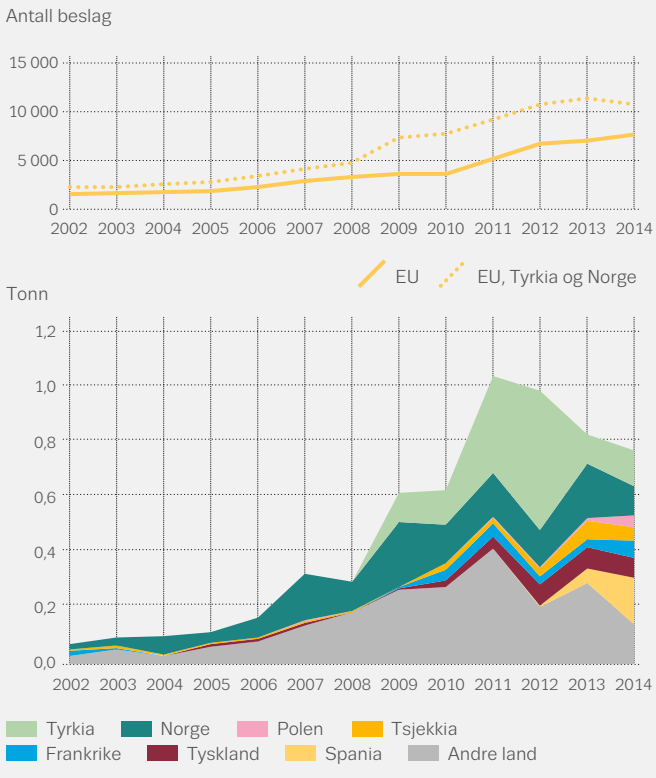


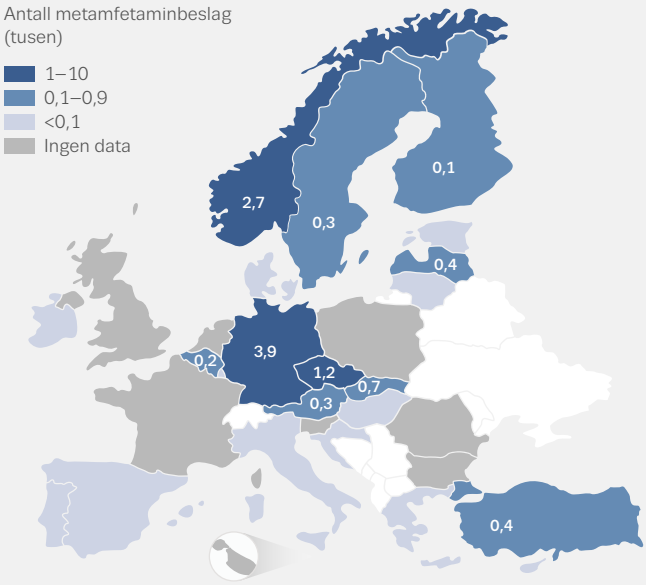


NB: Antall beslag (tusen) for de ti landene med høyest verdier.

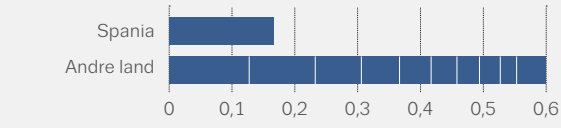
FIGUR 1.8

Antall metamfetaminbeslag og beslaglagte kvanta: trender og 2014 eller siste tilgjengelige år





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



Metamfetamin produsert ved hjelp av BMK (benzylmetylketon) rapporteres av Litauen og Bulgaria, mens efedrin og pseudoefedrin brukes i og rundt Tsjekkia. 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 produksjonsmengdene imidlertid økt og nye pre-prekursorer kommet i bruk, og det rapporteres at organiserte kriminelle grupper produserer stoffet for både innenlands- og utenlandsmarkedet.

I 2014 rapporterte EU-medlemsstatene om 36 000 beslag av amfetamin, som til sammen utgjorde 7,1 tonn. Generelt har mengden amfetamin beslaglagt i EU økt siden 2002 (figur 1.7). Tallene for beslag av metamfetamin er mye lavere og utgjorde en femdel av alle amfetaminbeslag i 2014, med 7 600 beslag rapportert i EU, som i mengde utgjorde 0,5 tonn (figur 1.8). Både antallet beslag og de beslaglagte mengdene metamfetamin har vist en oppadgående trend siden 2002.

Den gjennomsnittlige renheten er typisk høyere for metamfetamin enn for amfetamin. Selv om indekserte trender tyder på at renheten på amfetamin har økt i den senere tid, er den gjennomsnittlige renheten på stoffet fortsatt relativt lav.

MDMA: økning i høydoserte produkter

Det syntetiske stoffet MDMA (3,4-metylendioksy-metamfetamin) er kjemisk beslektet med amfetamin, men har andre virkninger. Ecstasytabletter har tradisjonelt vært det dominerende MDMA-produktet på markedet, selv om de ofte har inneholdt en rekke 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 situasjonen har endret seg. Rapporter tyder på økt tilgjengelighet av både høydoserte tabletter og MDMA i pulver- og krystallform

Produksjonen av MDMA i Europa synes å være konsentrert i og rundt Nederland, som tidligere har rapportert de høyeste tallene for produksjonsanlegg for dette stoffet. 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 nylig har blitt oppdaget i Nederland og Belgia.

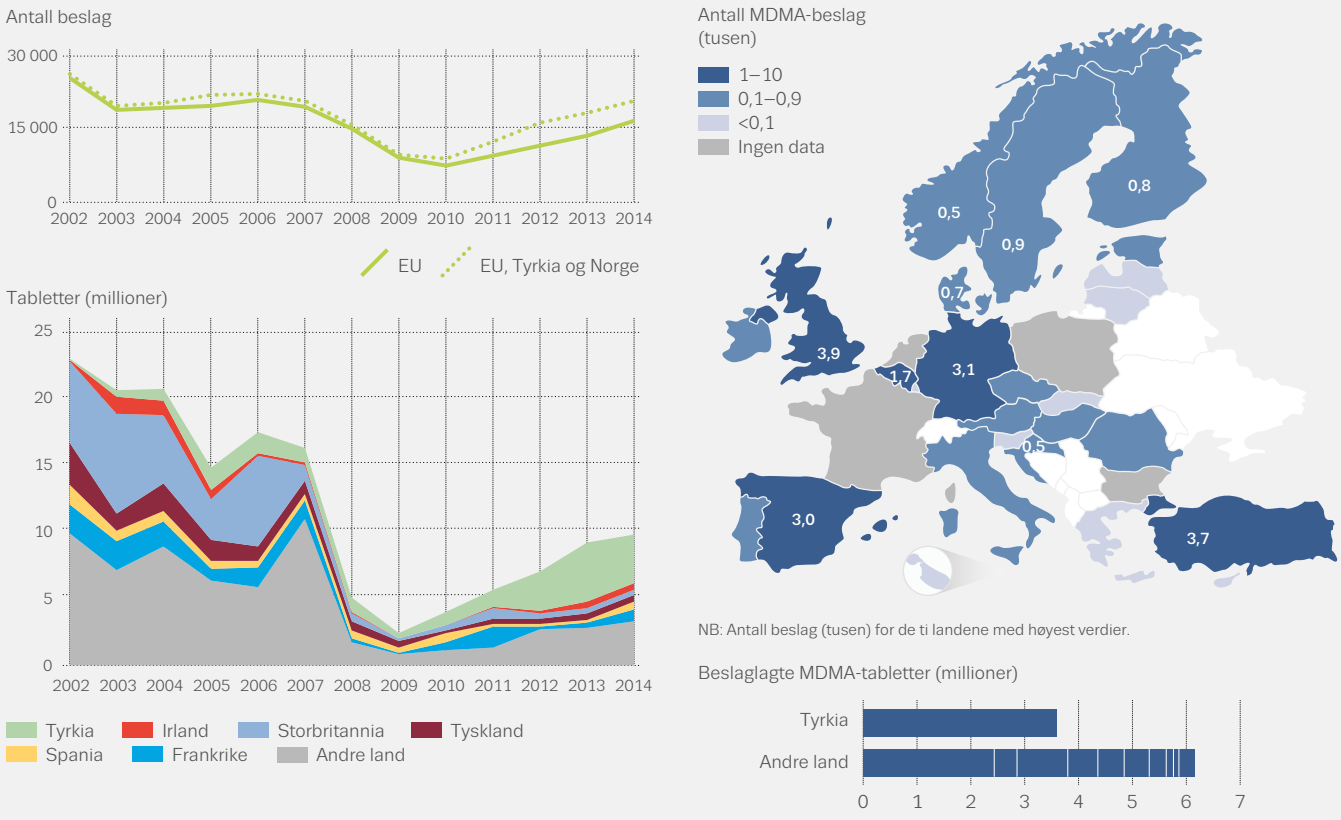
Det er vanskelig å analysere nyere trender i MDMA-beslag på grunn av mangelen på data fra enkelte land som sannsynligvis ville gitt utslag på totalen. Ingen data er tilgjengelig fra Nederland for 2014, og antall beslag er ikke tilgjengelig fra Finland, Frankrike, Polen eller Slovenia. Nederland rapporterte om beslag av 2,4 millioner MDMA-tabletter i 2012, og hvis vi kan anta et lignende tall for 2014, kan det anslås at ca. 6,1 millioner MDMA-tabletter ble beslaglagt i EU det året. Dette blir mer enn en dobling i forhold til 2009. I tillegg ble det beslaglagt 0,2 tonn MDMA-pulver i 2014. Store mengder MDMA beslaglegges også i Tyrkia, idet 3,6 millioner MDMA-tabletter ble beslaglagt der i 2014 (figur 1.9).

Blant landene som det finnes sammenhengende data fra, 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.

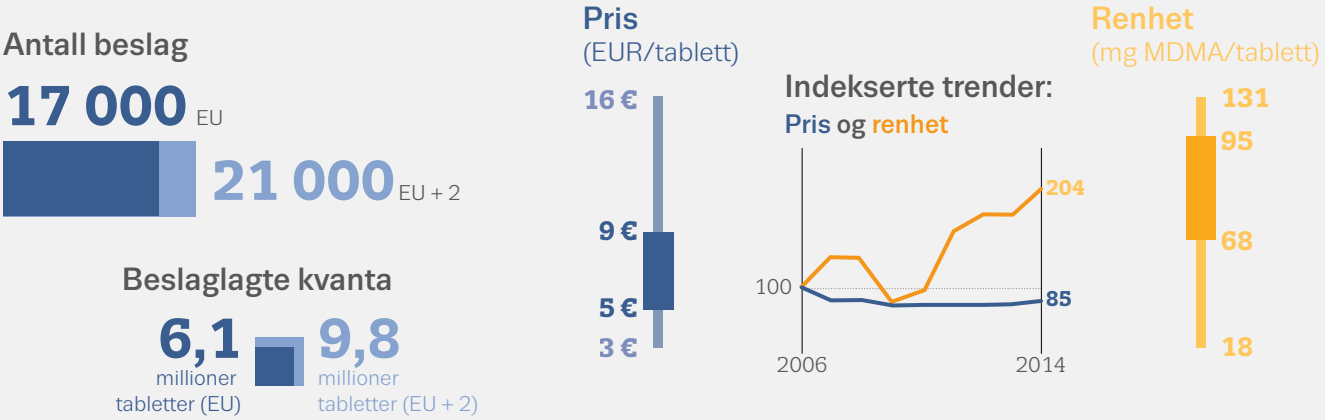
Produkter med høyt MDMA-innhold utløste felles varsler fra Europol og EMCDDA

FIGUR 1.9

Antall MDMA-beslag og beslaglagte kvanta: trender og 2014 eller siste tilgjengelige år



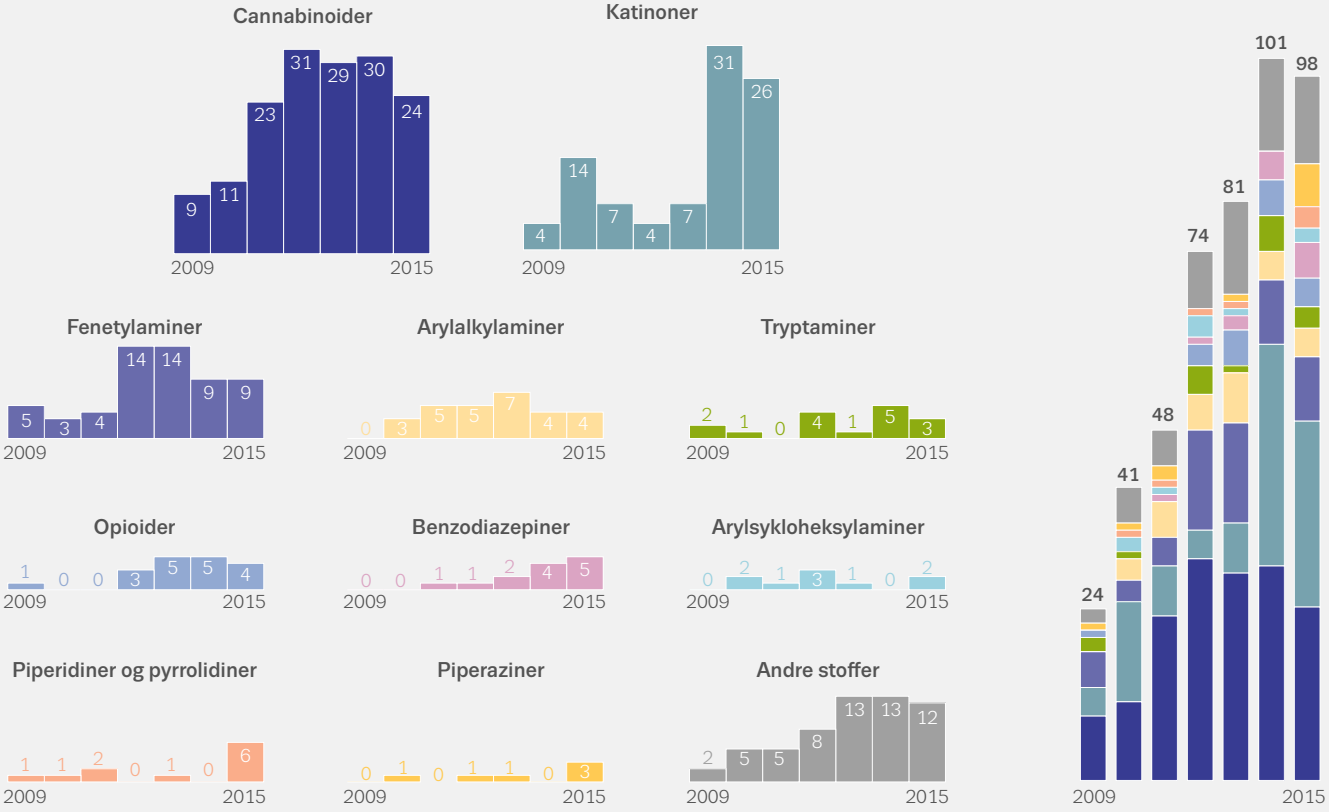
MDMA



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

FIGUR 1.10

Antall og kategorier av nye psykoaktive stoffer rapportert for første gang til EUs system for tidlig varsling, 2009–2015



Beslag av LSD, GHB, ketamin og mefedron

Det gjøres også beslag av en rekke andre illegale stoffer i EU. Blant annet ble det gjort 1 700 beslag av LSD, tilsvarende 156 000 doser, i 2014. I tillegg beslagla Belgia 3 kg av stoffet, som er det største belgiske beslaget av dette stoffet noensinne. For de fleste andre stoffer er det vanskelig å gjøre sammenligninger mellom land eller å analysere trender. Til dét er datasettene for ufullstendige. Atten land rapporterte om beslag av GHB eller GBL i 2014. De 1 243 beslagene utgjorde 176 kg og 544 liter av stoffet, og Belgia (40 %) og Norge (34 %) sto hver for mer enn en tredel av disse beslagene. Elleve land rapporterte 793 beslag av ketamin, til sammen 246 kg. Mer enn halvparten av beslagene ble gjort i Storbritannia. De 1 645 beslagene av mefedron som ble rapportert av ti land, utgjorde 203 kg. Nesten all mefedron som ble beslaglagt, ble rapportert av Storbritannia (101 kg) og Kypros (99 kg).

Nye psykoaktive stoffer: et mangfoldig marked

EMCDDA overvåker et bredt spekter av nye psykoaktive stoffer, blant annet syntetiske cannabinoider, syntetiske katinoner, fenetylaminer, opioider, tryptaminer, benzodiazepiner, arylalkylaminer og mange andre stoffer. I 2015 ble 98 nye stoffer påvist for første gang. Dermed økte antallet nye stoffer til over 560, hvorav 380 (70 %) er påvist i løpet av de siste fem årene (figur 1.10).

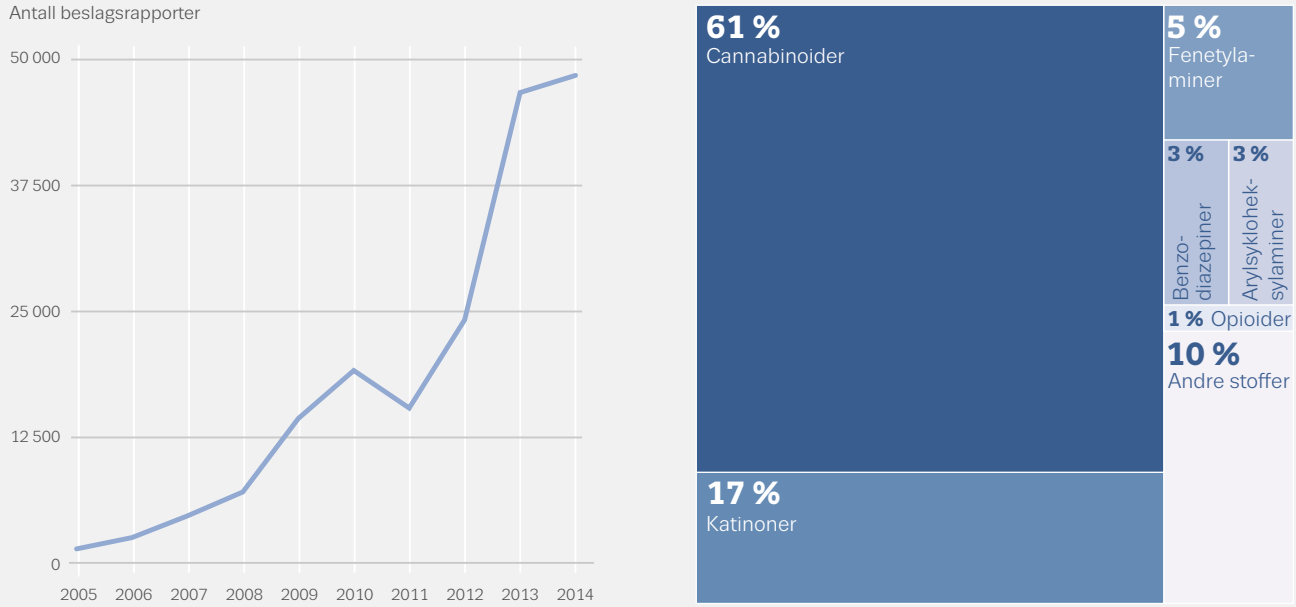
Siden 2008 har 160 syntetiske cannabinoider blitt påvist i en rekke ulike produkter — herunder 24 nye cannabinoider som ble rapportert i 2015. Syntetiske cannabinoider selges som "lovlige" erstatninger for cannabis og markedsføres gjerne som "eksotisk røkelse" og "uegnet til konsum" for å omgå forbrukervern- og legemiddellovgivning. Disse stoffene utgjør den største gruppen nye stoffer som overvåkes av EMCDDA, noe som gjenspeiler både etterspørselen etter cannabis i Europa og produsentenes evne til å markedsføre nye cannabinoider når de eksisterende underlegges kontrolltiltak.

Syntetiske katinoner er den nest største gruppen stoffer som overvåkes av EMCDDA. De ble først påvist i Europa i 2004, og siden den gang er 103 nye katinoner identifisert, 26 bare i 2015. Syntetiske katinoner markedsføres gjerne som "lovlige" alternativer til sentralstimulerende midler som amfetamin, MDMA og kokain.

EMCDDA overvåker for tiden 14 nye, ikke-kontrollerte benzodiazepiner. Disse brukes noen ganger til å produsere falske legemidler for salg i Europa. Eksempler på denne

FIGUR 1.11

Antall beslag av nye psykoaktive stoffer rapportert til EUs system for tidlig varsling: etter kategori i 2014 og trender

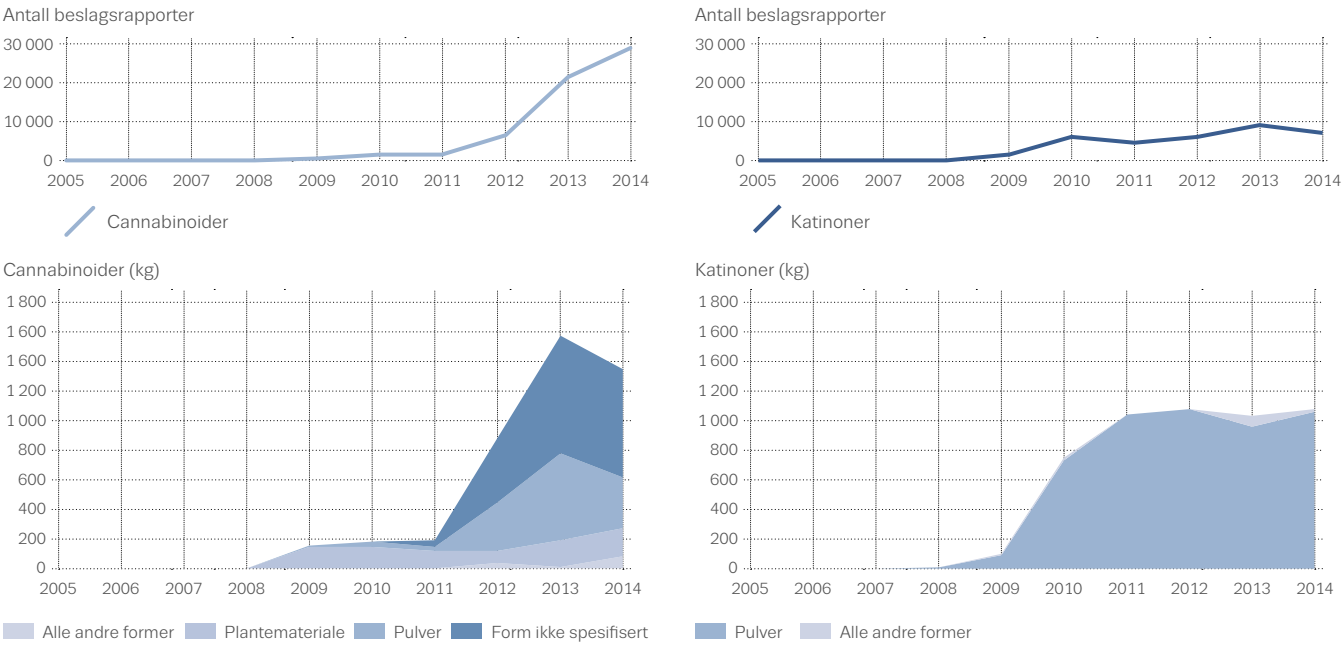


NB: Data for EU-medlemsstatene pluss Tyrkia og Norge.

praksisen omfatter falske alprazolam-tabletter som ble beslaglagt i 2015, og som det viste seg inneholdt flubromazolam, og falske diazepam-tabletter som inneholdt fenazepam. I en del europeiske land har slike legemidler blitt en viktig del av markedet for illegale rusmidler.

FIGUR 1.12

Beslag av syntetiske cannabinoider og katinoner rapportert til EUs system for tidlig varsling: trender i antall beslag og beslaglagte kvanta



NB: Data for EU, Tyrkia og Norge.

Økte beslag av nye psykoaktive stoffer

Beslagsdata på case-nivå som rapporteres til EUs system for tidlig varsling, tyder på at markedet for nye stoffer bare blir større. I 2014 ble det gjort nærmere 50 000 beslag av nye stoffer i Europa, eller nesten 4 tonn (figur 1.11). Syntetiske cannabinoider utgjorde mesteparten, med nesten 30 000 beslag på til sammen over 1,3 tonn (figur 1.12). Syntetiske katinoner var den nest største gruppen, med over 8 000 beslag på til sammen mer enn 1 tonn. Til sammen utgjorde syntetiske cannabinoider og katinoner nesten 80 % av det totale antallet beslag og mer enn 60 % av de beslaglagte mengdene i 2014. Andre grupper var ikke-kontrollerte benzodiazepiner og potente narkotiske analgetika, som fentanyler, som kan selges som heroin.

Beslagene av nye psykoaktive stoffer i 2014 ble dominert av syntetiske cannabinoider, som utgjorde over 60 % av det totale antallet beslag og nesten 35 % av de beslaglagte mengdene (figur 1.11). De fleste beslagene var av pulver, ofte i store mengder, mens resten typisk var plantemateriale med stoffet sprayet på. Pulverne brukes til å fremstille produkter som selges som "legal highs", og beslagene representerer millioner av doser. På beslagstoppen når det gjelder cannabinoider i pulverform i 2014, var AM-2201 (70 kg), MDMB-CHMICA (40 kg), AB-FUBINACA (35 kg), MAM-2201 (27 kg) og XLR-11 (5F-UR-144) (26 kg).

I 2014 utgjorde syntetiske katinoner over 15 % av alle beslag av nye psykoaktive stoffer og nesten 30 % av den totale beslaglagte mengden (figur 1.11). De fem mest beslaglagte katinonene var mefedron (222 kg) og isomerene 3-MMC (388 kg) og 2-MMC (55 kg), samt pentedron (136 kg) og alfa-PVP (135 kg).

Narkotikamarkeder: politiske tiltak

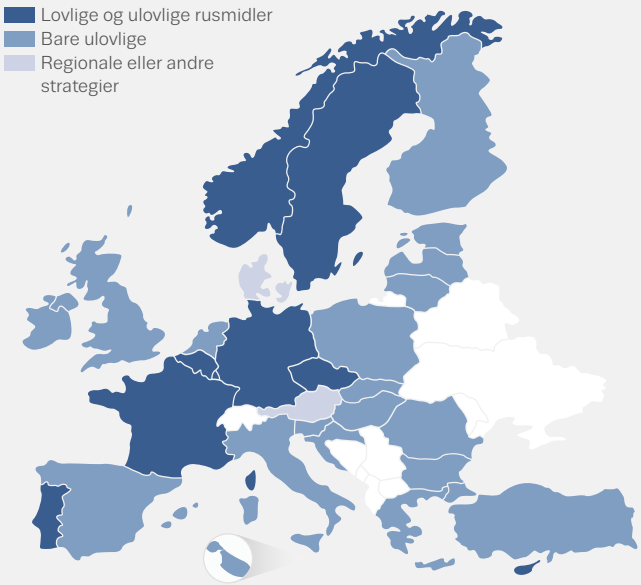
Forsyningen av og handelen med illegale rusmidler er et globalt problem, noe som gjør det komplisert å iverksette mottiltak. Beslutningstakere har en rekke tiltak for å redusere forsyningen tilgjengelig, herunder rusmiddelstrategier, juridiske virkemidler og regulerings- og rettshåndhevingstiltak. Flere EU-institusjoner samarbeider om å koordinere tiltak for å redusere forsyningen i Europa. I denne prosessen brukes flere strategiske planleggingsverktøy: EUs narkotikastrategi for perioden 2013–2020 og den gjeldende handlingsplanen for 2013–2016, Det europeiske råds plan for bekjempelse av alvorlige former for internasjonal organisert kriminalitet, og EUs sikkerhetsstrategier. Mangfoldet av utfordringer politi og tollvesenet står overfor, samt den økende profesjonaliseringen av de organiserte kriminelle gruppene som driver narkotikahandel, gjenspeiler seg i bredden av politikkområder disse strategiene dekker. Strategiene favner områder som sikkerhet, skipsfart, migrasjon og utviklingspolitikk og omfatter tiltak som skal bedre etterretningsbasert politiarbeid, overvåking av sjøtransport, tiltak for å avdekke og slå ned på illegale pengestrømmer, grensekontroll, transport av industrikjemikalier og alternative utviklingstiltak. EU samarbeider også med en rekke internasjonale partnere for å gjennomføre disse forsyningsreduserende tiltakene.

På nasjonalt plan står medlemsstatene overfor en like sammensatt dynamikk i narkotikamarkedet, og de fleste har nasjonale sikkerhets- og politistrategier som omfatter reduksjon av narkotikaforsyning. I tillegg har alle landene (unntatt to) definert sin rusmiddelpolitikk i nasjonale rusmiddelstrategier som ofte omfatter både tilbuds- og etterspørselsreduserende tiltak. Unntakene er Østerrike, som har regionale rusmiddelstrategier, og Danmark, som har en nasjonal rusmiddelpolitikk som baserer seg på en rekke strategidokumenter, lovgivning og konkrete tiltak. Rusmiddelstrategier er dokumenter, vanligvis gyldige for en definert periode, som typisk inneholder målsettinger og prioriteringer i tillegg til konkrete tiltak og hvem som har ansvar for å gjennomføre dem. Det rusmiddelpolitiske området har blitt mer og mer komplekst de senere årene. Dette gjenspeiles i at nesten en tredel av EU-medlemsstatene har nasjonale strategier som dekker både lovlige og ulovlige rusmidler, og i noen tilfeller også avhengighetsatferd (se figur 1.13).

Landene uttrykker sin rusmiddelpolitikk gjennom nasjonale rusmiddelstrategier

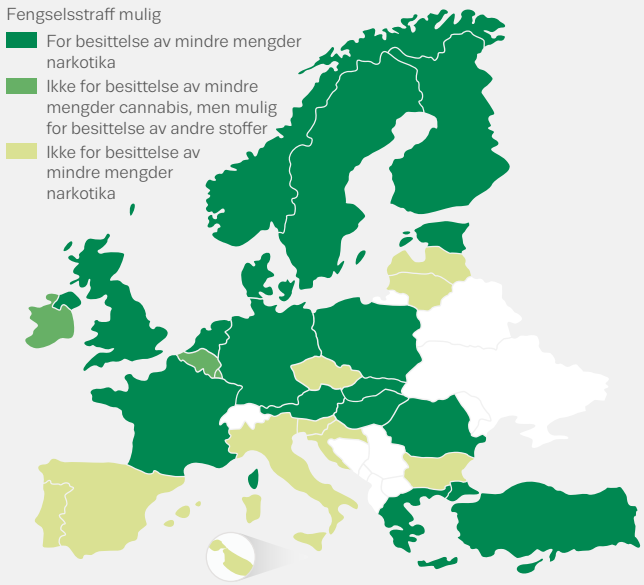
FIGUR 1.13

Nasjonale rusmiddelstrategier og handlingsplaner: hva som finnes og omfang



FIGUR 1.14

Sanksjoner i lovgivningen: mulighet for fengselsstraff for besittelse av narkotika til eget bruk (mindre lovbrudd)



Juridiske virkemidler mot forsyning og besittelse av narkotika

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 narkotikatrafikk som en straffbar handling, men strafferammen varierer landene imellom. I noen land kan lovbrudd relatert til narkotikaforsyning være omfattet av en enkelt vid strafferamme, mens andre land opererer med et skille mellom mindre alvorlige og alvorlige forsyningslovbrudd med tilhørende strafferammer.

Hvert land er også forpliktet til å anse besittelse av narkotika til eget bruk som en straffbar handling, men med forbehold om 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. Siden rundt år 2000 har den generelle trenden i Europa vært å redusere bruken av fengselsstraff eller andre typer frihetsberøvelse for mindre lovbrudd relatert til personlig narkotikabruk. Noen land har gått enda lengre og vedtatt å utelukkende ilegge ikke-strafferettslige sanksjoner, vanligvis bøter, for besittelse til eget bruk (figur 1.14).

Narkotikalovbrudd: økning over lengre tid

Hvordan lovverket for å begrense forsyning og bruk av narkotika implementeres, overvåkes gjennom data om rapporterte narkotikalovbrudd. I EU ble det i 2014 rapportert ca. 1,6 millioner lovbrudd (de fleste knyttet til cannabis; 57 %), med ca. 1 million lovbrytere. Rapporterte lovbrudd økte med nesten en tredel (34 %) mellom 2006 og 2014.

I de fleste europeiske land var flertallet av de rapporterte narkotikalovbruddene relatert til bruk eller besittelse til eget bruk. Det anslås at over 1 million slike lovbrudd ble rapportert i Europa i 2014, en økning på 24 % sammenlignet med 2006. Mer enn tre firedeler av rapporterte lovbrudd knyttet til besittelse gjaldt cannabis. Den oppadgående trenden for besittelse av cannabis, amfetaminer og MDMA fortsatte i 2014 (figur 1.15).

Samlet sett har antallet rapporterte lovbrudd som gjelder forsyning av narkotika økt med 10 % siden 2006 og var oppe i over 214 000 tilfeller i 2014. På samme måte som for besittelse var de fleste lovbruddene knyttet til cannabis. Kokain, heroin og amfetamin sto imidlertid for en større andel av de forsyningsrelaterte lovbruddene enn hva som var tilfelle for besittelse til eget bruk. Den nedadgående trenden for lovbrudd relatert til forsyning av heroin og kokain fortsatte ikke i 2014, og det har vært en kraftig økning i rapporterte lovbrudd relatert til forsyning av MDMA (figur 1.15).

Å forebygge spredning av substitusjonsmedikamenter

Spredningen av substitusjonsmedikamenter fra deres tiltenkte formål i narkotikabehandling til ikke-medisinsk bruk og salg på markedet for illegale rusmidler er urovekkende. Med spredning menes her å dele, selge, handle med eller gi bort foreskrevne legemidler til andre. Dette kan skje frivillig (bevisst salg til andre) eller ufrivillig (utilsiktet forsyning gjennom tap eller salg av brukerdoser).

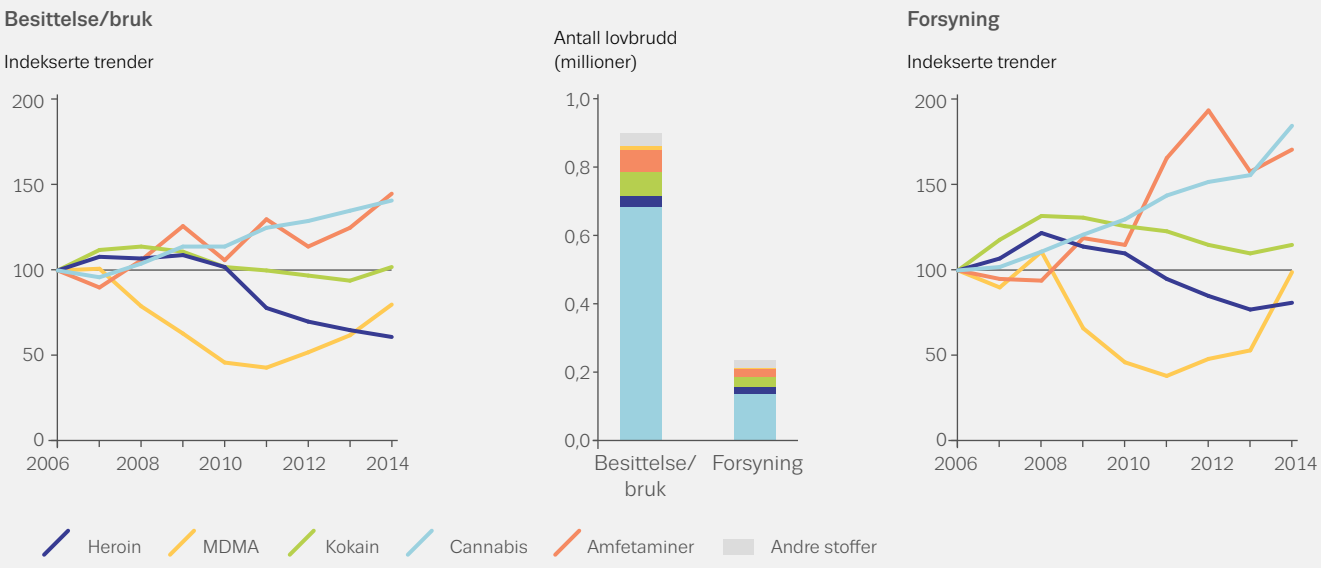
På nasjonalt plan iverksettes det ulike strategier for å forebygge spredning av substitusjonsmedikamenter, for eksempel opplæring av behandlere og pasienter, gjennomføring av strategier for å sikre etterlevelse av behandlingsopplegg gjennom hensiktsmessig forskrivningspraksis og overvåking av dosering, å tilby medisiner særlig utviklet med tanke på å hindre misbruk, bruk av elektroniske medisindispensere og iverksetting av kontrolltiltak som toksikologisk testing av pasienter, telling av piller og uanmeldte kontroller. Regulering på systemnivå kan forekomme ved registrering av apotektransaksjoner og bruk av disiplinærtiltak for å fange opp uhensiktsmessig forskrivningspraksis.

En nyere europeisk gjennomgang tyder på at mange av disse tiltakene kan redusere forekomsten av spredning, selv om det foreligger lite informasjon om mulige utilsiktede konsekvenser av tiltakene. Utfordringen nå er å opprettholde tilgangen til substitusjonsmedikamenter samtidig som man etablerer hensiktsmessige forebyggende og regulerende tiltak for å forhindre at disse legemidlene sprer seg til det illegale markedet.

Det iverksettes ulike strategier for å forebygge spredning av substitusjonsmedikamenter

FIGUR 1.15

Narkotikalovbrudd i Europa knyttet til narkotikabruk, besittelse til eget bruk eller forsyning: indekserte trender og rapporterte lovbrudd i 2014



FINN UT MER

Publikasjoner fra EMCDDA

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

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

Internet and drug markets, Insights.

Strategies to prevent diversion of Opioid Substitution Treatment, Perspectives on Drugs.

2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Opioid trafficking routes, Perspectives on Drugs.

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

The Internet and drug markets, Technical reports.

2014

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

Drug policy profiles – Austria, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles – Poland, EMCDDA Papers.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

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

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011

Drug policy profiles: Portugal

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

Responding to new psychoactive substances, Drugs in focus.

Felles publikasjoner fra EMCDDA og Europol

2016

EU Drug markets report: in-depth analysis.

EU Drug markets report: a strategic overview.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone (α-PVP), Joint Reports.

EMCDDA–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.

Alle publikasjonene er tilgjengelige på www.emcdda.europa.eu/publications

2

Narkotikabruken i Europa omfatter nå et bredere spekter av stoffer

Prevalens og trender for narkotikabruk

Narkotikabruken i Europa omfatter nå et bredere spekter av stoffer enn tidligere. Blandingsbruk er vanlig blant narkotikabrukere, og bruksmønstrene varierer fra eksperimentell bruk til regelmessig bruk og avhengighet. All rusmiddelbruk er generelt vanligere blant menn, og forskjellen blir gjerne større ved mer intensiv eller regelmessig bruk. Cannabisbruk er rundt fem ganger mer utbredt enn bruk av andre stoffer. Mens heroin og andre opioider fortsatt er relativt lite utbredt, er disse stoffene fortsatt oftest forbundet med de mest skadelige formene for bruk, som for eksempel sprøytebruk.

Overvåking av narkotikabruk

EMCDDA samler inn og vedlikeholder datasett som dekker narkotikabruk og bruksmønstre i Europa.

Data fra undersøkelser i den generelle befolkningen kan gi et innblikk i forekomsten av rekreasjonsbruk av narkotika. Resultatene av disse undersøkelsene kan suppleres av analyser av narkotikarester i det kommunale avløpsvannet, som utføres lokalt i byer over hele Europa.

Studier som rapporterer estimater for høyrisikobruk av narkotika, kan bidra til å kartlegge omfanget av mer etablert problembruk, mens data om personer som inntas til narkotikabehandling i det spesialiserte behandlingsapparatet, når de vurderes sammen med andre indikatorer, kan bidra til økt kunnskap om hvordan høyrisikobruk arter seg og nye trender.

Én av fire europeere har prøvd et illegalt stoff

Det er anslått at over 88 millioner voksne, eller litt over en firedel av befolkningen i aldersgruppen 15–64 i EU, har prøvd et ulovlig rusmiddel på et eller annet tidspunkt i livet. Narkotikabruk rapporteres av flere menn (54,3 millioner) enn kvinner (34,8 millioner). Det mest brukte stoffet er cannabis (51,5 millioner menn og 32,4 millioner kvinner), mens estimatene er mye lavere for livstidsbruk av kokain (11,9 millioner menn og 5,3 millioner kvinner), MDMA (9,1 millioner menn og 3,9 millioner kvinner) og amfetaminer (8,3 millioner menn og 3,8 millioner kvinner). Tallene for livstidsbruk av cannabis varierer mye fra land til land, fra ca. fire av ti voksne i Frankrike og en tredel av alle

voksne i Danmark og Italia, til under én av ti i Bulgaria, Malta, Romania, Ungarn og Tyrkia.

Tallene for bruk siste år gir et godt bilde på nylig narkotikabruk og er i hovedsak konsentrert blant unge (15–34 år). Det anslås at 17,8 millioner unge voksne har brukt narkotika i løpet av det siste året, dobbelt så mange menn som kvinner.

Cannabisbruk: nasjonale forskjeller

Cannabis er det illegale rusmiddelet som har høyest sannsynlighet for å bli brukt 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 regelmessige og avhengighetspregede.

Anslagsvis 16,6 millioner unge europeere (i alderen 15–34) eller 13,3 % av denne aldersgruppen har brukt cannabis det siste året. Av disse var 9,6 millioner i aldersgruppen 15–24 år (16,4 % av denne aldersgruppen). Blant unge som har brukt cannabis det siste året, er det dobbelt så mange menn som kvinner.

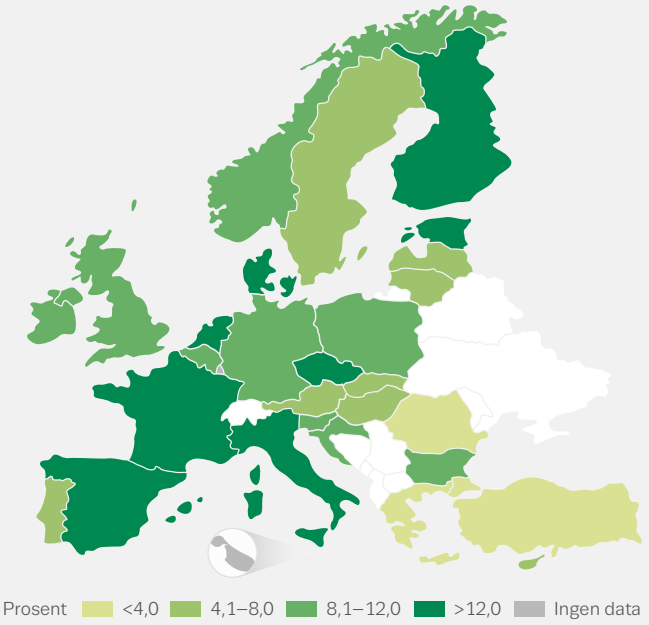
De nyeste surveydataene viser at tallene for siste års bruk av cannabis fortsatt varierer landene imellom (figur 2.1). Av de landene som har gjennomført undersøkelser siden 2013, rapporterte åtte om høyere estimater, mens fire var stabile og ett rapporterte om lavere estimater enn i tidligere sammenlignbare undersøkelser.

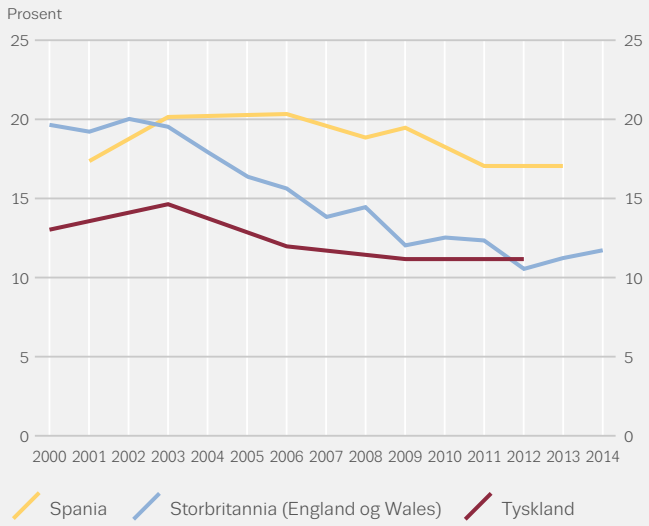
Bare noen få land har tilstrekkelige data til å foreta en statistisk analyse av trender på mellomlang og lang sikt for cannabisbruk blant unge voksne (15–34 år). Undersøkelser fra landene med relativt sett høy prevalens, som Tyskland, Spania og Storbritannia, viser en nedadgående eller stabil trend det siste tiåret, mens Frankrike har opplevd en økning i prevalens etter 2010. Blant landene som historisk sett har hatt lavere tall for cannabisbruk, har Finland rapportert om en jevn økning i prevalens på lengre sikt og har beveget seg fra et lavt nivå mot det europeiske gjennomsnittet, mens Sverige fortsatt rapporterer om et lavt nivå, med tall som viser en beskjeden økning det siste tiåret. Blant landene som har færre sammenlignbare data, viser Bulgarias data en stigende trend frem til 2012, mens en årlig undersøkelse i Tsjekkia fant en økning fra 2011 til 2014.

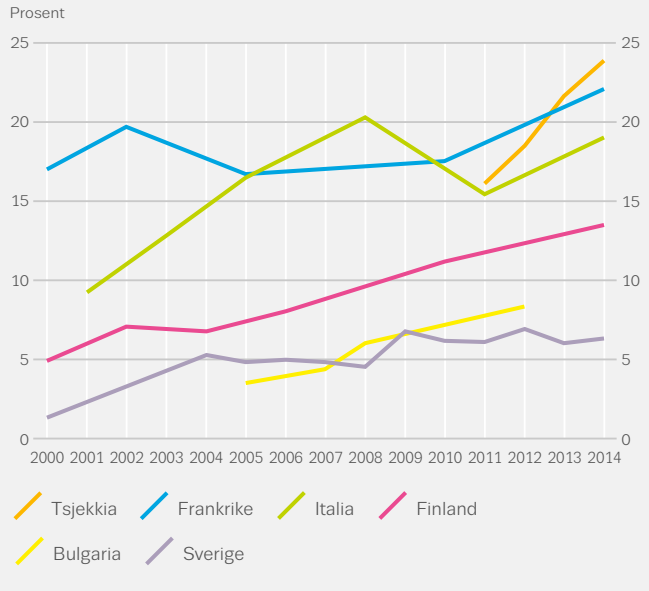
Cannabis sto for mesteparten av den illegale rusmiddelbruken blant 15–16-årige skoleelever som ble rapportert i den siste utgaven av Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD), publisert i 2011. Nyere tall om skoleelevers vaner, i dette

FIGUR 2.1

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







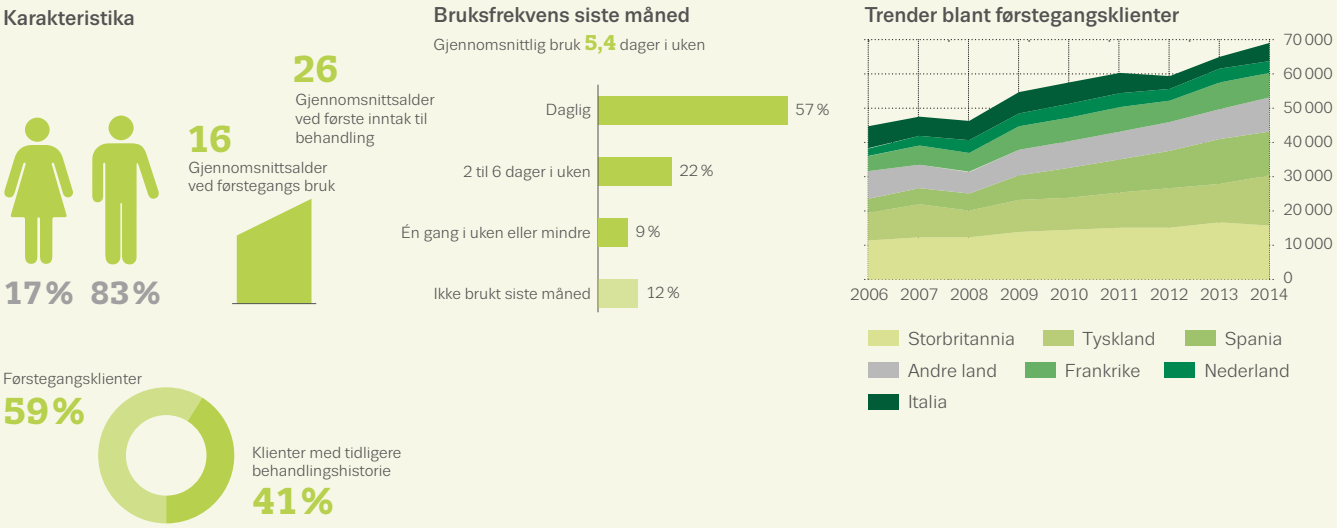
tilfellet 15-åringer, kommer fra spørreundersøkelsen Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). I HBSC-undersøkelsen for 2013/2014 varierte tallene for livstidsbruk av cannabis fra 5 % blant jenter og 7 % blant gutter i Sverige til 26 % blant jenter og 30 % blant gutter i Frankrike.

Behandling av cannabisbrukere: økt etterspørsel

Basert på undersøkelser i den generelle befolkningen er det anslått at rundt 1 % av europeiske voksne bruker cannabis daglig eller nesten daglig — det vil si at de har brukt stoffet 20 eller flere dager den siste måneden. Rundt 60 % av disse er i aldersgruppen 15–34 år, og mer enn tre firedeler er menn.

Sett i sammenheng med andre indikatorer kan data om personer som inntas til behandling for cannabisproblemer gi oss en bedre forståelse av hvordan høyrisikobruk av cannabis arter seg og hvor utbredt det er i Europe. Antallet personer som påbegynte behandling for første gang for cannabisproblemer, steg fra 45 000 i 2006 til 69 000 i 2014. I denne gruppen økte andelen som rapporterte daglig bruk av stoffet, fra 46 % i 2006 til 54 % i 2014. Årsaken til økningen er uklar, men den kan være forbundet med endringer i prevalensen av cannabisbruk og intensiv bruk i tillegg til faktorer som tilgjengeligheten av sterkere og mer skadelige produkter, et utvidet behandlingstilbud og endringer i henvisningspraksis.

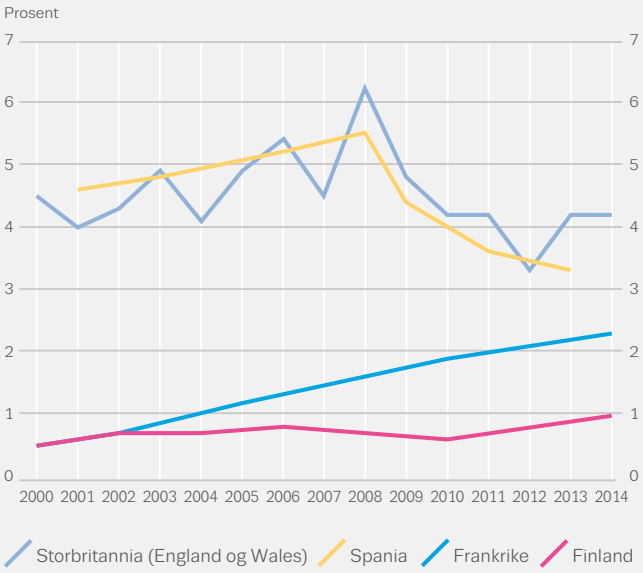
CANNABISBRUKERE SOM PÅBEGYNNER BEHANDLING

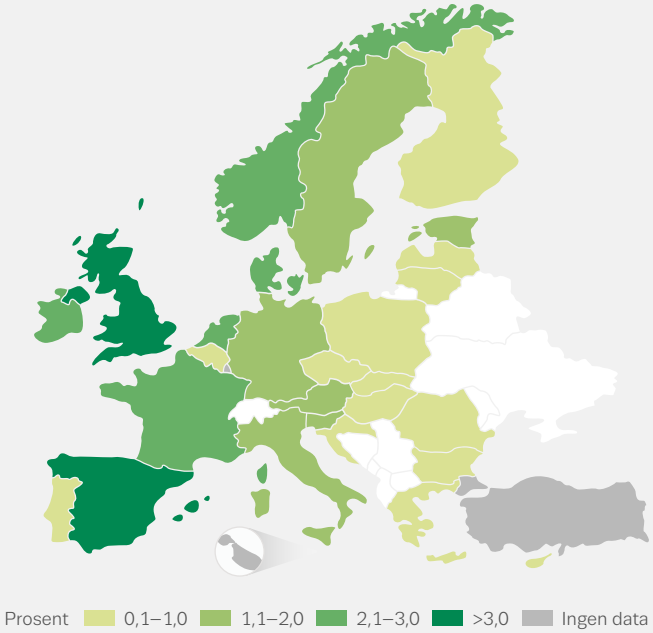


NB: Tallene gjelder alle klienter som påbegynner behandling med cannabis som primærrusmiddel. Grunnet endringer i dataflyten på nasjonalt plan er 2014-data for Italia ikke direkte sammenlignbare med tidligere år.

FIGUR 2.2

Prevalens av kokainbruk siste år blant unge voksne (15–34 år): statistisk signifikante trender og nyeste data





Kokain: endring i prevalens

Kokain er det mest brukte illegale sentralstimulerende rusmiddelet i Europa, selv om bruken er mer utbredt i Sør- og Vest-Europa. Kokainpulver (kokainhydroklorid) blir vanligvis inntatt ved sniffing (nasalt) og noen ganger også injisert, mens crack (kokainbase) som regel blir røykt.

Det er anslått at rundt 2,4 millioner unge voksne i aldersgruppen 15–34 år (1,9 % av denne aldersgruppen) har brukt kokain det siste året. Mange kokainbrukere bruker stoffet rekreasjonelt, oftest i helger og ferier. Blant regelmessige brukere kan det trekkes et grovt skille mellom mer sosialt integrerte brukere, som ofte sniffer kokain i pulverform, og marginaliserte brukere, som injiserer kokain eller røyker crack, noen ganger i kombinasjon med opioider.

Bare Spania, Nederland og Storbritannia rapporterer tall på 3 % eller høyere for siste års bruk av kokain blant unge voksne. Nedgangen i kokainbruk rapportert i foregående år er ikke observert i de nyeste undersøkelsene. Blant landene som har gjennomført undersøkelser siden 2013, rapporterer seks om høyere estimater, to om en stabil trend og fire om lavere estimater enn i den forrige sammenlignbare undersøkelsen.

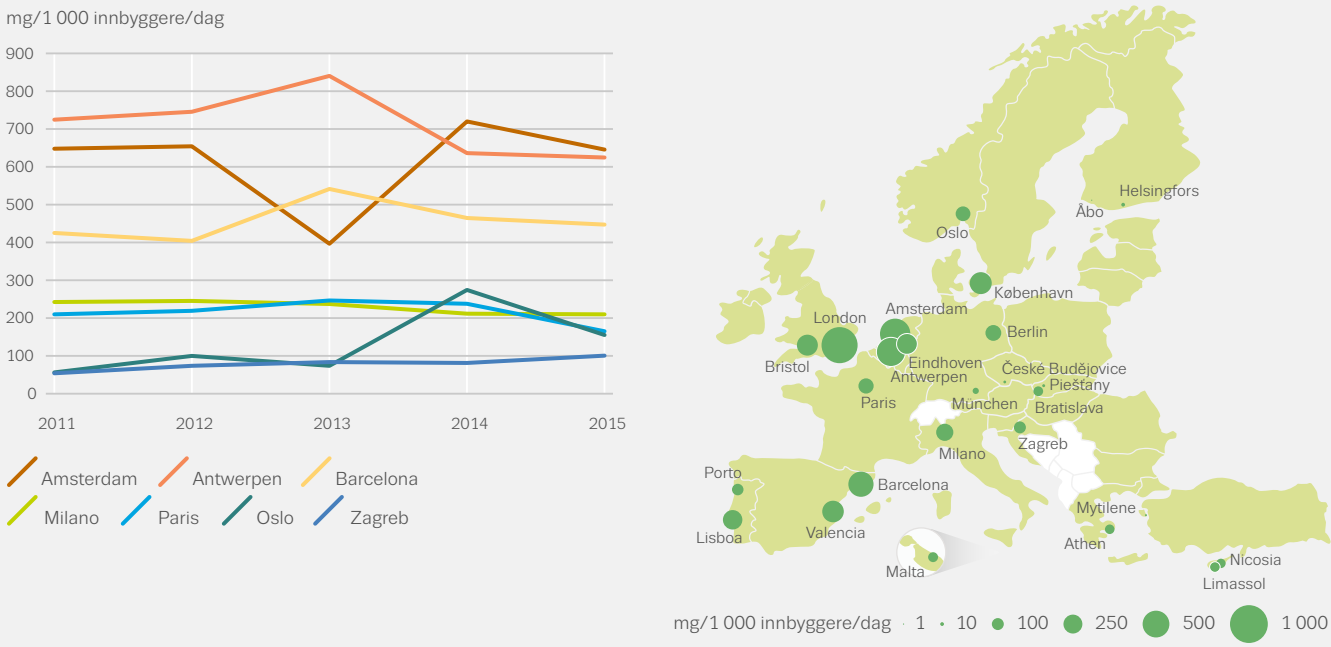
Det er bare noen få land som har mulighet til å foreta en statistisk analyse av langsiktige trender for siste års bruk av kokain blant unge voksne. Spania og Storbritannia rapporterte om økt prevalens frem til 2008, etterfulgt av stabilitet eller nedgang. Rapporter fra Storbritannia tyder på at nedgangen er begrenset til unge voksne (16–24 år), mens prevalensen i den eldre aldersgruppen er stabil eller økende. Frankrike opplever en oppadgående trend og passerte 2 % i 2014. I Finland har prevalensen økt, men nivåene er fortsatt relativt lave og nådde 1 % for første gang i 2014.

Analyser for å påvise kokainrester i kommunalt avløpsvann fra en studie som ble gjennomført i flere byer, supplerer resultatene fra befolkningsundersøkelsene. Funnene oppgis i milligram narkotika per dag per 1 000 innbyggere. I analysen for 2015 ble de høyeste konsentrasjonene av benzoylecgonin — den viktigste kokainmetabolitten — funnet i byer i Belgia, Spania, Nederland og Storbritannia (se figur 2.3). De generelle mønstrene for 2015 ligner tidligere års funn, og de fleste byene viser enten en nedadgående eller stabil trend mellom 2011 og 2015.

Kokain er det mest brukte illegale sentralstimulerende middelet i Europa

FIGUR 2.3

Kokainrester i avløpsvannet i utvalgte europeiske byer: trender og nyeste data

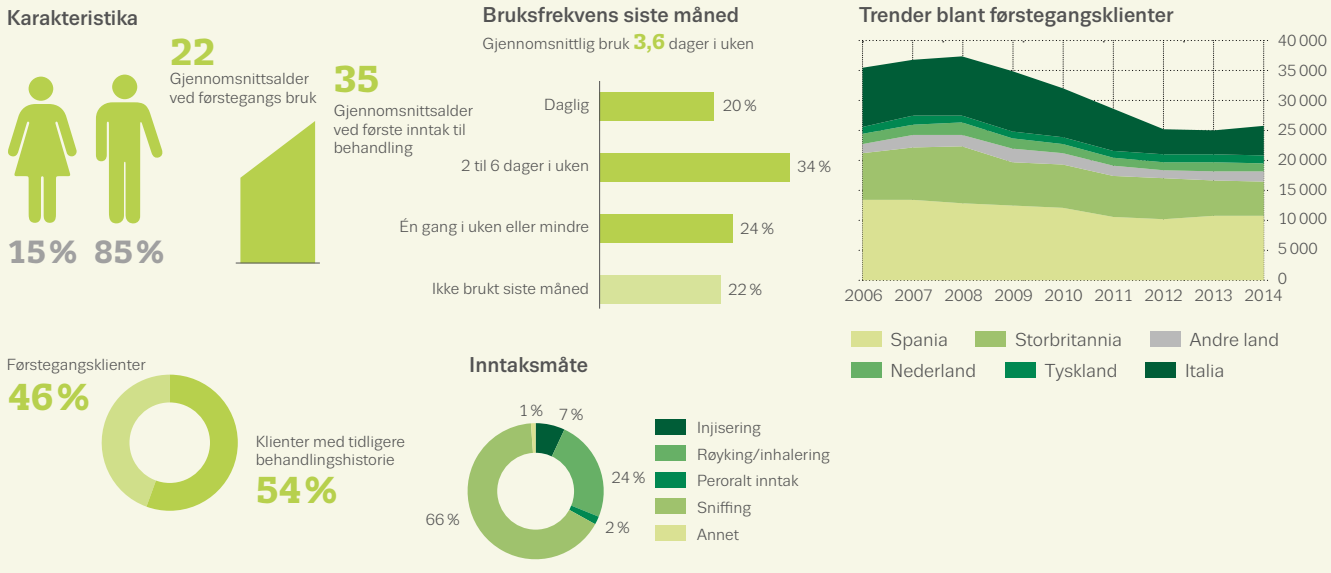


NB: Gjennomsnittlig daglig mengde benzoylecgonin i mg pr. 1 000 innbyggere. Kart: Prøvetakingen ble utført i utvalgte europeiske byer i løpet av en uke i 2015.
Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Behandling for kokainbruk: stabil etterspørsel

Det er vanskelig å måle hvor utbredt særlig problematiske former for kokainbruk er i Europa ettersom bare fem land har nyere anslag. Dessuten er det brukt ulike definisjoner og metoder. I 2012 ble kokainavhengighet blant voksne i Tyskland anslått til 0,20 %, mens Italia i 2014 utarbeidet et estimat for personer med behov for behandling for

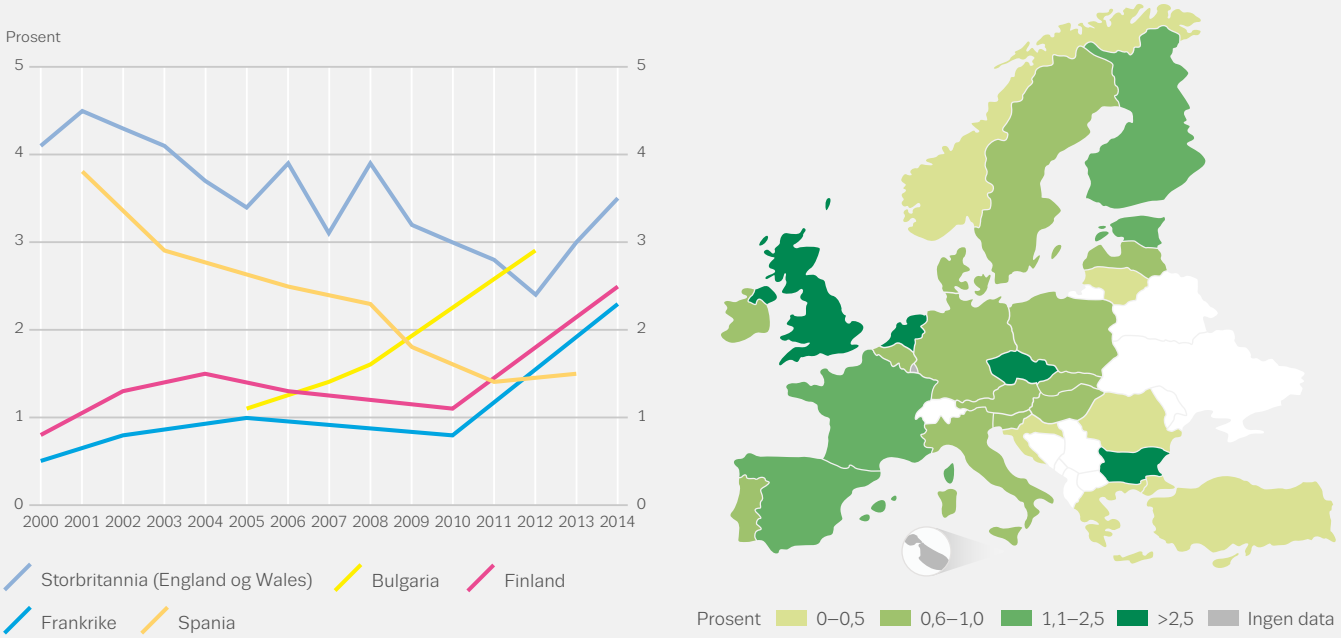
KOKAINBRUKERE SOM PÅBEGYNNER BEHANDLING



NB: Tallene gjelder alle klienter inntatt til behandling med kokain eller crack som primærrusmiddel.

FIGUR 2.4

Prevalens av MDMA-bruk siste år blant unge voksne (15–34 år): statistisk signifikante trender og nyeste data



kokainbruk på 0,64 %, og Spania anslo høyrisiko kokainbruk til 0,29 %. Storbritannia har for 2011/2012 anslått crack-bruken blant den voksne befolkningen i England til 0,48 %, og de fleste av disse var også opioidbrukere. Høyrisikobruk av kokain i Portugal er estimert til 0,62 %, basert på rapportert bruk siste år.

Spania, Italia og Storbritannia sto for rundt 74 % av alle rapporterte behandlingsinntak relatert til kokain i Europa. Generelt ble kokain oppgitt som primærrusmiddel av 60 000 klienter som påbegynte behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet i 2014, og av 27 000 førstegangsklienter. Etter en periode med nedgang har tallet for førstgangsklienter som påbegynner behandling for kokainbruk, holdt seg stabilt siden 2012.

I 2014 oppga nesten 5 500 klienter som påbegynte behandling i Europa crack som primærrusmiddel. Av disse sto Storbritannia for mer enn halvparten (3 000), og Spania, Frankrike og Nederland for det meste av resten (2 000).

MDMA: endringer i trender og økt bruk

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).

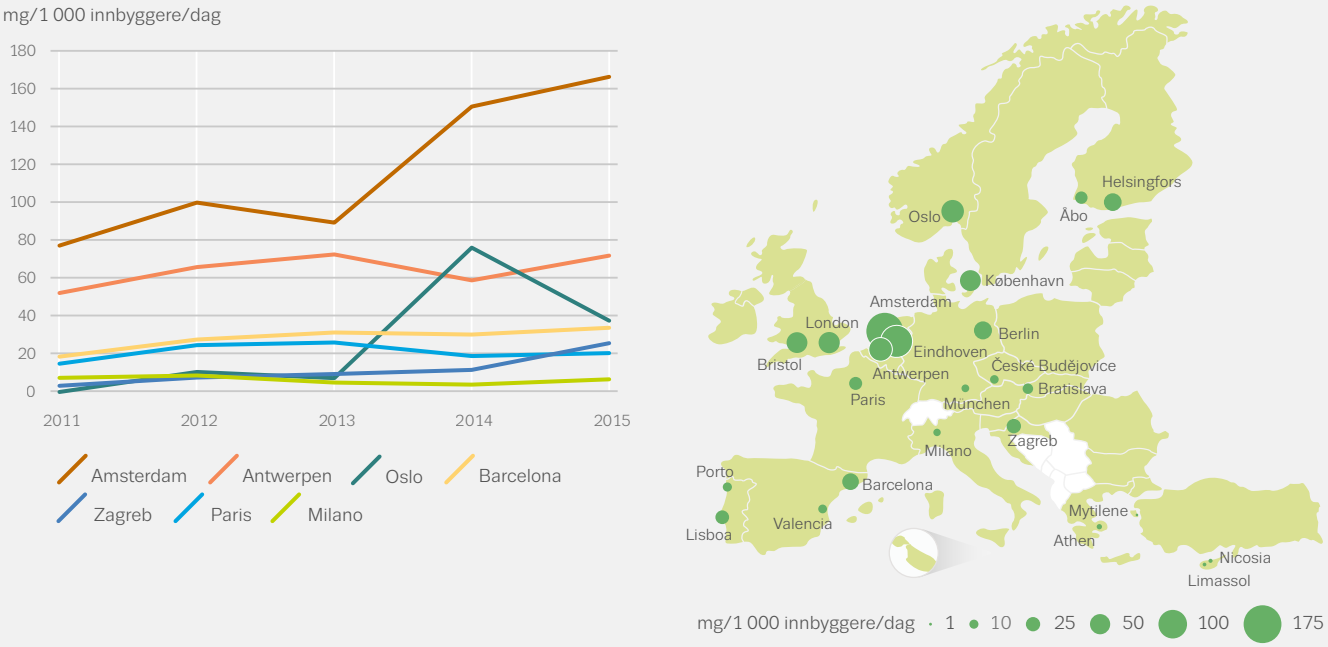
De senere årene har kilder i en rekke land signalisert at det foregår en utvikling i markedet for MDMA i Europa, og rapporterer blant annet om økt bruk.

De fleste europeiske undersøkelser har historisk sett heller samlet inn data om ecstasybruk enn om MDMA-bruk, men dette er nå i ferd med å endre seg. Man anslår at 2,1 millioner unge voksne (15–34 år) brukte MDMA/ecstasy i løpet av det siste året (1,7 % av denne aldersgruppen), mens nasjonale estimater varierer fra 0,3 % til 5,5 %. Blant unge som har brukt MDMA det siste året, er kjønnsfordelingen 2,4 menn per kvinne.

Inntil nylig rapporterte mange land om en nedgang i MDMA-prevalens fra toppnivåene på midten av 2000-tallet. Dette ser nå ut til å være i endring. Resultatene peker i retning av en generell økning i Europa blant de landene som har produsert undersøkelser siden 2013, der ni rapporterer om høyere prevalensestimater og tre rapporterer om lavere estimater enn i tidligere sammenlignbare undersøkelser. Der det finnes nok data til å foreta en mer robust analyse av trender for siste års bruk

FIGUR 2.5

MDMA-rester i avløpsvannet i utvalgte europeiske byer: trender og nyeste data



NB: Gjennomsnittlig daglig mengde MDMA i mg pr. 1 000 innbyggere. Kart: Prøvetakingen ble utført i utvalgte europeiske byer i løpet av en uke i 2015.
Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

av MDMA blant unge voksne, har noen land observert en økning siden 2010. I Bulgaria, Finland og Frankrike fortsatte den langvarige oppadgående trenden i denne perioden, mens Storbritannia har opplevd en statistisk signifikant økning etter at den nedadgående trenden ble brutt i 2011/2012 (figur 2.4). Selv om det ikke er direkte sammenlignbart med tidligere undersøkelser, rapporterte Nederland om et prevalensnivå på 5,5 % i 2014.

En analyse som ble gjennomført i en rekke byer i 2015, viser at de høyeste konsentrasjonene av MDMA ble funnet i avløpsvannet i belgiske og nederlandske byer (figur 2.5). I de fleste byene var konsentrasjonen av MDMA i avløpsvannet høyere i 2015 enn i 2011, og noen byer hadde en kraftig økning, som kan skyldes økt renhet eller økt tilgjengelig og bruk av MDMA.

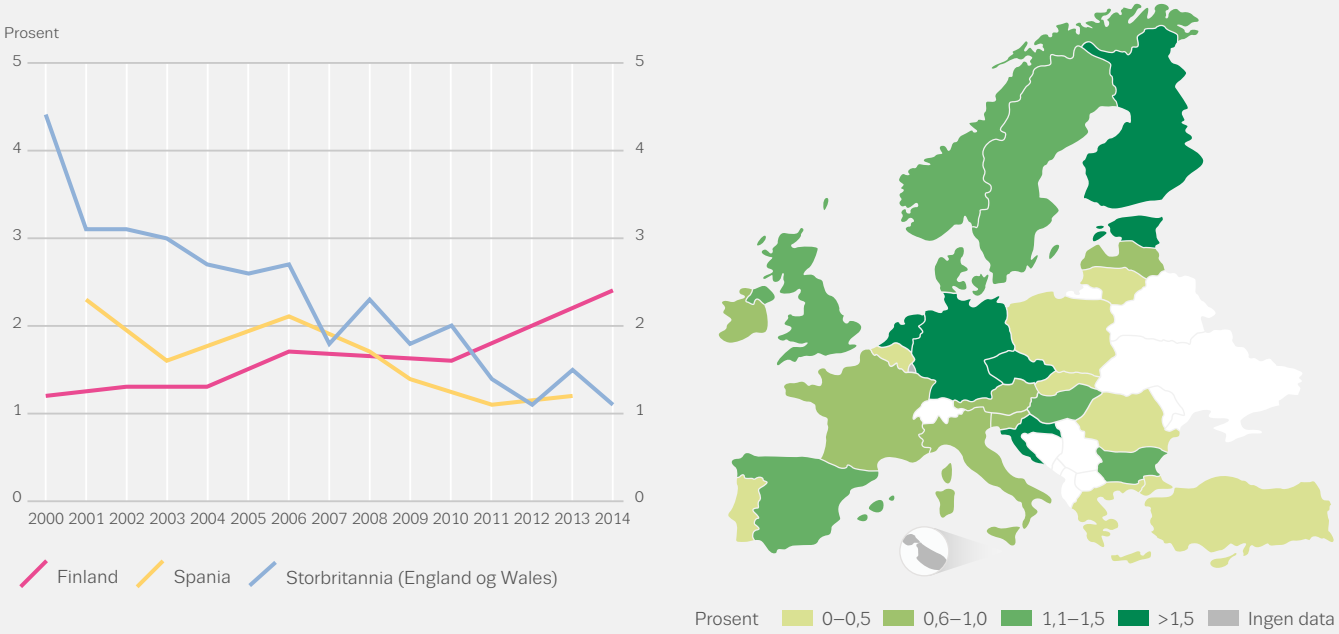
MDMA tas ofte sammen med andre rusmidler, for eksempel alkohol. Undersøkelser blant unge som frekventerer utelivsmiljøer, viser typisk høyere nivåer av narkotikabruk enn i befolkningen generelt. Dette gjelder særlig MDMA, som tradisjonelt har vært nært forbundet med utelivsmiljøer og særlig elektronisk musikk. Nye indikasjoner tyder på at i land med høye prevalensnivåer er MDMA ikke lenger et "nisjestoff" som brukes i subkulturer. Det er ikke begrenset til klubber og fester, men brukes av en mer sammensatt gruppe unge mennesker i helt vanlige settinger som på barer og hjemmefester.

Det er sjelden MDMA-bruk oppgis som årsak til behandling for narkotikabruk i det spesialiserte behandlingsapparatet. I 2014 ble MDMA rapportert av under 1 % (nesten 800 tilfeller) av alle førstegangsklienter i Europa.

MDMA tas ofte sammen med andre rusmidler

FIGUR 2.6

Prevalens av amfetaminbruk siste år blant unge voksne (15–34 år): statistisk signifikante trender og nyeste data



Amfetaminbruk: sprikende nasjonale trender

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 Tsjekkia, og mer nylig Slovakia, selv om man i de senere årene har sett en økning i bruken 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 injisering er også vanlig blant høyrisikobrukere i en del land. Metamfetamin kan også røykes, men denne inntaksmåten er ikke vanlig i Europa.

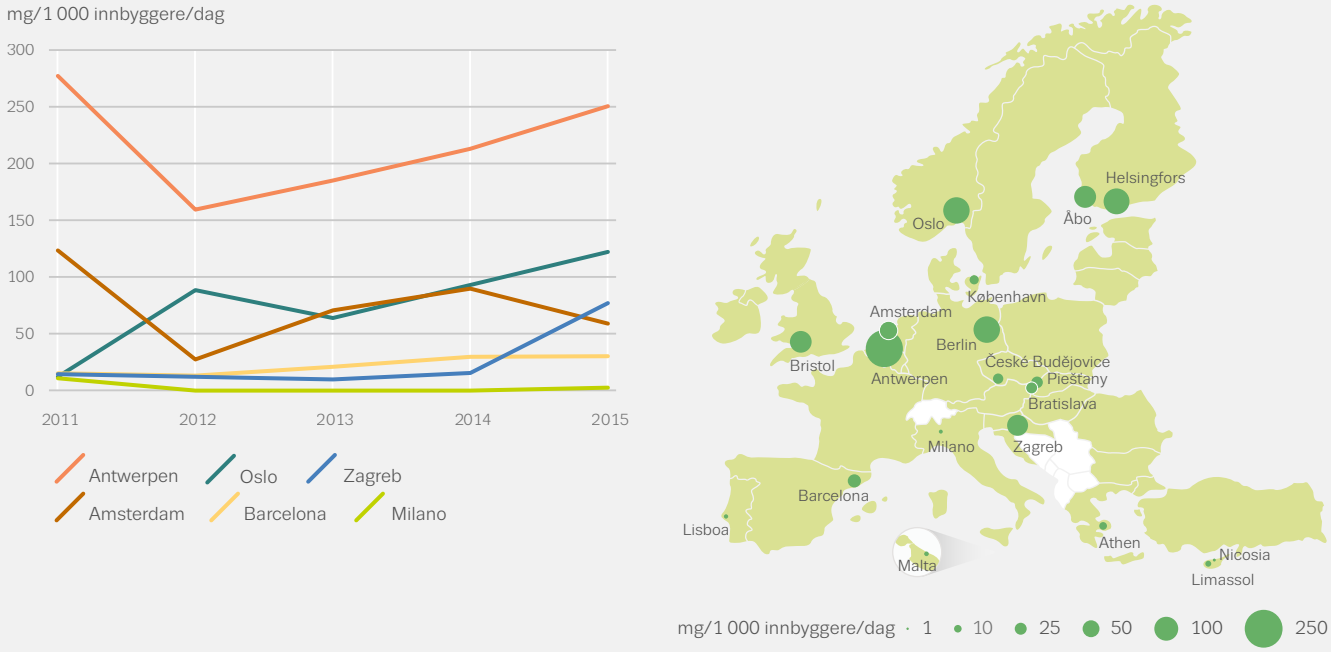
Det anslås at 1,3 millioner (1,0 %) unge voksne (15–34 år) hadde brukt amfetaminer i løpet av det siste året. De nyeste nasjonale prevalensestimatene varierer fra 0,1 % til 2,9 %. Tilgjengelige data tyder på at situasjonen i de fleste europeiske land har vært relativt stabil når det gjelder trender for bruk siden rundt år 2000. Av de landene som har gjennomført undersøkelser siden 2013, rapporterte syv om høyere estimater, mens ett var stabilt og fire rapporterte om lavere estimater enn i tidligere sammenlignbare undersøkelser. Selv om det ikke kan sammenlignes med tidligere undersøkelser, har Nederland nylig rapportert om en prevalens på 2,9 % blant unge voksne.

I de få landene der det er mulig å analysere langsiktige statistisk signifikante trender, viser både Spania og Storbritannia en nedgang i prevalens siden 2000 (figur 2.6). Til sammenligning viser Finland en jevn økning i prevalens i samme periode og rapporterer nå et av de høyeste nivåene i Europa.

Analyser av avløpsvann som ble utført i 2015, fant betydelige nivåer av amfetaminer i byer over hele Europa. Det var store variasjoner i konsentrasjonen av amfetamin, men de høyeste nivåene ble rapportert i byer i Nord-Europa (se figur 2.7). Mye lavere nivåer ble funnet i byer sør i Europa. De høyeste konsentrasjonene av metamfetamin ble funnet i byer i Tsjekkia, Slovakia og Norge. Generelt viser dataene fra 2011 til 2015 relativt stabile trender for begge stoffene.

FIGUR 2.7

Amfetaminrester i avløpsvannet i utvalgte europeiske byer: trender og nyeste data



NB: Gjennomsnittlig daglig mengde amfetamin i mg pr. 1 000 innbyggere. Kart: Prøvetakingen ble utført i utvalgte europeiske byer i løpet av en uke i 2015.
Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Behandling av amfetaminbrukere: økt etterspørsel

Problemer som skyldes langvarig, kronisk sprøytebruk av amfetamin, har tradisjonelt vært mest utbredt i nordeuropeiske land, mens langvarige metamfetaminproblemer har vært mest fremtredende i Tsjekkia og Slovakia. Nyere anslag for høyrisikobruk av metamfetamin er tilgjengelig for Tsjekkia og Kypros. I Tsjekkia ble høyrisikobruk av metamfetamin blant unge voksne (15–64 år) estimert til ca. 0,51 % for 2014, og en markant økning i bruk, hovedsakelig sprøytebruk, ble observert mellom 2007 og 2014 (fra rundt 20 000 brukere til over 36 000). Estimatet for Kypros var 0,02 % eller 127 brukere i 2014. I Norge ble høyrisikobruk av amfetamin og metamfetamin estimert til 0,33 % eller 11 200 voksne i 2013. Brukere av amfetaminer utgjør trolig flertallet av anslaget på 2 177 (0,17 %) høyrisikobrukere av sentralstimulerende midler rapportert av Latvia, som er ned fra 6 540 (0,46 %) i 2010.

Injisering av metamfetamin sammen med bruk av andre sentralstimulerende midler og GHB (gamma-hydroksybutyrat) i små grupper av menn som har sex med menn rapporteres fortsatt av noen få land. Denne såkalte "slamming"-praksisen ("slamming" er slang for injisering) gir grunn til bekymring på grunn av den doble risikoen forbundet med både narkotikabruk og seksuell atferd.

Ca. 32 000 klienter som påbegynte spesialisert narkotikabehandling i Europa i 2014, oppga amfetaminer som primærrusmiddel, hvorav ca. 13 000 var førstegangsklienter. I Bulgaria, Tyskland, Latvia, Ungarn, Polen og Finland 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 til Tsjekkia og Slovakia. Til sammen utgjør disse nærmere 95 % av de 8 700 metamfetaminklientene i Europa. Samlet sett har Europa hatt en økning på 50 % i antallet førstegangsklienter med amfetaminer som primærrusmiddel siden 2006, hovedsakelig drevet av en økning i Tyskland og i noen mindre grad Tsjekkia.

Bruk av ketamin, GHB og hallusinogener

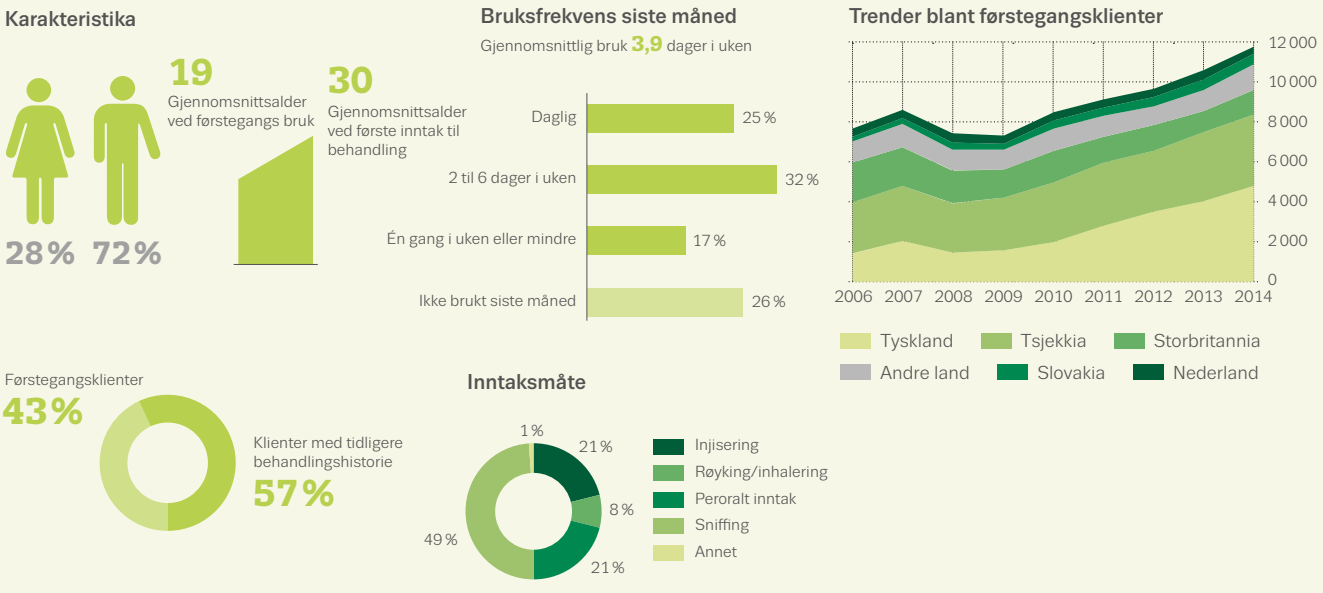
En rekke andre stoffer med hallusinogene, bedøvende, dissosiative eller beroligende egenskaper brukes i Europa, blant annet LSD (lysergsyredietylamid), hallusinogene sopper, ketamin og GHB (gammahydroksybutyrat).

De siste 20 årene har det kommet rapporter om rekreasjonsbruk av ketamin og GHB (herunder prekursoren GBL, gammabutyrolakton) i undergrupper av narkotikabrukere i Europa. 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 Nederland om siste års prevalens av GHB-bruk på 0,4 % blant voksne (15–64 år), Norge 0,1 % (16–64 år), mens Romania rapporterer et nivå på 0,5 % for unge voksne (15–34 år). Høyere nivåer av både GHB-bruk og relaterte problemer er rapportert i visse sosiale grupper på by- og lokalnivå i enkelte land, herunder Nederland, Norge og Storbritannia. Siste års prevalens av ketaminbruk blant unge voksne (15–34 år) ble estimert til 0,3 % i Danmark og Spania, mens Storbritannia rapporterer om ketaminbruk siste år på 1,6 % blant 16–24-åringer, en trend som har vært stabil siden 2008.

Prevalensnivåene for bruk av LSD og hallusinogene sopper i Europa har generelt vært lave og stabile i en årrekke. Nasjonale undersøkelser rapporterer om prevalensestimater for siste års bruk blant unge voksne (15–34 år) på under 1 % for begge stoffene, bortsett fra for LSD i Finland, der prevalensen er 1,3 %, og for hallusinogene sopper i Storbritannia (1 %), Nederland (1,3 %), Finland (1,9 %) og Tsjekkia (2,3 %).

AMFETAMINBRUKERE SOM PÅBEGYNNER BEHANDLING



NB: De ulike indikatorene dekker ulike land. Tallene gjelder alle klienter inntatt til behandling med amfetaminer som primærrusmiddel.

Bruk av nye stoffer

Innsikt i bruken av nye stoffer får vi 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. Selv om spørsmålene hovedsakelig gikk på holdninger, omfattet Eurobarometer-undersøkelsen også et spørsmål om bruken av "stoffer som etterligner virkningen av illegale stoffer". 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. Samlet sett oppga 8 % av respondentene at de hadde brukt slike stoffer noen gang, mens 3 % rapporterte bruk siste år. Dette utgjør en økning fra de 5 % som rapporterte bruk noen gang i en liknende undersøkelse i 2011. Av dem som rapporterte bruk siste år, hadde 68 % fått stoffet av en venn.

Stadig flere land tar med spørsmål om nye psykoaktive stoffer i sine befolkningsundersøkelser, selv om forskjeller i metoder og spørsmål begrenser muligheten til å foreta sammenligninger av resultatene landene imellom. Elleve europeiske land har rapportert nasjonale estimater for bruken av nye psykoaktive stoffer (ikke medregnet ketamin og GHB) siden 2011. For aldersgruppen som deltar i Flash Eurobarometer-undersøkelsen, det vil si unge voksne (15–24 år), varierer prevalensen for siste års bruk av disse stoffene fra 0,0 % i Polen til 9,7 % i Irland. Fra undersøkelser i Storbritannia (England og Wales) har vi også data tilgjengelig om bruken av mefedron. I den nyeste undersøkelsen (2014–2015) ble siste års bruk av stoffet blant unge i alderen 16–24 anslått til 1,9 %. Tallet er stabilt sammenlignet med tidligere år, men en nedgang fra 4,4 % i 2010–2011, før det ble innført kontrolltiltak. En undersøkelse som ble gjort i Finland i 2014, anslo siste års bruk av syntetiske katinoner til 0,2 % blant unge voksne i alderen 15–24, mens anslagsvis 4 % av unge voksne i alderen 18–34 i Frankrike rapporterte å ha røykt syntetiske cannabinoider noen gang.

Heroinbrukere: tegn på stabile behandlingstall

Det illegale opioidet som brukes mest i Europa, er heroin, som kan røykes, sniffes eller injiseres. I tillegg misbrukes en rekke syntetiske opioider, som metadon, buprenorfin og fentanyl.

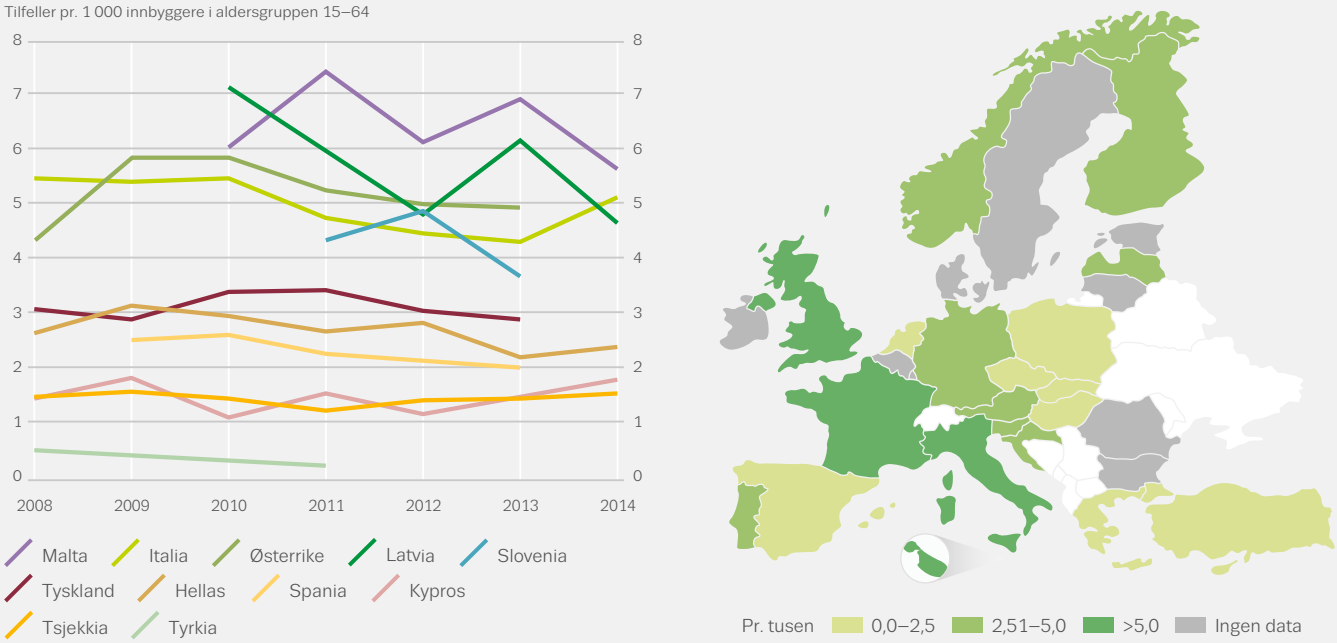
Gjennomsnittlig prevalens av høyrisiko opioidbruk blant voksne (15–64 år) er anslått til 0,4 %, som tilsvarte 1,3 millioner høyrisikobrukere av opioider i Europa i 2014. Nasjonale estimater for prevalensen av høyrisikobruk av opioider varierer fra under ett til ca. åtte tilfeller pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64 år (figur 2.8). Om lag 75 % av antallet høyrisikobrukere av opioider i EU rapporteres i Storbritannia, Frankrike, Tyskland og Spania. Av de elleve landene som har repeterte estimater for høyrisikobruk av opioider mellom 2008 og 2014, viser Spania og Tyrkia en statistisk signifikant nedgang, mens de andre landene har stabile trender (figur 2.8).

Det har vært flere bølger av heroinavhengighet i Europa. Den første berørte mange vesteuropeiske land fra midten av 1970-tallet, mens en annen bølge berørte andre land, særlig i Sentral- og Øst-Europa, på midten og siste halvdel av 1990-tallet. Problemet har senere spredt seg fra byområdene til distriktene og mindre byer i noen land. I mange land har indikatorer pekt mot en nedgang i rekrutteringen av nye heroinbrukere siden 2010/2011 og en aldrende kohort av høyrisiko opioidbrukere, hvorav mange mottar substitusjonsbehandling. De nyeste dataene tyder på at den nedadgående trenden for antallet nye klienter er i ferd med å flate ut.

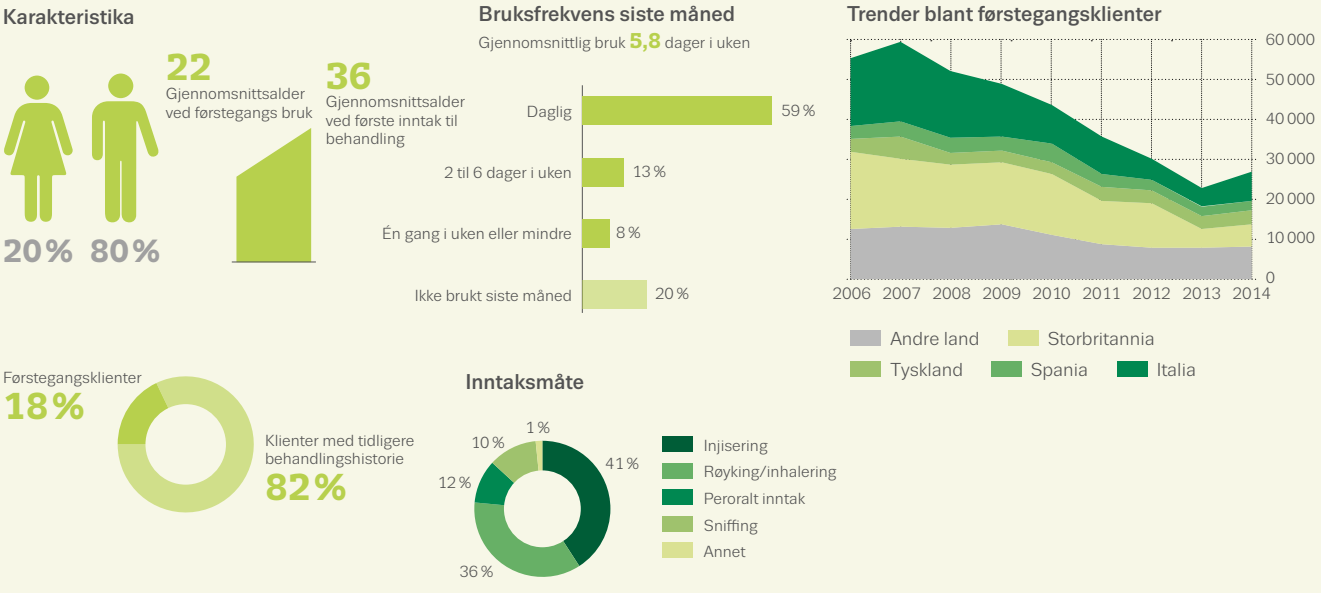
Heroin er det mest brukte illegale opioidet i Europa

FIGUR 2.8

Nasjonale estimater for siste års prevalens av høyrisikobruk av opioider: utvalgte trender og nyeste data



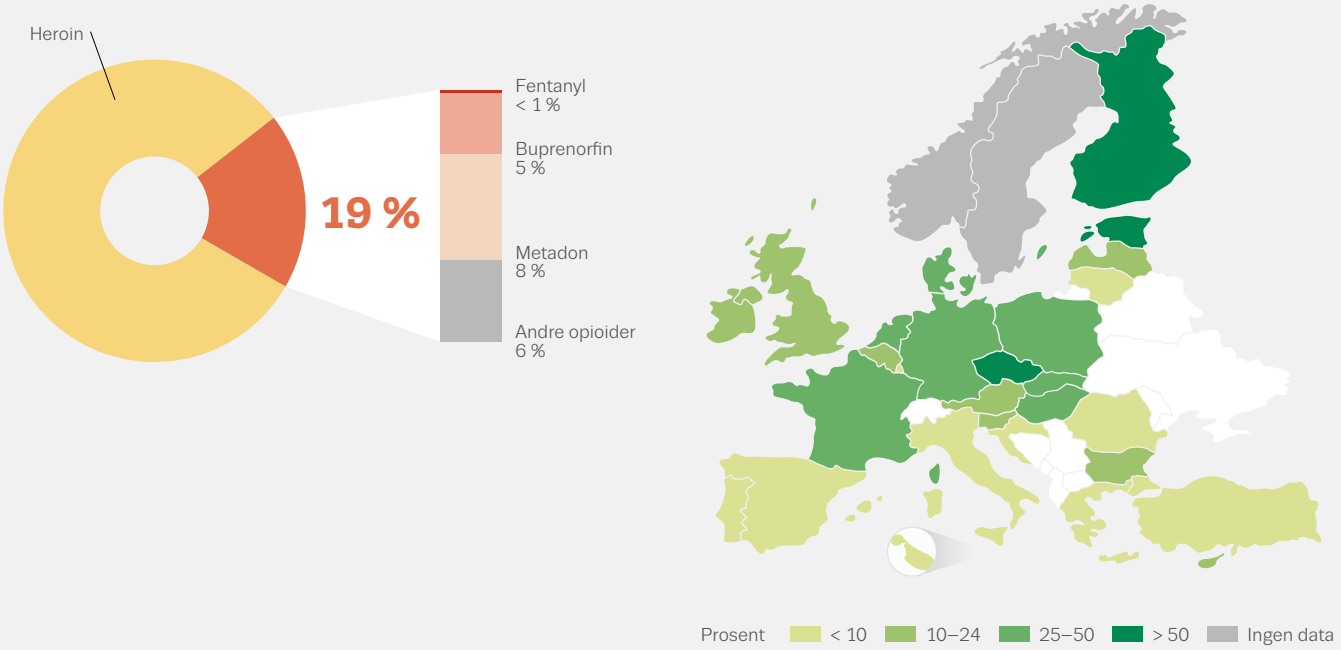
HEROINBRUKERE SOM PÅBEGYNNER BEHANDLING



NB: Tallene gjelder alle klienter inntatt til behandling med heroin som primærrusmiddel.

FIGUR 2.9

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



Av de 185 000 klientene som påbegynte spesialisert narkotikabehandling i Europa med opioider som primærrusmiddel, var 34 000 førstegangsklienter. Antallet nye heroinklienter er mer enn halvert i forhold til toppnivået på 59 000 i 2007, da de utgjorde 36 % av alle nye klienter, til 23 000 i 2013 (16 % av nye klienter). Trenden ser ut til å ha flatet ut. I de nyeste dataene rapporterer 17 land om et stabilt eller synkende antall nye heroinklienter, mens 9 rapporterer om en økning.

Misbruket av syntetiske opioider er økende

Syntetiske opioider: et økende problem

Selv om heroin fortsatt er det mest brukte opioidet, er misbruket av syntetiske opioider økende. I 2014 rapporterte 19 europeiske land at over 10 % av alle opioidklienter som ble inntatt til spesialisert behandling, ble behandlet for problemer som hovedsakelig var knyttet til andre opioider enn heroin. Det er en økning fra elleve land i 2013 (figur 2.9). Opioidene de oppga var blant annet metadon, buprenorfin, fentanyl, kodein, morfin, tramadol og oksykodon. I enkelte land er andre opioider enn heroin nå blitt vanligst blant personer som inntas til behandling for opioidbruk. I Estland rapporterte for eksempel flertallet av klientene som oppga opioider som primærrusmiddel ved inntak til behandling, bruk av fentanyl, mens det i Finland og Tsjekkia rapporteres at buprenorfin er det opioidet som oftest misbrukes (etter heroin).

Injeksjonsbruk: heroin på vei ned

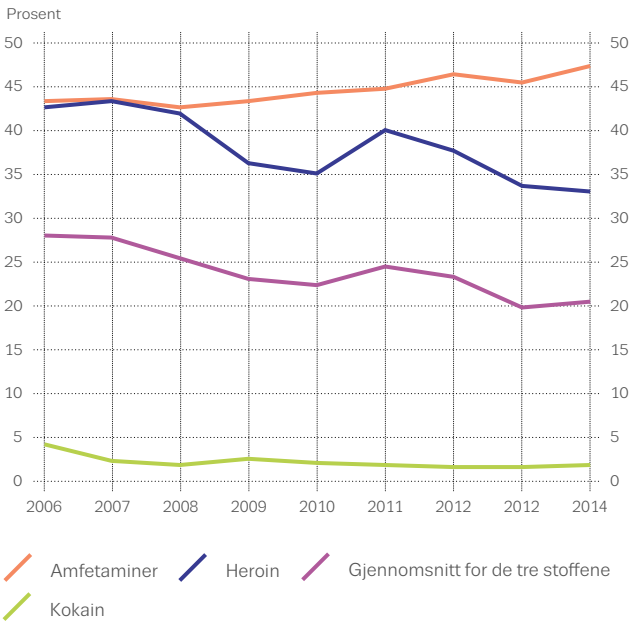
Injeksjonsbruk av narkotika forbindes vanligvis med opioider, selv om injisering av sentralstimulerende midler som amfetaminer og kokain er et stort problem i noen land. Injisering av syntetiske katinoner er ikke noe utbredt fenomen. Likevel kommer det rapporter om slik bruk i spesifikke populasjoner, blant annet injeksjonsbrukere av opioider, klienter i narkotikabehandling i enkelte land og små populasjoner av menn som har sex med menn. Nyere estimater for prevalensen av injeksjonsbruk er tilgjengelig for 16 land, der de varierer fra under ett til over ni tilfeller pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64.

Blant førstegangsklienter inntatt til behandling i 2014 med heroin som primærrusmiddel, oppga 33 % injisering som vanligste inntaksmåte, ned fra 43 % i 2006 (figur 2.10). I denne gruppen varierer andelen sprøytebrukere landene imellom, fra 11 % i Spania til over 90 % i Latvia og Romania. Blant førstegangsklienter som oppgir amfetamin som primærrusmiddel, rapporterer 47 % injisering som vanligste inntaksmåte, noe som representerer en liten økning siden 2006. Over 70 % i denne gruppen er fra Tsjekkia og bruker metamfetamin. Hvis vi ser de tre stoffene som vanligvis injiseres under ett, har injisering som vanligste inntaksmåte gått ned fra 28 % i 2006 til 20 % i 2014 blant førstegangsklienter.

Injeksjonsbruk av narkotika forbindes vanligvis med opioider

FIGUR 2.10

Førstegangsklienter som oppgir injisering som hovedinntaksmåte for sitt primærrusmiddel



FINN UT MER

Publikasjoner fra EMCDDA

2016

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

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

2015

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

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of cathinones, Perspectives on Drugs.

2013

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

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

2012

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

Fentanyl in Europe. EMCDDA Trendspotter study.

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

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, and Part II: Health effects of cannabis use, Monographs.

Felles publikasjoner fra EMCDDA og ESPAD

2012

Sammendrag av ESPAD-rapporten for 2011.

Alle publikasjonene er tilgjengelige på www.emcdda.europa.eu/publications

3

Det er allment kjent at bruk av illegale rusmidler bidrar til den globale sykdomsbyrden

Narkotikarelaterte helseskader og tiltak

Det er allment kjent at bruk av illegale rusmidler bidrar til den globale sykdomsbyrden. Bruken av illegale rusmidler er nært forbundet med kroniske og akutte helseproblemer, og disse kompliseres ytterligere ved ulike faktorer som inntaksmåte, den enkeltes sårbarhet og den sosiale konteksten stoffet inntas i. Blant de kroniske problemene er avhengighet og narkotikarelaterte infeksjonssykdommer, men det finnes en rekke akutte helseskader – hvorav noen avhenger av hva slags stoff som inntas – der overdose er best dokumentert. Selv om bruken av opioider er relativt lite utbredt, forårsaker den fortsatt en stor del av all sykdom og død forbundet med narkotikabruk. Risikoene øker ved sprøytebruk. Selv om det helt klart er relativt mindre helseproblemer forbundet med cannabisbruk, kan den høye prevalensen av cannabisbruk ha implikasjoner for folkehelsen. Det er vanskelig å kommentere skadene knyttet til bruken av nye psykoaktive stoffer både på grunn av antallet stoffer i denne gruppen og fordi det finnes lite informasjon om dem.

Overvåking av narkotikarelaterte helseskader og tiltak

Narkotikarelaterte smittsomme sykdommer og dødelighet og sykelighet forbundet med narkotikabruk er de viktigste helseskadene som overvåkes systematisk av EMCDDA. Disse suppleres av mer begrensede data om narkotikarelaterte akutthenvendelser til sykehus og data fra EUs system for tidlig varsling, som overvåker helseskader forbundet med nye psykoaktive stoffer. Ytterligere informasjon er tilgjengelig på internett under Epidemiologiske nøkkelindikatorer, Statistiske opplysninger og Systemet for tidlig varsling.

EMCDDA mottar informasjon om helsemessige og sosiale tiltak mot narkotikabruk og relaterte helseskader fra de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettverket og ekspertarbeidsgruppene. Der formaliserte datasett mangler, hentes tilleggsinformasjon om tilgjengeligheten av intervensjoner fra ekspertvurderinger. Kapittelet baserer seg også på gjennomganger av vitenskapelig dokumentasjon på hvor effektive folkehelseintervensjoner er. Underlagsdokumentasjon finnes på EMCDDAs nettsted under temaene Helsemessige og sosiale tiltak og Portal for beste praksis.

Narkotikaforebyggende arbeid og tidlige intervensjoner har som mål å forebygge narkotikabruk og problemene dette kan føre med seg, mens narkotikabehandling, enten tilnærmingen er psykososial eller farmakologisk, er det vanligste tiltaket mot avhengighet. En del av de vanligste tiltakene, som substitusjonsbehandling med opioider og sprøytebytteprogrammer, ble utviklet delvis som tiltak mot sprøytebruk av opioider og problemer i den forbindelse, da særlig mot spredning av smittsomme sykdommer og overdosedødsfall.

Helseskader av cannabis: forskning gir ny innsikt

Selv om man i forskningen ofte setter søkelyset på forbindelsene mellom rusmiddelbruk og ulike helseskader, er det vanskeligere å påvise årsakssammenhenger. Cannabis er Europas mest brukte illegale stoff, og helseskadene forbundet med cannabisbruk kan ha en innvirkning på befolkningsnivå. En nyere internasjonal gjennomgang (WHO) analyserte dokumentasjonen på cannabisrelaterte helseskader. Den konkluderte med at selv om det er vanskelig å fastslå noen årsakssammenheng mellom bruk av cannabis og helsemessige og sosiale konsekvenser, er det mulig å utlede enkelte forbindelser fra observasjonsstudier. Når det gjelder konsekvensene av kronisk bruk av cannabis, har man funnet at regelmessige brukere og langtidsbrukere har dobbelt så høy risiko for å oppleve psykotiske symptomer og forstyrrelser, høyere risiko for å utvikle luftveisproblemer og kan utvikle et avhengighetssyndrom. Regelmessig bruk av cannabis i ungdommen var knyttet til økt risiko for å bli diagnostisert med schizofreni, og bruk gjennom hele ungdomstiden syntes å være forbundet med intellektuell svekkelse. Pre-eksisterende somatiske og psykiske sykdommer og andre konfunderende faktorer kan likevel spille en rolle, og det er behov for ytterligere forskning på dette temaet.

Forebygging: familiebaserte programmer

Unges bruk av cannabis, ofte sammen med alkohol og tobakk, er et av fokusområdene i forebyggingsstrategiene i Europa. Forebygging av narkotikabruk og narkotikarelaterte problemer blant unge omfatter et bredt spekter av 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.

Mye av det narkotikaforebyggende arbeidet settes inn i skolen, og det finnes et relativt robust evidensgrunnlag for en del av disse tiltakene. Intervensjoner rettet mot familier har også blitt positivt evaluert når det gjelder forebygging av mange typer problematferd, inklusive narkotikabruk.

Familiebaserte forebyggingsprogrammer trener typisk foreldre i å hjelpe sine barn med å nå aldersspesifikke utviklingsmål (herunder impulskontroll, sosial kompetanse og utsatt behovstilfredsstillelse) som er forbundet med redusert risiko for rusmiddelbruk og andre atferdsproblemer. Familiebasert universell forebygging retter seg mot alle familier i befolkningen, med intervensjoner som fokuserer på ulike trinn i barnets utvikling, mens selektive programmer tar tak i marginaliserte og sårbare familier, herunder familier der foreldrene har et rusproblem. Selv om forebyggende intervensjoner for sårbare familier finnes i de fleste land, tyder ekspertvurderinger fra 2013 på at dekningen ofte er begrenset.

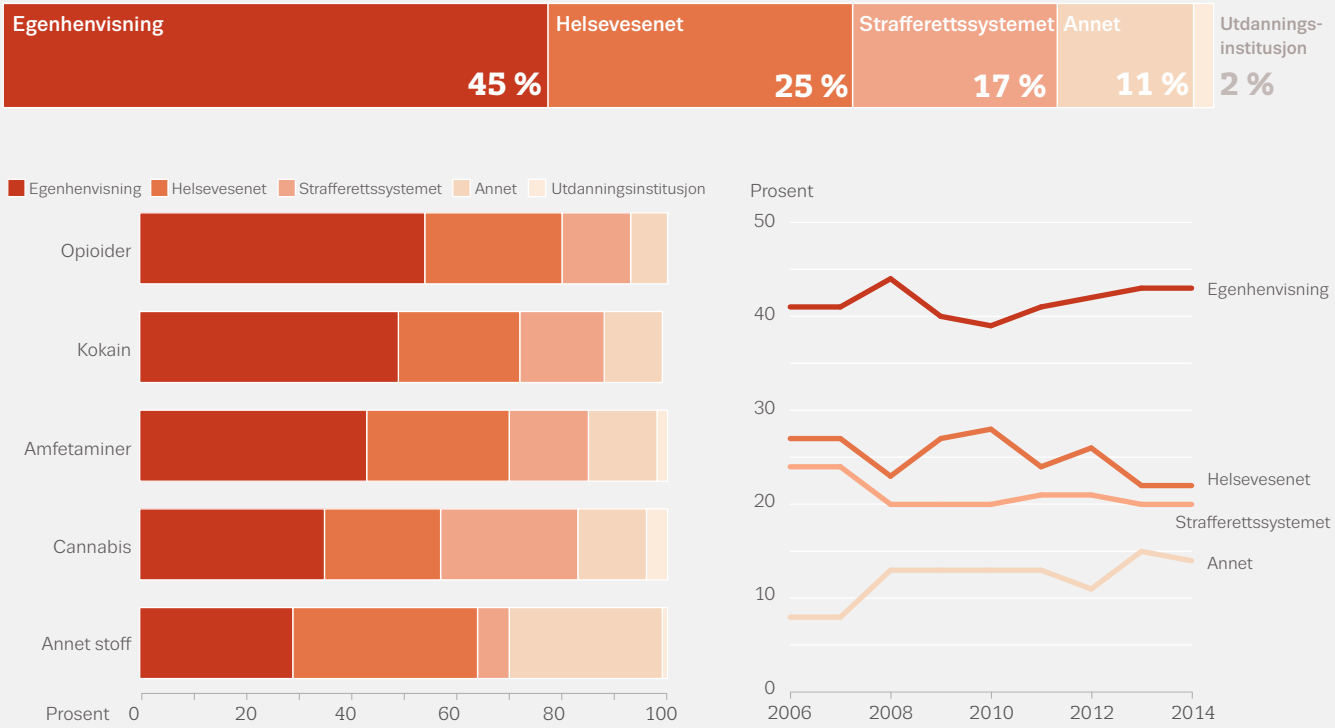
Vi vet forholdsvis lite om innholdet i mange familiebaserte intervensjoner. Ett unntak er "Strengthening Families Programme", som gir opplæring i foreldreferdigheter og som nå er implementert i 13 land i Europa. Dette internasjonalt anbefalte programmet tar også sikte på å fjerne hindringer for deltakelse for sårbare foreldre ved å tilby transport og barnevakt.

Nye tilnærminger har også blitt utviklet som er tidsbegrensede og mindre ressurskrevende å gjennomføre. EFFEKT-programmet, for eksempel, som består av noen få korte møter, har vist at bedre foreldrekontroll og grensesetting fra foreldrenes side kan være effektivt når det gjelder å redusere alkoholbruken og bedre impulskontrollen blant unge i Nederland og Sverige.

Mye av det narkotikaforebyggende arbeidet settes inn i skolen

FIGUR 3.1

Henvisningskilde for klienter som inntas i det spesialiserte behandlingsapparatet i Europa i 2014



NB: "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. I grafikken over trender er henvisninger via utdannings-institusjon tatt med under "annet".

Spesialisert behandling: henvisningsveier

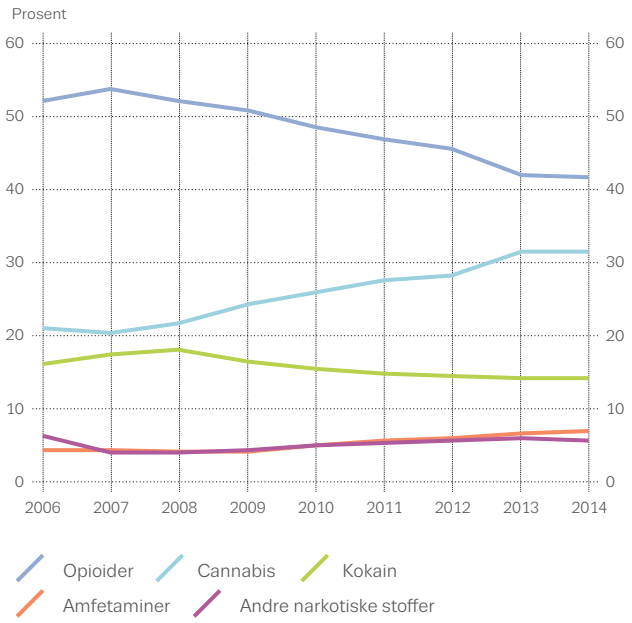
For det relativt lave men likevel betydelige antallet personer som opplever problemer med sin rusmiddelbruk, herunder avhengighet, er narkotikabehandling den primære intervensjonen. Å sikre god tilgang til hensiktsmessige behandlingstjenester er et viktig politisk mål.

Data om henvisningskilder gir et innblikk i hvilke veier og kanaler som finnes inn i behandlingsapparatet. I 2014 ble 45 % av klientene i det spesialiserte behandlingsapparatet i Europa inntatt etter egenhenvisning eller etter henvisning av et familiemedlem, selv om dette varierte etter rusmiddel (se figur 3.1) og land. Samlet sett ble en firedel av personene som ble inntatt til behandling, henvist av helsetjenestene og 17 % av strafferettssystemet. Av alle klientene i behandling var cannabisklientene de som hadde størst sannsynlighet for å være henvist av strafferettssystemet. I Ungarn sto denne kilden for rundt tre firedeler (74 %) av henvisningene til behandling for cannabisbruk. De generelle trendene når det gjelder henvisningskilder, har vært relativt stabile i perioden 2006–2014.

En rekke land har ordninger for å få personer som begår narkotikalovbrudd bort fra strafferettssystemet og inn i et behandlingsprogram. Dette kan gå ut på at rusmisbrukere som har begått kriminelle handlinger kan dømmes til å gå gjennom et behandlingsopplegg eller en betinget dom som forutsetter behandling, men i enkelte land er det også mulig å få dem over i behandlingsapparatet på et tidligere tidspunkt.

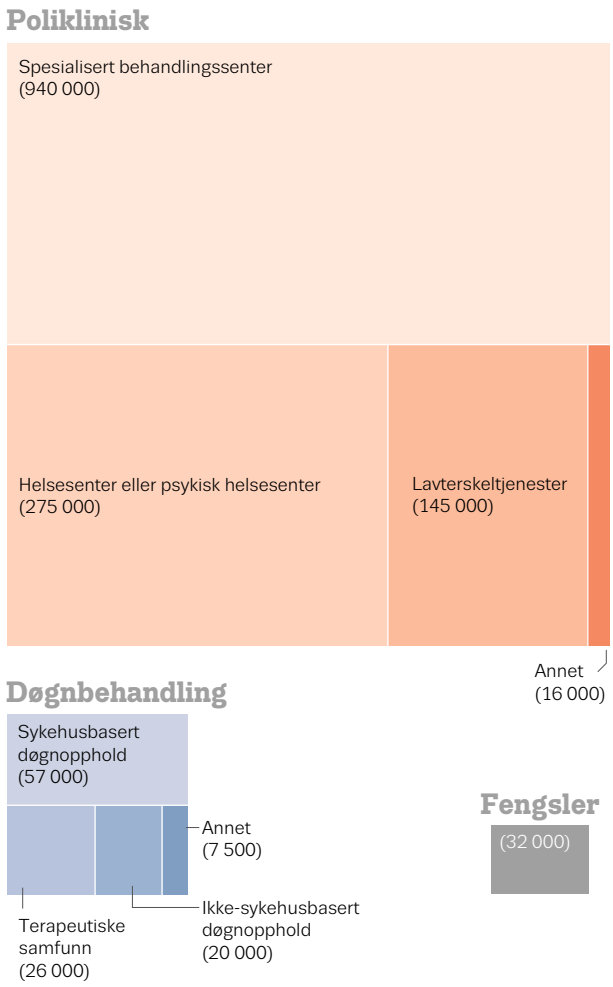
FIGUR 3.2

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



FIGUR 3.3

Antall som mottar narkotikabehandling i Europa 2014, etter behandlingsmiljø



Narkotikabehandling: oftest poliklinisk behandling

Om lag 1,2 millioner mennesker fikk behandling for bruk av illegale rusmidler i EU i 2014 (1,5 millioner medregnet Norge og Tyrkia). Opioidbrukere utgjør den største gruppen som mottar spesialisert behandling, og de bruker den største andelen av tilgjengelige behandlingsressurser, hovedsakelig i form av substitusjonsbehandling. Cannabis- og kokainbrukere er den henholdsvis nest største og tredje største gruppen som påbegynner behandling (figur 3.2), med psykososiale intervensjoner som den viktigste behandlingsformen for disse klientene. Forskjellene kan imidlertid være svært store mellom landene, idet opioidbrukere står for nærmere 88 % av alle som inntas til behandling i noen land og under 10 % i andre.

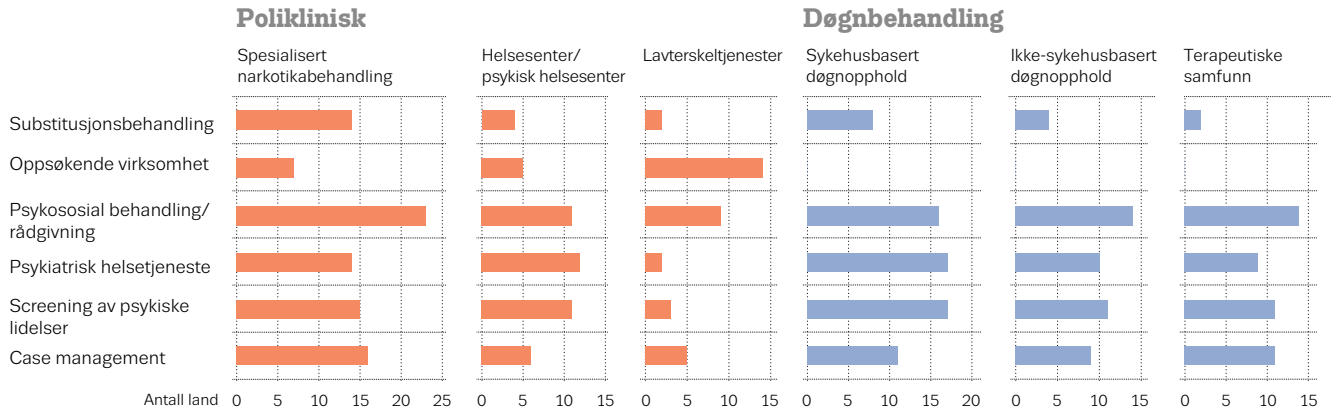
Det meste av narkotikabehandlingen i Europa gis ved polikliniske behandlingssentre, og regnet i antall narkotikabrukere behandles de fleste ved spesialiserte poliklinikker (figur 3.3), etterfulgt av helsesentre. Denne kategorien omfatter allmennlegekontorer, og allmennlegene er viktige som forskrivere av substitusjonsbehandling med opioider i noen store land som Tyskland og Frankrike. Andre steder, for eksempel i Slovenia og Finland, kan psykiatriske klinikker spille en viktig rolle når det gjelder det polikliniske behandlingstilbudet.

En mindre del av narkotikabehandlingen i Europa foregår ved døgninstitusjoner, som sykehusbaserte døgnbehandlingssentre (f.eks. psykiatriske sykehus), terapeutiske samfunn og spesialiserte behandlingssentre med døgnopphold. Det er store variasjoner i vektleggingen av poliklinisk og døgnbasert behandling i de nasjonale behandlingsapparatene. Ekspertuttalelser kan gi en oversikt over tilgjengeligheten av utvalgte intervensjoner i ulike behandlingsmiljøer i Europa (se figur 3.4).

Stadig flere tiltak innenfor forebygging og behandling tilbys på nettet. Nettbaserte intervensjoner kan øke rekkevidden og den geografiske dekningen for behandlingsprogrammer slik at man når personer med narkotikaproblemer som ellers ikke har tilgang til det spesialiserte hjelpeapparatet.

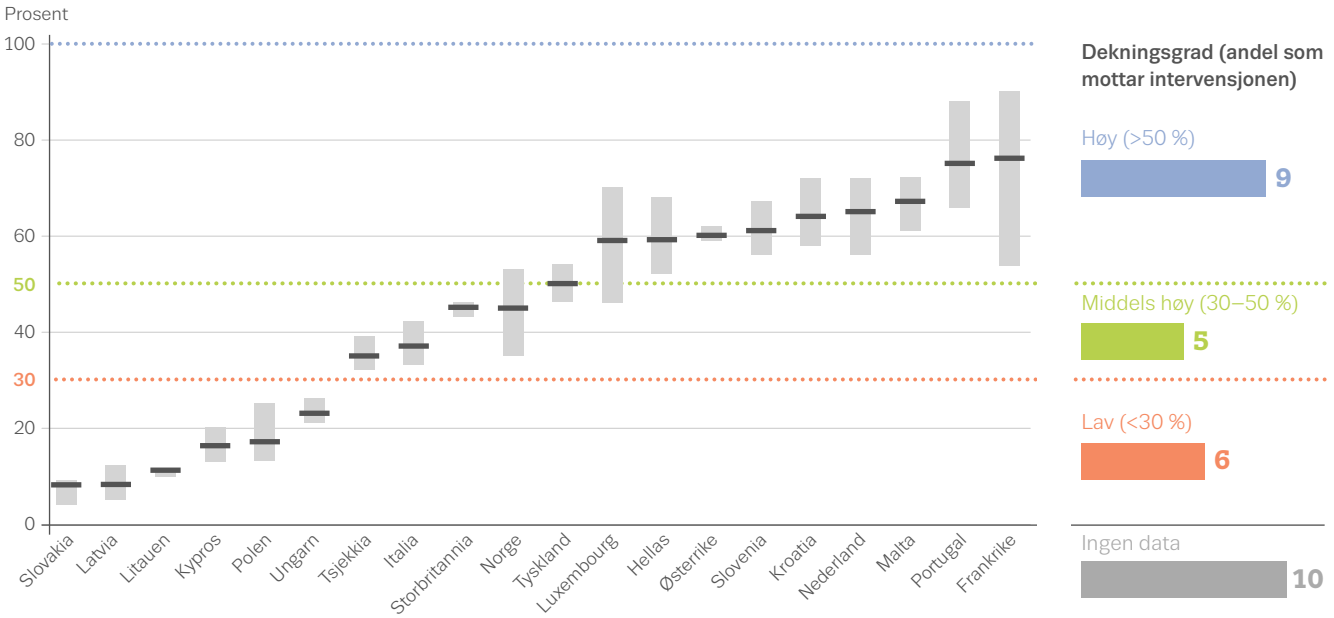
FIGUR 3.4

Oversikt over høy tilgjengelighet (>75 %) av utvalgte intervensjoner etter behandlingsmiljø (ekspertvurderinger)



FIGUR 3.5

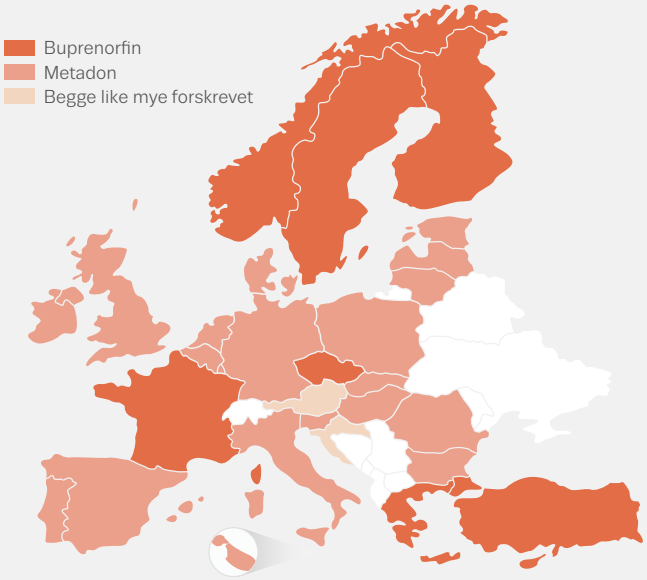
Prosentandel av høyrisikobrukere av opioider som får substitusjonsbehandling (estimat)



NB: Data vist som punktestimater og toleranseområder.

FIGUR 3.6

Viktigste substitusjonsmedikament



Alternative behandlingstilbud er også tilgjengelige for opioidbrukere i Europa, selv om disse er mindre vanlige enn substitusjonsbehandling. I de ni landene det foreligger data for, mottar mellom 2 % og 30 % av alle opioidbrukere i behandlingsapparatet annen behandling enn substitusjonsbehandling (figur 3.7).

Metadon er det hyppigst forskrevne substitusjonsmedikamentet

Substitusjonsbehandling for problematisk opioidbruk

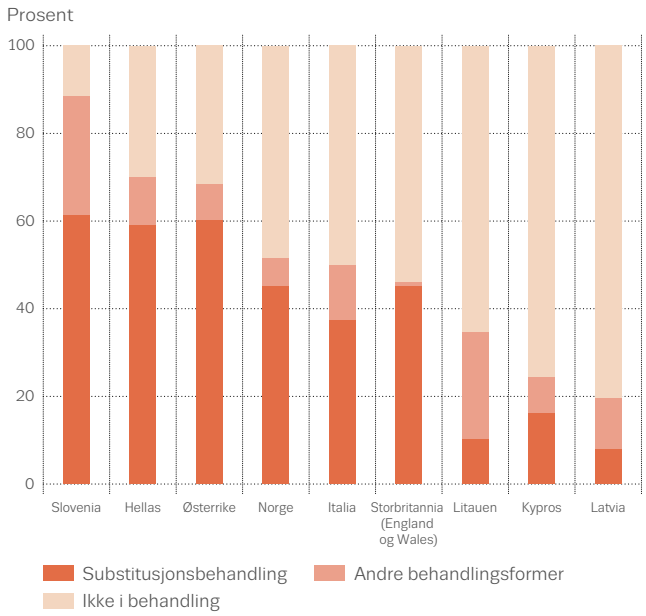
Substitusjonsbehandling, vanligvis kombinert med psykososiale intervensjoner, er den behandlingsformen som oftest tilbys opioidavhengige. Denne tilnærmingen støttes av tilgjengelig dokumentasjon og har vist positive resultater i form av gjennomføring av behandling, bruk av illegale opioider, rapportert risikoatferd og narkotikarelaterte helseskader og dødelighet.

Anslagsvis 644 000 opioidbrukere mottok substitusjonsbehandling i EU i 2014 (680 000 medregnet Norge og Tyrkia), som er en nedgang på 50 000 siden 2010. Anslag tyder på at minst 50 % av opioidbrukerne mottar substitusjonsbehandling. Dette anslaget bør imidlertid behandles med varsomhet av metodologiske årsaker, da det er betydelige nasjonale forskjeller (figur 3.5).

Metadon er det hyppigst forskrevne substitusjonsmedikamentet og mottas av 61 % av substitusjonsklientene. Ytterligere 37 % av klientene behandles med buprenorfinbaserte legemidler, som i sju land er det viktigste substitusjonsmedikamentet (figur 3.6). Andre stoffer, som morfin eller diacetylmorfin (heroin) i depotform, forskrives bare sjelden i Europa, til anslagsvis ca. 2 % av alle som får substitusjonsbehandling.

FIGUR 3.7

Prosentandel av høyrisikobrukere av opioider som får narkotikabehandling (estimat)



Et behandlingstilbud tilpasset klientenes behov

Klienter som tas inn i behandling i Europa har forskjellige behov, og det kreves ofte intervensjoner som tar tak i en rekke sammensatte problemer. Det er derfor viktig å sørge for at behandlingsapparatet samarbeider med andre helse- og sosialtjenester for å få en effektiv respons på dette området.

Ettersom de fleste som inntas til narkotikabehandling bruker mer enn ett psykoaktivt stoff, og noen vil ha problemer med flere stoffer, er det viktig at behandlingsapparatets vurderings- og behandlingsplaner tar tak i blandingsbruk. Det er viktig å ta huske på at enkelte kombinasjoner av stoffer er særlig viktig å identifisere på grunn av den høye risikoen de utgjør — herunder økt overdosefare. Ett eksempel her er bruk av opioider i kombinasjonen med benzodiazepiner. Analyser viser at tre firedeler av klientene som inntas til behandling for problemer forbundet med narkotikabruk, formelt registreres som blandingsbrukere, med opioider, kokain og amfetamin som primærrusmiddel og cannabis og alkohol som sekundærrusmiddel. I tillegg oppgir mange brukere som har opioider som primærrusmiddel, kokain som sekundærrusmiddel.

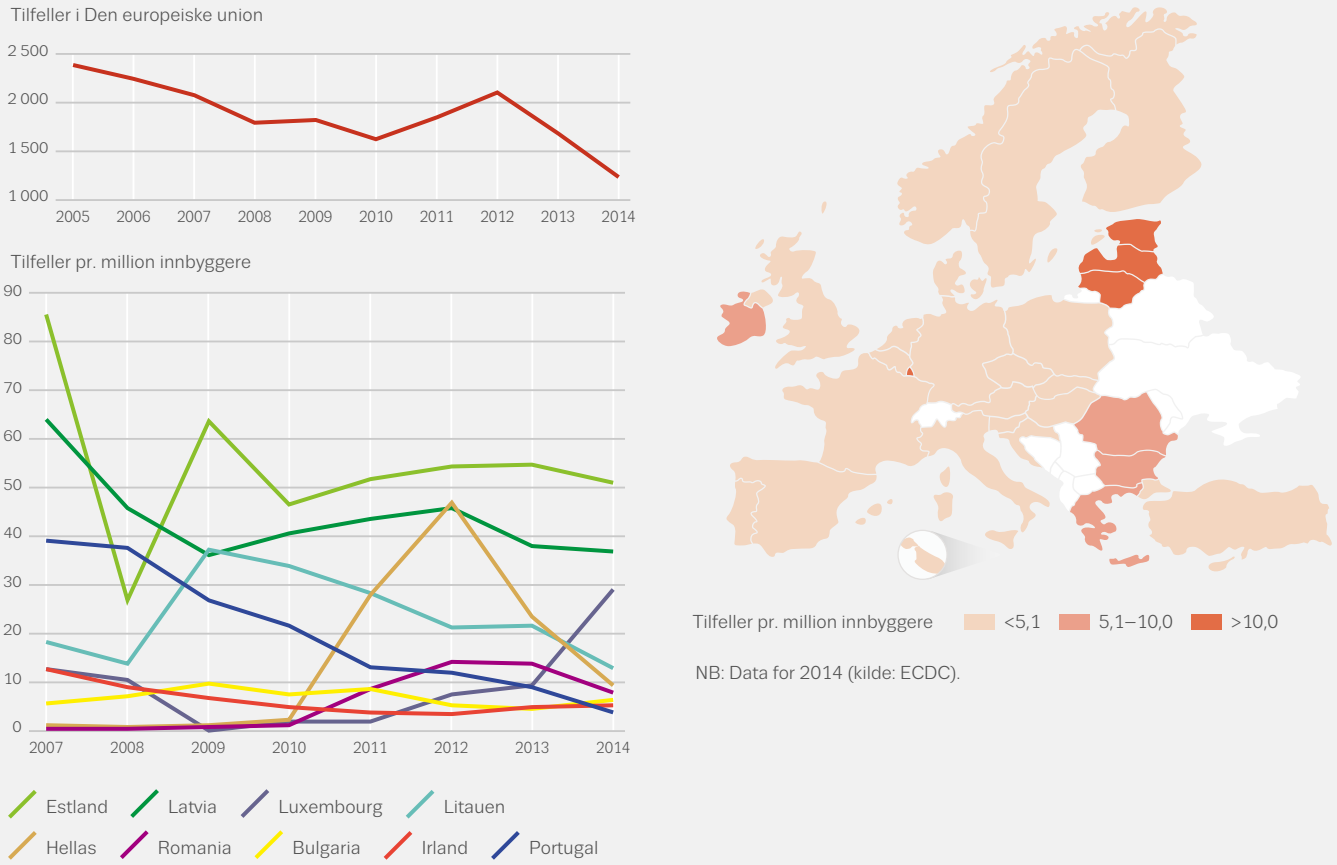
Med komorbiditet menes i denne sammenheng at en rusmiddelbruker samtidig har psykiske lidelser, altså samtidig forekomst av to kliniske tilstander hos en og samme person. Det er også en forbindelse mellom enkelte psykiske lidelser og rusmiddelrelaterte lidelser. Komorbiditet er altså en utfordring for både rusmiddeltjenesten og den psykiske helsetjenesten. En ny gjennomgang viser at de hyppigst identifiserte psykiatriske tilleggslidelser hos brukere av illegale rusmidler er tung depresjon, angstlidelser (hovedsakelig panikkanfall og posttraumatiske stresslidelser) og personlig-hetsforstyrrelser (hovedsakelig antisosiale og borderline). Selv om dette er et svært viktig tema, er det vanskelig å få en oversikt over omfanget av problemet ettersom tilgjengelige data både er av begrenset omfang og svært forskjellige.

Det er indikasjoner på at kvinner i rusmiddelbehandling kan ha mer sammensatte behov, særlig når det gjelder komorbiditet og omsorg for barn, og krever et mer målrettet og kjønnsspesifikt tilbud. Selv om kvinner totalt sett bare utgjør om lag 20 % av alle klienter som inntas til spesialisert behandling (dvs. et forhold menn til kvinner på 4:1), varierer denne forskjellen etter land, fra 5 % til 34 %, og er mindre uttalt hos førstegangsklienter. Det er ulike årsaker til at antallet kvinner som påbegynner rusmiddelbehandling er såpass lavt, blant annet kan det være kjønnsforskjeller når det gjelder utbredelsen av problematisk bruk og sannsynligheten for å oppgi problematisk bruk, samt forhold som gjelder tilgang til og egnetheten ved tjenestene som tilbys.

Kvinner i rusmiddelbehandling kan ha mer sammensatte behov

FIGUR 3.8

Nydiagnostiserte HIV-tilfeller forbundet med sprøytebruk: totalt, utvalgte trender og nyeste data



HIV-utbrudd: injisering av sentralstimulerende stoffer

Narkotikabrukere, og særlig sprøytebrukere, er utsatt for risiko for smittsomme sykdommer gjennom deling av brukerutstyr og gjennom ubeskyttet sex. Injisering 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). Høyere tall ble rapportert fra Litauen (32 %), Latvia (31 %), Estland (28 %) og Romania (25 %).

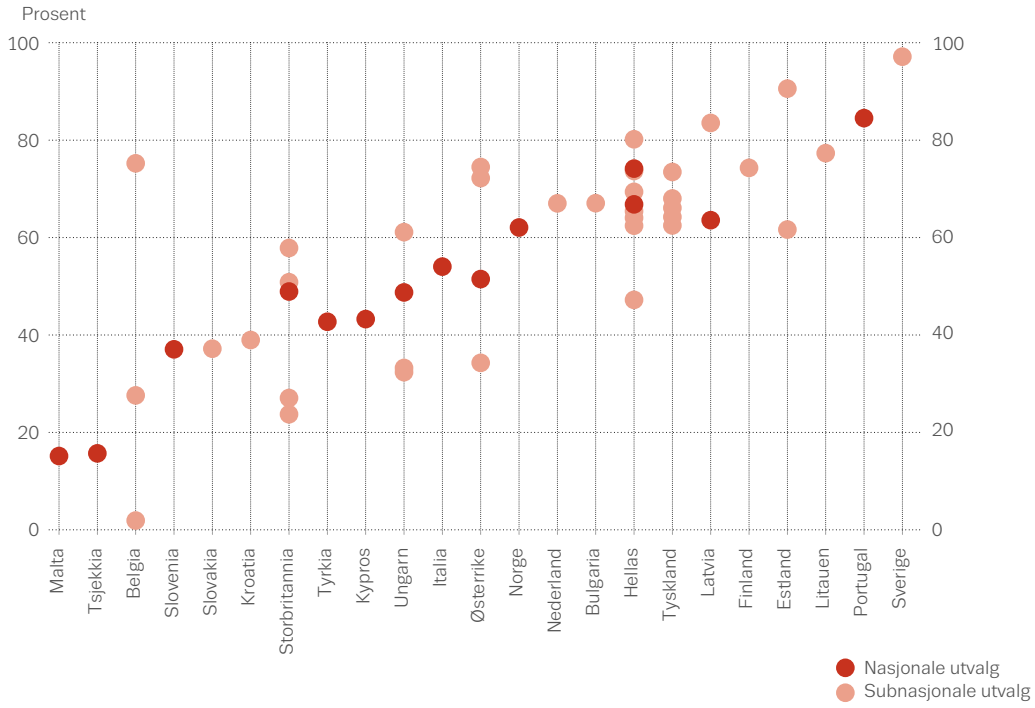
De nyeste tallene viser at den langvarige nedgangen i antallet nydiagnostiserte tilfeller av HIV blant sprøytebrukere i EU fortsetter. I 2014 var gjennomsnittlig antall nydiagnostiserte tilfeller av HIV som kan tilskrives injeksjonsbruk av narkotika, 2,4 pr. million innbyggere, som er under halvparten av tallet for 2005 (5,6 pr. million innbyggere). Det ble imidlertid rapportert om høyere tall i en rekke land, særlig Estland og Latvia. I Hellas og Romania, der det nylig har forekommet lokale utbrudd, har antallet nydiagnostiserte tilfeller gått ned siden 2012 (figur 3.8).

Det var 1 236 nydiagnostiserte tilfeller av HIV relatert til sprøytebruk i EU i 2014, det laveste tallet som er rapportert på mer enn ti år. Lokale utbrudd av ny HIV-smitte blant sprøytebrukere er likevel dokumentert i Irland, Storbritannia (Skottland) og Luxembourg i 2015. Endrede bruksmønstre for narkotika, særlig økt injisering av sentralstimulerende midler, og høye nivåer av marginalisering er felles faktorer for en rekke av HIV-utbruddene i den senere tid.

I 2014 kunne 15 % av nye AIDS-tilfeller i Europa tilskrives sprøytebruk av narkotika, men de 590 nye tilfellene utgjør bare drøye en firedel av antallet tilfeller som ble rapportert for et tiår siden. Tidlig diagnose er avgjørende for å hindre HIV i å utvikle seg til AIDS. Dette er spesielt viktig når det gjelder sprøytebrukere, som er den gruppen hvor flest kommer i kontakt med helsetjenestene først på et sent stadium i sykdomsforløpet (61 %). Videre kan det i noen land, som Hellas, Latvia og Romania, der antallet nydiagnostiserte tilfeller av AIDS fortsatt er høyt, være behov for å styrke tilbudet om HIV-testing og -behandling.

FIGUR 3.9

Prevalens av HCV-antistoffer blant sprøytebrukere, 2013/14



Helseskader i forbindelse med sprøytebruk: viktigste sykdommer

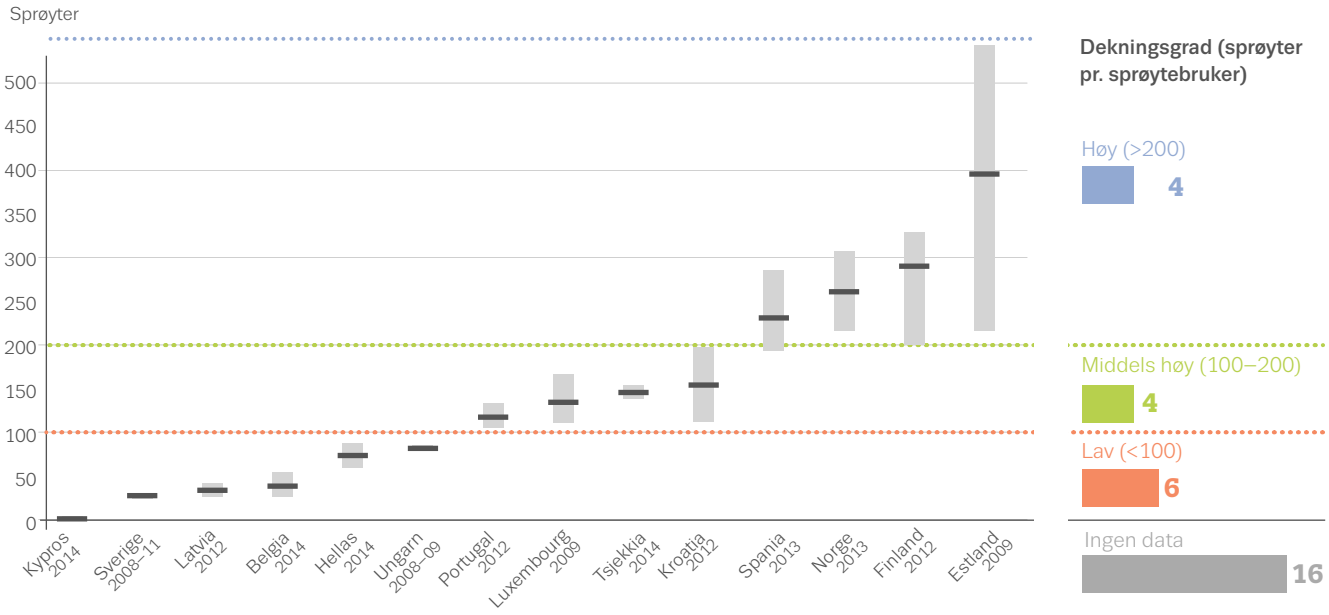
Virushepatitt, særlig infeksjon forårsaket av hepatitt C-viruset (HCV), er svært utbredt blant sprøytebrukere i hele Europa. Dette kan få store konsekvenser på lang sikt, ettersom HCV-smitte, som ofte forverres av tung alkoholbruk, sannsynligvis står for et stadig større antall tilfeller av leversykdommer,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

Prevalensen av HCV-antistoffer, som tyder på nåværende eller tidligere infeksjon, i nasjonale utvalg av sprøytebrukere i 2013–14 varierte fra 15 % til 84 %, og i seks av de 13 rapporterende landene lå nivåene på over 50 % (figur 3.9). Blant landene med nasjonale trenddata for perioden 2006–14 meldte fem land om en økende trend i prevalensen av HCV-antistoffer hos sprøytebrukere, mens Malta og Norge observerte en nedgang.

Sprøytebruk er også en risikofaktor for andre smittsomme sykdommer, som hepatitt B, stivkrampe og botulisme. Klynger og sporadiske tilfeller av sårbotulisme blant sprøytebrukere er rapportert i Europa, herunder i Norge og Storbritannia mellom 2013 og 2015. Bakterielle infeksjoner ved injeksjonsstedet er også vanlig, og et stort utbrudd av mykvevsinfeksjoner ble rapportert i Skottland i 2015.

FIGUR 3.10

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



NB: Data vist som punktestimater og toleranseområder.

Smittsomme sykdommer: forebyggende tiltak

De viktigste tiltakene som iverksettes for å redusere narkotikarelaterte smittsomme sykdommer hos sprøytebrukere, er substitusjonsbehandling, utdeling av brukerutstyr, testing, hepatitt C-behandling og antiretroviral behandling av HIV-infeksjon.

For sprøytebrukere vil substitusjonsbehandling redusere infeksjonsrisikoen betraktelig, og enkelte analyser tyder på at den beskyttende effekten øker når høy behandlingsdekning kombineres med god tilgang på rene sprøyter.

Det er vitenskapelig dokumentert at sprøyteprogrammer kan redusere risikoatferden ved sprøytebruk og følgelig redusere overføringen av HIV-smitte blant sprøytebrukere. Nesten alle landene har egne tiltak hvor det deles ut rent brukerutstyr gratis. Det er imidlertid store variasjoner landene imellom i den geografiske dekningen for disse tiltakene og i anslagene over hvor mange sprøyter som deles ut (figur 3.10). Opplysninger om sprøyteutdeling gjennom spesialiserte programmer er tilgjengelig fra 23 land, som til sammen rapporterer om utdeling av nærmere 36 millioner sprøyter i 2014. Dette tallet er for lavt ettersom store land som Frankrike, Tyskland, Italia og Storbritannia ikke har lagt fram noen fullstendig nasjonal oversikt over dette.

Testing for og behandling av smittsomme sykdommer kan bidra til å redusere forekomsten og utbredelsen av smitte blant narkotikabrukere. Testing kan både øke den enkeltes bevissthet omkring smittestatus og bidra til tidligere behandlingsopptak. Stigmatisering og marginalisering i tillegg til begrenset kunnskap om screening og behandlingsalternativer er fortsatt barrierer som hindrer opptak til behandling. Kliniske data underbygger nytten av å påbegynne antiretroviral behandling umiddelbart etter at HIV-smitten er diagnostisert for å forebygge eventuelt ytterligere svekkelse av immunforsvaret.

Det er også viktig med målrettede skadereduksjonstiltak og tiltak for å bedre den seksuelle helsen i arbeidet med å ta tak i de nye mønstrene for injisering og seksuell atferd som rapporteres blant mindre grupper av menn som har sex med menn. Det kan være særlig viktig å etablere forbindelser mellom rusmiddel- og seksualhelsetjeneste sammen med tilbud om helseopplysning, sterilt brukerutstyr og i enkelte tilfeller preeksponeringsprofylakse med antiretrovirale legemidler.

Hepatitt C: nye behandlingsmetoder

De forebyggende tiltakene for å hindre overføring av hepatitt C-virus er nokså sammenfallende med tiltakene mot HIV. Ettersom HCV-infeksjon er svært utbredt blant sprøytebrukere, er tilbud om HCV-behandling for å redusere antall personer som kan overføre infeksjonen, en vesentlig komponent i et helhetlig forebyggende arbeid. Nye europeiske retningslinjer anbefaler HCV-behandling til narkotikabrukere på individuelt grunnlag og at behandlingen gis i et tverrfaglig miljø. Interferonfri behandling med perorale direktevirkende antivirale midler har vært tilgjengelig siden 2013, og denne behandlingsformen kommer til å bli grunnpilaren i behandlingen av HCV-infeksjon. Disse legemidlene er svært effektive, gir kortere behandlingstid og har færre bivirkninger enn eldre legemidler. Videre kan behandling med slike legemidler tilbys i det spesialiserte behandlingsapparatet i lokalmiljøet, noe som kan øke opptaket og tilgjengeligheten.

De nye legemidlene for behandling av HCV-infeksjon er dyre sammenlignet med tidligere legemidler. I en undersøkelse som ble gjennomført i 21 EU-land i 2015, fant EMCDDA at gjennomsnittlig kostnad for tre måneders behandling med et av de nye legemidlene lå på rundt 60 000 euro, mens behandling med forrige generasjons legemidler koster mellom 17 000 og 26 000 euro. Tatt i betraktning den høye prevalensen av HCV-infeksjon blant sprøytebrukere, vil optimal tilgang til de lovende nye legemidlene fortsatt være en viktig utfordring for politikerne.

Fengselshelse: nødvendig med en helhetlig innsats

Innsatte rapporterer høyere andeler av livstidsprevalens av narkotikabruk og mer skadelige bruksmønstre enn befolkningen generelt. Nyere studier viser at mellom 6 % og 48 % av alle innsatte på noe tidspunkt har injisert narkotika. Den høye livstidsprevalensen av narkotikabruk gjør de innsatte til en populasjon med sammensatte helsebehov, og det er viktig å foreta en grundig helseutredning ved innsettelse. WHO anbefaler en pakke med forebyggende tiltak for innsatte, herunder gratis og frivillig testing for infeksjonssykdommer, utdeling av kondomer og sterilt brukerutstyr, samt behandling av infeksjonssykdommer og narkotikaavhengighet.

Mange land har et tverrinstitusjonelt samarbeid mellom fengselshelsetjenesten og behandlingsapparatet ute i samfunnet og sikrer derved tilbud om helseopplysning og behandling i fengsel og kontinuitet i omsorgen ved innsettelse og ved løslatelse. Av de 30 landene som overvåkes av EMCDDA, oppga 27 at substitusjonsbehandling med opioider tilbys i fengsler. Generelt virker det som om tilbudet om substitusjonsbehandling blant innsatte er økende, noe som gjenspeiler den økende tilgjengeligheten ute i samfunnet. Utdeling av rent brukerutstyr er mindre vanlig, og bare tre land rapporterer at det finnes sprøyteprogrammer i fengslene.

Akuttinnleggelser: et innblikk i akutte helseskader

Dataene over akuttilfeller i sykehus gir et unikt innblikk i akutte helseskader. En analyse for 2014 gjennomført av nettverket European Drug Emergencies Network (Euro-DEN), som registrerer narkotikarelaterte akutthenvendelser til 16 utvalgte ("vakttårn") sykehus i ti europeiske byer, fant at flesteparten av de 5 409 henvendelsene involverte menn (76 %) og unge voksne (medianalder 32 år for menn og 28 år for kvinner). Heroin ble rapportert i 24 % av henvendelsene, kokain i 17 % og cannabis i 16 %.

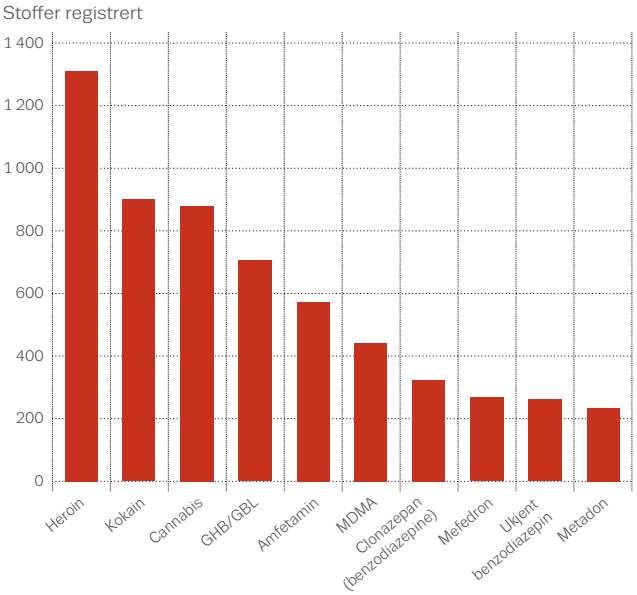
I mange av henvendelsene ble det funnet mer enn ett stoff, med 8 358 registreringer av narkotiske stoffer for de 5 409 henvendelsene (figur 3.11). To tredeler av henvendelsene var relatert til bruk av etablerte stoffer som heroin, kokain, cannabis, amfetamin og MDMA, en firedel involverte reseptbelagte eller reseptfrie legemidler (hyppigst opioider og benzodiazepiner) og 6 % involverte nye psykoaktive stoffer. Heroin var det hyppigst rapporterte stoffet samlet sett og det hyppigst rapporterte opioidet (67 % av rapporterte opioider), etterfulgt av metadon (12 %) og buprenorfin (5 %), men dette mønsteret varierer fra ett sted til et annet. Mer enn tre firedeler av henvendelsene relatert til nye psykoaktive stoffer involverte et katinon, og to tredeler av disse involverte mefedron.

Stoffene som var involvert i akutthenvendelsene, varierte mellom stedene og gjenspeiler lokale mønstre for høyrisikobruk av narkotika. For eksempel var det flest akutthenvendelser relatert til heroin og amfetamin i Oslo, mens henvendelser relatert til GHB/GBL, kokain, mefedron og MDMA dominerte i London. Dette gjenspeiler de lokale mønstrene for rekreasjonsbruk i utelivsmiljøene.

Flertallet (79 %) av henvendelsene som gjaldt personer med et narkotikarelatert problem, ble utskrevet fra sykehus før det var gått 12 timer. Til sammen ble det registrert 27 dødsfall (0,5 % av alle henvendelser), de fleste opioidrelaterte.

FIGUR 3.11

De ti hyppigst registrerte stoffene ved akutthenvendelser til "vakttårn"-sykehus i 2014



NB: Tall fra 5 409 akutthenvendelser ved 16 "vakttårn"-sykehus i ti europeiske byer.
Kilde: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN).

Det er få land som har nasjonale overvåkingssystemer på plass som gjør det mulig å analysere trender innen narkotikarelaterte akutte forgiftninger. For de landene som har drevet systematisk kartlegging i lengre tid, viser rapporter at antallet medisinske akuttsituasjoner med heroin øker i Storbritannia mens det går ned i Tsjekkia og Danmark. De sistnevnte to landene har rapportert en økning i antallet medisinske akuttsituasjoner forbundet med andre opioider. Det er observert en vedvarende øking i medisinske akuttsituasjoner forbundet med cannabis i Spania, mens Nederland rapporterer om økninger i antallet henvendelser som gjelder MDMA-forgiftninger til førstehjelpsstasjoner på festivaler, og i antallet akutte forgiftninger forbundet med det nye psykoaktive stoffet 4-FA (4-fluoramfetamin).

Dataene over akuttilfeller i sykehus gir et unikt innblikk i akutte helseskader

Nye stoffer: helseutfordringer

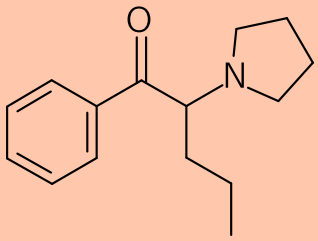
Nye stoffer er forbundet med en rekke alvorlige helseskader i Europa, herunder akutte forgiftninger og dødsfall. Det forekommer også helseskader forbundet med sprøytebruk, særlig injisering av sentralstimulerende stoffer som mefedron, alfa-PVP, MDPV og pentedron. Masseforgiftninger forekommer sjelden, men kan likevel bli veldig krevende for helsetjenestene. I en slik hendelse, som ble rapportert i Polen i 2015, var syntetiske cannabinoider knyttet til over 200 akutthenvendelser til sykehus på under en uke.

Siden begynnelsen av 2014 har alvorlige helseskader forbundet med bruken av et nytt stoff ført til at EMCDDA har sendt ut 34 varsler om helserisiko til medlemmene av EUs system for tidlig varsling. I løpet av denne perioden ble sju nye stoffer risikovurdert. Den senere tid har det oppstått bekymring omkring nye opioider som acetylfentanyl, som var tema for en felles rapport fra EMCDDA og Europol i 2015, etter at stoffet var blitt knyttet til 32 dødsfall. Mange fentanyler er svært potente og kan selges som heroin til uvitende brukere, og utgjør dermed en høy risiko for overdose og død.

Tiltak mot nye stoffer: viktige tiltak

Generelt rapporteres det at eksisterende forebyggingstiltak, behandlingstiltak og skadereduserende tiltak for problemer forbundet med etablerte stoffer, også egner seg for eller lett kan tilpasses til brukerne av nye stoffer. Imidlertid er bruken av nye psykoaktive stoffer og andre stoffer som GHB, ketamin og mefedron forbundet med spesielle utfordringer i en del miljøer, som i fengsler, klinikker for seksualhelsetjenester og lavterskeltilbud til narkotikabrukere. Det rapporteres om flere utfordringer i forbindelse med gjennomføring av intervensjoner som retter seg mot disse stoffene, for eksempel at det er vanskelig å nå ut til enkelte grupper (som menn som har sex med menn), håndtering av kaotisk sprøytebruk i sårbare grupper og av akutte psykotiske episoder knyttet til bruken av nye stoffer blant innsatte. I disse tilfellene er det viktig å utvikle intervensjoner som fokuserer spesifikt på bruken av nye stoffer og relaterte helseskader, herunder for eksempel målrettet informasjonsmateriell og råd om skadereduksjon samt retningslinjer for spesialisert behandling.

Risikovurdering av alfa-PVP



I november 2015 ble det gjennomført en risikovurdering på europeisk plan av alfa-PVP (alfa-pyrrolidinopentiofenon). Alfa-PVP er en syntetisk katinon og en kraftig psykostimulant som ligner MDPV. Stoffet har vært tilgjengelig på narkotikamarkedet i EU minst siden februar 2011, og er blitt påvist i alle de 28 medlemsstatene.
Alfa-PVP ble påvist i 191 akutte forgiftninger og 115 dødsfall. I 20 % av dødsfallene ble alfa-PVP oppgitt enten å være dødsårsaken eller medvirkende årsak til dødsfallet, og i fem av tilfellene var alfa-PVP det eneste stoffet som ble påvist.

Overdosedødsfall: økninger i den senere tid

Det er allment kjent at narkotikabruk fører til unngåelige dødsfall blant voksne i Europa. De fleste kohortstudier viser en årlig dødelighet på 1–2 % blant høyrisikobrukere av narkotika. Opioidbrukere i Europa har fem til ti ganger så høy sannsynlighet for å dø som personer av samme kjønn i samme aldersgruppe. Økt dødelighet blant opioidbrukere knyttes hovedsakelig til overdoser, men andre dødsårsaker som er indirekte forbundet med narkotikabruk, som infeksjoner, ulykker, vold og selvmord, er også viktige.

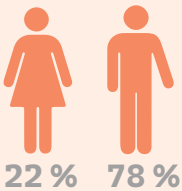
I Europa er overdose fortsatt den viktigste dødsårsaken hos narkotikabrukere, og over tre firedeler av overdoseofrene er menn (78 %). De fleste EU-landene rapporterte en stigende trend for antall overdosedødsfall fra 2003 og frem til rundt 2008/09, da nivåene generelt begynte å falle. Overdosedata må tolkes med varsomhet, særlig totalen for EU, blant annet på grunn av systematisk underrapportering i enkelte land og registreringsprosesser som fører til forsinkelser i rapporteringen. De årlige anslagene representerer derfor en foreløpig minsteverdi. Det anslås at EU hadde minst 6 800 overdosedødsfall i 2014. Dette utgjør en økning fra det reviderte tallet for 2013, og som i tidligere år står Storbritannia (36 %) og Tyskland (15 %) til sammen for en stor del av totalen. Vi kan se en økning i de ferskeste tallene fra flere land med relativt robuste rapporteringssystemer, herunder Irland, Litauen og Storbritannia. En klar oppadgående trend er også observert i Sverige, men dette kan delvis skyldes at enkelte dødsfall blant personer over 50 år som ikke var knyttet til bruk av illegale rusmidler, har kommet med. Tyrkia viser også en kraftig økning, noe som delvis kan skyldes bedre rapporteringspraksis.

Det rapporterte antallet overdosedødsfall i eldre aldersgrupper økte mellom 2006 og 2014, mens det gikk ned i yngre aldersgrupper. Dette reflekterer at Europas opioidbrukere, som har størst risiko for overdosedødsfall, blir eldre. Imidlertid har noen land i den senere tid rapportert om en økning i antallet overdosedødsfall i aldersgruppen under 25 år.

Opioidbrukere i Europa har fem til ti ganger så høy sannsynlighet for å dø som personer av samme kjønn i samme aldersgruppe

NARKOTIKAINDUSERTE DØDSFALL

Karakteristika



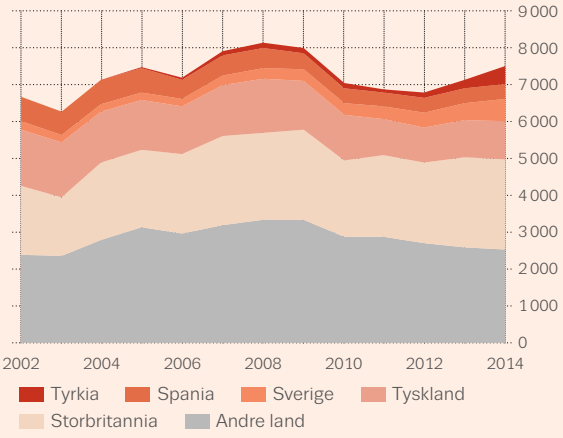
Gjennomsnittlig dødsalder

38

Dødsfall der opioider er påvist

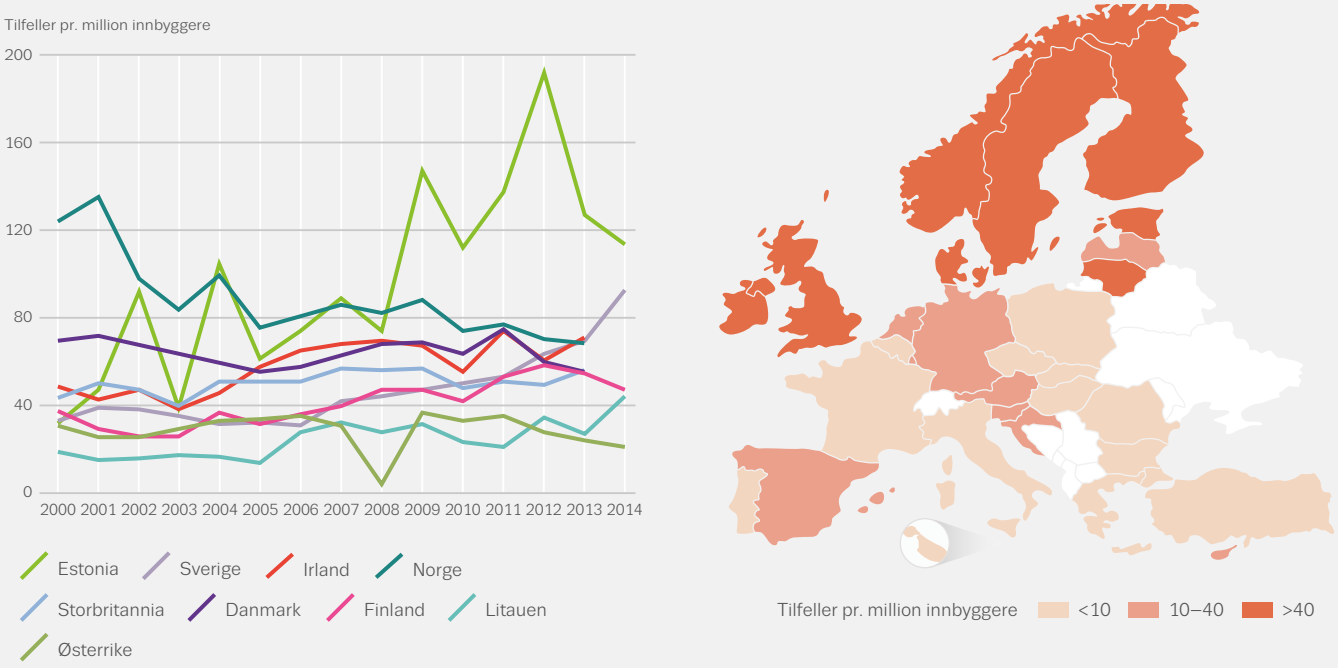
Dødsalder

Trender for overdosedødsfall



FIGUR 3.12

Narkotikaindusert dødelighet blant unge voksne (15–64 år): utvalgte trender og nyeste data



NB: Trender i de ni landene som rapporterte de høyeste tallene i 2014 eller 2013.

Heroin eller metabolitter av heroin er påvist i de fleste overdosedødsfall som rapporteres i Europa, ofte i kombinasjon med andre rusmidler. I tillegg 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. Av de 1 786 dødsfallene som ble registrert i 2014 i Storbritannia (England og Wales) der opioider var nevnt, ble for eksempel metadon registrert i 394 og tramadol i 240 av tilfellene. Blant de andre landene som rapporterer om forekomst av andre opioider enn heroin i overdosedødsfall, er Frankrike og Irland (hovedsakelig metadon), og Finland, der buprenorfin ble nevnt i 75 tilfeller i 2014.

Sentralstimulerende stoffer som kokain, amfetaminer, MDMA og katinoner er involvert i et mindre antall overdosedødsfall i Europa, selv om deres betydning varierer mellom landene. I Storbritannia (England og Wales) økte antallet dødsfall der kokain var involvert, fra 169 i 2013 til 247 i 2014. I Spania, der antallet kokainrelaterte dødsfall har vært stabilt i noen år, er dette stoffet fortsatt det nest hyppigst oppgitte stoffet i overdosedødsfall i 2013 (236 tilfeller).

Dødelighetstallene høyest i Nord-Europa

Gjennomsnittlig dødelighet som følge av overdose i Europa i 2014 er anslått til 18,3 dødsfall pr. million innbyggere i aldersgruppen 15-64 år. Nasjonale dødelighetstall varierer betraktelig og påvirkes av faktorer som prevalens og mønstre for narkotikabruk og metodologiske faktorer som underrapportering og forskjellig kodingspraksis. Over 40 dødsfall pr. million ble rapportert av åtte land, høyest av Estland (113 pr. million), Sverige (93 pr. million) og Irland (71 pr. million) (figur 3.12). De nyeste dataene viser varierende trender.

Forebygging av overdoser og narkotikarelaterte dødsfall

Å redusere antallet dødelige overdoser og andre narkotikarelaterte dødsfall er en stor folkehelsepolitisk utfordring i Europa. Målrettede tiltak på dette 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 i behandling. Formålet med brukerrom/sprøyterom med tilsyn er å forebygge overdoser og sørge for at fagpersonell er tilgjengelig dersom en overdose skulle inntreffe. Seks land har for tiden et slik tilbud – til sammen rundt 70 rom.

Nalokson er en opioidantagonist som brukes av ambulansepersonell og i akuttmottak på sykehus for å hindre overdosedødsfall. Den senere tid har det vært en vekst i tilbudet om nalokson til hjemmebruk for opioidbrukere og deres partnere, venner og familie, sammen med opplæring i hvordan de skal kjenne igjen en overdose og iverksette relevante tiltak for å forhindre en dødelig utgang. Nalokson er også gjort tilgjengelig for ansatte i tiltak som regelmessig er i kontakt med narkotikabrukere. En nyere europeisk gjennomgang fant at åtte land i Europa har programmer som tilbyr naloksondoser for hjemmebruk. Naloksonsett med ferdigfylte sprøyter deles vanligvis ut av rusmiddel- og helsetjenestene, og i Norge og Danmark tilbys også nalokson som nesespray slik at den kan administreres nasalt. En nyere systematisk gjennomgang av effektiviteten av nalokson til hjemmebruk, fant bevis for at opplysnings- og opplæringstiltak med tilbud om nalokson til hjemmebruk reduserer overdoserelatert dødelighet. Noen populasjoner med forhøyet risiko for overdose, for eksempel personer som nylig er sluppet ut av fengsel, kan ha særlig nytte av dette. En fersk skotsk evaluering av det nasjonale naloksonprogrammet fant at programmet hadde gitt en nedgang på 36 % i antall opioidrelaterte dødsfall den første måneden etter løslatelse.

Etterspørselsreduserende tiltak: kvalitetsstandard

Etter hvert som etterspørselsreduserede tiltak har blitt vanligere, har det blitt lagt mer vekt på kvaliteten i tjenestene. EUs ministerråd vedtok da også i september 2015 "minstestandarder for kvalitet i etterspørselsreduserende tiltak i Den europeiske union". Seksten standarder for forebygging, behandling, skadereduksjon og sosial reintegrasjon fastsetter nå minstestandarder for kvalitet for intervensjoner. De nylig vedtatte standardene er basert på ekspertkunnskap og politiske beslutninger i 28 land og representerer dermed et stort fremskritt på rusmiddelfeltet i EU. Med disse standardene understrekes behovet for å basere intervensjoner på kunnskap og gi personell forsvarlig opplæring. De legger også til rette for deling av beste praksis på europeisk plan og fremmer kunnskapsutveksling.

Forståelse av kostnadene ved narkotikarelaterte tiltak

Å forstå kostnadene ved narkotikarelaterte tiltak er et viktig aspekt når politikken skal evalueres. Likevel er det fortsatt store hull og variasjoner i hvilke opplysninger som er tilgjengelige om narkotikarelaterte offentlige utgifter på lokalt og nasjonalt plan i Europa. I de 18 landene som har lagt frem anslag de siste ti årene, står narkotikarelaterte offentlige utgifter for mellom 0,01 % og 0,5 % av bruttonasjonalproduktet (BNP), og mellom 15 % og 53 % av det offentliges samlede narkotikarelaterte utgifter går til helsetiltak.

Et ferskt anslag viser at døgnbehandling for narkotikarelaterte helseproblemer i sykehus i snitt utgjorde 0,013 % av BNP i de 15 landene med tilgjengelige data. Denne andelen varierte imidlertid ganske mye mellom landene. Et mer omfattende anslag over kostnadene ved å behandle narkotikarelaterte problemer i sykehus forutsetter en mer systematisk registrering av akutthenvendelser.

FINN UT MER

Publikasjoner fra EMCDDA

2016

Comorbidity of substance use and mental disorders, Perspectives on Drugs.

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

2015

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

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

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

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption room, Perspectives on Drugs.

Psychosocial interventions, Perspectives on Drugs.

Risk assessments reports
MT-45 [Rådsbeslutning 2015/1873/EU].
4,4'-DMAR [Rådsbeslutning 2015/1873/EU].

2014

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

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

Risk assessment reports
MDPV [Rådsbeslutning 2015/1875/EU].
Methoxetamine [Rådsbeslutning 2015/1875/EU].
25I-NBOMe [Rådsbeslutning 2015/1875/EU].
AH-7921 [Rådsbeslutning 2015/1875/EU].
4-methylamphetamine [Rådsbeslutning 2015/1875/EU].
5-(2-aminopropyl)indole [Rådsbeslutning 2015/1876/EU].

2013

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

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

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Thematic papers.

Hepatitis C treatment for injecting drug users, 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.

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

European drug prevention quality standards, Manuals.

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

Risk assessment report Mephedrone [Rådsbeslutning 2010/759/EU].

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

Vedlegg

Nasjonale data for prevalensestimater for narkotikabruk omfatter høyrisikobruk av opioider, inntak til behandling, sprøytebruk, narkotikainduserte dødsfall, narkotikarelaterte infeksjonssykdommer, sprøyteutdeling og beslag. Dataene er hentet fra EMCDDAs Statistiske opplysninger 2016, som inneholder merknader og metadata. Året dataene viser til, er angitt.

TABELL A1

OPIOIDER

	Estimater for høyrisikobruk av opioider		Klienter inntatt til behandling i løpet av året						Klienter i substitusjonsbehandling
			Opioidklienter som prosentandel av alle klienter som inntas til behandling			Prosentandel av opioidklienter med injisering som hovedinntaksmåte			
			Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangs-klienter	Klienter med tidligere behandlings-historie	Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangs-klienter	Klienter med tidligere behandlings-historie	
Land	År for estimat	Tilfeller pr. 1000	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	antall
Belgia	–	–	28,9 (3 079)	11,5 (434)	37,5 (2 352)	18,4 (541)	12 (51)	19,3 (431)	17 026
Bulgaria	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 414
Tsjekkia	2014	1,4–1,8	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Danmark	–	–	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	33,9 (193)	23 (20)	–	2 600
Tyskland	2013	2,7–3,2	34,9 (29 655)	13,1 (3 304)	44 (26 351)	34,1 (11 225)	32,2 (1 460)	34,4 (9 765)	77 500
Estland	–	–	90 (253)	89,5 (51)	97,3 (179)	78,8 (197)	64,7 (33)	83,2 (149)	919
Irland	–	–	49,8 (4 745)	27,5 (1 036)	65,5 (3 456)	42,2 (1 908)	35,7 (362)	43,6 (1 441)	9 764
Hellas	2014	2,1–2,8	69,2 (3 250)	55,3 (1 060)	78,9 (2 176)	33,4 (1 078)	27,7 (291)	36,3 (786)	10 226
Spania	2013	1,6–2,5	24,8 (12 863)	10,9 (3 066)	42,1 (9 515)	15,8 (1 916)	9,9 (282)	17,7 (1 608)	61 954
Frankrike	2013–14	4,4–7,4	30,5 (12 634)	13,8 (1 240)	44,5 (8 662)	19,9 (2 119)	13,8 (155)	22 (1 620)	161 388
Kroatia	2010	3,2–4	79,9 (6 241)	19,9 (210)	89 (5 516)	73,3 (4 529)	44,9 (88)	74,3 (4 063)	6 867
Italia	2014	4,6–5,8	56 (28 671)	40,6 (7 416)	64,5 (21 255)	47,2 (13 209)	45,9 (2 992)	58,4 (10 217)	75 964
Kypros	2014	1,5–2,4	25,4 (271)	11,5 (65)	42,2 (204)	56,8 (154)	50,8 (33)	59,3 (121)	178
Latvia	2014	3,4–7,5	46,2 (382)	24,7 (102)	67,8 (280)	91 (343)	87,1 (88)	92,4 (255)	518
Litauen	2007	2,3–2,4	88,2 (1 905)	66,6 (227)	92,6 (1 665)	84,4 (1 607)	84,6 (192)	84,3 (1 402)	585
Luxembourg	2007	5–7,6	53,9 (146)	46,4 (13)	51 (100)	50,3 (72)	15,4 (2)	52 (51)	1 121
Ungarn	2010–11	0,4–0,5	4,2 (196)	1,6 (51)	9,5 (118)	60,2 (109)	55,1 (27)	63,5 (73)	745
Malta	2014	5,3–6,2	72,8 (1 277)	27,5 (58)	79 (1 219)	63,4 (786)	47,3 (26)	64,1 (760)	1 013
Nederland	2012	1,1–1,5	10,5 (1 113)	5,7 (346)	16,9 (767)	6,5 (44)	9,3 (18)	5,4 (26)	7 569
Østerrike	2013	4,9–5,1	50,8 (1 737)	29,2 (435)	67,3 (1 302)	35,9 (479)	23,1 (79)	40,3 (400)	17 272
Polen	2009	0,4–0,7	14,8 (1 061)	4,7 (162)	25 (877)	61,5 (632)	39,1 (61)	65,1 (555)	2 586
Portugal	2012	4,2–5,5	53,8 (1 538)	26,3 (357)	78,8 (1 180)	18,3 (255)	12,5 (39)	19,9 (216)	16 587
Romania	–	–	41,8 (1 094)	15,1 (211)	74 (852)	92,4 (1 007)	85,7 (180)	94 (799)	593
Slovenia	2013	3,4–4,1	75,9 (318)	55,5 (61)	83,1 (250)	32,3 (101)	20,7 (12)	35,7 (89)	3 190
Slovakia	2008	1–2,5	21,9 (543)	12,7 (147)	30,5 (387)	71,2 (376)	55,9 (81)	76,8 (288)	375
Finland	2012	3,8–4,5	57,8 (372)	41,9 (111)	68,9 (261)	79,1 (291)	68,2 (75)	83,7 (216)	3 000
Sverige	–	–	24,7 (7 737)	14,7 (1 680)	30,2 (5 838)	62,1 (175)	20 (4)	47,4 (27)	3 502
Storbritannia	2010–11	7,9–8,4	52,1 (50 592)	23,2 (7 911)	68 (42 045)	33,3 (15 380)	20,8 (1 217)	35 (13 892)	148 868
Tyrkia	2011	0,2–0,5	70,3 (7 476)	61,1 (3 420)	80,6 (4 056)	30 (2 243)	20,5 (702)	38 (1 541)	28 656
Norge	2013	2–4,2	23 (1 974)	–	–	–	–	–	7 433
Den europeiske union	**–**	**–**	**39,2 (175 586)**	**18,6 (30 396)**	**52,6 (139 628)**	**37,8 (60 910)**	**31,4 (8 248)**	**40,4 (50 978)**	**644 324**
EU, Tyrkia og Norge	**–**	**–**	**39,6 (185 036)**	**20,0 (33 816)**	**53,2 (143 684)**	**37,4 (63 153)**	**30,2 (8 950)**	**40,3 (52 519)**	**680 413**

Data for klienter i substitusjonsbehandling gjelder 2014 eller siste tilgjengelige år: Danmark og Finland 2011, Tyrkia 2012, Spania og Malta 2013. Data for Irland er basert på en folketelling gjennomført 31. desember 2013.

TABELL A2

KOKAIN

	Prevalensestimater				Klienter inntatt til behandling i løpet av året					
	Befolkningen generelt			Skolee-lever	Kokainklienter som prosentandel av alle klienter inntatt til behandling			Prosentandel av kokainklienter med injisering		
	År for under-søkelse	Livstids-prevalens, voksne (15–64 år)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34 år)	Livstids-prevalens, elever (15–16 år)	Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangs-klienter	Klienter med tidligere behandlings-historie	Alle klienter	Første-gangs-klienter	Klienter med tidligere behandlings-historie
Land		%	%	%	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)
Belgia	2013	–	0,9	2	17 (1 809)	16,7 (628)	16,9 (1 058)	4,9 (84)	1,2 (7)	6,1 (60)
Bulgaria	2012	0,9	0,3	4	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
Tsjekkia	2014	0,9	0,6	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danmark	2013	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	–
Tyskland	2012	3,4	1,6	3	5,9 (4 978)	5,3 (1 340)	6,1 (3 638)	16,9 (2 650)	7,8 (292)	19,8 (2 358)
Estland	2008	–	1,3	2	0,4 (1)	–	–	–	–	–
Irland	2011	6,8	2,8	3	8,7 (828)	11,2 (424)	6,8 (358)	1,4 (11)	0,5 (2)	2,6 (9)
Hellas	2004	0,7	0,2	1	5,1 (239)	5,2 (100)	5 (139)	14,7 (35)	6 (6)	21 (29)
Spania	2013	10,3	3,3	3	38,2 (19 848)	38 (10 734)	38,6 (8 726)	2,3 (426)	1,2 (128)	3,5 (291)
Frankrike	2014	5,4	2,4	4	6,1 (2 530)	5,4 (489)	7,7 (1 508)	9,9 (224)	2,6 (12)	13,7 (186)
Kroatia	2012	2,3	0,9	2	1,7 (132)	3,1 (33)	1,5 (90)	3,1 (4)	3,4 (1)	3,3 (3)
Italia	2014	7,6	1,8	2	23,7 (12 165)	27,4 (5 006)	21,7 (7 159)	6,2 (739)	4,7 (227)	7,4 (512)
Kypros	2012	1,3	0,6	4	10,3 (110)	7,1 (40)	14,1 (68)	9,2 (10)	7,5 (3)	10,4 (7)
Latvia	2011	1,5	0,3	4	0,7 (6)	1,2 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litauen	2012	0,9	0,3	2	0,2 (5)	0,3 (1)	0,2 (4)	20 (1)	0 (0)	25 (1)
Luxembourg	–	–	–	–	19,9 (54)	25 (7)	18,4 (36)	34,7 (17)	50 (3)	31,4 (11)
Ungarn	2007	0,9	0,4	2	1,8 (86)	1,9 (59)	1,9 (23)	5,9 (5)	1,7 (1)	17,4 (4)
Malta	2013	0,5	–	4	15,9 (279)	40,3 (85)	12,6 (194)	21,9 (60)	9,4 (8)	27,5 (52)
Nederland	2014	5,1	3,0	2	26,3 (2 791)	22 (1 344)	31,9 (1 447)	0,2 (4)	0,1 (1)	0,3 (3)
Østerrike	2008	2,2	1,2	–	8,4 (288)	9,7 (145)	7,4 (143)	4,2 (10)	1,6 (2)	7,2 (8)
Polen	2014	1,3	0,4	3	1,4 (98)	1,3 (44)	1,5 (51)	1,1 (1)	0 (0)	2,1 (1)
Portugal	2012	1,2	0,4	4	13,5 (385)	17,5 (237)	9,8 (147)	5,7 (20)	2,8 (6)	10,4 (14)
Romania	2013	0,8	0,2	2	0,8 (21)	1,1 (15)	0,5 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	2,1	1,2	3	6 (25)	5,5 (6)	6,3 (19)	62,5 (15)	16,7 (1)	77,8 (14)
Slovakia	2010	0,6	0,4	1	0,9 (23)	1,4 (16)	0,6 (7)	4,3 (1)	6,3 (1)	0 (0)
Finland	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Sverige	2008	3,3	1,2	1	0,9 (284)	1,6 (189)	0,5 (87)	3,1 (1)	0 (0)	0 (0)
Storbritannia (1)	2014	9,8	4,2	2	12,6 (12 236)	16,9 (5 752)	10,4 (6 399)	1,4 (161)	0,3 (16)	2,3 (144)
Tyrkia	–	–	–	–	1,3 (134)	1,2 (66)	1,4 (68)	–	–	–
Norge	2014	5,0	2,3	1	1 (84)	–	–	–	–	–
Den europeiske union	**–**	**5,1**	**1,9**	**–**	**13,3 (59 470)**	**16,4 (26 816)**	**11,8 (31 430)**	**6,7 (4 498)**	**2,6 (717)**	**9,8 (3 709)**
EU, Tyrkia og Norge	**–**	**–**	**–**	**–**	**12,8 (59 688)**	**15,9 (26 882)**	**11,6 (31 498)**	**6,7 (4 498)**	**2,6 (717)**	**9,7 (3 709)**

Prevalensestimater for skoleelever er hentet fra nasjonale skoleundersøkelser eller ESPAD-prosjektet.
(1) Prevalensestimater for befolkningen generelt viser til England og Wales.

TABELL A3

AMFETAMINER

	Prevalensestimater				Klienter inntatt til behandling i løpet av året					
	Befolkningen generelt			Skoleelever	Amfetaminklienter som prosentandel av alle klienter som inntas til behandling			Prosentandel av amfetaminklienter med injisering		
Land	År for undersøkelse	Livstidsprevalens, voksne (15–64 år)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34 år)	Livstidsprevalens, elever (15–16 år)	Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangsklienter	Klienter med tidligere behandlingshistorie	Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangsklienter	Klienter med tidligere behandlingshistorie
		%	%	%	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)
Belgia	2013	–	0,5	2	9,8 (1 047)	9,4 (353)	10,7 (669)	12,6 (128)	5,3 (18)	–
Bulgaria	2012	1,2	1,3	5	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Tsjekkia	2014	2,6	2,3	2	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Danmark	2013	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	–
Tyskland	2012	3,1	1,8	4	16,1 (13 664)	19,3 (4 860)	14,7 (8 804)	1,5 (277)	0,9 (55)	1,8 (222)
Estland	2008	–	2,5	3	3,9 (11)	3,5 (2)	1,6 (3)	72,7 (8)	100 (2)	66,7 (2)
Irland	2011	4,5	0,8	2	0,6 (55)	0,8 (30)	0,5 (24)	5,5 (3)	3,3 (1)	8,3 (2)
Hellas	2004	0,1	0,1	2	0,4 (18)	0,7 (13)	0,2 (5)	22,2 (4)	30,8 (4)	0 (0)
Spania	2013	3,8	1,2	1	1,3 (671)	1,4 (391)	1,2 (261)	1,2 (8)	0,8 (3)	1,6 (4)
Frankrike	2014	2,2	0,7	4	0,6 (232)	0,7 (66)	0,5 (96)	8,2 (16)	9,7 (6)	11,4 (9)
Kroatia	2012	2,6	1,6	1	1,2 (96)	2,7 (28)	1 (65)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Italia	2014	2,8	0,6	1	0,2 (83)	0,3 (57)	0,1 (26)	6,1 (5)	7,1 (4)	4,3 (1)
Kypros	2012	0,7	0,4	4	4,3 (46)	3,5 (20)	5,4 (26)	4,3 (2)	5 (1)	3,8 (1)
Latvia	2011	2,2	0,6	4	13,9 (115)	15 (62)	12,8 (53)	63,1 (70)	66,7 (40)	58,8 (30)
Litauen	2012	1,2	0,5	3	3,4 (73)	8,2 (28)	2,3 (42)	32,9 (24)	32,1 (9)	35,7 (15)
Luxembourg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ungarn	2007	1,8	1,2	6	12,5 (584)	12,3 (383)	12,4 (154)	13 (74)	9,6 (36)	22,2 (34)
Malta	2013	0,3	–	3	0,2 (4)	–	0,3 (4)	25 (1)	–	25 (1)
Nederland	2014	4,4	2,9	1	6,6 (702)	6,2 (376)	7,2 (326)	0,8 (3)	0 (0)	1,8 (3)
Østerrike	2008	2,5	0,9	–	4,6 (157)	5,9 (88)	3,6 (69)	5,3 (7)	5,2 (4)	5,4 (3)
Polen	2014	1,7	0,4	4	28,1 (2 019)	27,7 (956)	29,5 (1 036)	4,8 (91)	2,3 (21)	7,5 (70)
Portugal	2012	0,5	0,1	3	0 (1)	0,1 (1)	0 (0)	–	0 (0)	–
Romania	2013	0,3	0,1	2	0,2 (4)	0,2 (3)	0,1 (1)	25 (1)	0 (0)	100 (1)
Slovenia	2012	0,9	0,8	2	0,5 (2)	–	0,7 (2)	–	–	–
Slovakia	2010	0,5	0,3	1	42,7 (1 060)	47,8 (553)	38,9 (493)	32,8 (337)	26,1 (140)	40,3 (194)
Finland	2014	3,4	2,4	–	12,1 (78)	13,2 (35)	11,3 (43)	84,2 (64)	80 (28)	87,8 (36)
Sverige	2008	5	1,3	1	0,5 (141)	–	–	–	–	–
Storbritannia (1)	2014	10,3	1,1	1	2,9 (2 830)	3,7 (1 250)	2,5 (1 540)	21,6 (464)	12,2 (101)	27,6 (354)
Tyrkia	2011	0,1	0,1	2	0,3 (27)	0,4 (21)	0,1 (6)	–	–	–
Norge (2)	2014	4,1	1,1	1	13,4 (1 147)	–	–	–	–	–
Den europeiske union	**–**	**3,6**	**1**	**–**	**7 (31 168)**	**8,2 (13 305)**	**6,6 (17 411)**	**20,8 (7 139)**	**22,5 (3 059)**	**19,7 (3 950)**
EU, Tyrkia og Norge	**–**	**–**	**–**	**–**	**6,9 (32 342)**	**7,9 (13 326)**	**6,5 (17 417)**	**20,8 (7 139)**	**22,4 (3 059)**	**19,7 (3 950)**

Amfetaminer omfatter både amfetamin og metamfetamin.
Prevalensestimater for skoleelever er hentet fra nasjonale skoleundersøkelser eller ESPAD-prosjektet.
(1) Prevalensestimater for befolkningen generelt viser til England og Wales.
(2) Klienter inntatt til behandling viser til klienter som rapporterer bruk av andre sentralstimulerende midler enn kokain, ikke bare amfetaminer.

TABELL A4

MDMA

	Prevalensestimater				Klienter inntatt til behandling i løpet av året		
	Befolkningen generelt			Skoleelever	MDMA-klienter som prosentandel av alle klienter inntatt til behandling		
Land	År for undersøkelse	Livstids-prevalens, voksne (15–64 år)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34 år)	Livstids-prevalens, elever (15–16 år)	Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangs-klienter	Klienter med tidligere behandlings-historie
		%	%	%	% (antall)	% (antall)	% (antall)
Belgia	2013	–	0,8	2	0,6 (65)	0,9 (34)	0,5 (31)
Bulgaria	2012	2,0	2,9	4	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
Tsjekkia	2014	6,0	3,6	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Danmark	2013	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Tyskland	2012	2,7	0,9	2	–	–	–
Estland	2008	–	2,3	3	–	–	–
Irland	2011	6,9	0,9	2	0,6 (56)	1 (37)	0,3 (18)
Hellas	2004	0,4	0,4	2	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (3)
Spania	2013	4,3	1,5	1	0,4 (201)	0,6 (167)	0,1 (27)
Frankrike	2014	4,2	2,3	3	0,4 (148)	0,6 (57)	0,3 (63)
Kroatia	2012	2,5	0,5	2	0,4 (32)	1,3 (14)	0,3 (17)
Italia	2014	3,1	1,0	1	0,3 (147)	0,3 (48)	0,3 (99)
Kypros	2012	0,9	0,3	3	0,1 (1)	–	0,2 (1)
Latvia	2011	2,7	0,8	4	0,4 (3)	0,7 (3)	0 (0)
Litauen	2012	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Luxembourg	–	–	–	–	–	–	–
Ungarn	2007	2,4	1,0	4	1,7 (82)	1,8 (55)	1,9 (23)
Malta	2013	0,7	–	3	0,9 (16)	–	1 (16)
Nederland	2014	7,4	5,5	4	0,4 (45)	0,7 (40)	0,1 (5)
Østerrike	2008	2,3	1,0		0,8 (27)	1,3 (19)	0,4 (8)
Polen	2014	1,6	0,9	2	0,2 (11)	0,1 (5)	0,2 (6)
Portugal	2012	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
Romania	2013	0,9	0,3	2	0,5 (14)	1 (14)	0 (0)
Slovenia	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Slovakia	2010	1,9	0,9	1	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Finland	2014	3,0	2,5	2	0,2 (1)	0 (0)	0,3 (1)
Sverige	2008	2,1	1,0	1	–	–	–
Storbritannia (1)	2014	9,2	3,5	3	0,3 (302)	0,6 (200)	0,2 (97)
Tyrkia	2011	0,1	0,1	2	1 (103)	1,3 (74)	0,6 (29)
Norge	2014	2,3	0,4	1	–	–	–
Den europeiske union	**–**	**3,9**	**1,7**	**–**	**0,3 (1 184)**	**0,4 (712)**	**0,2 (424)**
EU, Tyrkia og Norge	**–**	**–**	**–**	**–**	**0,3 (1 287)**	**0,5 (786)**	**0,2 (453)**

Prevalensestimater for skoleelever er hentet fra nasjonale skoleundersøkelser eller ESPAD-prosjektet.
(1) Prevalensestimater for befolkningen generelt viser til England og Wales.

TABELL A5

CANNABIS

	Prevalensestimater				Klienter inntatt til behandling i løpet av året		
	Befolkningen generelt			Skoleelever	Cannabisklienter som prosentandel av alle klienter som inntas til behandling		
Land	År for undersøkelse	Livstids-prevalens, voksne (15–64 år)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34 år)	Livstids-prevalens, elever (15–16 år)	Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangs-klienter	Klienter med tidligere behandlings-historie
		%	%	%	% (antall)	% (antall)	% (antall)
Belgia	2013	15	10,1	21	32,9 (3 501)	52,8 (1 984)	22,4 (1 403)
Bulgaria	2012	7,5	8,3	22	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
Tsjekkia	2014	28,7	23,9	42	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Danmark	2013	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Tyskland	2012	23,1	11,1	19	37,9 (32 225)	57,5 (14 458)	29,7 (17 767)
Estland	2008	–	13,6	24	3,2 (9)	7 (4)	0,5 (1)
Irland	2011	25,3	10,3	18	27,8 (2 645)	44,9 (1 696)	16 (847)
Hellas	2004	8,9	3,2	8	22,3 (1 046)	36,5 (699)	12,3 (338)
Spania	2013	30,4	17,0	27	32,6 (16 914)	45,7 (12 912)	15,9 (3 585)
Frankrike	2014	40,9	22,1	39	58 (24 003)	76,7 (6 897)	42,3 (8 248)
Kroatia	2012	15,6	10,5	18	14,1 (1 103)	64,4 (679)	6,5 (401)
Italia	2014	31,9	19,0	20	18,2 (9 321)	28,8 (5 267)	12,3 (4 054)
Kypros	2012	9,9	4,2	7	59,4 (634)	77,2 (436)	37,7 (182)
Latvia	2011	12,5	7,3	24	32,6 (269)	50,8 (210)	14,3 (59)
Litauen	2012	10,5	5,1	20	4,3 (92)	14,7 (50)	2,3 (42)
Luxembourg	–	–	–	–	25,5 (69)	28,6 (8)	29,6 (58)
Ungarn	2007	8,5	5,7	19	55,5 (2 603)	61,2 (1 910)	43,2 (537)
Malta	2013	4,3	–	10	9 (158)	31,8 (67)	5,9 (91)
Nederland	2014	24,1	15,6	27	47,6 (5 061)	56,2 (3 429)	36 (1 632)
Østerrike	2008	14,2	6,6	14	32,2 (1 101)	50,9 (757)	17,8 (344)
Polen	2014	16,2	9,8	23	34,6 (2 483)	44,6 (1 540)	25 (877)
Portugal	2012	9,4	5,1	16	28,4 (812)	50,8 (690)	8,1 (122)
Romania	2013	4,6	3,3	7	37,2 (973)	61,4 (858)	9 (104)
Slovenia	2012	15,8	10,3	23	12,2 (51)	36,4 (40)	3,3 (10)
Slovakia	2010	10,5	7,3	21	20,5 (509)	28,6 (331)	12,5 (159)
Finland	2014	21,7	13,5	12	20,5 (132)	35,1 (93)	10,3 (39)
Sverige	2014	14,4	6,3	6	13,2 (4 141)	20,7 (2 372)	8,9 (1 717)
Storbritannia (1)	2014	29,2	11,7	19	26 (25 278)	46,6 (15 895)	14,8 (9 137)
Tyrkia	2011	0,7	0,4	4	9 (955)	11,3 (634)	6,4 (321)
Norge	2014	21,9	8,6	5	22,7 (1 946)	–	–
Den europeiske union	**–**	**24,8**	**13,3**	**–**	**31 (138 783)**	**46 (75 133)**	**20,1 (53 241)**
EU, Tyrkia og Norge	**–**	**–**	**–**	**–**	**30,4 (141 684)**	**44,9 (75 767)**	**19,8 (53 562)**

Prevalensestimater for skoleelever er hentet fra nasjonale skoleundersøkelser eller ESPAD-prosjektet.
(1) Prevalensestimater for befolkningen generelt viser til England og Wales.

TABELL A6

ANDRE INDIKATORER

	Narkotikainduserte 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)	År for estimat	tilfeller pr. 1 000 innbyggere	antall
Belgia	9 (66)	1 (11)	2014	2,4–4,9	926 391
Bulgaria	3,1 (15)	6,3 (46)	–	–	417 677
Tsjekkia	5,2 (37)	1 (10)	2014	6,1–6,8	6 610 788
Danmark	55,1 (200)	2 (11)	–	–	–
Tyskland	18,6 (993)	1,4 (111)	–	–	–
Estland	113,2 (98)	50,9 (67)	2009	4,3–10,8	2 110 527
Irland	71,1 (214)	5,4 (25)	–	–	393 275
Hellas	–	9,3 (102)	2014	0,6–0,9	368 246
Spania	13 (402)	2,5 (115)	2013	0,2–0,4	2 269 112
Frankrike	5,4 (227)	1 (64)	–	–	–
Kroatia	20,8 (59)	0 (0)	2012	0,4–0,6	196 150
Italia	8 (313)	2,3 (141)	–	–	–
Kypros	10 (6)	3,5 (3)	2014	0,4–0,7	382
Latvia	10,6 (14)	37 (74)	2012	7,3–11,7	409 869
Litauen	44,2 (87)	12,9 (38)	–	–	154 889
Luxembourg	21,1 (8)	29,1 (16)	2009	4,5–6,9	253 011
Ungarn	3,4 (23)	0,1 (1)	2008–09	0,8	460 977
Malta	6,9 (2)	0 (0)	–	–	314 027
Nederland	10,8 (119)	0 (0)	2008	0,2–0,2	–
Østerrike	21,1 (121)	2,5 (21)	–	–	5 157 666
Polen	8,5 (225)	1 (37)	–	–	105 890
Portugal	4,5 (31)	3,8 (40)	2012	1,9–2,5	1 677 329
Romania	2,4 (33)	7,7 (154)	–	–	1 979 259
Slovenia	20 (28)	1 (2)	–	–	494 890
Slovakia	3,1 (12)	0,2 (1)	–	–	274 942
Finland	47,4 (166)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	4 522 738
Sverige	92,9 (569)	0,8 (8)	2008–11	1,3	203 847
Storbritannia ([1])	55,9 (2 332)	2 (131)	2004–11	2,9–3,2	7 199 660
Tyrkia	9,2 (479)	0,1 (10)	–	–	–
Norge	67,8 (228)	1,4 (7)	2013	2,1–2,9	2 124 180
Den europeiske union	**19,2 (6 400)**	**2,4 (1 236)**	**–**	**–**	**–**
EU, Tyrkia og Norge	**18,3 (7 107)**	**2,1 (1 253)**	**–**	**–**	**–**

Sammenligninger av narkotikainduserte dødsfall må foretas med varsomhet på grunn av forskjeller i kodingspraksis, dekningsgrad og underrapportering i noen land.
([1]) Data for sprøytebruk viser til Wales og Skottland (2014) og Nord-Irland (2013).

TABELL A7

BESLAG

	Heroin		Kokain		Amfetaminer		MDMA	
	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag
Land	kg	antall	kg	antall	kg	antall	tabletter (kg)	antall
Belgia	149	2 288	9 293	4 268	208	3 434	44 422 (3)	1 693
Bulgaria	940	137	27	39	216	–	16 845 (148)	–
Tsjekkia	157	65	5	144	51	1 179	1 338 (0,08)	119
Danmark	13	447	90	2 395	295	1 867	54 690 (–)	688
Tyskland	780	2 857	1 568	3 395	1 484	13 759	486 852 (–)	3 122
Estland	<0,01	8	3	57	67	319	9 822 (3)	147
Irland	61	954	66	405	23	75	465 083 (–)	402
Hellas	2 528	2 277	297	418	6	64	102 299 (9)	42
Spania	244	6 671	21 685	38 458	839	4 079	559 221 (–)	3 054
Frankrike	990	–	6 876	–	321	–	940 389 (–)	–
Kroatia	47	132	6	231	14	582	– (3)	517
Italia	931	2 123	3 866	4 783	6	184	– (29)	262
Kypros	0	11	32	107	1	73	17 247 (1,1)	28
Latvia	0,8	229	8	44	15	640	119 (0,3)	15
Litauen	7	129	116	13	10	130	– (1,9)	16
Luxembourg	7	150	5	169	0,07	9	247 (–)	4
Ungarn	70	31	40	143	17	673	13 020 (0,4)	275
Malta	2	33	5	136	0,01	3	334 (–)	31
Nederland	750	–	10 000	–	681	–	2 442 190 (–)	–
Østerrike	56	428	31	1 078	21	930	5 001 (–)	212
Polen	273	–	31	–	824	–	62 028 (–)	–
Portugal	39	690	3 715	1 042	2	77	684 (0,6)	145
Romania	26	218	34	79	4	40	317 966 (0,03)	212
Slovenia	5	289	182	179	22	–	218 (0,1)	–
Slovakia	0,1	78	0,02	17	6	672	419 (–)	44
Finland	0,09	113	6	205	298	3 149	131 700 (–)	795
Sverige	24	514	29	142	439	5 286	6 105 (8)	920
Storbritannia	785	10 913	3 562	19 820	1 730	6 725	423 000 (–)	3 913
Tyrkia	12 756	7 008	393	784	142	403	3 600 831 (–)	3 706
Norge	44	1 294	149	1 101	420	8 145	54 185 (11)	502
Den europeiske union	**8 883**	**31 785**	**61 578**	**77 767**	**7 599**	**43 949**	**6 101 249 (209)**	**16 656**
EU, Tyrkia og Norge	**21 683**	**40 087**	**62 120**	**79 652**	**8 162**	**52 497**	**9 756 265 (219)**	**20 864**

Amfetaminer omfatter både amfetamin og metamfetamin.
Alle data gjelder 2014, unntatt for Nederland (2012), Finland (antall beslag 2013) og Storbritannia (2013).

TABELL A7

BESLAG (forts.)

	Hasj		Marihuana		Cannabisplanter	
	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag
Land	kg	antall	kg	antall	planter (kg)	antall
Belgia	841	5 554	10 744	28 086	356 388 (–)	1 227
Bulgaria	2	14	1 674	3 516	21 516 (–)	100
Tsjekkia	15	73	570	2 833	77 685 (–)	484
Danmark	2 211	9 988	58	3 000	11 792 (675)	262
Tyskland	1 755	5 201	8 515	31 519	132 257 (–)	2 400
Estland	273	31	352	507	– (13)	30
Irland	677	258	1 102	1 770	6 309 (–)	340
Hellas	36	176	19 568	6 985	14 173 (–)	587
Spania	379 762	174 566	15 174	175 086	270 741 (–)	2 252
Frankrike	36 917	–	10 073	–	158 592 (–)	–
Kroatia	2	371	1 640	5 591	3 602 (–)	188
Italia	113 152	5 303	33 441	8 294	121 659 (–)	1 773
Kypros	0,1	12	203	901	487 (–)	44
Latvia	30	38	27	366	– (11)	16
Litauen	841	24	79	341	– (–)	–
Luxembourg	1	78	13	1 015	97 (–)	11
Ungarn	8	101	529	2 058	3 288 (–)	146
Malta	42	39	70	176	8 (–)	5
Nederland	2 200	–	12 600	–	1 600 000 (–)	–
Østerrike	101	1 380	1 326	10 088	– (281)	408
Polen	99	–	270	–	95 214 (–)	–
Portugal	32 877	3 472	108	555	4 517 (–)	302
Romania	15	154	145	1 967	– (422)	93
Slovenia	2	73	535	3 673	11 067 (–)	212
Slovakia	0,1	12	113	1 061	496 (–)	20
Finland	52	1 467	313	6 167	21 800 (189)	3 409
Sverige	877	6 547	1 041	10 028	– (–)	–
Storbritannia	1 134	14 105	18 705	147 309	484 645 (–)	15 744
Tyrkia	30 635	3 972	92 481	41 594	– (–)	3 017
Norge	1 919	10 509	505	6 534	– (276)	383
Den europeiske union	**573 921**	**229 037**	**139 286**	**452 892**	**3 396 333 (1 592)**	**30 053**
EU, Tyrkia og Norge	**606 475**	**243 518**	**232 271**	**501 020**	**3 396 333 (1 868)**	**33 453**

Alle data gjelder 2014, unntatt for Nederland (2012), Finland (antall beslag 2013) og Storbritannia (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);
from the delegations in non-EU countries (http://eeas.europa.eu/delegations/index_en.htm);
by contacting the Europe Direct service (http://europa.eu/europedirect/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)

TD-AT-16-001-NO-N

emcdda

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 2016, 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.

Publikasjonskontoret

ISBN 978-92-9168-912-5