



Europeisk overvåkingssenter for
narkotika og narkotikamisbruk

NO

ISSN 2314-923X

Europeisk narkotika- rapport

Trender og utviklinger

2013



Europeisk overvåkingscenter for
narkotika og narkotikamisbruk

| Europeisk | narkotika- | rapport

Trender og utviklinger

2013

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, medlemsstatene i EU eller andre institusjoner eller organer i Den europeiske union eller De europeiske fellesskap.

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

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

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

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

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

Bibliografiske opplysninger finnes bakerst i publikasjonen.

Luxembourg: Den europeiske unions publikasjonsskontor, 2013

ISBN 978-92-9168-621-6

doi:10.2810/90388

© Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, 2013

Gjengivelse er tillatt med kildeangivelse.

Printed in Spain

TRYKTPÅ HVITT, KLORFRITTPAPIR



Europeisk overvåkingssenter for
narkotika og narkotikamisbruk

Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portugal

Tel. +351 211210200

info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

| Innhold

5	Forord
9	Innledende note og bidragsytere
11	SAMMENDRAG
	Gamle og nye narkotikaproblemer — det europeiske landskapet i 2013
15	KAPITTEL 1
	Forsyningssituasjonen i Europa
29	KAPITTEL 2
	Narkotikabruk og narkotikarelaterte problemer
47	KAPITTEL 3
	Tiltak mot narkotika
59	KAPITTEL 4
	Narkotikapolitikk
65	VEDLEGG
	Tabeller med nasjonale data

Forord

I år presenteres EMCDDAs årlige analyse av narkotikasituasjonen i et nytt format. Den europeiske narkotikarapporten (ENR) 2013 er en pakke bestående av innbyrdes forbundne produkter som til sammen utgjør en enkel innfallsport til EMCDDAs arbeid, og gir de ulike målgruppene enkel tilgang til den spesifikke informasjonen de trenger. Den gir en analyse som er mer aktuell, interaktiv og sammenlenket. Denne utviklingen har vært nødvendig for å holde tritt både med den raskt skiftende narkotikasituasjonen og med voksende behov og nye forventninger blant rapportens målgrupper.

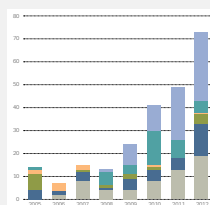
Denne rapporten (som også er tilgjengelig på internett) er en sentral del av ENR-pakken og skal gi et oversiktsbilde av trendene og utviklingene som er observert. Rapporten ledsages av et sett med artikler, Perspektiver på narkotika, som gir mer dyptgående innsikt i viktige temaer som nye behandlingsformer for hepatitt C, høyrisikobruk av cannabis og kontroll med nye psykoaktive stoffer som blir stadig lettere tilgjengelig. Pakken suppleres med Statistiske opplysninger og landoversikter som presenterer data og analyser på nasjonalt nivå.

EUROPEISK NARKOTIKARAPPORT 2013

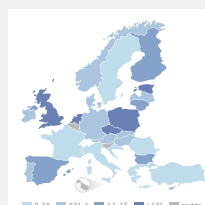
Et sett med innbyrdes forbundne elementer som gir full tilgang til de tilgjengelige dataene om og analysene av narkotikabruken i Europa



Trender og utviklinger
gir en overordnet analyse av de viktigste utviklingene



Statistiske opplysninger
inneholder fullstendige datasett, forklarende diagrammer og opplysninger om metodene som er brukt



Landoversikter
tilgang til nasjonale data og analyser med et tastetrykk



Perspektiver på narkotika
interaktive innblikk i viktige temaer

Denne tilnærmingen sammenfaller med lanseringen av EUs nye narkotikastrategi for 2013–20, der unionen bekrefter sitt vedvarende engasjement for en balansert, kunnskapsbasert narkotikapolitikk. En viktig del av EMCDDAs misjon er å bidra til å skaffe den informasjonen som trengs for å gjennomføre denne strategien. Mange av de positive utviklingene som er observert på narkotikafeltet i Europa er et resultat av en debatt som bygger både på en stadig bedre forståelse av problemene og på grundige vitenskapelige evalueringer av tilpassede tiltak. Vi er stolte over å ha spilt en viktig rolle i dette.

Samtidig er vi bevisst på hvilke utfordringer som ligger foran oss. EUs narkotikastrategi vil måtte forholde seg til et nytt politisk landskap. Mange av dimensjonene ved dette er beskrevet i denne rapporten, for eksempel nødvendigheten av å forbedre tjenestetilbudet til narkotikabrukere i fengsel og den stadig økende betydningen av syntetiske stoffer.

Strategien skal gjennomføres i en periode preget av økonomisk usikkerhet og viktige globale utviklingsmessige og sosiale endringer. Globalisering og teknologisk innovasjon påvirker alle aspekter ved våre moderne liv, og ikke overraskende gjelder dette også narkotikaproblemene vi står overfor. Som informasjonsbyrå svarer vi på dette ved å tilby oppdaterte ressurser som kan tilpasses behovene og som favner bredt. Vi mener at ENR 2013 både i form og innhold representerer et viktig skritt fremover når det gjelder å ta tak i utfordringene vi har foran oss. Enten du søker et kjapt strategisk overblikk over narkotikasituasjonen i Europa eller er ute etter en grundigere analyse av de statistiske dataene, håper vi at ENR 2013 vil fungere som en verdifull og brukervennlig innfallsport til de betydelige ressursene som i dag er tilgjengelige på dette området.

João Goulão

Styreleder, EMCDDA

Wolfgang Götz

Direktør, EMCDDA

| Innledende note og bidragsytere

Denne rapporten er basert på informasjon EMCDDA har mottatt fra EU-medlemsstatene, søkerlandene Kroatia og Tyrkia samt Norge.

De statistiske dataene som presenteres her, gjelder for år 2011 eller for siste år med tilgjengelige data. Europeiske totaltall og trender er basert på de landene som har lagt frem tilstrekkelige og relevante data for den aktuelle tidsperioden. Dataanalysen legger hovedvekt på nivåer, trender og geografisk distribusjon. De nødvendige tekniske forbeholdene og begrensningene for dataene er beskrevet i den engelskspråklige internettutgaven av denne rapporten og i EMCDDAs Statistiske opplysninger 2013, som inneholder informasjon om metodene som er benyttet samt rapporterende land og år. Internettutgaven av rapporten inneholder også lenker til ytterligere ressurser.

For deres bidrag til denne rapporten ønsker EMCDDA å takke:

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

Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet

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

Sammen drag

Dagens narkotikamarked synes
å ha blitt mer omskiftelig
og dynamisk, og mindre strukturert
rundt plantebaserte stoffer
som transporteres over lange avstander
til forbrukermarkedene i Europa

Gamle og nye narkotikaproblemer — det europeiske landskapet i 2013

De viktigste særtrekkene ved det europeiske narkotikalandskapet har holdt seg relativt stabile de senere årene. Nivået av narkotikabruk er fremdeles høyt i historisk målestokk, men vi ser en del positive endringer, blant annet rekordhøy behandlingsdekning og tegn til nedgang når det gjelder sprøytebruk, ny heroinbruk, kokainbruk og cannabisrøyking. Men optimismen oppveies til dels av bekymringer for at arbeidsledighet blant unge og kutt i tjenestetilbudene kan føre til at "gamle" problemer gjenoppstår. Videre kan nærmere undersøkelser tyde på at narkotikasituasjonen er inne i en overgangsfase der fremvoksende "nye" problemer utfordrer gjeldende politikk og praksis; nye syntetiske stoffer og bruksmønstre gjør seg gjeldende, både på det illegale narkotikamarkedet i tilknytning til ikke-kontrollerte stoffer.

Dagens narkotikamarked synes å ha blitt mer omskiftelig og dynamisk og mindre strukturert rundt plantebaserte stoffer som transporteres over lange avstander til forbrukermarkedene i Europa. Globalisering og utviklingen innen informasjonsteknologien er viktige pådrivere i så måte. Bruksmønstrene i lav- og middelinntektsland er i endring, og dette kan også få innvirkning på Europas narkotikaproblemer i fremtiden. Internett byr på stadig større utfordringer, både som en mekanisme for rask spredning av nye trender og som en fremvoksende anonym markeds plass med globalt nedslagsfelt. Det skaper nye sammenkoblinger mellom bruk og forsyning av narkotika, samtidig som det skaper muligheter for å utvikle nyskapende tiltak innen behandling, forebygging og skadereduksjon.

Ennå forstår vi ikke fullt ut hvilke implikasjoner disse endringene har for folkehelsen. Det er tegn som tyder på at politikken som føres i dag gir resultater på viktige områder, men dette må ses i sammenheng med en narkotikasituasjon som stadig utvikler seg og som krever at dagens praksiser justeres for å sikre at de til enhver tid er relevante og egnet for formålet.

Cannabis

Til tross for enkelte tegn til nedadgående trender, særlig i land som har en lang og etablert historie med høy prevalens, er nivået av cannabisbruk i Europa fremdeles høyt i et historisk perspektiv. Det finnes et stort og relativt robust marked for dette stoffet, og det blir også stadig flere typer cannabisprodukter tilgjengelig. Marihuana, som iblant kan være svært sterk, spiller nå en viktigere rolle, sammen med de nye syntetiske cannabisliknende produktene som har kommet på markedet de senere årene. Begge disse to utviklingene gir grunn til bekymring sett fra et folkehelseperspektiv. Ettersom cannabis er det hyppigst brukte narkotiske stoffet, står det også sentralt i det forebyggende arbeidet som gjøres blant unge. På dette området er det økende interesse for bruk av miljøbaserte forebyggende strategier. Dokumentasjonen tyder på at miljøbaserte tilnærminger gir gode resultater når det gjelder å redusere problemer forbundet med bruk av lovlige rusmidler som tobakk og alkohol.

Eventuelle positive endringer i indikatorene for samlet cannabisbruk i Europa må ses i sammenheng med det faktum at det er forholdsvis store forskjeller mellom situasjonene i de enkelte land. For eksempel rapporterer en del land konsekvent lave og stabile prevalensnivåer mens bruken av cannabis har økt kraftig i mange land i Sentral- og Øst-Europa i løpet av 2000-tallet. Trender må også ses i sammenheng med forskjeller i bruksmønstre, der regelmessig og langvarig bruk er mest forbundet med skade. Cannabisproblemene i Europa er nå mer anerkjent og bedre forstått enn tidligere, og stoffet er det som rapportertes nest hyppigst av klienter som tas inn i det spesialiserte behandlingsapparatet. Selv om flesteparten av klientene som inntas til cannabisbehandling er menn i relativt ung alder, registreres det i stadig større grad også problemer blant eldre kroniske brukere.

Cannabis er dessuten det stoffet allmennheten har mest sprikende holdninger til; i enkelte land skiller narkotikapolitikken eksplisitt mellom cannabis og andre stoffer.

Heroin og andre opioider

Samtidig som tilgjengeligheten av behandling for heroinbrukere generelt sett er økende, viser indikatorene nå en nedadgående trend både når det gjelder bruk og tilgjengelighet av heroin. Den langsiktige trenden for beslaglagte kvanta heroin er nedadgående, og i den senere tid har også antallet beslag begynt å falle. Enkelte land rapporterer at andre opioider har fortrenget heroin fra markedet i løpet av det siste tiåret. Andre land har

nylig observert markedssjokk eller knapphet, som regel etterfulgt av en delvis gjenoppretting.

Antallet heroinbrukere som inntas til behandling for første gang, fortsetter å falle, og sett under ett er klienter i behandling for heroinproblemer en aldrende befolkning. Antallet opioidrelaterte dødsfall er også blitt redusert de senere årene. Historisk sett har mye av heroinbruken vært injeksjonsbruk, men denne atferden har over lengre tid vært nedadgående. Dette har, sammen med effekten av intervensjoner, sannsynligvis bidratt til den konstaterte nedgangen i antallet nye narkotikarelaterte HIV-infeksjoner. Sprøytebrukrelaterte HIV-utbrudd i Hellas og Romania den senere tiden har imidlertid brutt denne positive trenden og skapt grunn til bekymring. Dette viser at det fremdeles er behov for å styrke tiltakene som settes inn, særlig med hensyn til skadereduksjon og effektiv narkotikabehandling, for at vi i Europa skal lykkes med å redusere problemene på dette området ytterligere. Uavhengig av nye trender som måtte observeres når det gjelder heroinbruk, er dette problemet så gjenstridig av natur at det fortsatt vil være et helt sentralt tema for behandlingsapparatet i mange år fremover. Med tanke på det høye antallet narkotikabrukere som nå er i kontakt med behandlingsapparatet er det et økende behov for å fokusere på kontinuitet i behandlingen, på sosial reintegrasjon og på å oppnå konsensus om hva som utgjør realistiske langsiktige rehabiliteringsmål.

Kokain

Bare noen få land rapporterer om problemer med crackbruk, og der det forekommer, overlapper det ofte med problematisk bruk av andre stoffer, eksempelvis heroin. Bruk av kokainpulver er langt mer utbredt, men er hovedsakelig konsentrert til et relativt lite antall vesteuropeiske land. Generelt har både bruks- og forsyningsindikatorene for kokain vist en generell nedadgående trend de senere årene, og den dramatiske reduksjonen i beslaglagte kvanta henger trolig delvis sammen med at organiserte kriminelle grupper har endret smuglerrutene og metodene sine. Den iberiske halvøy er fremdeles en viktig arena for beslag, men i forholdsvis mindre grad enn tidligere. Samtidig vekker rapporter om kokainbeslag i Øst-Europa bekymring og reiser spørsmål om potensialet for ytterligere spredning av bruken.

I landene med høyere prevalens tyder både surveydata og data om behandlingsinntak på en nedgang i bruken av kokain den senere tid, selv om nivåene fremdeles er høye i et historisk perspektiv. Antallet dødsfall forbundet med kokainbruk har gått noe ned, selv om dataene på dette området må fortolkes med varsomhet. Akutte problemer

relatert til kokainbruk har i deler av Europa medført besøk på akuttmottak, men det er begrenset kapasitet til å overvåke problemer på dette området. Når det gjelder behandling, finnes det nå spesialiserte tjenester tilgjengelig for problembrukere av kokain i mange land, og evidensgrunnlaget vi i dag har på dette området, støtter bruk av psykososiale intervensjoner.

| Syntetiske sentralstimulerende stoffer

Forståelsen av generelle trender for bruken av syntetiske sentralstimulerende stoffer vanskeliggjøres av at ett stoff ofte erstatter et annet, idet brukerne treffer sine valg på grunnlag av stoffenes tilgjengelighet, pris og oppfattede kvalitet. Amfetamin og ecstasy er fremdeles de syntetiske sentralstimulerende stoffene som brukes hyppigst i Europa, og konkurrerer til en viss grad med kokain. Amfetamin står fremdeles for en betydelig andel av narkotikaforbruket i mange land, og injeksjonsbruk av amfetamin har historisk sett vært en viktig del av det vedvarende narkotikaproblemet i mange nordeuropeiske land. De fleste indikatorene for amfetaminer har holdt seg stabile over lengre tid, men nyere data tyder på at tilgjengeligheten av metamfetamin har økt, og at dette stoffet erstatter amfetamin i enkelte markeder. Det finnes også dokumentasjon som tyder på at populariteten til ecstasy har falt de siste par årene, sannsynligvis som et resultat av at mange av pillene som har vært solgt som ecstasy ikke har inneholdt MDMA eller har hatt en lav renhetsgrad. Ecstasyprodusentene later imidlertid til å ha fått bedre tilgang til MDMA den siste tiden, og innholdet i tablettene har endret seg deretter. Det gjenstår å se om dette vil lede til fornyet interesse for dette stoffet, men det er allerede enkelte tegn som peker i denne retningen.

Sentralstimulerende midler kan gi negative helseeffekter, særlig i høye doser, og det rapporteres noen dødsfall hvert år. For brukere av sentralstimulerende midler som opplever problemer vil det første kontaktpunktet med behandlingsapparatet ofte være sykehusenes akuttmottak. Det pågår prosjekter i Europa som har som mål å forbedre overvåkingen på dette området og utarbeide retningslinjer om effektive tiltak mot akutte narkotikarelaterte problemer i utelivsmiljøene. Selv om dødsfall relatert til sentralstimulerende midler forekommer relativt sjelden, skaper de mye bekymring, særlig når de rammer unge voksne som ellers er ved god helse. Nye psykoaktive stoffer med ukjent toksisitet som dukker opp, kompliserer bildet ytterligere. Et ferskt eksempel på dette er det ikke-kontrollerte sentralstimulerende middelet 4-MA, som dukket opp på det illegale narkotikamarkedet i 2009 og ble solgt enten som amfetamin eller blandet med amfetamin. Etter at en rekke dødsfall ble knyttet til dette stoffet, ble det

gjennomført en risikovurdering som ledet til en anbefaling om å kontrollere stoffet på europeisk nivå.

| Nye psykoaktive stoffer

Det registreres stadig flere nye psykoaktive stoffer i Europa som ofte er ment å skulle imitere effekten av kontrollerte stoffer. En del av disse stoffene selges direkte på det illegale markedet, mens andre – de såkalte "legal highs" – selges mer åpenlyst. Utviklingen på dette området skjer svært hurtig, og det dukker stadig opp nye stoffer. Iblant hender det også at nye stoffer etablerer seg som foretrukne stoffer på det illegale markedet; det seneste eksempelet på dette er mefedron. EUs system for tidlig varsling fortsetter å motta rapporter om ca. ett nytt stoff i uken i 2013. Cannabinoidreseptor-agonister, fenetylaminer og katinoner, som i stor grad er etterlikninger av populære illegale stoffer, har vært dominerende de siste årene. Den senere tid har det imidlertid vært flere stoffer fra mindre kjente og mer obskure kjemiske grupper blant de rapporterte stoffene. Mange av produktene som selges inneholder blandinger av stoffer, og mangelen på farmakologiske og toksikologiske data gjør det vanskelig å spekulere i de langsiktige helsekonsekvensene av bruken, men dataene viser stadig oftere at en del av disse stoffene forårsaker problemer som nødvendiggjør kliniske intervensjoner, og det er også registrert dødsfall.

Europakommisjonen arbeider med et nytt forslag om styrking av EUs respons på nye psykoaktive stoffer. Selv om bruk av nye psykoaktive stoffer først og fremst observeres blant unge rekreasjonsbrukere, har disse stoffene også i en viss grad fått innpass blant problembrukere. I land som har rapportert om episoder med heroinknapphet, er opioider til en viss grad blitt erstattet av syntetiske sentralstimulerende stoffer, særlig katinoner. Motivene for å gå over fra injeksjonsbruk av heroin til bruk av katinoner er uklare, men kan ha sammenheng med at de nye stoffene er lett tilgjengelige og at kvaliteten oppfattes som god. Fra et folkehelseperspektiv er det bekymringer knyttet til økende nivåer av injeksjonsbruk, psykiske helseproblemer og fysiske skader. Til nå har mange land prøvd ut en rekke forskjellige kontrolltiltak for å respondere på problemet med nye stoffer. Mindre i fokus, men like viktig, er behovet for å identifisere og gjennomføre hensiktsmessige etterspørselsreducerende tiltak.

1

**Cannabis er det stoffet som beslaglegges
klart oftest i Europa, noe som gjenspeiler
den høye prevalensen av cannabisbruk**

Forsyningssituasjonen i Europa

Europa is een belangrijke bestemming Europa er en viktig destinasjon for kontrollerte stoffer og spiller dessuten en begrenset rolle som transittområde for stoffer som transporteres til andre regioner. Latin-Amerika, Vest-Asia og Nord-Afrika er viktige opprinnelsesområder for stoffer som kommer til Europa, men dynamikken i det moderne narkotikamarkedet gjør at andre regioner i verden også får stadig større betydning. Europa er også en produksjonsregion for cannabis og syntetiske stoffer. Mens praktisk talt all cannabis som produseres i Europa er ment for lokalt forbruk, blir enkelte av de syntetiske stoffene produsert for eksport til andre regioner.

Den økende tilgjengeligheten av "nye psykoaktive stoffer" som ikke er kontrollert i henhold til de internasjonale narkotikakonvensjonene, er en relativt ny utvikling i de europeiske narkotikamarkedene. Disse stoffene, som ofte er produsert utenfor Europa, kan kjøpes via nettbutikker og spesialbutikker og iblant også sammen med kontrollerte stoffer på det illegale narkotikamarkedet.

Overvåking av forsyningssituasjonen

Analysene i dette kapittelet er basert på en rekke forskjellige datakilder: narkotikabeslag, destruerte anlegg for produksjon av narkotiske stoffer, beslag av kjemiske utgangsstoffer, lovbrudd relatert til forsyning av narkotika, detaljpriser på narkotika samt kriminaltekniske analyser av narkotikabeslag. Fullstendige datasett og omfattende metodeopplysninger finnes i Statistiske opplysninger. Det bør bemerkes at trender kan være påvirket av en rekke faktorer, blant annet nivået av rettshåndhevingstiltak og effektiviteten av forbudstiltak.

Dataene om nye psykoaktive stoffer er basert på rapporter til EUs system for tidlig varsling, som bygger på data fra EMCDDAs og Europol's nasjonale nettverk. For en full beskrivelse av denne ordningen, se EMCDDAs nettsted, under Action on new drugs.

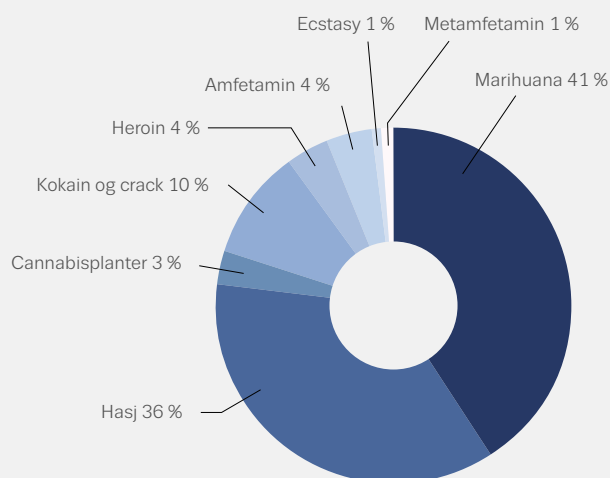
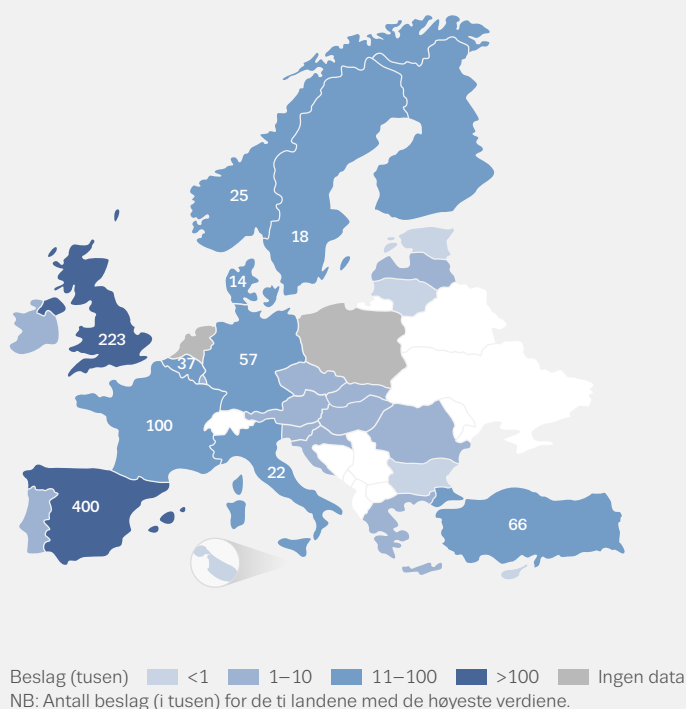
En million narkotikabeslag i Europa

Den langsiktige trenden for antall beslag av illegale narkotiske stoffer i Europa er klart oppadgående, med rundt en million rapporterte beslag i 2011. De fleste av disse var beslag av mindre kvanta hos brukere, men totalantallet inkluderer også beslag på flere kilo gjort hos smuglere og produsenter.

To land – Spania og Storbritannia – sto alene for flertallet av beslagene som ble gjort i 2011, men også Belgia og fire nordiske land rapporterte relativt høye tall. Et annet viktig land når det gjelder narkotikabeslag er Tyrkia, der en del av

FIGUR 1.1

Antall rapporterte beslag etter land (venstre), og andel av beslagene for de viktigste stoffene (høyre), 2011



narkotikaen som fanges opp er ment for bruk i andre land, både i Europa og i Midtøsten.

Cannabis er det stoffet som beslaglegges klart oftest i Europa, noe som gjenspeiler den høye prevalensen av cannabisbruk (figur 1.1). Kokain inntar andreplassen med omtrent dobbelt så mange beslag som det som er rapportert for amfetaminer og heroin. Antallet ecstasybeslag er lavere og har falt betraktelig de senere årene.

Cannabis: endringer i forsyningsmønstrene

Det er i hovedsak to forskjellige cannabisprodukter som tilbys på det europeiske narkotikamarkedet: marihuana og hasj. Det årlige forbruket av disse produktene kan grovt anslås til rundt 2 500 tonn.

Marihuanaen som finnes i Europa, blir både dyrket lokalt og smuglet inn fra naboland. Enkelte rapporter nevner også marihuana med opprinnelse i andre regioner, herunder Afrika. Det meste av hasjen importeres sjøveien eller med fly fra Marokko. På europeisk nivå er beslagene av hasj i gjennomsnitt større enn beslagene av marihuana.

I løpet av de siste ti årene har marihuanabeslag gått forbi hasjbeslag i antall, og utgjør nå mer enn halvparten av alle cannabisbeslag (figur 1.3). Dette henger til dels sammen

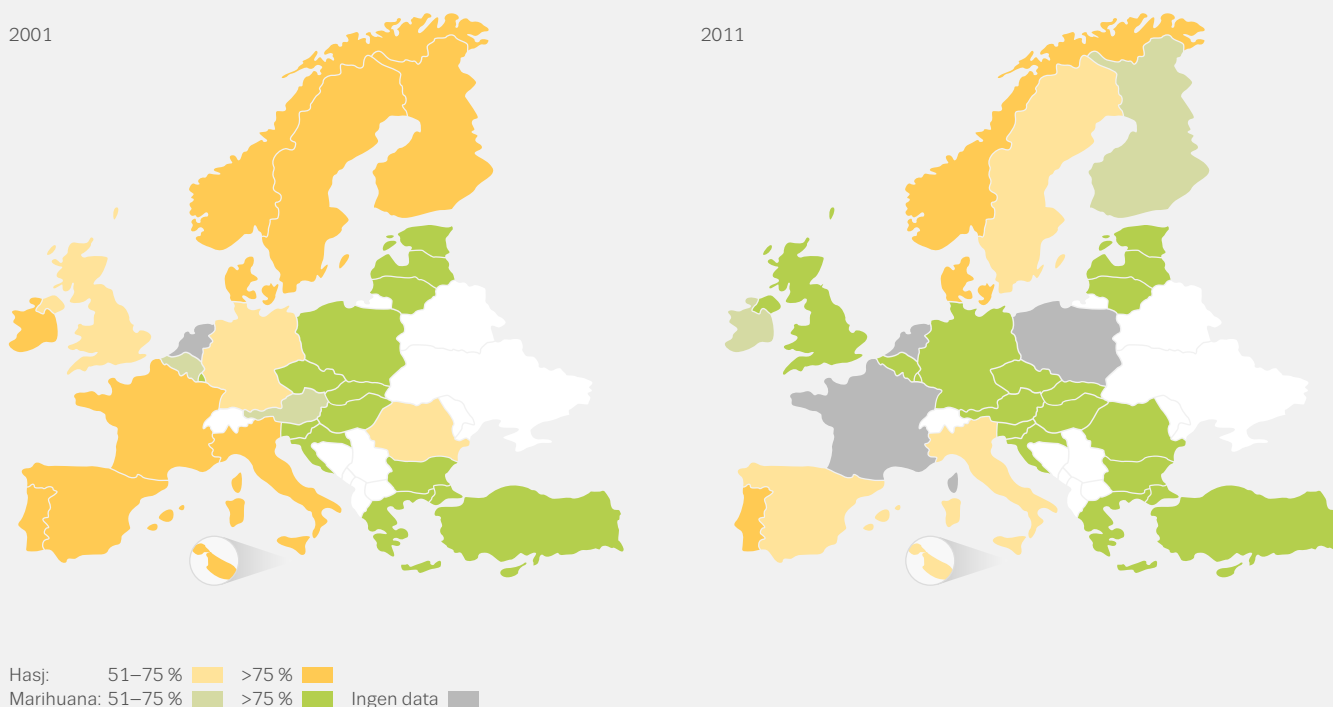
med den økende tilgjengeligheten av lokalprodusert marihuana i mange land. Men selv om de beslaglagte kvantaene av hasj har gått ned de siste årene, er de imidlertid fremdeles langt større enn de beslaglagte kvantaene av marihuana (483 tonn kontra 92 tonn i 2011).

Europeiske trender for cannabisbeslag må fortolkes i lys av det faktum at tallene fra et begrenset antall land er uforholdsmessig høye (figur 1.4). For eksempel sto Spania, med et stort nasjonalt marked og sin nærhet til Marokko for rundt to tredeler av de beslaglagte kvantaene av hasj som ble rapportert i Europa i 2011. Når det gjelder marihuana, har både Hellas og Italia rapportert om betydelige økninger i beslaglagte kvanta de senere årene. Siden 2007 har Tyrkia vært det landet som har beslaglagt mest marihuana.

I løpet av de siste ti årene har marihuanabeslagene gått forbi hasjbeslagene i antall, og utgjør nå mer enn halvparten av alle cannabisbeslag

FIGUR 1.2

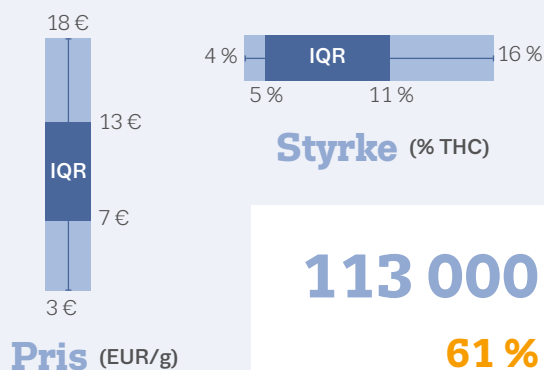
Dominerende cannabistype (hasj eller marihuana) i beslag gjort i 2001 og 2011



CANNABIS

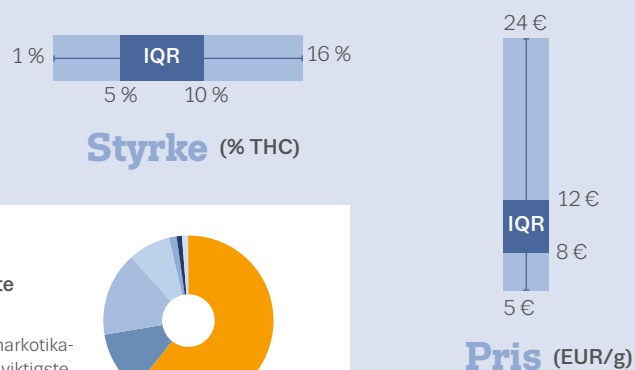
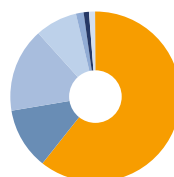
Hasj

483 tonn beslaglagt **345 000** beslag
504 tonn beslaglagt, inklusiv Tyrkia **353 000** beslag, inklusiv Tyrkia



Marihuana

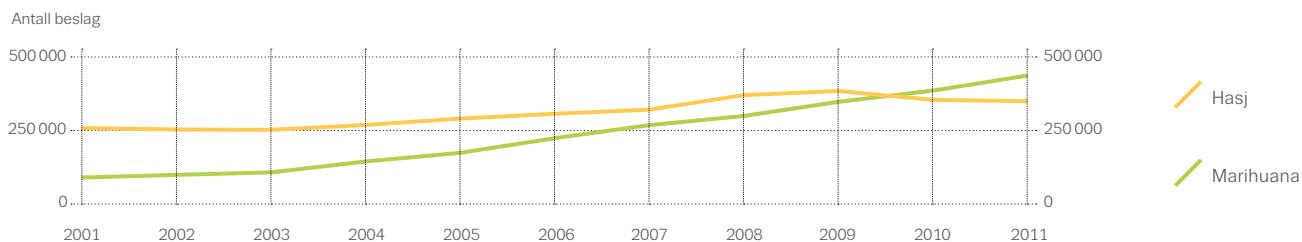
92 tonn beslaglagt **398 000** beslag
147 tonn beslaglagt, inklusiv Tyrkia **439 000** beslag, inklusiv Tyrkia

**113 000**Rapporterte
forsyningsrelaterte
lovbrudd**61 %**av handelsrelaterte narkotika-
lovbrudd for de seks viktigste
stoffene

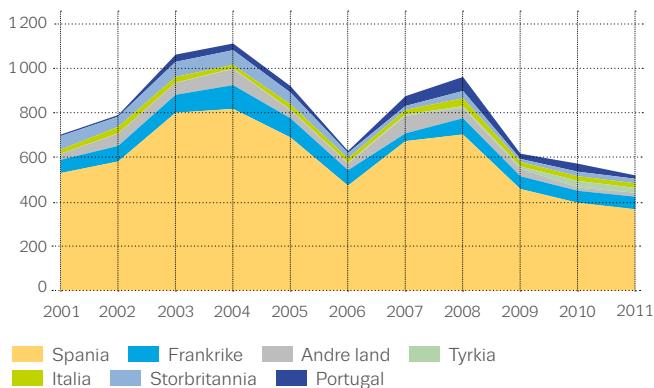
Pris og styrke på cannabisprodukter: nasjonale middelværdir, minimum, maksimum og interkvartil avstand (IQR).
 De ulike indikatorene dekker ulike land.

FIGUR 1.3

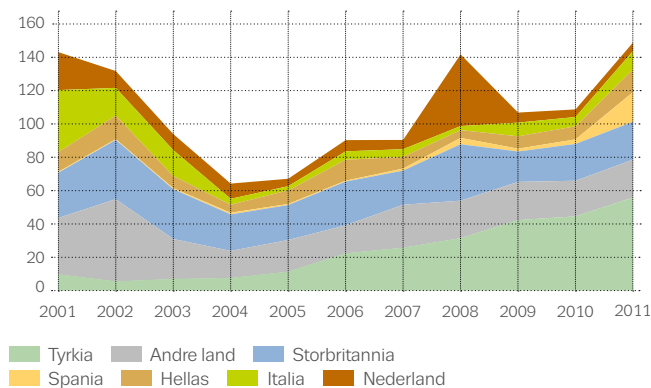
Antall cannabisbeslag og beslaglagte kvanta i tonn: hasj og marihuana, 2001–2011



Hasj (Tonn)



Marihuana (Tonn)



Beslag av cannabisplanter kan ses som en indikator på innenlandsk produksjon, selv om kvaliteten på dataene som er tilgjengelige på dette området, gjør sammenligning vanskelig. I 2011 ble det rapportert 31 000 beslag av cannabisplanter i Europa. Det totale antallet planter som ble rapportert beslaglagt, var 4,4 millioner, og det totale kvantumet var 33 tonn. Nederland rapporterte det høyeste antallet beslaglagte planter (2 millioner), etterfulgt av Italia (1 million) og Storbritannia (627 000), mens Spania (26 tonn) og Bulgaria (5 tonn) rapporterte de største beslagene etter vekt.

Heroin: tegn til nedgang

Tradisjonelt har to former for importert heroin vært tilgjengelig i Europa: 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 nå også produseres andre steder, er mindre vanlig. Det foregår dessuten fremdeles en viss produksjon av opioider i Europa, fremfor alt hjemmeproduserte valmueprodukter som rapporteres fra deler av Øst-Europa.

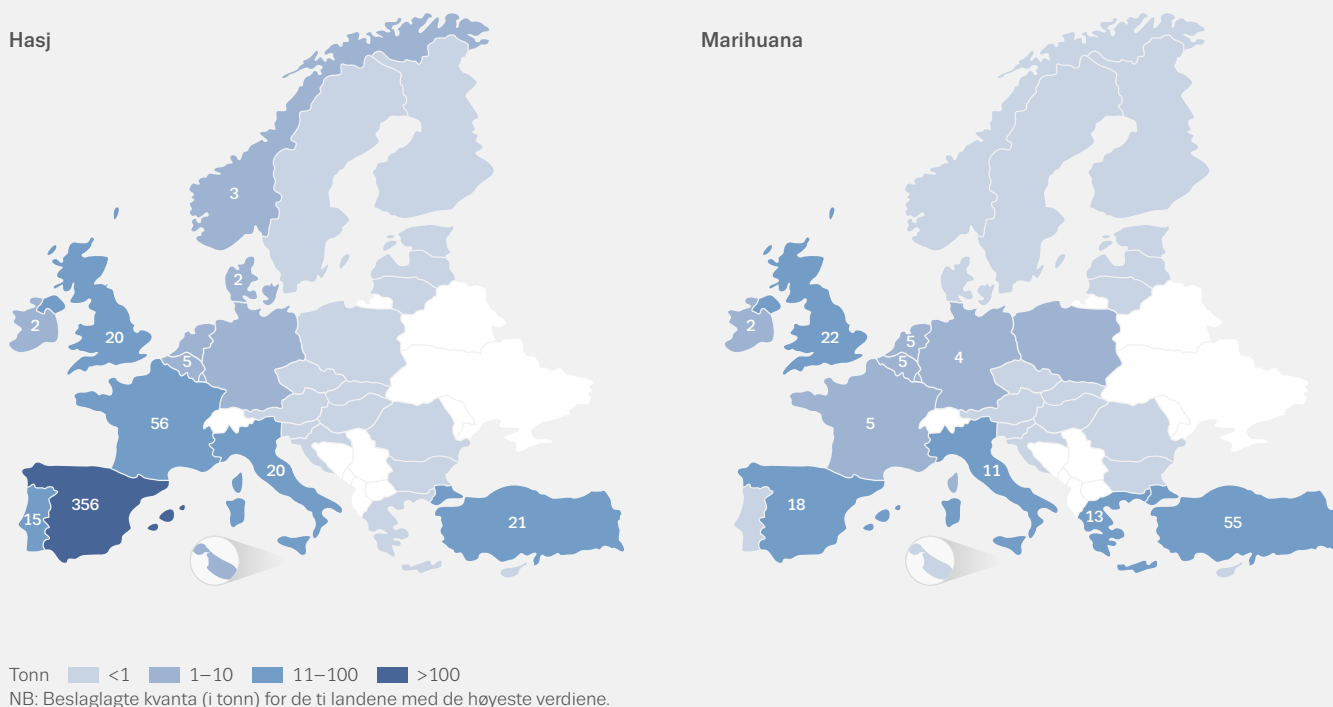
En ny dimensjon: syntetiske cannabinoidreceptor-agonister

Produkter som inneholder syntetiske cannabinoidreceptor-agonister (CRA), og som imiterer effektene av naturlig forekommende psykoaktive forbindelser i cannabis, er blitt stadig mer tilgjengelige den senere tid og har tilført cannabismarkedet en ny dimensjon. Disse produktene, som kan være ekstremt sterke, er nå rapportert av praktisk talt alle de europeiske landene. Pulver importeres i kvanta på flere kilo, hovedsakelig fra Asia, mens prosesseringen og emballeringen finner sted i Europa. Det er også mye som tyder på at kjemiske utgangsstoffer blir transportert via Europa. For eksempel ble det nylig beslaglagt nærmere 15 kilo av et rent CRA-pulver som var produsert i Kina men på vei til Russland.

Mengden heroin som ble beslaglagt i 2011, var den minste som er rapportert i løpet av de siste ti årene og tilsvarer omtrent halvparten av mengden som ble beslaglagt i 2001

FIGUR 1.4

Beslaglagte kvanta av hasj (venstre) og marihuana (høyre) i 2011



Afghanistan er fremdeles verdens største produsent av illegalt opium. Det antas at mesteparten av heroinen som finnes i Europa er produsert der eller, i mindre utstrekning, i nabolandene Iran og Pakistan. Det finnes to løselig definerte ruter for smugling av heroin til Europa; "Balkan-ruten", som skjærer vestover gjennom Tyrkia og til Balkan (Bulgaria, Romania og Albania) og videre til Sentral-, Sør- og Vest-Europa, har tradisjonelt vært den viktigste. En annen og nyere smuglerrute er den "nordlige ruten", eller

"silkeveien", som går nordover til Russland via de tidligere sovjetrepublikkene i Sentral-Asia. Generelt later det imidlertid til at situasjonen nå er blitt mer dynamisk, idet heroinforsendelser fra Iran og Pakistan også kommer til Europa med fly eller sjøveien, enten direkte eller gjennom Vest- og Øst-afrikanske land.

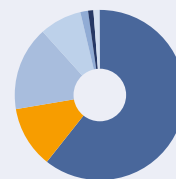
HEROIN

6,1 tonn beslaglagt

40 500 beslag

13,4 tonn beslaglagt,
inklusive Tyrkia43 800 beslag,
inklusive Tyrkia**Renhet (%)**

143 €

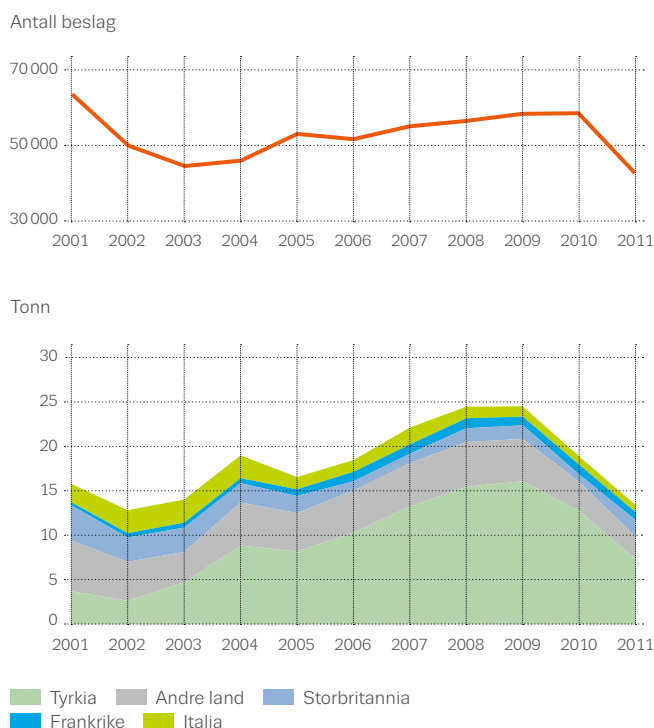
**Pris (EUR/g)**23 300 rapporterte
forsyningsrelaterte lovbrudd12 % av handelsrelaterte
narkotikalovbrudd for
de seks viktigste stoffene

Pris og renhet på "brun heroin": nasjonale middelveier, minimum, maksimum og interkvartil avstand (IQR).

De ulike indikatorene dekker ulike land.

FIGUR 1.5

Antall heroinbeslag og beslaglagte kvanta, 2001–2011

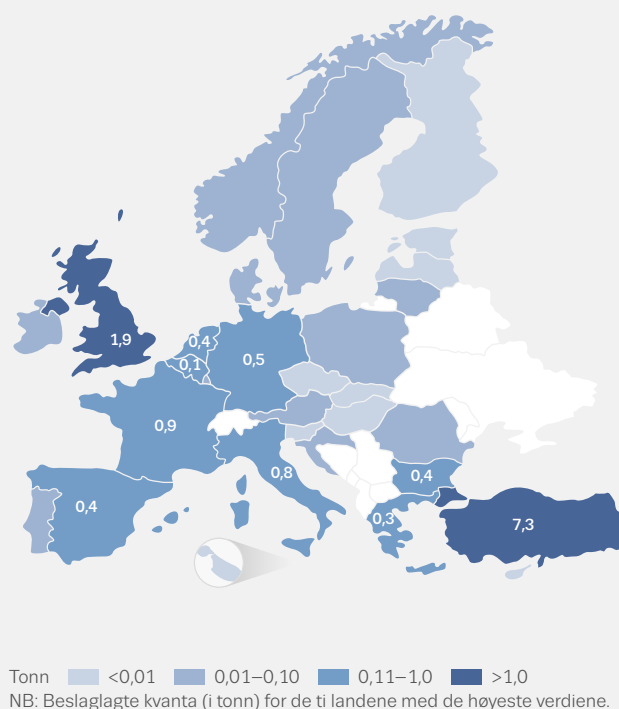


Mengden heroin som ble beslaglagt i 2011 (6,1 tonn), var den minste som er rapportert i løpet av de siste ti årene og tilsvarer omtrent halvparten av mengden som ble beslaglagt i 2001 (12 tonn). Antallet rapporterte beslag har også falt i perioden 2001–11, fra en topp på 63 000 i 2001 til anslagsvis 40 500 i 2011. Dette fallet kan til en viss grad forklares av at størrelsen på beslagene i Tyrkia har økt i perioden 2002–2009 slik at landet hvert år siden 2006 har beslaglagt mer av stoffet enn alle de andre landene til sammen (figur 1.5). Beslaglagte mengder rapportert av Tyrkia i 2010 og 2011 viste imidlertid en betydelig nedgang.

I tillegg til den observerte nedgangen i heroinbeslag og lovbrudd relatert til forsyning av heroin er det også blitt rapportert om mer akutte kortvarige markedssjokk, sannsynligvis utløst av virkningsfulle bekjempelsestiltak langs Balkan-ruten. I en rekke land med relativt store befolkninger av heroinbrukere ble det observert herointørke i slutten av 2010 og begynnelsen av 2011, og bare en del av disse markedene synes å ha hentet seg inn igjen etter dette.

FIGUR 1.6

Beslaglagte kvanta av heroin, 2011



Kokain: diversifisering av smuglerrutene?

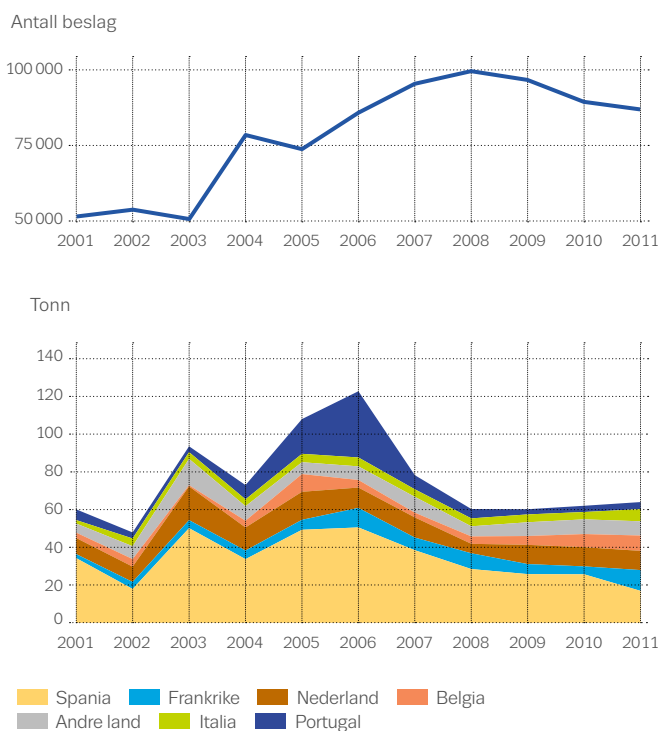
To former for kokain er tilgjengelig i Europa, og den mest utbredte er kokainpulver (HCl, et hydrokloridsalt). Crack (kokain som røykes) er mindre vanlig. Kokain utvinnes fra bladene på kokaplanten. Stoffet produseres nesten utelukkende i Bolivia, Colombia og Peru, og transporteres til Europa både med fly og sjøveien. Den viktigste smuglerruten til Europa synes å være via den iberiske halvøy (Spania og Portugal), men økende bruk av containerfrakt gjør at de største havnene i Belgia, Nederland og andre vesteuropeiske land nå kan ha fått større betydning. Store individuelle beslag gjort i havner i Bulgaria, Hellas, Romania og baltiske land er noen av de nyeste tegnene den senere tid på at det foregår en diversifisering av smuglerrutene for kokain til Europa.

En del av kokainen som kommer til Europa, er ikke klargjort for salg, og det er blitt oppdaget flere illegale laboratorier i Europa de senere årene. Spania oppdaget og destruerte 73 anlegg i perioden 2008–2010. De fleste var laboratorier som drev med etterekstraksjon av kokain fra bærere som bivoks, gjødsel, klær, plast, næringsmidler eller klær.

Det ble i 2011 rapportert ca. 86 000 beslag av kokain i Europa, og til sammen ble det beslaglagt 62 tonn av stoffet. Dette representerer en nedgang på 50 % fra de 120 tonnene med kokain som ble beslaglagt i toppåret 2006. Antallet beslag har også falt, men dette fallet er

FIGUR 1.7

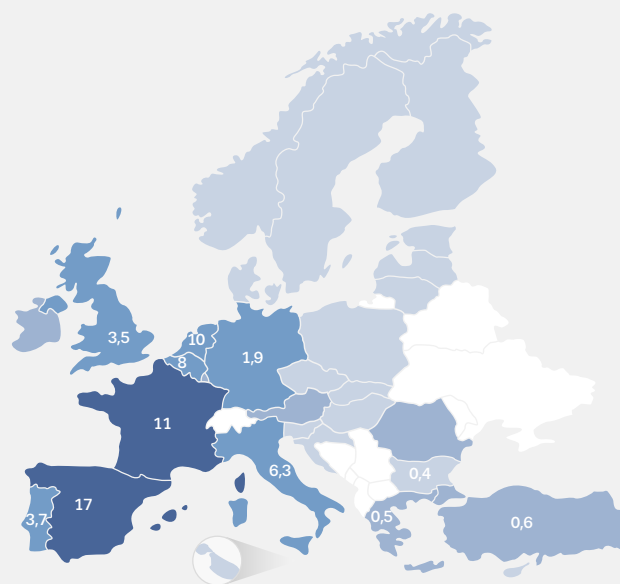
Antall kokainbeslag og beslaglagte kvanta, 2001–2011



mindre markant – fra en topp på 100 000 beslag i 2008 (figur 1.7). Nedgangen i mengden kokain som beslaglegges er aller klarest på den iberiske halvøy, der den samlede mengden som ble beslaglagt i Spania og Portugal falt fra 84 tonn i 2006 til 20 tonn i 2011. Dette tilsvarer omtrent mengdene som ble beslaglagt i Nederland og Belgia, som til sammen rapporterte kokainbeslag på 18 tonn i 2011. Det ble rapportert rekordbeslag fra Frankrike (11 tonn) og

FIGUR 1.8

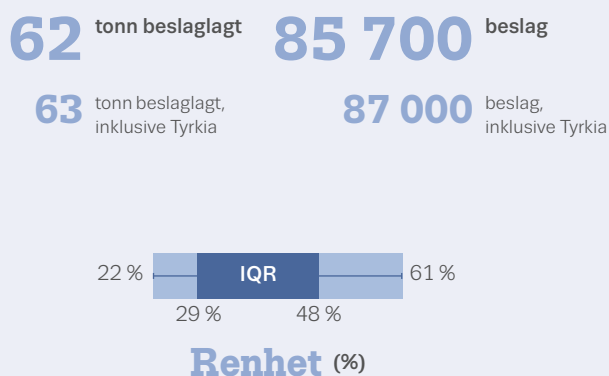
Beslaglagte kvanta av kokain, 2011



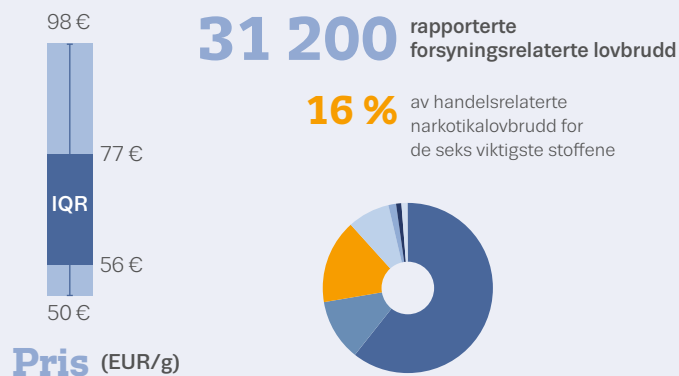
Tonn <0,1 0,1–1,0 1,1–10 >10
NB: Beslaglagte kvanta (i tonn) for de ti landene med de høyeste verdiene.

Italia (6 tonn) i 2011. Det er uklart hvorvidt endringene i mengden kokain som beslaglegges i europeiske land gjenspeiler generelle endringer i forsyningsmønsteret, endrede rettshåndhevingspraksiser eller innføring av nye operasjonelle metoder i smuglerorganisasjonene.

KOKAIN



Pris og renhet på kokain: nasjonale middelværdier, minimum, maksimum og interkvartil avstand (IQR).



De ulike indikatorene dekker ulike land.



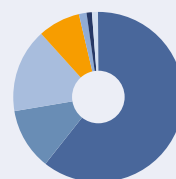
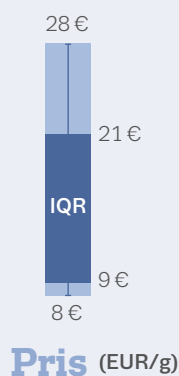
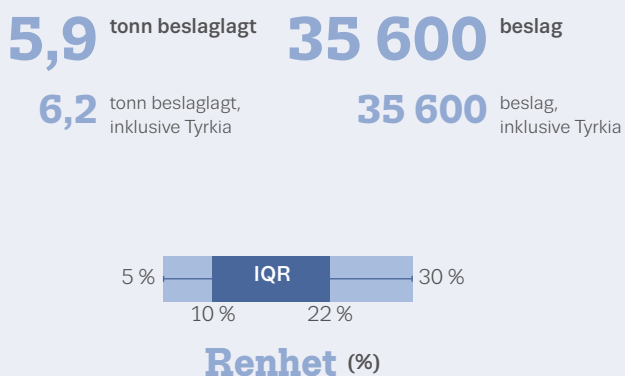
Amfetaminer: tegn til mer metamfetamin

Metamfetamin og amfetamin, som går under samlebetegnelsen amfetaminer, er to nært beslektede syntetiske sentralstimulerende stoffer som i utgangspunktet ble utviklet for bruk i medisinsk behandling. I Europa har amfetamin alltid vært det mest utbredte av de to, men det er nå tegn som tyder på at metamfetamin blir stadig mer tilgjengelig.

Begge stoffene blir produsert i Europa for salg på det europeiske markedet, men noe amfetamin blir også produsert for eksport, hovedsakelig til Midtøsten. Produksjonsteknikkene kan være relativt sofistikerte og gi store produksjonskvanta. Samme utstyr og personell kan også benyttes til å produsere andre syntetiske stoffer som MDMA (ecstasy). Mye av produksjonen finner sted i Belgia, Nederland, Polen og de baltiske landene, men det er også funnet laboratorier i andre land, f.eks. Bulgaria, Tyskland og Ungarn. Et stort antall produksjonsanlegg for metamfetamin er rapportert fra Tsjekkia. De fleste av disse er småskalaoperasjoner ment for produksjon til de involvertes egen bruk, men det er også avdekket en del laboratorier der det har foregått produksjon i større skala, både for salg lokalt og eksport til naboland. Produksjonen av metamfetamin i de baltiske landene synes også å økt i omfang. Herfra eksporteres stoffet til de skandinaviske landene, der det kan ha begynt å erstatte amfetamin.

Etter en periode med høyere nivåer, både med hensyn til antall beslag og kvanta, er amfetaminbeslagene i 2011 tilbake på omtrent det samme nivået som ble observert i 2002

AMFETAMIN

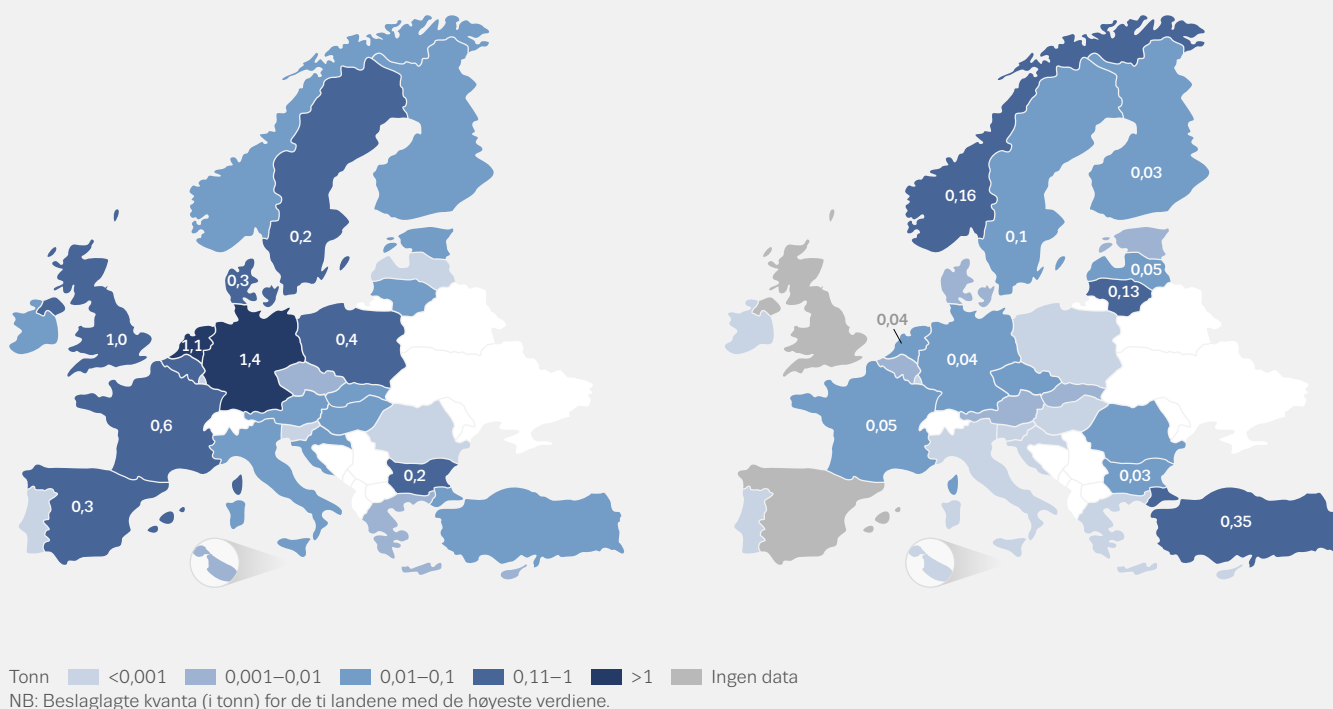


Pris og renhet på amfetamin: nasjonale middelerverdier, minimum, maksimum og interkvartil avstand (IQR).

De ulike indikatorene dekker ulike land.

FIGUR 1.9

Beslaglagte kvanta av amfetamin (venstre) og metamfetamin (høyre) i 2011



Det ble rapportert om lag 45 000 beslag av amfetaminer i 2011. Av disse står amfetamin for 35 600 (5,9 tonn) mens metamfetamin står for 9 400 (0,7 tonn). Etter en periode med høyere nivåer, både med hensyn til beslagsantall og kvanta, er amfetaminbeslagene i 2011 tilbake på omtrent det samme nivået som ble observert i 2002 (figur 1.10).

Derimot har beslagene av metamfetamin økt i samme periode, selv om de fremdeles er beskjedne både med hensyn til antall og kvanta (figur 1.11).

METAMFETAMIN

0,7 tonn beslaglagt

1,0 tonn beslaglagt,
inklusive Tyrkia

9 400 beslag

9 500 beslag,
inklusive Tyrkia



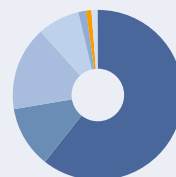
Renhet (%)



Pris (EUR/g)

2 200 rapporterte
forsyningsrelaterte lovbrudd

1 % av handelsrelaterte
narkotikalovbrudd for
de seks viktigste stoffene



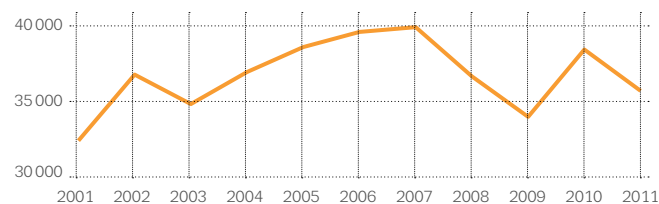
Pris og renhet på metamfetamin: nasjonale middelværddier, minimum, maksimum og interkvartil avstand (IQR).

De ulike indikatorene dekker ulike land.

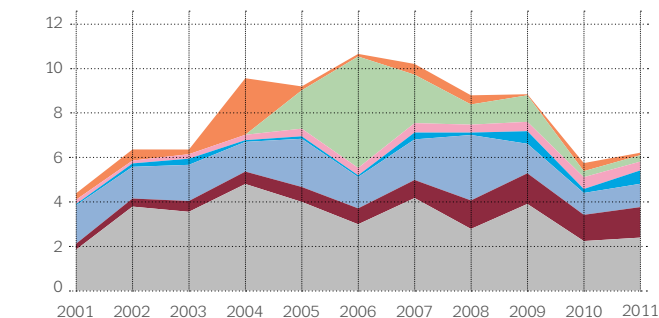
FIGUR 1.10

Antall amfetaminbeslag og beslaglagte kvanta, 2001–2011

Antall beslag



Tonn

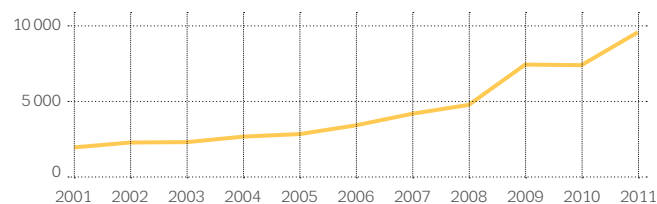


Andre land Tyskland Storbritannia
Frankrike Polen Tyrkia Belgia

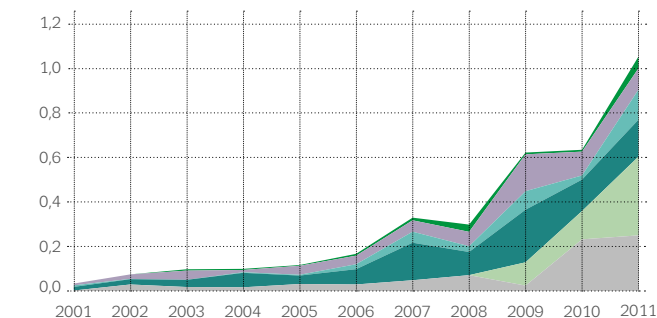
FIGUR 1.11

Antall metamfetaminbeslag og beslaglagte kvanta, 2001–2011

Antall beslag



Tonn



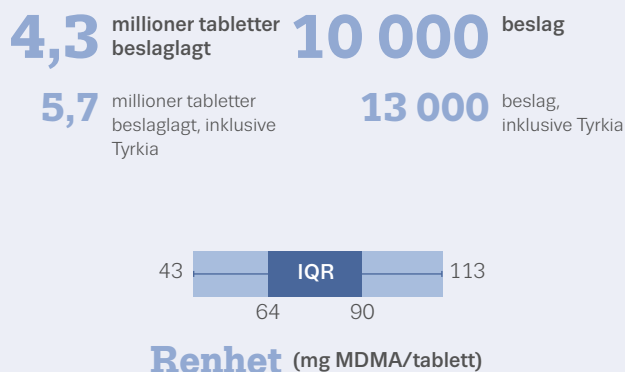
Andre land Tyrkia Norge Litauen
Sverige Latvia

Ecstasy: et comeback i emning?

Ecstasy viser som regel til det syntetiske stoffet MDMA, som er kjemisk beslektet med amfetamin, men med til dels andre virkninger. Imidlertid kan tabletter som selges som ecstasy også inneholde forskjellige MDMA-lignende stoffer og andre ubeslektede kjemikalier.

Produksjonen av ecstasy i Europa nådde trolig en topp i 2000, da 50 laboratorier ble rapportert avdekket. Dette tallet var nede i tre i 2010 og fem i 2011, noe som tyder på at produksjonsnivåene i Europa har gått ned. Nederland har rapportert det høyeste antallet avdekkede laboratorier over det siste tiåret, etterfulgt av Belgia, noe som tyder på at en stor del av produksjonen av dette stoffet foregår i dette geografiske området.

ECSTASY

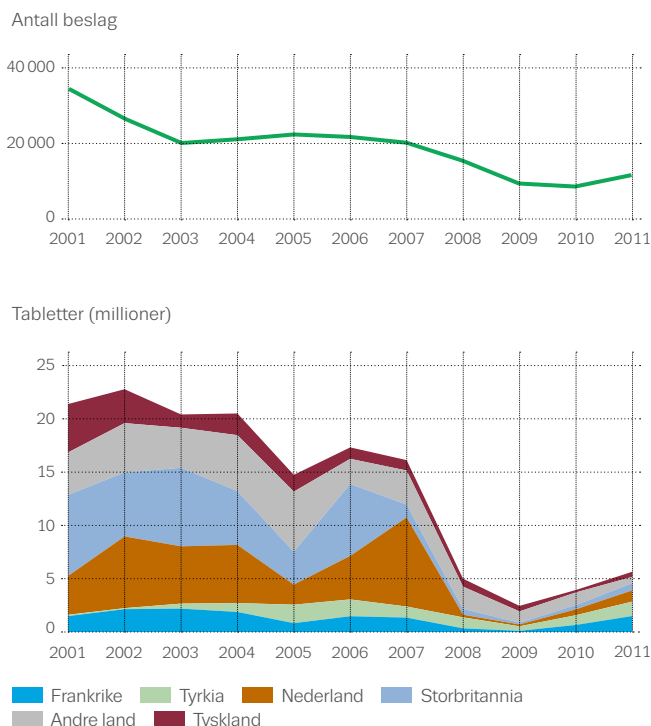


Pris og renhet på ecstasytabletter: nasjonale middelværdier, minimum, maksimum og interkvartil avstand (IQR).

De ulike indikatorene dekker ulike land.

FIGUR 1.12

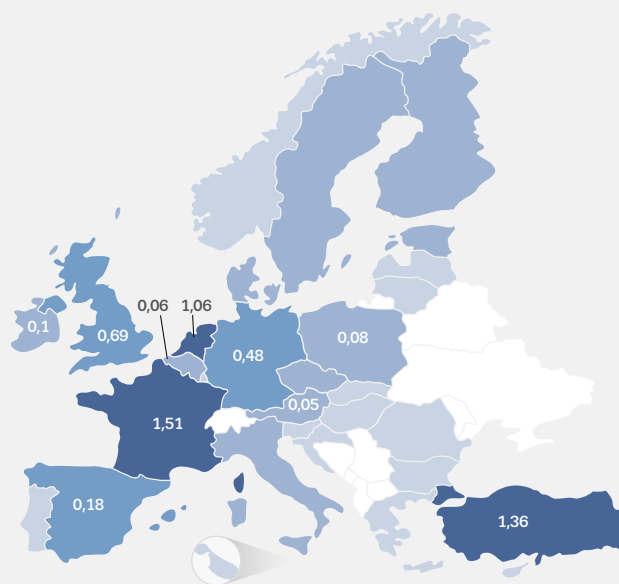
Antall ecstasybeslag og beslaglagte tabletter, 2001–2011



Beslagene av ecstasy har falt betraktelig siden 2007 (figur 1.12), og det nyeste tallet på 4,3 millioner ecstasytabletter utgjør bare en brøkdel av antallet tabletter som ble beslaglagt i toppåret 2002 (23 millioner). Antallet lovbrudd relatert til forsyning av ecstasy har også gått kraftig ned; fra 2006 til 2011 ble det redusert med to tredeler og utgjør nå bare om lag 1 % av alle lovbrudd relatert til forsyning av de viktigste narkotiske stoffene. Disse nedadgående trendene har vært tilskrevet styrket kontroll og målrettede beslag av PMK, det viktigste utgangsstoffet som brukes i produksjonen av MDMA. Dette har muligens også gitt seg utslag i en vesentlig endring i innholdet i "ecstasy"-tablettene som selges i Europa; bare tre land rapporterte at størsteparten av tablettene som ble analysert i 2009, inneholdt MDMA-lignende stoffer. Det finnes imidlertid indikasjoner på at ecstasy-markedet har tatt seg opp igjen den senere tiden, selv om det fremdeles er langt under nivåene som ble observert tidligere. MDMA synes å ha blitt mer vanlig, og pulver med høy renhet er tilgjengelig i deler av Europa. Ecstasy-produsenter kan ha respondert på kontrolltiltak rettet mot utgangsstoffer ved å gå over til å bruke såkalte "pre-prekursorer" eller "maskerte utgangsstoffer" – dvs. kjemikalier som kan importeres lovlig som ikke-kontrollerte stoffer og deretter omdannes til utgangsstoffene som inngår i produksjonen av MDMA.

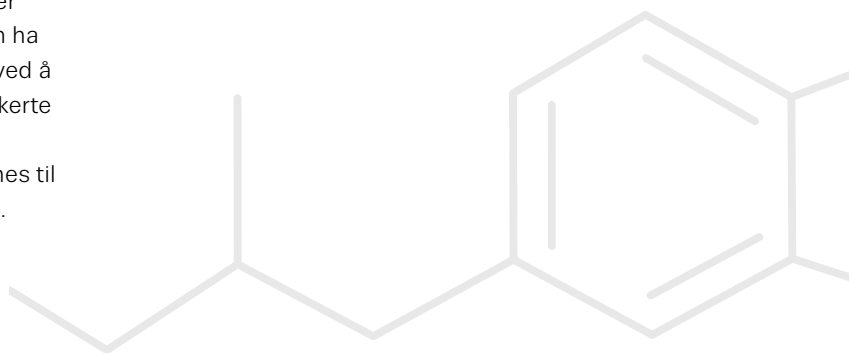
FIGUR 1.13

Beslaglagte kvanta av ecstasy, 2011



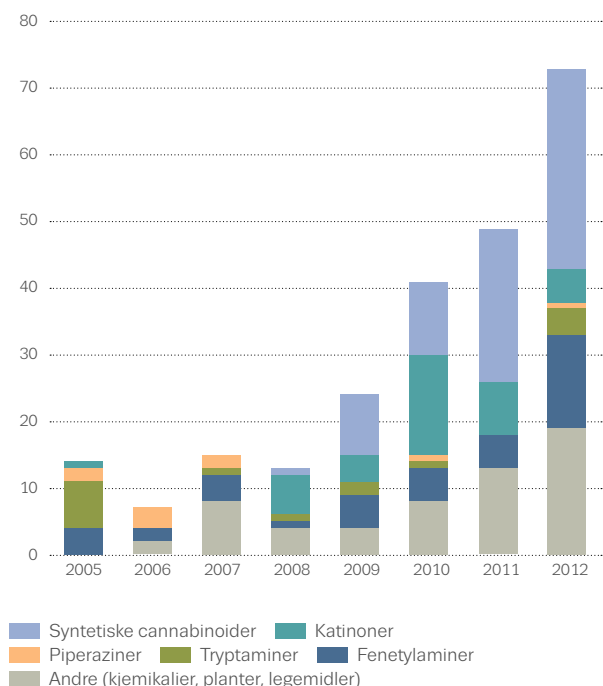
Tabletter (millioner) <0,01 0,01–0,1 0,11–1,0 >1,0
 NB: Beslaglagte kvanta (i antall tabletter) for de ti landene med de høyeste verdiene.

Beslagene av ecstasy har falt betraktelig siden 2007, og det nyeste tallet på 4,3 millioner ecstasytabletter utgjør bare en brøkdel av antallet som ble beslaglagt i toppåret 2002



FIGUR 1.14

Antall nye psykoaktive stoffer meldt til EUs system for tidlig varsling, etter hovedgruppe, 2005–2012



I 2012 ble 73 nye psykoaktive stoffer innrapportert for første gang av medlemsstatene gjennom EUs system for tidlig varsling

Nye stoffer: flere tilgjengelige stoffer

Analysen av narkotikamarkedet kompliseres av at det dukker opp nye (psykoaktive) stoffer – kjemiske eller naturlige stoffer som ikke er kontrollert i henhold til internasjonalt regelverk, og som er produsert med det formål å imitere effektene av kontrollerte narkotiske stoffer. I noen tilfeller blir de nye stoffene produsert i hemmelige laboratorier i Europa og deretter solgt direkte på markedet. Andre kjemikalier blir importert fra leverandører, ofte i Kina eller India, og deretter pakket i attraktiv emballasje og solgt som "legal highs" i Europa. Betegnelsen "legal highs" er misvisende ettersom stoffene kan være kontrollert i enkelte medlemsstater eller være i strid med forbrukervern- eller markedsføringsregelverket dersom de blir solgt for menneskelig konsum. For å omgå kontroll blir produktene ofte merket på en villedende måte, for eksempel som "forskningskjemikalier" eller "plantenæring", med erklæringer om at produktet ikke er ment for menneskelig konsum.

I 2012 ble 73 nye psykoaktive stoffer innrapportert for første gang av medlemsstatene gjennom EUs system for tidlig varsling (figur 1.14). Av disse var 30 syntetiske cannabinoidreseptor-agonister, noe som gjenspeiler forbrukernes etterspørsel etter cannabislignende produkter. Nitten forbindelser (herunder planter og legemidler) samsvarte ikke med noen av de kjente kjemiske hovedgruppene. Det ble rapportert 14 nye

substituerte fenetylaminer, som er det høyeste antallet siden 2005.

Internett har blitt en viktig markeds plass for nye psykoaktive stoffer, og EMCDDA gjennomfører derfor jevnlig undersøkelser som gir et øyeblikksbilde av hvor mange internetbutikker som tilbyr produkter til europeiske forbrukere. Antallet identifiserte internetbutikker fortsetter å øke og var oppe i 693 i januar 2012.

Etter hvert som nye psykoaktive stoffer blir gjenstand for kontrolltiltak, blir de som regel raskt erstattet, noe som gjør det svært utfordrende å sette inn tiltak på dette området. Mefedron er imidlertid et eksempel på et nytt stoff som har etablert seg som et ettertraktet stoff på markedet for illegale sentralstimulerende midler. Til tross for at kontrolltiltak er iverksatt over hele EU later stoffet fremdeles til å være tilgjengelig i en del land, der det selges på det illegale markedet. Fremdeles kan stoff som ble importert før forbudet være i omløp, og illegal import kan fortsatt foregå. Dette sammen med den nylige oppdagelsen av et produksjonsanlegg for mefedron i Polen, med forbindelser til internasjonale organiserte kriminelle grupper og beviser på at stoffet hadde blitt smuglet derfra til andre europeiske land, representerer en bekymringsfull utvikling.

FINN UT MER

Publikasjoner fra EMCDDA**2012**

Cannabis production and markets in Europe, EMCDDA Insights nr. 12.

2011

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

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications. Sammendragsrapport fra EMCDDAs "trendspottermøte" 18.–19. oktober 2011.

Tiltak mot nye psykoaktive stoffer, Fokus på narkotika nr. 22.

Publikasjoner fra EMCDDA og Europol**2013**

Annual report on the Implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report: a strategic analysis.

2011

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

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

2

**Minst 85 millioner voksne europeere,
dvs. rundt en firedel av Europas
voksne befolkning, har på ett eller
annet tidspunkt i livet brukt
et illegalt rusmiddel**

Narkotikabruk og narkotikarelaterte problemer

Arbeidet med å overvåke bruk av narkotika og skadene forbundet med dette kompliseres av en rekke faktorer. Illegale narkotiske stoffer blir for eksempel brukt på en rekke forskjellige måter, og bruksmønstrene kan omfatte alt fra eksperimentell og sporadisk til daglig og langvarig bruk. Risikoene den enkelte brukeren eksponeres for, vil også avhenge av mange forskjellige faktorer, som hvilken dose som er inntatt, inntaksmåten, samtidig bruk av andre rusmidler, bruksepisodenes antall og varighet og den enkeltes sårbarhet.

Overvåking av narkotikabruk og narkotikarelaterte problemer

Overvåkingen av narkotikabruk og narkotikarelaterte skadevirkninger i Europa er hovedsakelig basert på fem epidemiologiske nøkkelindikatorer: narkotikabruk i befolkningen generelt, problematisk bruk av narkotika, narkotikarelaterte dødsfall og dødelighet, narkotikarelaterte smittsomme sykdommer og etterspørsel etter narkotikabehandling. Informasjon om disse indikatorene, inklusive metodeopplysninger, finnes på EMCDDAs nettsted, under Key indicators, og i Statistiske opplysninger.

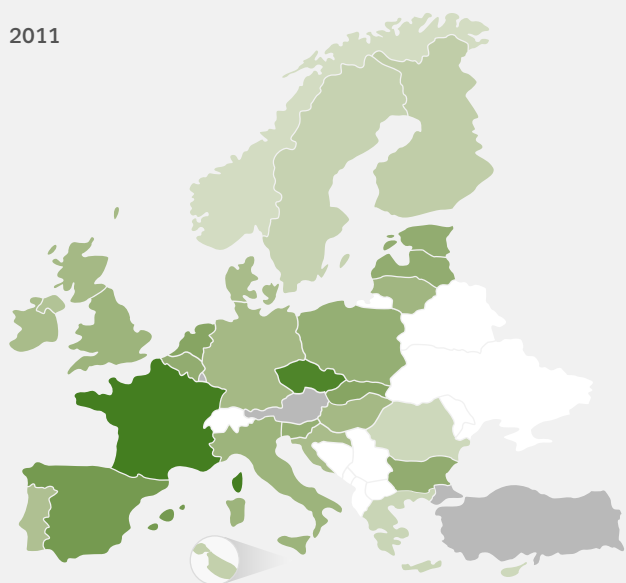
En firedel av Europas voksne befolkning har brukt illegale rusmidler

Minst 85 millioner voksne europeere, dvs. rundt en firedel av Europas voksne befolkning, har på ett eller annet tidspunkt i livet brukt et illegalt rusmiddel. Flesteparten oppgir å ha brukt cannabis (77 millioner). For andre narkotiske stoffer er estimatene for livstidsbruk langt lavere: 14,5 millioner for kokain, 12,7 millioner for amfetaminer og 11,4 millioner for ecstasy. Det er store variasjoner når det gjelder nivåene av livstidsbruk av narkotika som rapporteres i Europa – fra rundt en tredel av alle voksne i

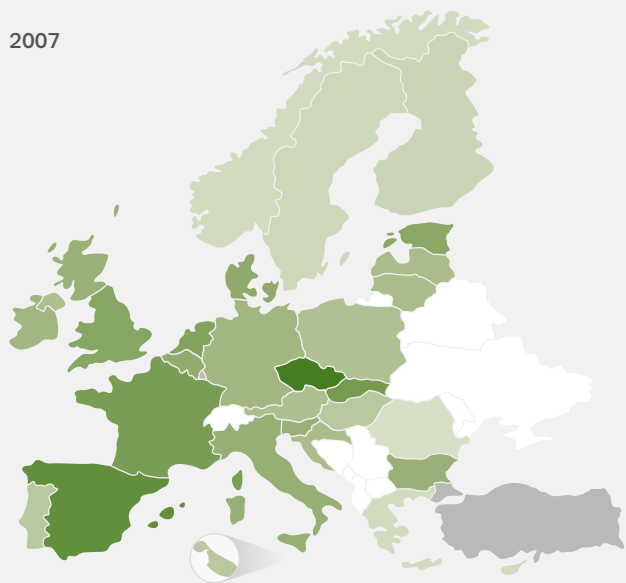
FIGUR 2.1

Livstidsprevalens av bruk av cannabis blant 15–16-årige skoleelever

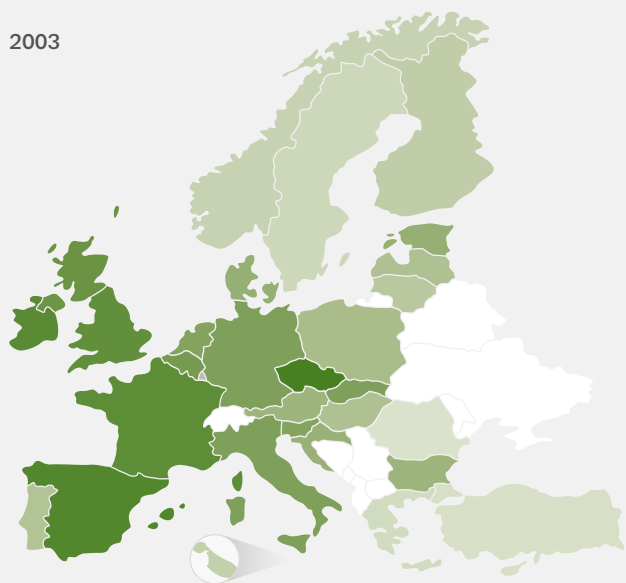
2011



2007



2003



2 % 10 20 30 40 45 % Ingen data

NB: ESPAD-data og nasjonale undersøkelser for Spania og Storbritannia.

Danmark, Frankrike og Storbritannia til mindre enn en tidel i Bulgaria, Hellas, Ungarn, Romania og Tyrkia.

Cannabis: stabile eller fallende trender i landene med høyest prevalens

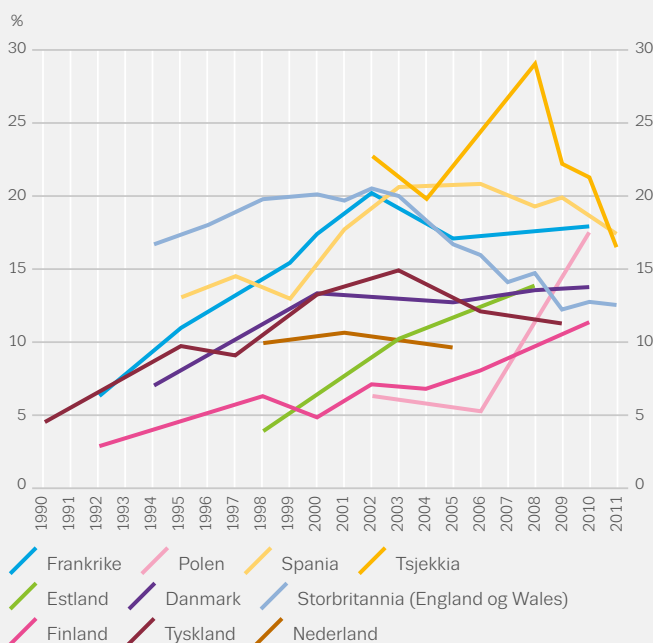
Cannabisprodukter blir for det meste røykt, ofte blandet med tobakk. Bruksmønstrene for cannabis varierer fra det sporadiske eller eksperimentelle til det regelmessige og avhengighetspregede, og cannabisrelaterte problemer er sterkt forbundet med hyppig bruk og større konsum. Helseeffektene kan omfatte luftveisproblemer, psykiske helseproblemer og avhengighet. Enkelte av de nye syntetiske cannabinoidreseptor-agonistene kan være ekstremt sterke, og akutte negative konsekvenser rapporteres i stadig større grad.

Cannabis er det illegale rusmiddelet som har høyest sannsynlighet for å bli prøvd av europeiske skoleelever. I ESPAD-undersøkelsen fra 2011 varierer livstidsprevalensen av bruk av cannabis blant 15–16-årige skoleelever fra 5 % i Norge til 42 % i Tsjekkia (figur 2.1). Kjønnsskjellene varierte fra 1:1 til 2,5 gutter for hver jente. Når det gjelder den generelle trenden i Europa, økte cannabisbruken blant skoleelevene i perioden 1995–2003, før den falt litt i 2007 og siden har holdt seg stabil. I denne perioden har en fallende tendens for cannabisbruk vært merkbar i mange av landene som rapporterte høye prevalensnivåer i de tidligste undersøkelsene. I samme periode økte nivåene av cannabisbruk blant skoleelever i mange av landene i Sentral- og Øst-Europa, slik at situasjonen holdt seg noenlunde stabil i Europa sett under ett. I de seks landene som har rapportert nasjonale skoleundersøkelser gjennomført etter ESPAD-undersøkelsen (2011/2012), er prevalensen av cannabisbruk blant skoleelever stabil eller svakt fallende.

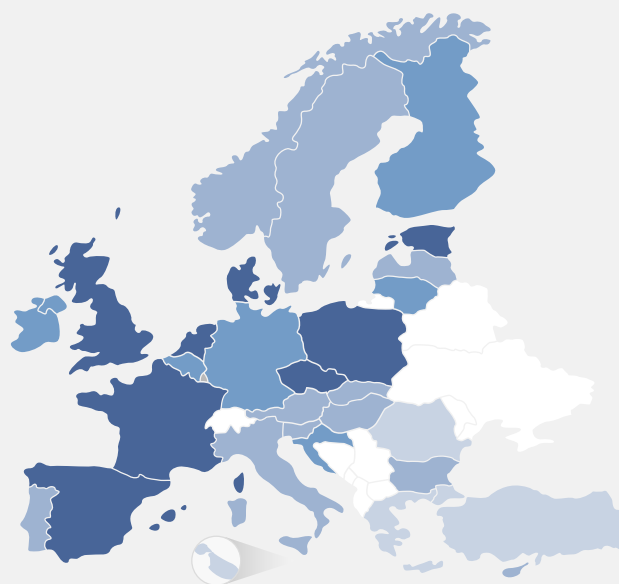
Anslagsvis 15,4 millioner unge europeere (15–34) (11,7 % av denne aldersgruppen) brukte cannabis det siste året. Av disse var 9,2 millioner i aldersgruppen 15–24 (14,9 %). Cannabisbruken er generelt høyere blant menn. Blant unge voksne følger de langsiktige trendene stort sett det samme mønsteret som trendene blant skoleelever, med gradvis økning i en del av landene med lave prevalensnivåer og nedgang i landene med høyere prevalensnivåer. Med unntak av Polen og Finland rapporterer alle landene som har rapportert nyere undersøkelser (2010 eller senere) stabile eller fallende trender blant unge voksne (figur 2.2). Få av de nasjonale undersøkelsene rapporterer om bruk av syntetiske cannabinoidreseptor-agonister, og i de som gjør det, er prevalensnivåene generelt lave.

FIGUR 2.2

Siste års prevalens av cannabisbruk blant unge voksne; utvalgte trender og nyeste data



NB: Trender for ti land med den høyeste prevalensen og minst tre undersøkelser.



% 0-4 4,1-8 8,1-12 >12

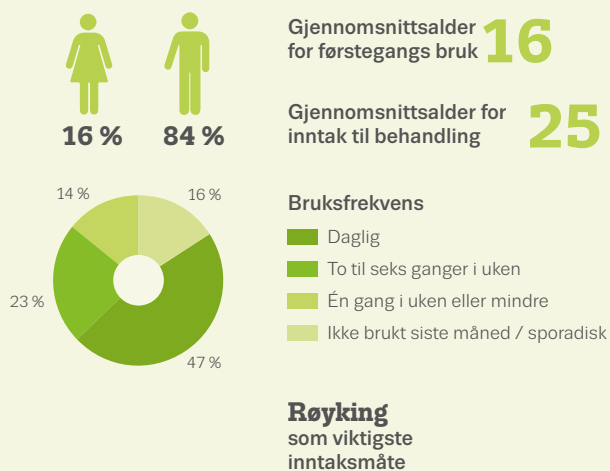
Over 3 millioner daglige cannabisbrukere og økende etterspørsel etter behandling

Et betydelig mindretall av cannabisbrukerne bruker stoffet intensivt. Daglig eller nesten daglig bruk defineres som bruk 20 eller flere dager den siste måneden før

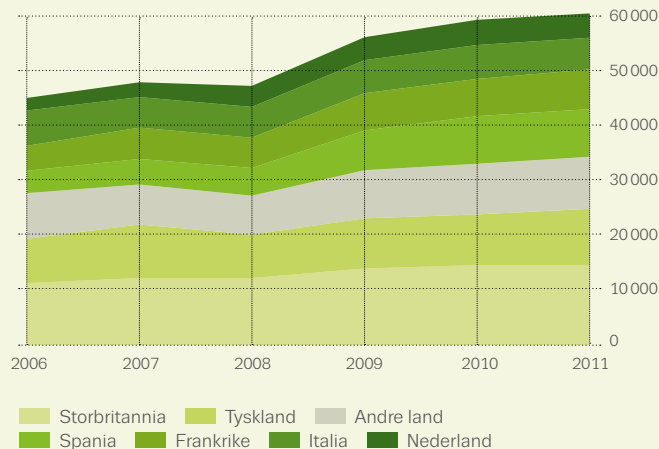
undersøkelsen. Data fra 22 land tyder på at om lag 1 % av den voksne befolkningen, dvs. minst tre millioner, bruker stoffet på denne måten. Mer enn to tredeler av disse er i aldersgruppen 15–34 år, og blant disse igjen er mer enn tre firedeler menn.

CANNABISBRUKERE I BEHANDLING

Karakteristika



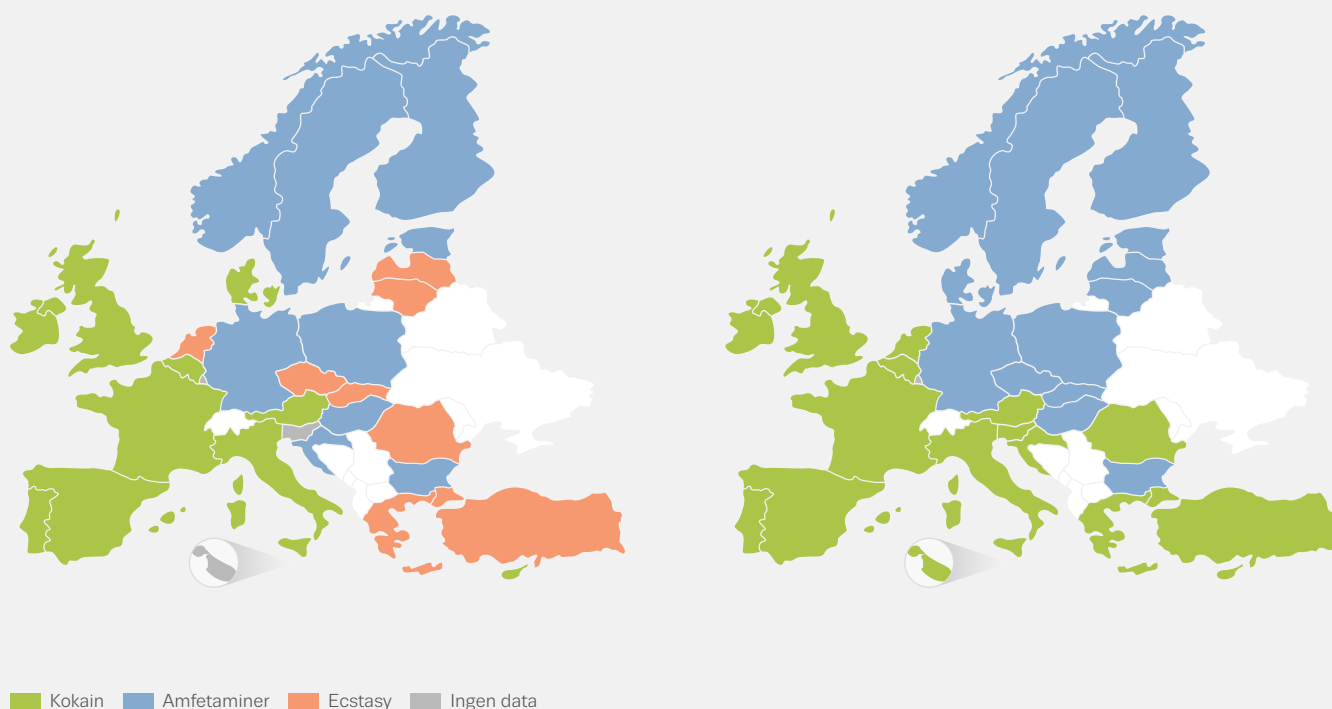
Trender blant klienter som inntas til behandling for første gang



NB: Karakteristikaene gjelder alle klienter inntatt til behandling med cannabis som primærrusmiddel. Trendene gjelder klienter med cannabis som primærrusmiddel som påbegynte behandling for første gang. De ulike indikatorene dekker ulike land.

FIGUR 2.3

Dominerende sentralstimulerende middel etter prevalens av bruk siste år blant personer i aldersgruppen 15–34 år (til venstre) og etter primærrusmiddel blant klienter som påbegynner behandling for første gang (høyre)



Cannabis var i 2011 det primærrusmiddelet som ble rapportert nest hyppigst, etter heroin, av klienter som ble inntatt til spesialisert narkotikabehandling i Europa (109 000), og det hyppigst rapporterte primærrusmiddelet blant klienter som påbegynte behandling for første gang. Det er imidlertid store variasjoner landene imellom; bare 4 % av narkotikaklientene oppgir dette stoffet som behandlingsårsak i Bulgaria, mens det tilsvarende tallet i Ungarn er 69 %. Disse forskjellene kan forklares med forskjeller i henvisningspraksis, typen behandlingstilbud som finnes og nasjonale prevalensnivåer. For Europa sett under ett har antallet cannabis-klienter som påbegynner behandling for første gang, steget fra ca. 45 000 i 2006 til 60 000 i 2011.

**Cannabis... det
hyppigst rapporterte
primærrusmiddelet blant
klienter som påbegynte
behandling for første gang**

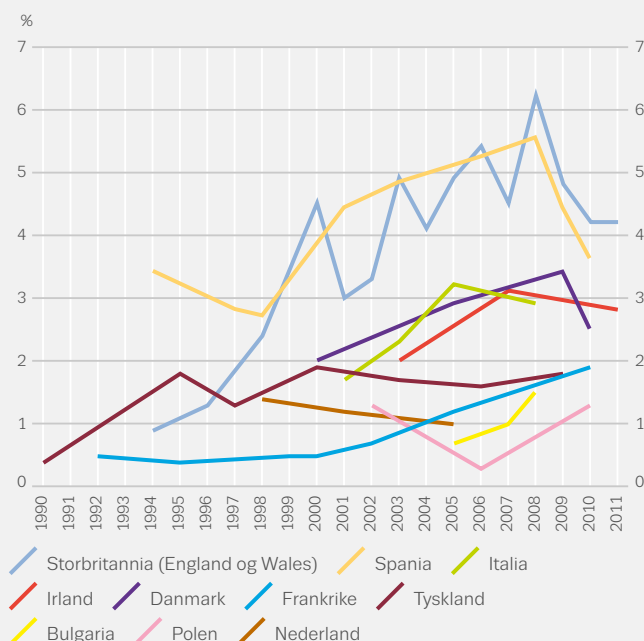
Illegale sentralstimulerende midler i Europa: regionale bruksmønstre

Kokain, amfetamin og ecstasy er de illegale sentralstimulerende midlene som brukes hyppigst i Europa, men også andre, mindre kjente stoffer som piperaziner (f.eks. BZP) og syntetiske katinoner (f.eks. mefedron og MDPV) blir brukt illegalt for sine sentralstimulerende virkninger. Høye nivåer av bruk av sentralstimulerende midler assosieres gjerne med spesielle klubb- og utelivsmiljøer der disse stoffer ofte brukes i kombinasjon med alkohol.

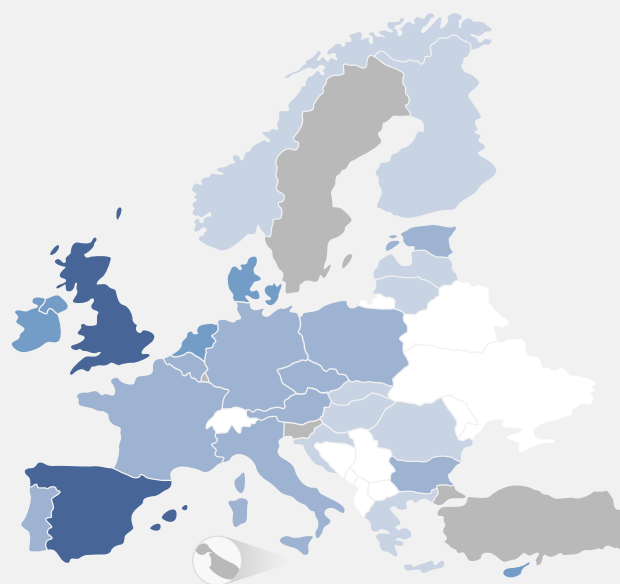
Prevalensdataene illustrerer de geografiske forskjellene i det europeiske markedet for sentralstimulerende midler, der kokain har høyere prevalens i Sør- og Vest-Europa, amfetaminer er mer vanlig i Sentral- og Nord-Europa og ecstasy er det mest utbredte sentralstimulerende middelet i landene i sør og øst (figur 2.3). Behandlingsdata viser tilsvarende mønstre for kokain og amfetamin, mens antallet klienter som påbegynner behandling for ecstasybruk, er lavt.

FIGUR 2.4

Siste års prevalens av kokainbruk blant unge voksne; utvalgte trender (venstre) og nyeste data (høyre)



NB: Trender for ti land med den høyeste prevalensen og minst tre undersøkelser.



% 0–1 1,1–2 2,1–3 >3 Ingen data

Kokain: nedgang i bruken i høyprevalenslandene

Kokainpulver blir for det meste sniffet og noen ganger også injisert, mens crack som regel blir røykt. Blant regelmessige brukere kan det tegnes et grovt skille mellom mer sosialt integrerte rekreasjonsbrukere og mer marginaliserte brukergrupper der bruken av stoffet er en del av et kronisk narkotikaproblem og ofte skjer i kombinasjon med andre stoffer. Regelmessig kokainbruk har vært forbundet med kardiovaskulære, nevrologiske og mentale helseproblemer og med forhøyet risiko for ulykker og avhengighet. Kokaininjisering og crackbruk er forbundet med størst helserisiko, herunder overføring av smittsomme sykdommer.

Kokain er det mest brukte illegale sentralstimulerende middelet i Europa, selv om flesteparten av brukerne befinner seg i et relativt begrenset antall land. Det er anslått at rundt 2,5 millioner unge europeere (1,9 % av denne aldersgruppen) har brukt kokain det siste året. Relativt høye nivåer av kokainbruk siste år blant unge voksne (2,5–4,2 %) ble rapportert av Danmark, Irland,

**Kokain, amfetamin
og ecstasy er de illegale
sentralstimulerende midlene
som brukes hyppigst i Europa**



Spania og Storbritannia (figur 2.4). I de landene med høy prevalens der det foreligger nyere undersøkelser, hadde nivåene av kokainbruk siste år blant unge voksne tendens til å nå en topp i 2008/2009 for deretter å falle noe eller stabilisere seg. I andre land har nivåene av kokainbruk holdt seg relativt lave og stabile, selv om både Frankrike og Polen rapporterte om økninger i 2010.

Tegn til synkende etterspørsel etter behandling for kokainbruk

Bare fire land har relativt ferske estimater over intensiv eller problematisk kokainbruk, og disse lar seg vanskelig sammenligne ettersom definisjonene er forskjellige. I 2009, blant den voksne befolkningen, ble "intensiv kokainbruk" estimert til 0,45 % i Spania, "kokainrelaterte problemer" estimert til 0,20 % i Tyskland og "potensielt problematisk kokainbruk" estimert til 0,34 % i Italia. Storbritannia har for 2009/10 estimert crackbruken blant den voksne befolkningen i England til 0,54 %, men samtidig bemerket at mange av disse sannsynligvis både var avhengige av crack og opioider.

Kokain ble oppgitt som primærrusmiddel av 14 % av alle klienter som påbegynte behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet i 2011 (60 000), og av 19 % av de som påbegynte behandling for første gang (31 000). Det er store forskjeller landene imellom. Fem land rapporterer alene om ca. 90 % av alle kokainklientene.

(Tyskland, Spania, Italia, Nederland og Storbritannia). Antallet klienter med kokain som primærrusmiddel som påbegynte behandling for første gang, økte fra 35 000 i 2006 til 37 000 i 2009 og falt deretter til 31 000 i 2011 (23 land). Spania har registrert en svak men jevn nedgang i antallet nye kokainklienter som påbegynner behandling siden 2005. I Storbritannia har det samme vært tilfelle siden 2008 og i Italia siden 2009. Det var bare ca. 3 000 nye klienter med crack som primærrusmiddel som påbegynte behandling i Europa i 2011. Storbritannia sto for to tredeler av disse, mens de øvrige hovedsakelig ble rapportert av Spania og Nederland.

Økning over tid i akuttinnleggelser der kokain er involvert

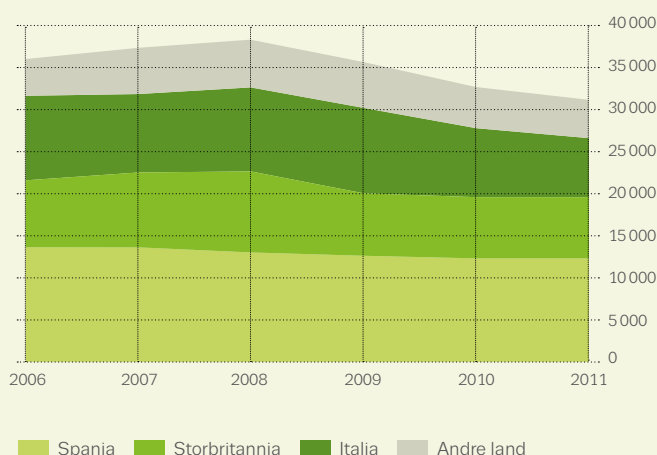
En nyere europeisk gjennomgang fant at en del land hadde hatt en tredobling i indikatorene for kokainrelaterte akuttinnleggelser siden slutten av 1990-tallet, med en topp rundt 2008 i Spania og Storbritannia (England). Flesteparten av de kokainrelaterte akuttinnleggelsene involverte unge menn. Dødsfall forårsaket av akutt kokainforgiftning synes å forekomme relativt sjelden. I 2011 ble minst 475 kokainrelaterte dødsfall rapportert fra 17 land, selv om det ofte også var andre stoffer inne i bildet. Nyere data fra Spania og Storbritannia tyder på en nedgang i antallet kokainrelaterte dødsfall siden 2008. Kokain spiller også sannsynligvis en rolle i en del kardiovaskulære dødsfall, men det er lite data tilgjengelig på dette området.

KOKAINBRUKERE I BEHANDLING

Karakteristika



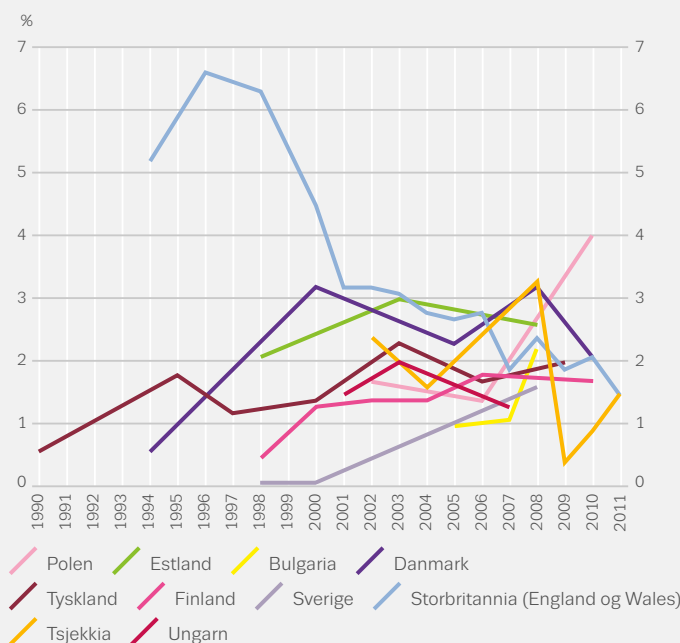
Trender blant klienter som inntas til behandling for første gang



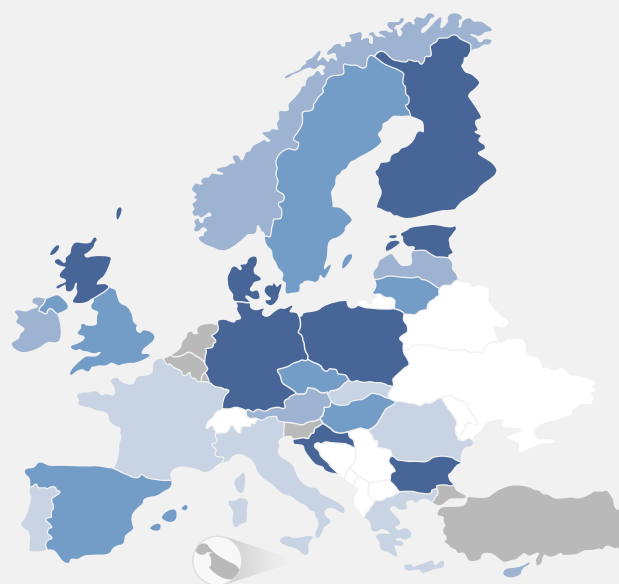
NB: Karakteristikaene gjelder alle klienter inntatt til behandling med kokain/crack som primærrusmiddel. Trendene gjelder klienter med kokain/crack som primærrusmiddel som påbegynte behandling for første gang. De ulike indikatorene dekker ulike land.

FIGUR 2.5

Siste års prevalens av bruk av amfetaminer blant unge voksne; utvalgte trender (venstre) og nyeste data (høyre)



NB: Trender for ti land med den høyeste prevalensen og minst tre undersøkelser.



% 0–0,5 0,51–1 1,1–1,5 >1,5 Ingen data

Amfetaminer: stabile nivåer for bruk, men vedvarende helserisiko

I Europa er amfetamin lettere tilgjengelig enn metamfetamin. Metamfetamin har historisk sett først og fremst vært mye brukt i Tsjekkia, og i den senere tid også i Slovakia. Amfetaminer blir oftest inntatt peroralt eller ved sniffing, men i enkelte land er injisering av disse stoffene relativt vanlig blant problembrukere og klienter som inntas til behandling.

De fleste studiene av negative helseeffekter forbundet med bruk av amfetaminer er gjennomført i Australia og USA, der røyking av krystallisert metamfetamin er utbredt, og funnene derfra lar seg ikke nødvendigvis overføre til europeiske forhold. Disse studiene har identifisert effekter som lungeproblemer og kardiovaskulære, neurologiske og psykiske helseproblemer som kan være alt fra angst, aggresjon og depresjon til akutt paranoid psykose. Injisering er videre en risikofaktor for smittsomme sykdommer. Selv om dødsfall relatert til amfetaminer er relativt sjeldne sammenlignet med dødsfall relatert til opioider, rapporteres de av en del land, og særlig de landene som har relativt store befolkninger av amfetaminbrukere. Overdoser som skyldes amfetaminer, kan imidlertid være vanskeligere å identifisere ettersom symptomene ofte er mindre spesifikke. Dette problemet kompliseres ytterligere av fremveksten av nye sentralstimulerende midler. For eksempel ble det i 2011

og 2012 registrert over 20 dødsfall forbundet med den amfetaminrelaterte forbindelsen 4-metylamfetamin, noe som var medvirkende til at EMCDDA og Europol foretok en risikovurdering på europeisk plan og at Europakommisjonen anbefalte EU-omfattende kontrolltiltak.

Anslagsvis 1,7 millioner (1,3 %) unge voksne (15–34) brukte amfetaminer i løpet av det siste året. I perioden 2006–2011 var siste års prevalens av bruk av amfetaminer relativt lav og stabil blant unge voksne i de fleste europeiske land, med prevalensnivåer på rundt 2 % eller lavere i alle rapporterende land bortsett fra Bulgaria (2,1 %), Estland (2,5 %) og Polen (3,9 %). Blant landene der det foreligger nyere undersøkelser (2010 eller senere), rapporterte alle om stabile eller fallende prevalensnivåer for amfetaminbruk bortsett fra Polen, som rapporterte en økning (figur 2.5).

I Europa er amfetamin lettere tilgjengelig enn metamfetamin

Økt etterspørsel etter behandling for metamfetaminproblemer

Bare to land har ferske anslag over problembrukere av metamfetamin. I Tsjekkia ligger anslagene for voksne (15–64) på om lag 0,42 % (2011) og i Slovakia på omlag 0,21 % (2007). I den senere tid er det sett indikasjoner på problematisk amfetaminbruk i Tyskland, Hellas, Kypros og Tyrkia.

Om lag 6 % av klientene som påbegynte behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet i Europa i 2011, oppga amfetaminer som primærrusmiddel (ca. 24 000 klienter, hvorav 10 000 påbegynte behandling for første gang). Brukere med amfetamin som primærrusmiddel utgjør en betydelig andel av dem som påbegynner behandling for første gang bare i Latvia, Polen og Sverige, mens metamfetamin oppgis som primærrusmiddel av en stor andel av klientene som påbegynner behandling for første gang i Tsjekkia og Slovakia. Mellom 2006 og 2011 var antallet amfetaminbrukere som påbegynte behandling for første gang relativt stabilt, bortsett fra i Tsjekkia og Slovakia, som rapporterte om en økning i antallet klienter som påbegynte behandling for metamfetaminbruk for første gang.

Ecstasy: liten etterspørsel etter behandling

Med ecstasy menes vanligvis det syntetiske stoffet MDMA. Stoffet inntas vanligvis i tablettform, men kan også fås i pulverform som kan svelges, sniffes eller (i sjeldne tilfeller) injiseres. Ecstasybruk er tradisjonelt knyttet til klubbkulturen og forekommer helst blant unge voksne, særlig unge menn. Problemene som knytter seg til bruken av dette stoffet, omfatter akutt hypertermi (overoppheting) og psykiske problemer. Ecstasy-relaterte dødsfall forekommer sjelden.

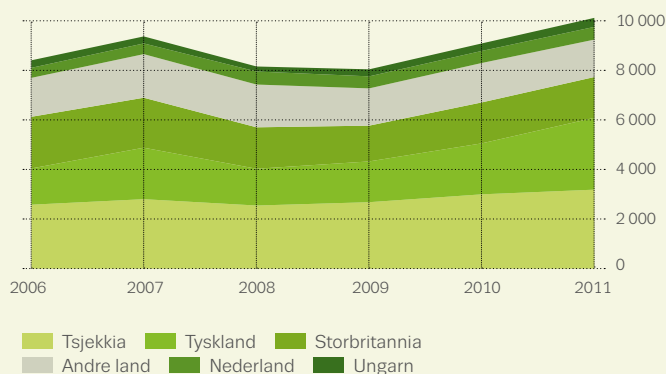
Man anslår at 1,8 millioner unge voksne brukte ecstasy i løpet av siste år – nasjonale estimater varierer fra under 0,1 % til 3,1 %. Bruken av stoffet var mest utbredt fra begynnelsen til midten av 2000-tallet, men har siden gått ned (figur 2.6). De fleste land har rapportert stabile eller nedadgående trender for ecstasybruk mellom 2006 og 2011. Med unntak av Polen viser dataene en fortsatt en nedgang i land som har innrapportert undersøkelser etter 2010. Få brukere påbegynte behandling for problemer knyttet til ecstasy i 2011. Ecstasy ble oppgitt som primærrusmiddel av under 1 % (ca. 600 klienter) av dem som påbegynte behandling for første gang i Europa.

AMFETAMINBRUKERE I BEHANDLING

Karakteristika



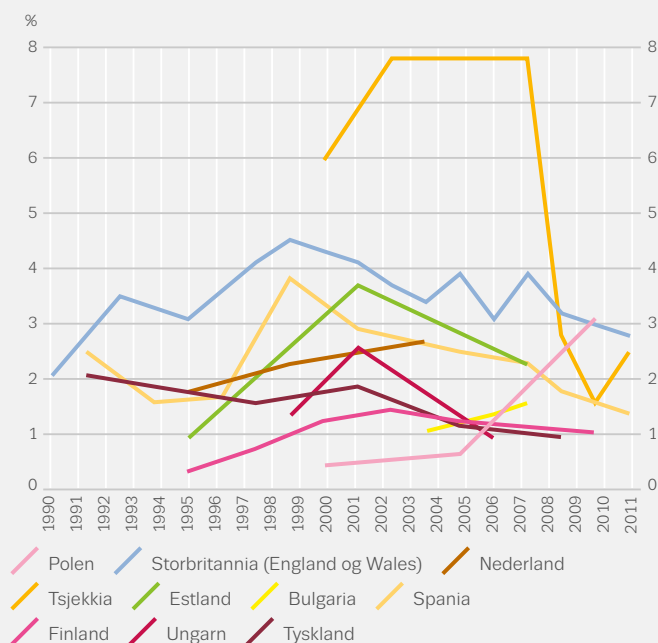
Trender blant klienter som inntas til behandling for første gang



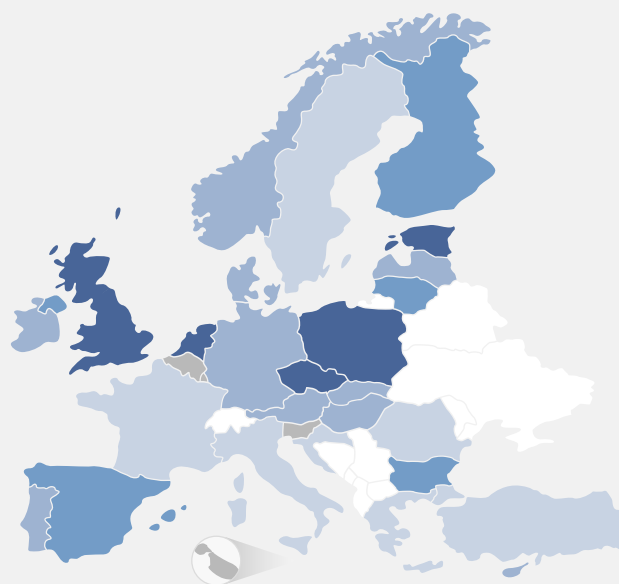
NB: Karakteristikaene gjelder alle klienter inntatt til behandling med amfetaminer som primærrusmiddel. Trendene gjelder klienter med amfetaminer som primærrusmiddel som påbegynte behandling for første gang. De ulike indikatorene dekker ulike land.

FIGUR 2.6

Siste års prevalens av ecstasybruk blant unge voksne; utvalgte trender (venstre) og nyeste data (høyre)



NB: Trender for ti land med den høyeste prevalensen og minst tre undersøkelser.



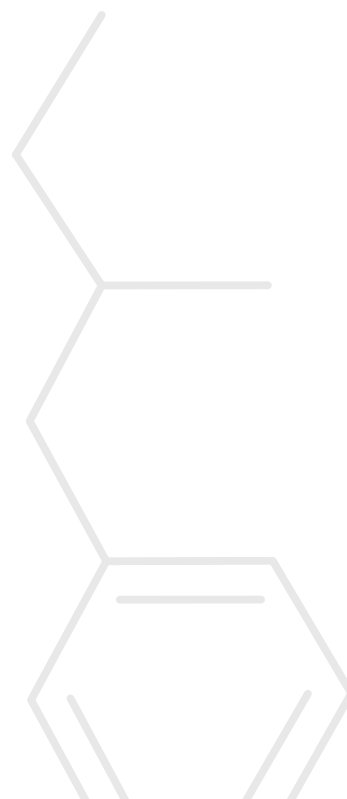
% 0–0,5 0,51–1,0 1,1–2,0 >2,0 Ingen data

Mefedron: nykommer på markedet for sentralstimulerende stoffer

Det er tegn som tyder på at syntetiske katinoner, herunder mefedron, i noen land har vunnet innpass på markedet for sentralstimulerende stoffer. Per i dag er det imidlertid bare Storbritannia som har foretatt gjentatte undersøkelser som omfatter disse stoffene. I de nyeste dataene rapporterte 1,1 % av voksne (16–59 år) i England og Wales at de hadde brukt mefedron i løpet av siste år, noe som gjør stoffet til det fjerde mest brukte ulovlige rusmiddelet. Blant 16- til 24-åringene var prevalensen for bruk siste år den samme som for ecstasy (3,3 %), som er det tredje mest brukte stoffet i denne aldersgruppen. Imidlertid kunne man se en nedgang i bruksnivåene for alle grupper i forhold til 2010/2011-undersøkelsen.

Generelt rapporteres det fremdeles om mefedronrelatert dødelighet og sykkelighet i Europa, men nivåene er relativt lave. Enkelte land rapporterer også om injeksjonsbruk av mefedron, MDPV og andre syntetiske katinoner blant problembrukere av narkotika og klienter som påbegynner narkotikabehandling (Ungarn, Østerrike, Romania, Storbritannia).

Syntetiske katinoner, inkludert mefedron, har i noen land vunnet innpass på markedet for sentralstimulerende stoffer



Hallusinogener, GHB og ketamin: fremdeles i bildet

Det finnes en rekke psykoaktive stoffer med hallusinogene, bedøvende og beroligende egenskaper tilgjengelig på det illegale narkotikamarkedet i Europa. Disse kan brukes på egen hånd, sammen med eller i stedet for andre, mer vanlige stoffer. Prevalensnivåene for bruk av hallusinogene sopper og LSD i Europa har generelt vært lave og stabile i en årrekke. Estimaten for siste års prevalens av bruk av hallusinogene sopper blant unge voksne (15–34) i nasjonale undersøkelser spenner fra 0 % til 2,2 %. For LSD spenner prevalensestimaten fra 0 % til 1,7 %.

Siden midten av 1990-tallet har det kommet rapporter om rekreasjonsbruk av ketamin og gamma-hydroksybutyrat (GHB) blant undergrupper av narkotikabrukere i Europa. Samtidig øker erkjennelsen av helseproblemene disse stoffene kan medføre, for eksempel urinveisskader som assosieres med langvarig bruk av ketamin. Bevisstløshet og avhengighet er risikoer forbundet med bruk av GHB, og det er dokumentert at abstinenssymptomer kan inntreffe når bruken opphører. 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 Storbritannia oppga 1,8 % av unge i aldersgruppen 16–24 at de hadde brukt ketamin det siste året. Nivåene holdt seg stabile i perioden 2008–2012 etter å ha økt fra 0,8 % i 2006. Målrettede spørreundersøkelser i utelivsmiljøene viser høyere nivåer av livstidsprevalens. I en undersøkelse gjennomført blant danske klubbgjengere, for eksempel, oppga 10 % at de hadde prøvd ketamin. Blant britiske respondenter på en internettundersøkelse som ble identifisert som regelmessige klubbgjengere, oppga 40 % at de hadde brukt ketamin det siste året og 2 % GHB.

Opioider: mer enn 1,4 millioner problembrukere

Bruk av opioider står fremdeles for en uforholdsmessig stor andel av dødeligheten og sykeligheten forbundet med narkotikabruk i Europa. Det opioidet som brukes mest i Europa, er heroin, som kan røykes, sniffes eller injiseres. Det finnes også en rekke syntetiske opioider tilgjengelig på det illegale markedet, som buprenorfin, metadon og fentanyl. De fleste opioidbrukere er blandingsbrukere, og prevalenstillene er høyere i byområder og blant marginaliserte grupper. I tillegg til helseproblemer rapporterer opioidbrukere som påbegynner behandling generelt høyere nivåer av hjemløshet og arbeidsledighet og lavere utdanningsnivå enn klienter med andre primærrusmidler.

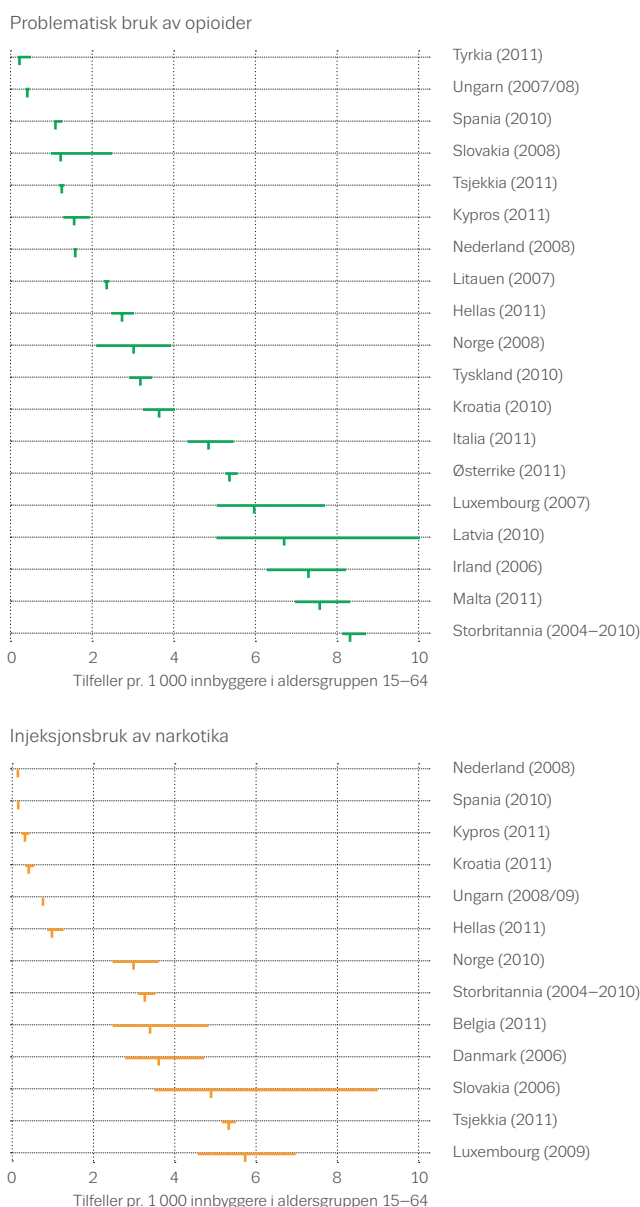
Det har vært flere bølger av heroinavhengighet i Europa. Den første berørte mange vesteuropeiske land fra midten

av 1970-tallet, mens en annen bølge berørte Sentral- og Øst-Europa i midten og siste halvdel av 1990-tallet. Selv om trendene har vært varierende det siste tiåret, later det til at rekrutteringen til bruk av heroin nå generelt er på vei nedover.

Gjennomsnittlig prevalens av problematisk opioidbruk blant voksne (15–64) er anslått til 0,41 %, tilsvarende 1,4 millioner problembrukere av opioider i Europa i 2011. Nasjonale estimater for prevalens av problematisk opioidbruk varierer fra under ett til om lag åtte tilfeller pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64 (figur 2.7).

FIGUR 2.7

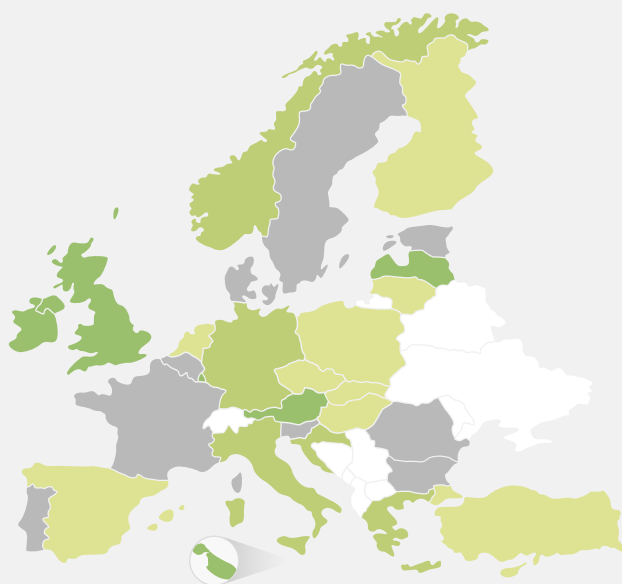
Nasjonale estimater for prevalens av problematisk opioidbruk og injeksjonsbruk av narkotika



NB: Data vist som punktestimater og toleranseområder.

FIGUR 2.8

Estimerer for problematisk bruk av opioider i Europa



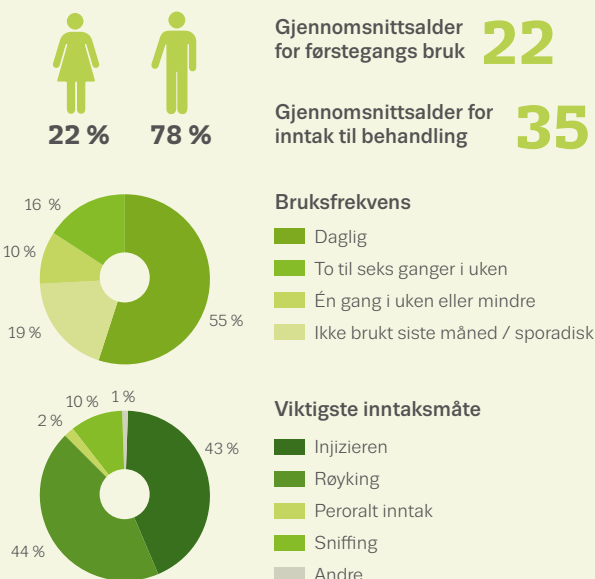
Heroin: nedgang i antall nye klienter som påbegynner behandling

Brukere av opioider (hovedsakelig heroin) utgjorde 48 % av alle klienter som ble inntatt i det spesialiserte behandlingsapparatet i Europa i 2011 (197 000 klienter), og rundt 30 % av dem som påbegynte behandling for første gang. Når det gjelder trender, har det totale antallet nye klienter som inntas til behandling for heroin i Europa, gått ned fra 59 000 i 2007 til 41 000 i 2011, og nedgangen er tydeligst i de vesteuropeiske landene. Samlet sett kan det se ut til at rekrutteringen til ny heroinbruk har gått ned, og at dette nå får innvirkning på etterspørselen etter behandling.

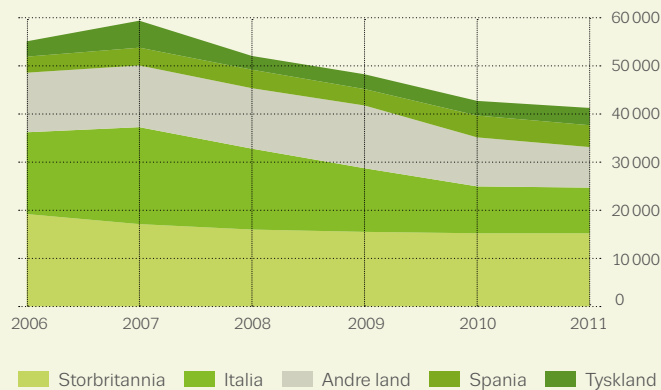
Nyrekrutteringen til heroinbruk av heroin synes nå generelt å ha avtatt

HEROINBRUKERE I BEHANDLING

Karakteristika



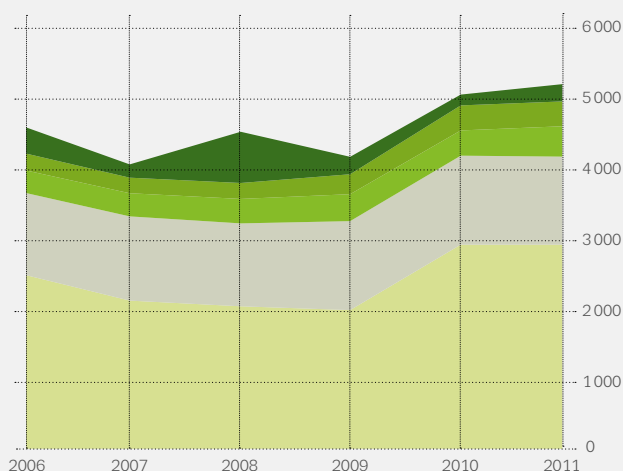
Trender blant klienter som inntas til behandling for første gang



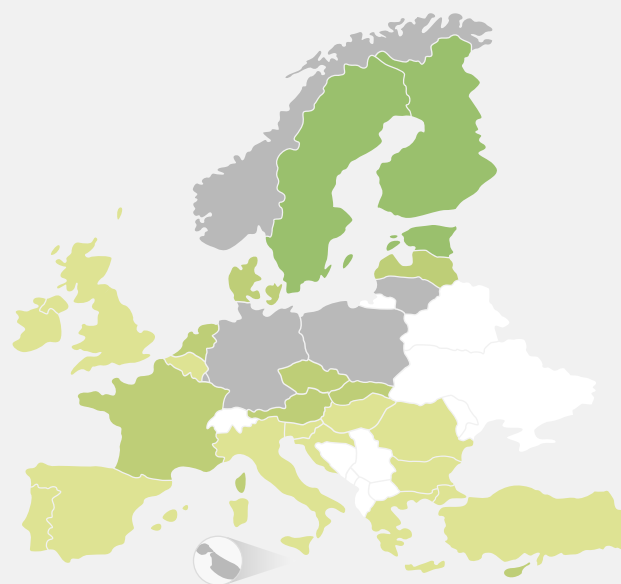
NB: Karakteristikaene gjelder alle klienter inntatt til behandling med heroin som primærrusmiddel. Trendene gjelder klienter med heroin som primærrusmiddel som påbegynte behandling for første gang. De ulike indikatorene dekker ulike land.

FIGUR 2.9

Klienter som inntas til behandling for første gang med andre opioider enn heroin som primærrusmiddel: trender mht. antall (venstre) og prosentandel av alle klienter som inntas til behandling for første gang med opioider som primærrusmiddel (høyre)



Storbritannia Andre land Frankrike
Spania Italia



% 0–10 11–50 >50 Ingen data

Andre opioider enn heroin: en utfordring i enkelte land

Elleve europeiske land rapporterte i 2011 at 10 % eller mer av klientene med opioider som primærrusmiddel som ble inntatt i det spesialiserte behandlingsapparatet for første gang, brukte andre opioider enn heroin, herunder fentanyl, metadon og buprenorfin (figur 2.9). I enkelte land er bruk av disse stoffene nå blitt den vanligste formen for opioidbruk; i Estland brukte flertallet av klientene som ble inntatt til behandling for opioider, illegal fentanyl, mens det fra Finland rapporteres at flesteparten av opioidklientene der har buprenorfin som primærrusmiddel.

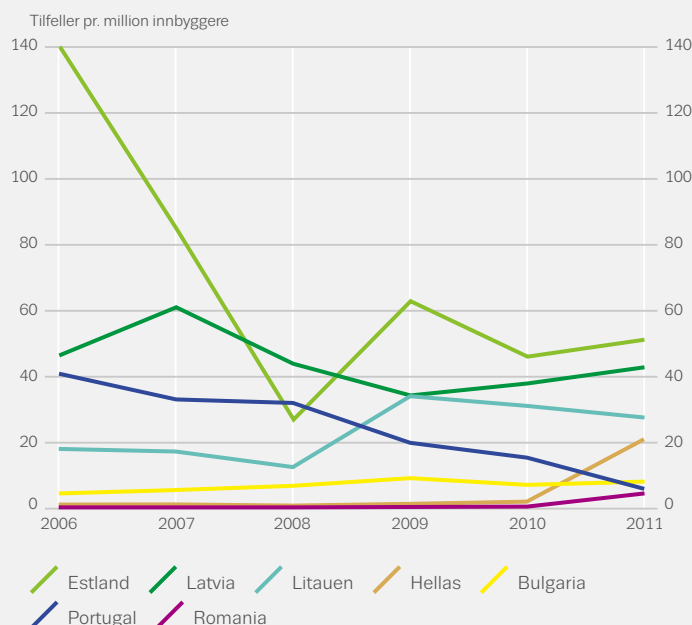
Injeksjonsbruk av narkotika: langsiktig nedgang

Sprøytebrukere er blant dem som har høyest risiko for å oppleve helseproblemer som følge av narkotikabruk, f.eks. blodbårne infeksjoner eller overdoser. Selv om injeksjonsbruk oftest forbindes med bruk av opioider, er denne praksisen også i stor grad forbundet med amfetaminbruk i et par land. Tretten land har nyere estimater for prevalensen av injeksjonsbruk av narkotika, og disse spenner fra mindre enn ett til om lag seks tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64. Av klienter som inntas i det spesialiserte behandlingsapparatet oppgir 38 % av opioidklientene og 24 % av amfetaminklientene at de injiserer stoffet. Andelen sprøytebrukere av alle opioidklienter varierer fra land til land, fra under 9 % i Nederland til over 93 % i Latvia. Fra 2006 til 2011 var det en generell nedgang i andelen sprøytebrukere blant heroinklienter som påbegynner narkotikabehandling for første gang, men de nyeste dataene viser imidlertid en svak oppgang.

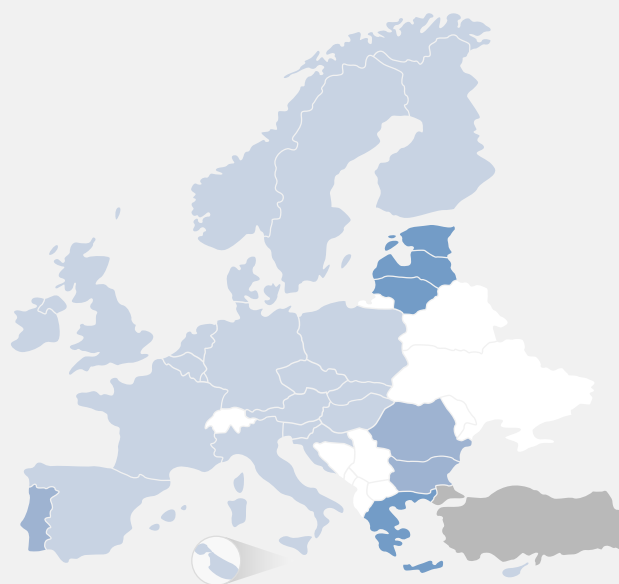


FIGUR 2.10

Nydiagnostiserte HIV-tilfeller forbundet med sprøytebruk av narkotika; utvalgte trender (venstre) og nyeste data (høyre)



NB: Nydiagnostiserte HIV-tilfeller blant sprøytebrukere av narkotika i landene som rapporterte høyest forekomst i 2011 (kilde: ECDC)



Tilfeller pr. million innbyggere <5 5–10 >10
Ingen data

Nye utbrudd truer den langsiktige nedgangen i antall HIV-tilfeller

Injeksjonsbruk av narkotika er fremdeles en viktig vektor for overføring av smittsomme sykdommer, herunder HIV/AIDS og hepatitt C. De nyeste tallene viser at den langsiktige nedgangen i antallet nye HIV-diagnoser i Europa kan bli brutt som et resultat av utbrudd blant sprøytebrukere i Hellas og Romania (figur 2.10). I 2011 var gjennomsnittlig antall nyrapporterte HIV-diagnoser som kan tilskrives sprøytebruk av narkotika, 3,03 pr. million innbyggere. Tallene for 2011, som kan bli revidert, viser 1 507 nye rapporterte tilfeller. Dette er litt høyere enn tallet for 2010 og bryter dermed med den generelle nedadgående trenden som er observert siden 2004.

Tallet for Europa dekker over store forskjeller i nivåer og trender for nye HIV-diagnoser i de enkelte land. Hellas og Romania hadde i 2011 353 diagnoser, som tilsvarer 23 % av det totale antallet nye diagnoser. I 2010 var disse to landenes andel bare på litt over 2 % (31/1469). Bulgaria, Estland og Latvia rapporterte om en svak økning i antallet nydiagnostiserte HIV-tilfeller hos sprøytebrukere i 2011, mens tallene som ble rapportert av Irland, Spania og Portugal fortsatte å falle i tråd med den nedadgående trenden man har kunnet observere siden 2004.

Sprøytebrukere er blant dem som har høyest risiko for å oppleve helseproblemer som følge av narkotikabruk

Hepatitt og andre infeksjonssykdommer: betydelige helseproblemer

Virushepatitt, særlig infeksjon forårsaket av hepatitt C-viruset (HCV), er svært utbredt blant sprøytebrukere i hele Europa. Nivåene av HCV-antistoffer i nasjonale utvalg av sprøytebrukere i 2010–11 varierte fra 18 % til 80 %, og i åtte av de 12 rapporterende landene lå prevalensnivåene på over 40 % (figur 2.11). En prevalens som ligger på eller over dette nivået, kan tilsi at det finnes et potensial for nye utbrudd av sprøytebrukrelaterte HIV-tilfeller. Blant landene med nasjonale trenddata for perioden 2006–11 rapporterte tre land synkende HCV-prevalens blant sprøytebrukere (Italia, Portugal, Norge), mens to land rapporterte om økende prevalens (Hellas, Kypros).

I de 18 landene som la frem data for perioden 2010–11, utgjorde sprøytebrukere i snitt 58 % av alle HCV-tilfeller og 41 % av meldte akutte HCV-tilfeller (hvor risikokategorien er kjent). For hepatitt B representerer sprøytebrukere 7 % av alle diagnoser og 15 % av meldte akutte tilfeller. Bruk av

narkotika kan være en risikofaktor for andre smittsomme sykdommer, f.eks. hepatitt A og D, seksuelt overførbare sykdommer, tuberkulose, stivkrampe og botulisme. Det rapporteres også fra tid til annen om utbrudd av miltbrann i Europa, sannsynligvis forårsaket av forurenset heroin. For eksempel ble det mellom juni 2012 og begynnelsen av mars 2013 rapportert 15 narkotikarelaterte tilfeller av miltbrann, hvorav sju fikk dødelig utfall. Dette kan være relatert til et tidligere utbrudd av miltbranntilfeller som ble rapportert i 2009/10.

Narkotikarelaterte dødsfall: ikke bare overdoser

Narkotikabruk er en av de viktigste dødsårsakene blant unge mennesker i Europa, både direkte gjennom overdoser (narkotikainduserte dødsfall) og indirekte gjennom narkotikarelaterte sykdommer og ulykker, vold og selvmord. De fleste kohortstudier viser en årlig dødelighet på 1–2 % hos problembbrukere av narkotika, noe som utgjør en overdødelighet som er 10–20 ganger høyere enn forventet. I en fersk analyse fra EMCDDA er det anslått at mellom 10 000 og 20 000 opioidbrukere dør i Europa hvert år. Flesteparten av disse dødsfallene inntreffer blant menn i trettiårene, men alderen, dødeligheten og dødsårsakene varierer både over tid og de enkelte landene imellom.

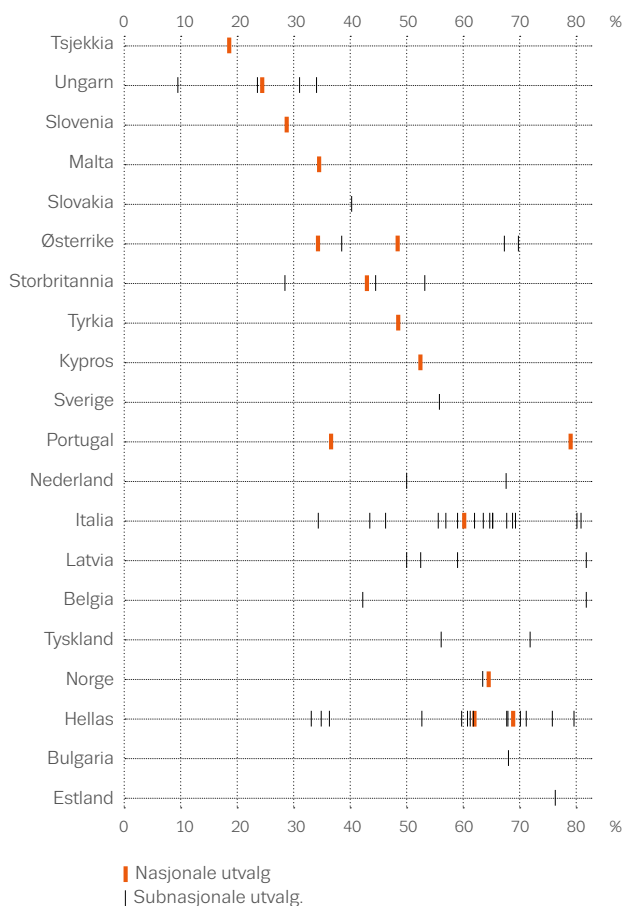
HIV-relatert dødelighet er den best dokumenterte indirekte dødsårsaken blant narkotikabrukere. Det nyeste anslaget tilsier at rundt 1 700 personer døde av HIV/AIDS som kan tilskrives sprøytebruk av narkotika i Europa i 2010, og trenden er fallende. Leversykdom står også sannsynligvis for mange av dødsfallene blant narkotikabrukere, hovedsakelig som følge av HCV-smitte og ofte forverret av tung alkoholbruk, men her foreligger det ikke europeiske tall. Selvmord, skader og drap medvirker også til overdødeligheten blant narkotikabrukere, selv om vi også her mangler pålitelige anslag.

Den viktigste dødsårsaken blant problembbrukere av narkotika i Europa er overdose, og opioider – hovedsakelig heroin og metabolitter av heroin – er påvist i de fleste rapporterte overdosetilfellene, ofte i kombinasjon med andre rusmidler som alkohol eller benzodiazepiner. Toksikologiske rapporter viser at i tillegg til heroin blir det også funnet andre opioider, blant annet metadon, buprenorfin og fentanyl.

Om lag 90 % av overdosedødsfallene som rapporteres i Europa, skjer blant personer over 25 år, og gjennomsnittsalderen til dem som dør av overdose, er økende, noe som tyder på en aldrende kohort av problembbrukere av opioider. De fleste overdosedødsfallene som rapporteres, skjer blant menn (80 %).

FIGUR 2.11

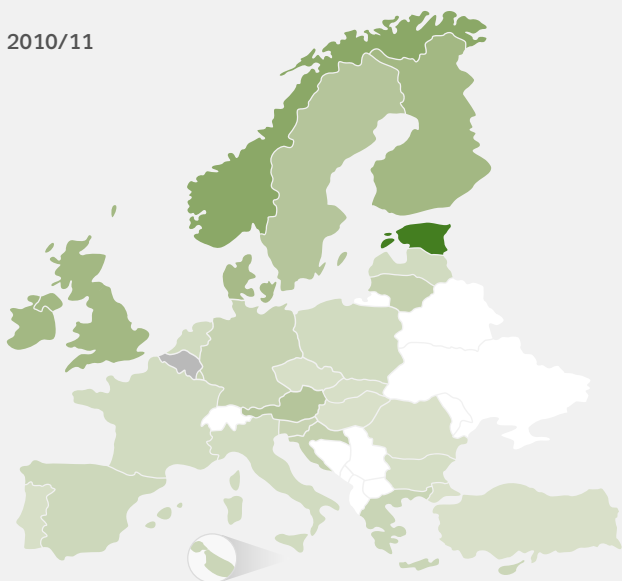
Prevalens av HCV-antistoffer blant sprøytebrukere, 2010/2011



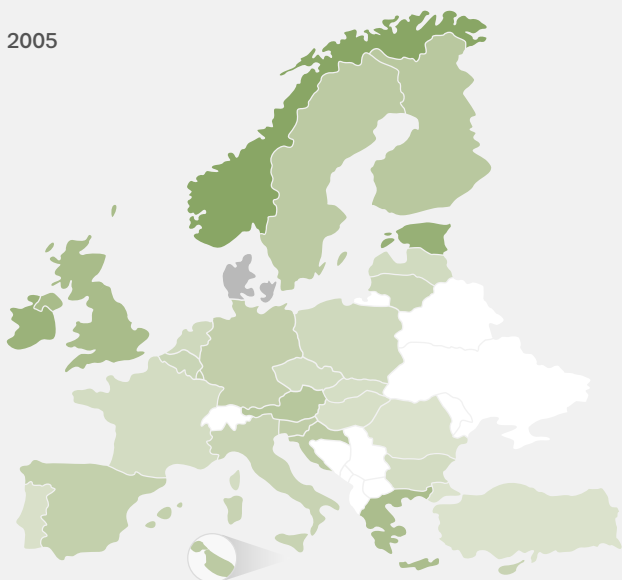
FIGUR 2.12

Narkotikainduisert dødelighet blant voksne (15–64)

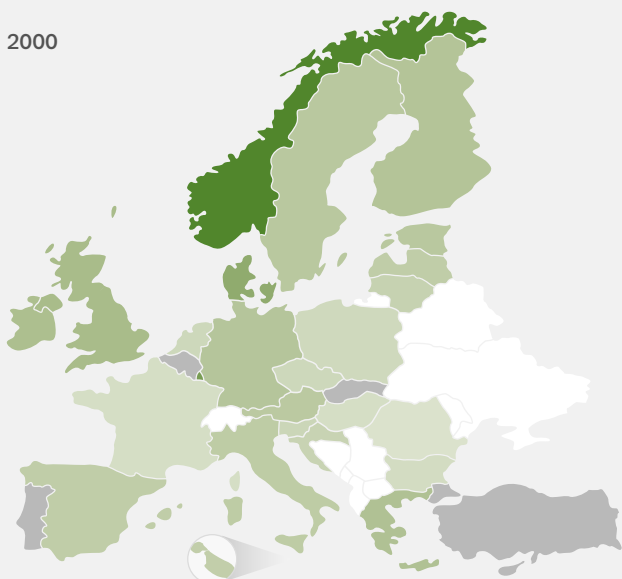
2010/11



2005



2000



1 17 51 85 119 136
Tilfeller pr. million innbyggere

Ingen data

Gjennomsnittlig dødelighet som følge av overdoser i Europa i 2011 er estimert til 18 dødsfall pr. million innbyggere i aldersgruppen 15–64 år. Dødelighetstall på over 40 dødsfall pr. million ble rapportert av seks land, og de høyeste tallene ble rapportert av Norge (73 pr. million) og Estland (136 pr. million) (figur 2.12).

Flesteparten av landene rapporterte en stigende trend for antall overdosedødsfall fra 2003 og frem til 2008/09, da nivåene generelt begynte å stabilisere seg og deretter falle. Totalt ble det i 2011 rapportert 6 500 overdosedødsfall – en nedgang fra 7 000 i 2010 og 7 700 i 2009. Situasjonen varierer imidlertid mye landene imellom, og enkelte land rapporterer fremdeles om oppgang.

**Totalt ble det i 2011
rapportert 6 500
overdosedødsfall – en nedgang
fra 7 000 i 2010
og 7 700 i 2009**

FINN UT MER

Publikasjoner fra EMCDDA

2012

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

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

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

2011

Mortality related to drug use in Europe, Selected issue.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Selected issue.

Trends in injecting drug use in Europe, Selected issue.

2009

Polydrug use: patterns and responses, Selected issue.

2008

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

Publikasjoner fra EMCDDA og ESPAD

2012

Sammendrag av ESPAD-rapporten for 2011.

Publikasjoner fra EMCDDA og ECDC

2012

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

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

3

**Narkotikarelaterte tiltak kan
grovt inndeles i to kategorier:
etterspørselsreducerende
og tilbudsreducerende tiltak**

Tiltak mot narkotika

Narkotikarelaterte tiltak kan grovt inndeles i to kategorier: etterspørselsreducerende og tilbudsreducerende tiltak. Førstnevnte omfatter helsemessige og sosiale intervensjoner som forebygging, skadereduksjon, behandling og sosial reintegrasjon. Sistnevnte omfatter håndheving av narkotikarelatert lovgivning, hovedsakelig av politi, tollmyndigheter og rettsvesen, med reduksjon av tilgjengeligheten av narkotika som hovedmål.

Overvåking av narkotikarelaterte tiltak

Narkotikarelaterte tiltak overvåkes i dag ved bruk av rutinemessig innsamlede data, nasjonale evalueringer og ekspertvurderinger. Data om helsemessige og sosiale tiltak omfatter estimer av tilgjengeligheten av substitusjonsbehandling med opioider og sprøytebytteprogrammer. I tillegg kan gjennomganger av vitenskapelig dokumentasjon, som f.eks. fra Cochrane Collaboration, gi informasjon om effekten av folkehelseiltak. Nærmere informasjon om dataene som presenteres her og om evidensgrunnlaget for tiltak finnes på EMCDDAs nettsted, i Statistiske opplysninger og på portalen for beste praksis.

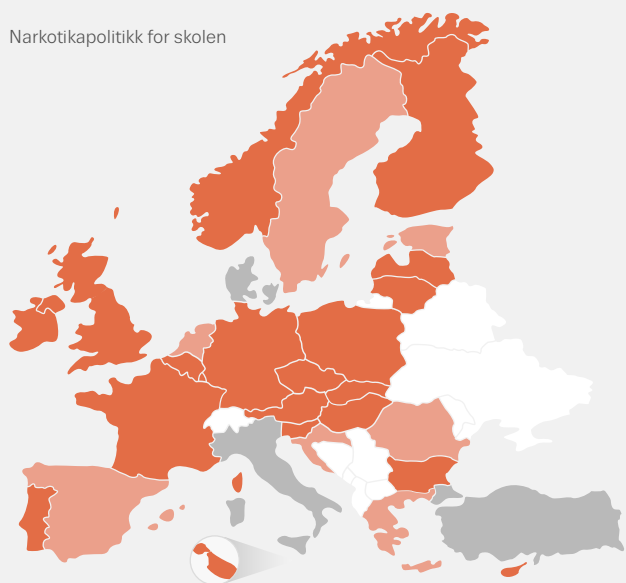
Fremdrift i retning evidensbasert forebygging i skolen

Det benyttes i dag en rekke forskjellige forebyggingsstrategier rettet mot narkotikabruk og narkotikarelaterte problemer. Miljøbaserte- og universelle tilnærminger retter seg mot hele befolkningsgrupper, mens selektiv forebygging retter seg mot sårbare grupper og indisert forebygging fokuserer på risikoutsatte enkeltpersoner. I Europa finner mesteparten av den forebyggende innsatsen sted i skolen (figur 3.1), men det gjennomføres også en del forebyggende aktiviteter i andre miljøer.

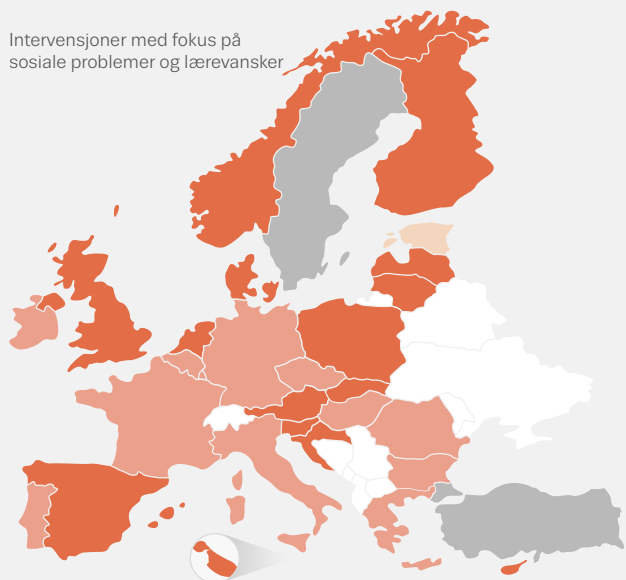
FIGUR 3.1

Tilgjengelighet av spesifikke narkotikaforebyggende tiltak i skolen (ekspertvurderinger, 2010)

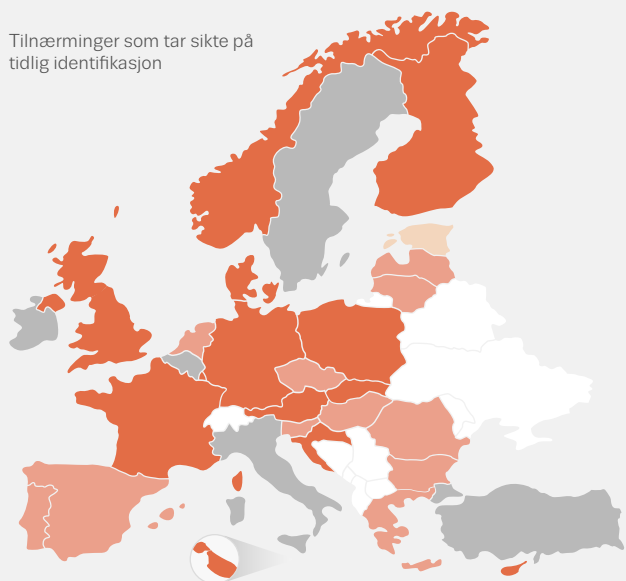
Narkotikapolitikk for skolen



Intervensjoner med fokus på sosiale problemer og lærevansker



Tilnærminger som tar sikte på tidlig identifikasjon



■ Fullstendig/omfattende
 ■ Begrenset/lav
 ■ Ikke tilgjengelig
 ■ Ingen data

Dokumentasjonen tyder på at miljøbaserte forebyggingsstrategier som tar sikte på å påvirke det kulturelle, sosiale, fysiske og økonomiske miljøet, kan være effektive når det gjelder å påvirke normative oppfatninger og følgelig rusmiddelbruk. I Europa sett under ett er miljømessige intervensjoner relativt lite brukt i skolen. På enkelte områder, som fremme av beskyttende skolemiljøer og utvikling av en narkotikapolitikk for skolen (f.eks. retningslinjer for hvordan narkotikakjøp og -salg blant elever skal håndteres), er det imidlertid gjort fremskritt. Det registreres også økende bruk av positivt evaluerte universelle forebyggingstiltak, som opplæring i personlige og sosiale ferdigheter, og en dreining bort fra aktiviteter som formidling av grunnleggende informasjon, der evidensgrunnlaget for effektivitet er svakt. Det rapporteres stadig flere eksempler på vellykket overføring av positivt evaluerte nordamerikanske og europeiske forebyggingsprogrammer (f.eks. Good Behaviour Game, EUDAP (Unplugged), Örebro og Preventure).

Selektive forebyggingsintervensjoner retter seg mot sårbare grupper av unge mennesker som kan være mer utsatte for å utvikle narkotikaproblemer. Ekspertrapporter tyder på en generell økning i tilgjengeligheten av intervensjoner for enkelte sårbare grupper i Europa, og særlig en økning i aktiviteter som fokuserer på elever med sosiale problemer og lærevansker. Skolene er også en viktig arena for indiserte forebyggingstiltak, herunder bruk av metoder som gjør det mulig å identifisere elever med atferdsproblemer og narkotikaproblemer på et tidlig stadium.

Intervensjoner i utelivsmiljøer: behov for en integrert tilnærming

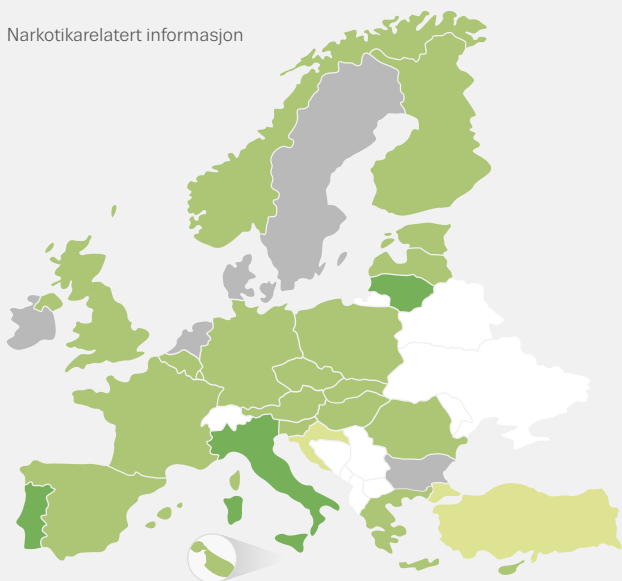
Bruk av illegale rusmidler, særlig sentralstimulerende midler, forbindes ofte med utelivsmiljøene, og mange unge som deltar på enkelte typer arrangementer, kan legge seg til mønstre for bruk av narkotika og alkohol som kan gjøre dem utsatt for helseproblemer, ulykker eller skader. Et europeisk initiativ ved navn Healthy Nightlife Toolbox fremhever betydningen av å ha på plass et omfattende sett med tiltak for å håndtere disse risikoene i rekreasjonsmiljøene. Den anbefalte tilnærmingen kombinerer forebygging, skadereduksjon, regulering og rettshåndhevingstiltak.

Bruk av forebyggende og skadereduserende strategier i rekreasjonsmiljøer rapporteres bare av litt over en tredel av landene. En del av disse strategiene retter seg mot enkeltpersoner, gjennom distribusjon av informasjonshefter, ung-til-ung-tiltak og bruk av oppsøkende team. Andre strategier har et miljømessig

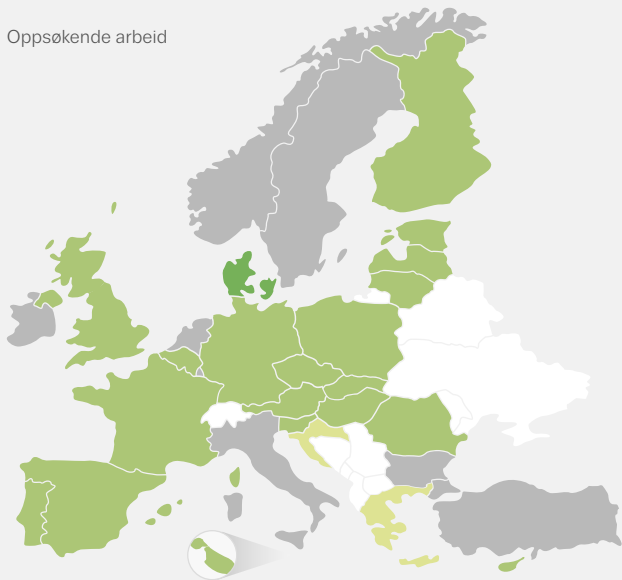
FIGUR 3.2

Tilgjengelighet av spesifikke intervensjoner i utelivsmiljøene (ekspertvurderinger, 2011)

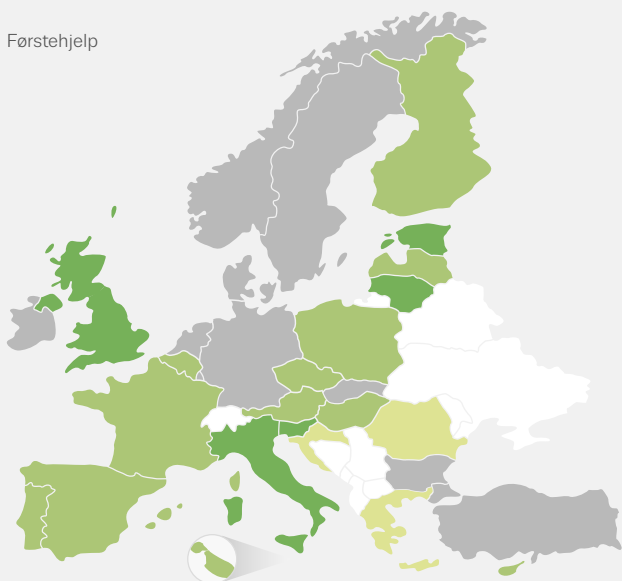
Narkotikarelatert informasjon



Oppsøkende arbeid



Førstehjelp



■ Fullstendig/omfattende ■ Begrenset/lav
■ Ikke tilgjengelig ■ Ingen data

fokus, for eksempel å regulere og innføre krav om lisens for steder som selger alkohol, fremme ansvarlig alkoholservering, gjennomføre tiltak for å styre store folkemengder og sikre tilgang til gratis vann og et trygt transporttilbud på nattestid. Slike tiltak promotes av club-health.eu og gjennom "quality nights"-merkene for trygg festing som inngår i det europeiske prosjektet "Party+". En gjennomgang av tilgjengeligheten av tre utelivsintervensjoner (formidling av informasjonsmateriell, oppsøkende arbeid og førstehjelp) viser imidlertid at det i flesteparten av landene fremdeles er begrenset aktivitet på dette området.

Forebygging av smittsomme sykdommer: behov for mer oppmerksomhet rundt hepatitt C-behandling

Narkotikabrukere, og særlig sprøytebrukere, er utsatt for risiko for smittsomme sykdommer gjennom deling av bruksmateriell og gjennom ubeskyttet sex. Forebygging av HIV, virushepatitt og andre infeksjonssykdommer er derfor et viktig mål for den europeiske narkotikapolitikken. Når det gjelder sprøytebrukere av opioider, har flere nyere gjennomganger vist at substitusjonsbehandling er effektivt på dette området, og effektiviteten synes å øke når slik behandling kombineres med sprøytebytteprogrammer.



FIGUR 3.3

Antall sprøyter utdelt gjennom spesialiserte programmer per sprøytebruker (estimat)



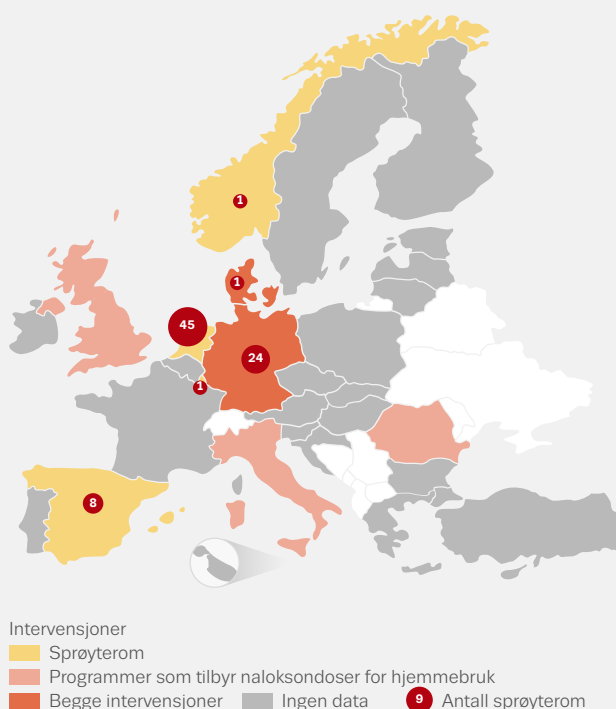
NB: Data vist som punktestimater og toleranseområder.

Antall sprøyter utdelt gjennom spesialiserte programmer økte fra 34,2 millioner i 2005 til 46,3 millioner i 2011 i de 23 landene som har lagt frem nasjonale data for begge disse årene. I de 11 landene som har nyere estimater over antall sprøytebrukere av narkotika, ble det gjennom spesialiserte programmer utdelt gjennomsnittlig 127 sprøyter per sprøytebruker i 2011. De nasjonale tallene varierte fra under 50 til over 300 sprøyter per bruker (figur 3.3).

Det finnes en sikker og effektiv vaksine som kan hindre spredning av hepatitt B-viruset (HBV), og i alt 25 europeiske land har innlemmet denne i sitt nasjonale vaksinasjonsprogram. Seksten land rapporterer også at de har målrettede HBV-vaksinasjonsprogrammer for sprøytebrukere av narkotika. Når det gjelder hepatitt C, som det ikke finnes noen vaksine mot, anvendes de samme forebyggende tiltakene som for HIV. I enkelte europeiske land er imidlertid tilbudet knyttet til testing for og rådgivning om hepatitt C for sprøytebrukere fremdeles begrenset og

FIGUR 3.4

Land med programmer som tilbyr naloksondoser for hjemmebruk, og land med sprøyterom i Europa



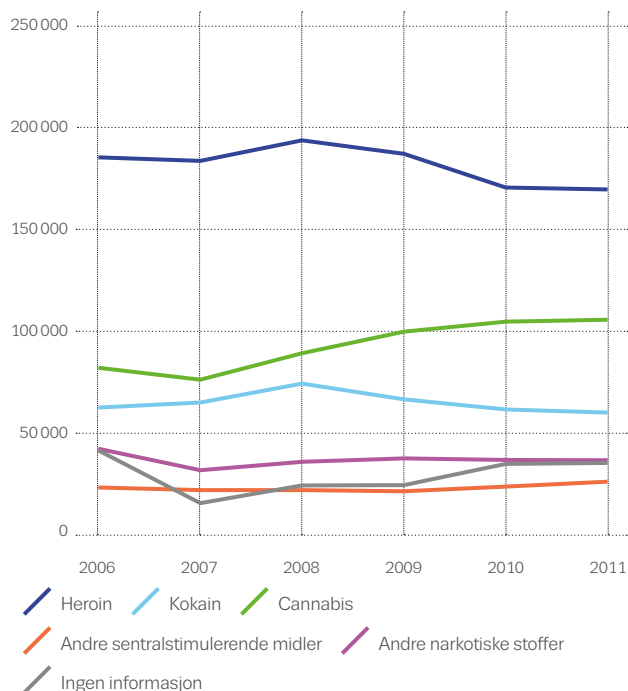
underfinansiert. Modelleringsstudier tyder dessuten på at overføring av hepatitt C-viruset kan reduseres ved å gi smittede sprøytebrukere antiviral behandling. Til tross for dette og for at stadig mer dokumentasjon støtter bruk av antiviral behandling for hepatitt C hos sprøytebrukere, er antallet personer som får slik behandling i Europa i dag, relativt lavt.

Forebygging av narkotikarelaterte dødsfall: en betydelig folkehelseutfordring

Å redusere antallet overdoser og andre narkotikarelaterte dødsfall representerer fremdeles en stor utfordring for folkehelsepolitikken i Europa. Deltakelse i behandlingsprogram, særlig substitusjonsbehandling med opioider, reduserer dødsrisikoen blant narkotikabrukere, og derfor kan økt tilgang til og gjennomføringsgrad for behandling betraktes som et viktig overdoseforebyggende tiltak. Man vet imidlertid at overdoserisikoen øker hos opioidbrukere etter løslatelse fra fengsel og i etterkant av enkelte typer behandling, sannsynligvis på grunn av redusert opioidtoleranse. En innovativ tilnærming til håndtering av disse risikoene er å gjøre opioidantagonisten nalokson lettere tilgjengelig. Fem land rapporterer om pilotprosjekter eller programmer der det tilbys naloksondoser til hjemmebruk til opioidbrukere, deres familier og

FIGUR 3.5

Antall klienter som inntas i det spesialiserte behandlingsapparatet, etter primærrusmiddel



omsorgspersoner (figur 3.4). I Storbritannia viste en studie at helsearbeidere, også innen rusfeltet, med bare minimal opplæring kan øke sine kunnskaper, ferdigheter og selvtillit når det gjelder behandling av opioidoverdoser og administrasjon av nalokson.

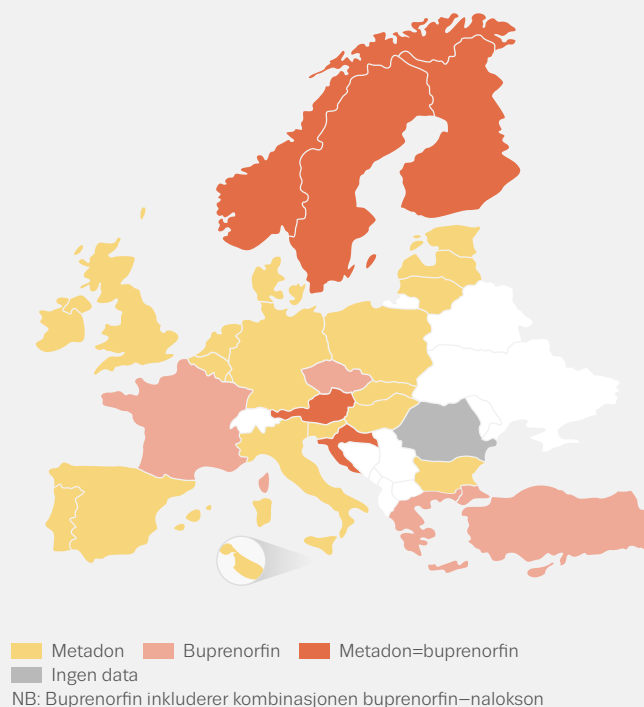
Flesteparten av landene rapporterer at det blir gitt informasjon om overdoserisiko til problembrukere av narkotika. Ved å foreta en vurdering av overdoserisiko vil kvalifiserte rusmiddel- eller helsearbeidere kunne bidra til tidlig identifisering av personer med høy risiko, mens sprøyterom med tilsyn kan gjøre det mulig å nå ut til marginaliserte grupper av narkotikabrukere. Slike sprøyterom finnes i seks land og kan bidra til å forebygge overdosedødsfall og redusere konsekvensene av ikke-dødelige overdoser.

Mer enn en million europeere i narkotikabehandling

Det anslås at minst 1,2 millioner mennesker fikk behandling for bruk av illegale rusmidler i Europa i 2011. Opioidbrukere utgjør den største klientgruppen, mens data om inntak til behandling (figur 3.5) tyder på at cannabisbrukere og kokainbrukere er den hhv. nest største og tredje største gruppen. Det er imidlertid betydelige forskjeller landene imellom.

FIGUR 3.6

Vanligste substitusjonsmedikament etter antall klienter



Psykososiale intervensjoner, substitusjonsbehandling med opioider og avrusning er de viktigste formene for behandling av narkotikaproblemer i Europa. Behandlingen foregår oftest i polikliniske behandlingssentre, som kan være spesialisertsentre, allmennleger og lavterskeltilbud. En betydelig men fallende andel av narkotikabehandlingen foregår i døgninstitusjoner.

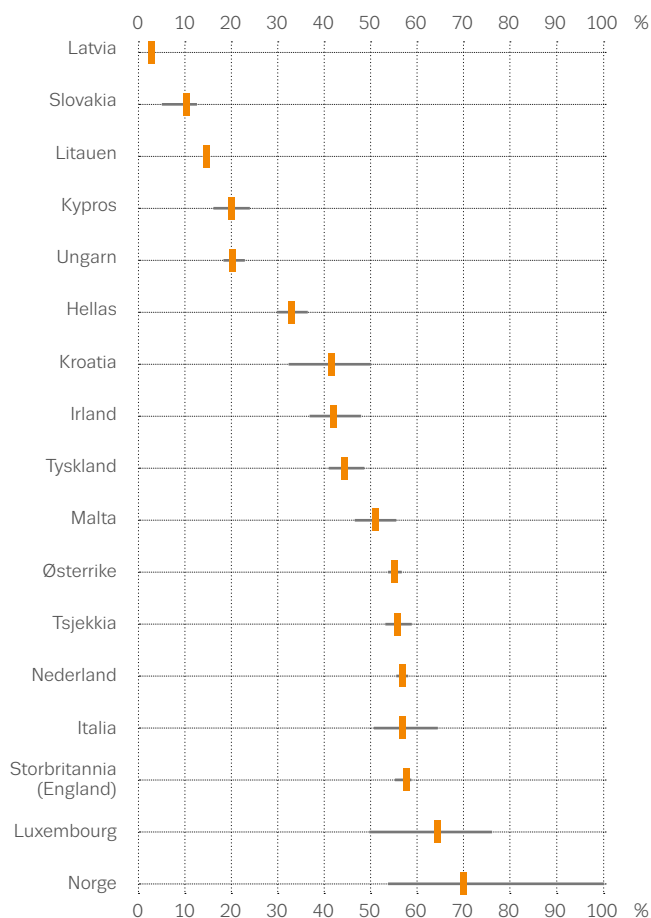
Opioidbrukere: substitusjonsbehandling er førstevalget

Den vanligste behandlingen av opioidavhengighet i Europa er substitusjonsbehandling, som tilbys på spesialiserte polikliniske behandlingssentre eller av fastleger, vanligvis i kombinasjon med psykososial omsorg. Metadon brukes av

**Det anslås at minst
1,2 millioner mennesker
fikk behandling for bruk
av illegale rusmidler
i Europa i 2011**

FIGUR 3.7

Prosentandel av problembrukere av opioider i substitusjonsbehandling (estimat)



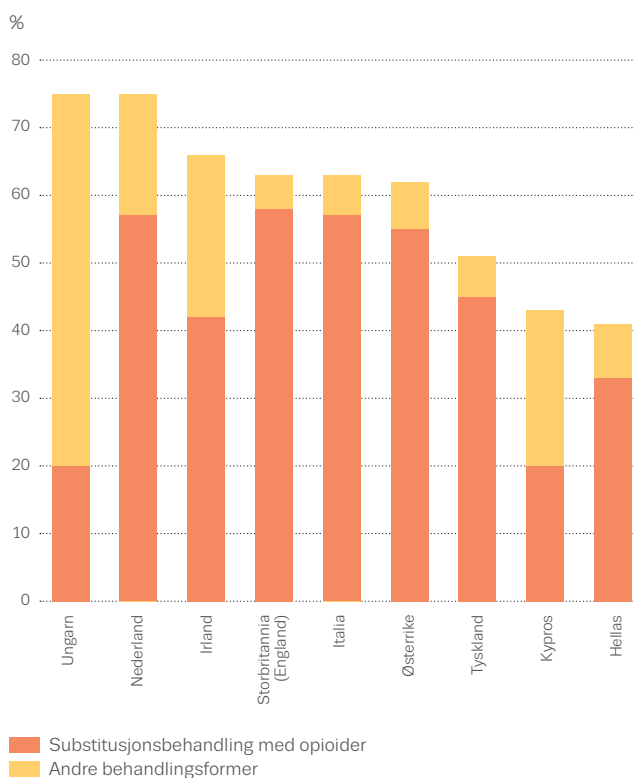
NB: Data vist som punktestimater og toleranseområder.

inntil tre av fire klienter og er dermed det hyppigst forskrevne substitusjonsmedikamentet. De fleste av de øvrige klientene får buprenorfin, som er det vanligste substitusjonsmedikamentet i fem land (figur 3.6). Mindre enn 5 % av all substitusjonsbehandling i Europa baserer seg på bruk av andre stoffer, som morfin i depotform eller diacetylmorfin (heroin).

Den tilgjengelige dokumentasjonen støtter bruk av substitusjonsbehandling, kombinert med psykososial omsorg, for å holde pasientene i behandling og redusere illegal bruk av opioider og narkotikarelaterte skader og dødelighet. Metadon, buprenorfin og diacetylmorfin har vist seg å være effektive når det gjelder å bryte opp beruselses- og abstinenssyklusen og dermed hjelpe pasientene til å stabilisere seg og til å etterleve andre intervensjoner (f.eks. behandling for HIV/AIDS og hepatitt). Det har også vist seg at substitusjonsbehandling kan forbedre livskvaliteten og lette sosial reintegrasjon.

FIGUR 3.8

Prosentandel av problembrukere av opioider som får narkotikabehandling (estimat)



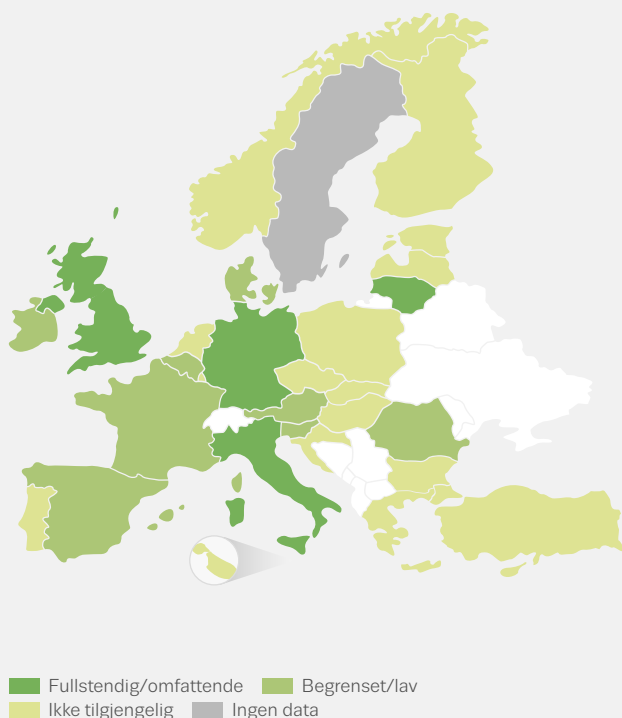
Antallet opioidbrukere som fikk substitusjonsbehandling i Europa i 2011, er anslått til 730 000, opp fra 650 000 i 2008. Dette utgjør sannsynligvis rundt 50 % av alle problembrukere av opioider i Europa – en estimert behandlingsdekning som er sammenlignbar med den som rapporteres for Australia og USA. I Europa er det imidlertid store forskjeller i dekning landene imellom. De laveste dekningsestimaterne (3–20 %) rapporteres av Latvia, Slovakia og Litauen (figur 3.7). I fem land var ventetiden mellom én og seks måneder, mens ventetiden i Bulgaria og Hellas var på over seks måneder. Imidlertid har Hellas som følge av utbrudd av HIV blant sprøytebrukere av heroin i 2010 nylig økt tilbudet om substitusjonsbehandling slik at ventetiden er blitt kortere.

Andre typer behandling for opioidbrukere: tilgjengelig i alle land

Medikamentfri behandling for opioidbruk tilbys i alle europeiske land. Slik behandling kan gis både poliklinisk og i døgninstitusjon og omfatter psykososiale intervensjoner som kognitiv atferdsterapi, terapeutiske samfunn og andre tilnærminger. Behandlingen innledes generelt med et avrusningsprogram som gir klientene farmasøytisk assistanse til å håndtere de fysiske abstinenssymptomene. Kognitiv atferdsterapi har vist seg å ha en viss effekt blant opioidbrukere, men dokumentasjon er ikke tilstrekkelig solid til å kunne fastslå hvilken intervensjon som er mest

FIGUR 3.9

Tilgjengelighet av spesifikke behandlingsprogrammer for kokainbrukere (ekspertvurderinger, 2011)



effektiv. Det foreligger ikke entydig dokumentasjon på effekten av medikamentfrie terapeutiske samfunn.

Dekningen når det gjelder andre behandlingsmetoder enn substitusjonsbehandling, varierer fra 5 % til over 50 % av alle problembrukere av opioider i de ni landene som har lagt frem tilstrekkelige data (figur 3.8). Samlet sett er dekningsgraden for alle typer behandling for problembrukere av opioider på over 40 % i alle disse landene.

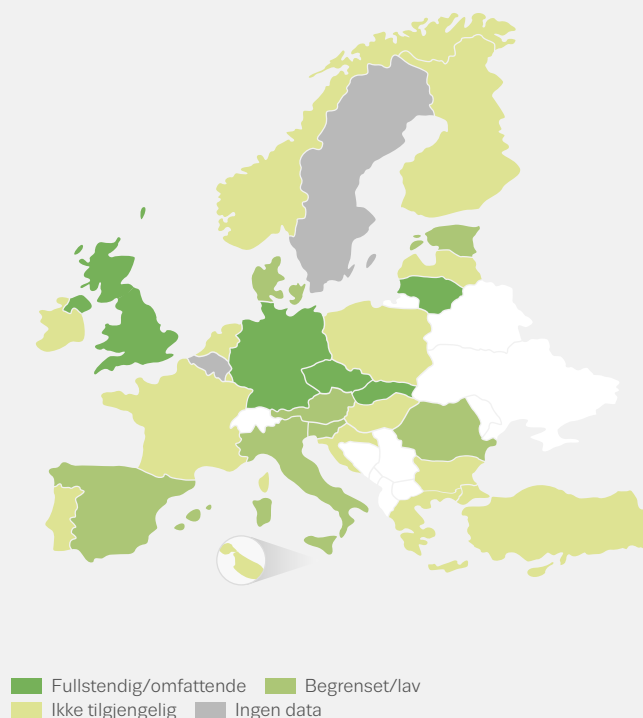
Behandling for kokainbrukere: spesifikke programmer finnes

De primære behandlingsalternativene for kokainavhengighet er psykososiale intervensjoner, og av disse synes læringsbaserte opplegg å vise høyest effekt. Medikamenter som dopaminagonister og antipsykotika kan også ha effekt når det gjelder å redusere kokainbruk.

Selv om personer med kokainproblemer omfattes av det generelle behandlingstilbudet, finnes det i tillegg spesialiserte programmer for kokain- eller crackbrukere i 12 land (figur 3.9), herunder landene som har de høyeste nivåene av kokainbruk. I enkelte land er disse programmene rettet mot sosialt integrerte kokainbrukere som kan ha motforestillinger mot å benytte seg av andre tilbud. I Danmark og Østerrike tilbys kokainbrukere

FIGUR 3.10

Tilgjengelighet av spesifikke behandlingsprogram for brukere av amfetaminer (ekspertvurderinger, 2011)



også behandling innenfor rammen av et program rettet mot blandingsbruk. Bulgaria, Malta og Nederland rapporterer at det foreligger planer om å tilby spesifikke behandlingsprogrammer i nær fremtid. Danmark, Tyskland og Storbritannia har utviklet spesifikke retningslinjer for behandling av kokainbrukere.

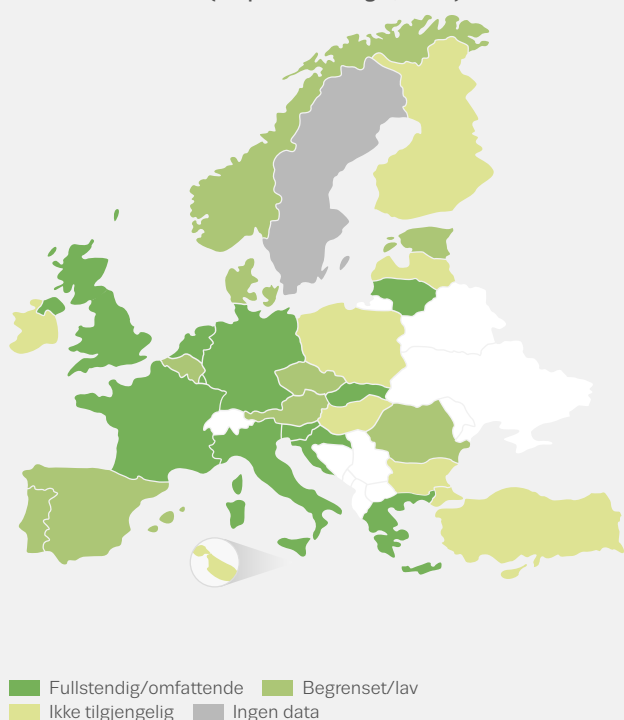
Amfetaminbehandling: geografiske forskjeller

Psykososiale intervensjoner i det polikliniske behandlingsapparatet er det primære behandlingsalternativet for amfetaminbrukere. Både kognitiv atferdsterapi og læringsbasert rusbehandling, noen ganger i kombinasjon, synes å være forbundet med positive resultater. En rekke legemidler er blitt utprøvd for å behandle amfetamin- og metamfetaminavhengighet, men ennå finnes det ingen solid dokumentasjon på effekt av farmakologisk behandling.

Behandlingsalternativene for amfetaminbrukere varierer fra land til land i Europa. Skreddersydde behandlingsprogram finnes hovedsakelig i de landene som har tilbudt behandling for amfetaminbrukere i mange år (figur 3.10). I tillegg rapporterer Bulgaria og Ungarn at det foreligger planer om å etablere spesifikke behandlingsprogram for amfetaminbrukere i nær fremtid.

FIGUR 3.11

Tilgjengelighet av spesifikke behandlingsprogrammer for cannabisbrukere (ekspertvurderinger, 2011)



Cannabisbehandling: mange ulike tilnæringsmåter

Cannabisbehandling i Europa omfatter et bredt spekter av tilnæringsmåter som omfatter alt fra internettbasert behandling og kortvarige intervensjoner, til multidimensjonal familieterapi, kognitiv atferdsterapi og andre strukturerte psykososiale intervensjoner som kan finne sted poliklinisk eller i døgninstitusjon. Strafferettssystemet, legevakt/akuttmottak og psykiatriske behandlingssenheter er viktige henvisningskilder i en del land. De siste årene har stadig flere studier evaluert behandlingen av cannabisbrukere. Et eksempel er en nyere metaanalyse av multidimensjonal familieterapi som viser positive resultater når det gjelder reduksjon av bruken av stoffet og gjennomføring av behandling. Det forskes også på legemidler som kan støtte psykososiale intervensjoner. For eksempel har rimonabant, en agonist, vist positive resultater med hensyn til å redusere akutte fysiologiske plager som røyking av cannabis kan gi.

I 2011 rapporterte over halvparten av landene i Europa at de hadde behandlingsprogrammer spesifikt innrettet på cannabisbrukere (figur 3.11), mens Bulgaria, Kypros, Ungarn og Polen har planer om å etablere programmer på dette området.

Data om klienter som påbegynte narkotikabehandling i 2011, viser at rundt halvparten av dem var arbeidsledige, og at nesten én av ti manglet stabile boforhold

GHB: behandlingsalternativer utforskes

Avhengighet av gamma-hydroksybutyrat (GHB) er en anerkjent klinisk tilstand som kan gi alvorlige abstinenser etter regelmessig eller kronisk bruk. Hittil har forskningen fokusert på å beskrive GHB-abstinenser og komplikasjoner i den forbindelse, som kan være vanskelige å gjenkjenne i akutttilfeller. Det er ennå ikke utarbeidet standardprotokoller for behandlingen av GHB-abstinenser, men det pågår forsøk i Nederland med kontrollert avrusning ved bruk av farmasøytiske produkter som inneholder GHB.

Sosial reintegrasjon: det manglende elementet?

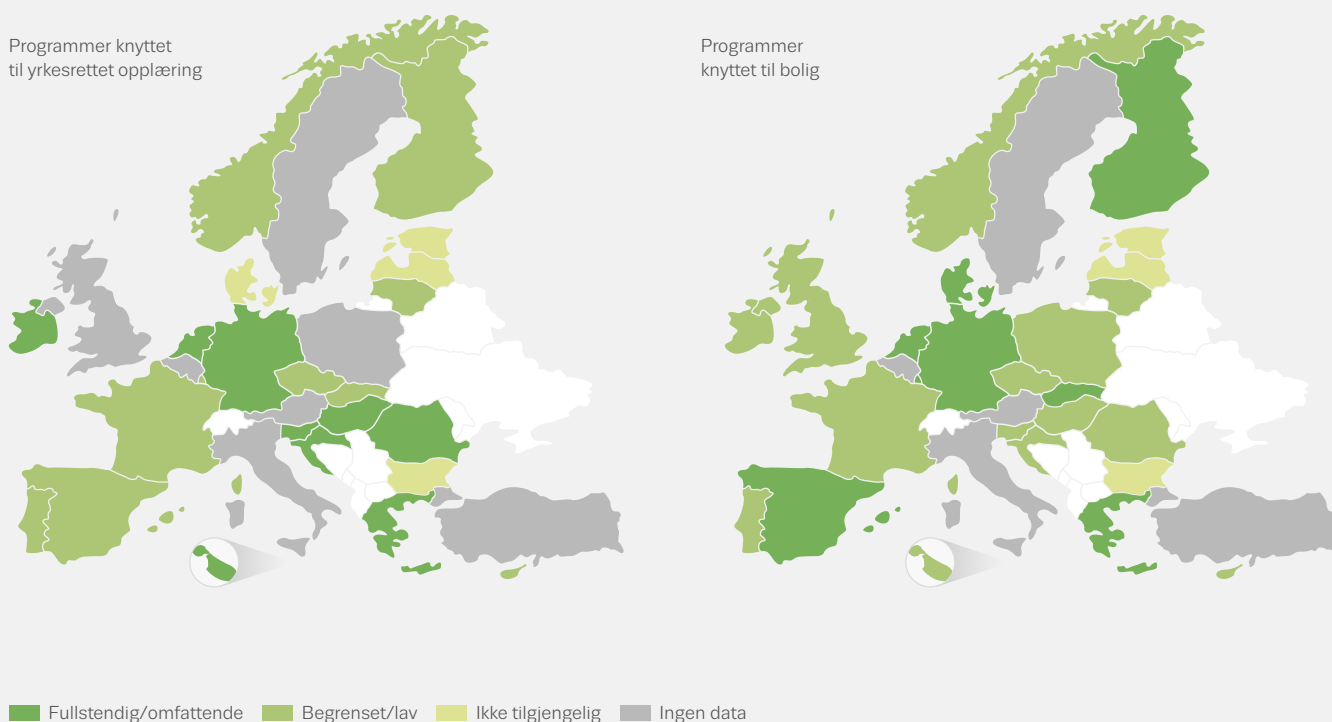
Data om klienter som påbegynte narkotikabehandling i 2011, viser at rundt halvparten av dem var arbeidsledige (47 %), og at nesten én av ti manglet stabile boforhold (9 %). Lav utdanning er også vanlig i denne gruppen; 36 % har bare fullført grunnskolen, mens 2 % ikke en gang har nådd dette nivået.

Tjenester knyttet til sosial reintegrasjon, herunder tjenester som fokuserer på å forbedre brukernes sosiale ferdigheter, fremme utdanning og kvalifisering for arbeid samt oppfylle boligbehov, kan tilbys enten samtidig med behandling eller etter at behandlingen er fullført. De fleste land rapporterer at de tilbyr denne typen reintegrasjonstjenester (figur 3.12), men tilbudet er generelt ikke godt nok utbygd til å møte behovet. Tilgangen til tjenester er dessuten ofte underlagt betingelser, som f.eks. at mottakeren må være stofffri eller har stabile boforhold, og dette kan ekskludere en del av dem som trenger støtten aller mest.

For at tiltak som tar sikte på sosial reintegrasjon skal lykkes, kreves det ofte et effektivt samarbeid mellom de ulike støttetjenestene. Dette var tema foren undersøkelse som ble gjennomført av EMCDDA nylig, der 17 av 28 land rapporterte at det fantes en form for samarbeidsavtale

FIGUR 3.12

Tilgjengelighet av programmer for sosial reintegrasjon for narkotikabrukere i behandling (ekspertvurderinger, 2010)



mellom enheter som tilbyr narkotikabehandling og tilbydere av ulike støttetjenester på områder som bolig og sysselsetting.

Tjenestetilbudet til innsatte: fremdeles underutviklet

Innsatte rapporterer høyere nivåer av narkotikabruk og mer skadelige bruksmønstre enn befolkningen generelt; ifølge nyere studier har mellom 5 % og 31 % av innsatte på noe tidspunkt injisert narkotika. De fleste brukerne vil redusere forbruket av narkotika eller stoppe helt når de settes i fengsel. Men narkotika finner veien inn i mange fengsler, og en del innsatte fortsetter eller begynner å bruke narkotika mens de sitter inne.

Ettersom innsatte med narkotikaproblemer ofte har mange og sammensatte helsemessige behov som kan kreve tverrfaglig og spesialisert medisinsk oppfølging, er det viktig å foreta en behovsvurdering allerede ved innsettelsen. De fleste landene har nå etablert tverrinstitusjonelt samarbeid mellom fengselshelsetjenesten og behandlingsapparatet ute i samfunnet med sikte på å tilby helseopplysning og behandling i fengsel og sikre kontinuitet i omsorgen ved innsettelse så vel som ved løslatelse. Sju europeiske land har lagt fengselshelsetjenesten inn under helsedepartementets ansvarsområde. I hovedsak er

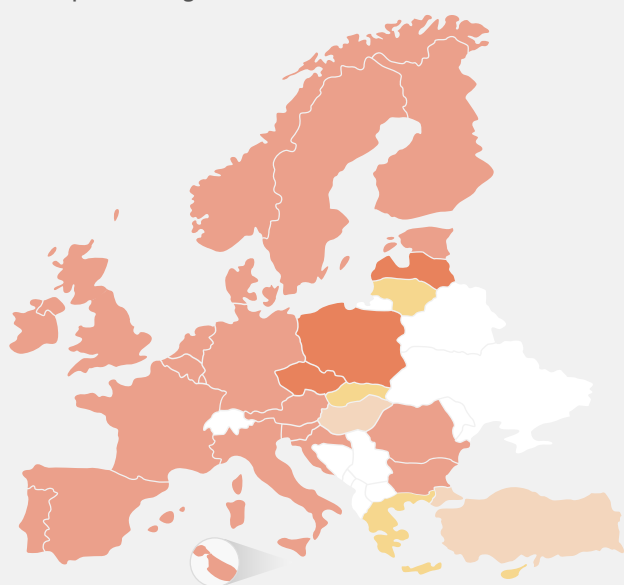
imidlertid tjenestetilbudet til narkotikabrukere i fengsel fremdeles ofte dårligere enn det som finnes ute i samfunnet, til tross for at prinsippet om likeverdig omsorg er allment anerkjent.

Narkotikarelaterte tjenester som ytes i europeiske fengsler, omfatter en rekke ulike intervensjoner som informasjonstjenester, rådgivning og behandling, skadereducerende tiltak og forberedelse til løslatelse. Screening for infeksjonssykdommer, hovedsakelig HIV, foretas ofte ved innsettelse og i en del land også ved løslatelse. De eksisterende screening-programmene



FIGUR 3.13

Tilgjengelighet av substitusjonsbehandling med opioider i fengsler



■ Både fortsettelse og igangsettelse av behandling
 ■ Bare fortsettelse av behandling
 ■ Ingen rapporterte tilfeller ■ Ikke tilgjengelig

omfatter imidlertid ikke alltid HCV. Ordninger for utdeling av rene sprøyter i fengselsmiljøer er lite utbredt, og bare fire land rapporterer at sprøyter er tilgjengelig i minst ett fengsel.

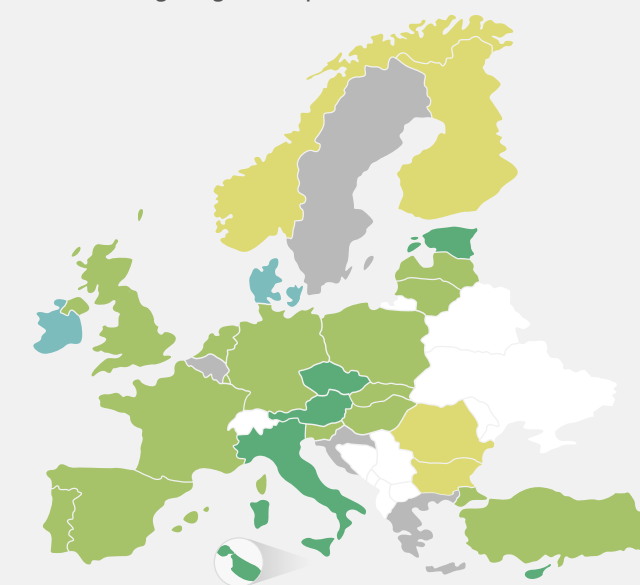
Det tilbys nå substitusjonsbehandling med opioider i fengsler i flesteparten av landene, men innføringen i fengselsmiljøer har gått saktere enn i samfunnet for øvrig. Et ferskt anslag tilsier at minst 74 000 innsatte fikk slik behandling i løpet av året, men dekningsnivået varierer mye fra land til land. Det kan også finnes begrensninger; for eksempel omfatter tilbudet om substitusjonsbehandling i en del land bare innsatte som allerede fikk slik behandling før de ble innsatt (figur 3.13).

Tilbudsreduserende tiltak: mindre fokus på spesialiserte narkotikagrupper

Mens etterspørselsreduserende tiltak i stor grad blir dokumentert, forekommer systematisk innsamling av data om tilbudsreduserende tiltak mye sjeldnere, til tross for at slike aktiviteter ofte legger beslag på størsteparten av de nasjonale narkotikabudsjettene. Rettshåndheving er et viktig element når det gjelder tilbudsreduksjon, og EMCDDA har nylig igangsatt et pilotprosjekt for å oppnå en bedre beskrivelse og forståelse av hvordan aktivitetene på dette området er organisert. Utgangspunktet for dette arbeidet har vært

FIGUR 3.14

Typer av organer spesialisert innen håndheving av narkotikalogvgivningen i Europa



■ Egne narkotikagrupper
 ■ Organer for bekjempelse av alvorlig organisert kriminalitet
 ■ Begge ■ Andre typer ■ Ingen data

en kartlegging av formelle rettshåndhevsorganer som primært har til oppgave å avdekke og etterforske brudd på narkotikalogvgivningen. Disse kan inndeles i to hovedtyper: egne "narkotikagrupper" og organer for bekjempelse av organisert kriminalitet som har et spesifikt mandat til å iverksette tilbudsreduserende tiltak.

Minst en av disse to organisasjonstypene finnes i 26 land, og det er i alt rapportert over 1 000 enheter med spesifikke mandater knyttet til håndheving av narkotikalogvgivningen (figur 3.14). Antallet politi- og tolltjenestemenn som er spesialisert innen arbeid med illegale rusmidler er for 23 land estimert til minst 17 000, og flertallet av disse er polititjenestemenn. Selv om de rapporterte tallene ikke alltid er direkte sammenlignbare, kan det anslås at mellom 0,2 % og 3,3 % av alle politi- og tolltjenestemenn på nasjonalt nivå er spesialisert innen bekjempelse av illegale rusmidler.

Flesteparten av narkotikagruppene og organene for bekjempelse av organisert kriminalitet som har et spesifikt mandat knyttet til tilbudsreduksjon, er tilknyttet politimyndighetene, mens et mindre antall er tilknyttet tollvesenet. Videre rapporterer 11 land om samarbeid mellom forskjellige organer, vanligvis i form av kombinerte politi- og tollgrupper eller -enheter, noen ganger også med deltakelse fra andre funksjoner som kystvakt eller grensekontroll. Disse utgjorde imidlertid bare 42 av de mer enn 1 000 organene som er identifisert.

Selv om 21 land rapporterer å ha spesialiserte narkotikagrupper, tyder dataene på at det i Europa er en generell tendens til at man går bort fra denne formen for spesialisert enhet til fordel for større organer for bekjempelse av alvorlig organisert kriminalitet. Dette gjenspeiler på sett og vis utviklingen på EU-nivå, der narkotikaforsyning både i Europols trusselvurdering av alvorlig og organisert kriminalitet og i Det europeiske råds plan for bekjempelse av alvorlige former for internasjonal organisert kriminalitet nå i større grad betraktes som en av flere innbyrdes forbundne dimensjoner ved kampen mot organisert kriminalitet.

Antallet politi- og tolltjenestemenn som er spesialisert innen arbeid med illegale rusmidler er for 23 land estimert til minst 17 000

FINN UT MER

Publikasjoner fra EMCDDA

2012

Reduksjon av narkotikaetterspørselen: global dokumentasjon for lokale tiltak, Fokus på narkotika nr. 23.

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

New heroin-assisted treatment, EMCDDA Insights.

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

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

2011

European drug prevention quality standards, Manual.

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

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, EMCDDA Monographs.

Treatment and care for older drug users, Selected issue.

2009

Internet-based drug treatment interventions, EMCDDA Insights.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, part III Prevention and treatment, EMCDDA Monographs.

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

4

Narkotikapolitikken i Europa fungerer innenfor rammen av det internasjonale narkotikakontrollsystemet som bygger på tre FN-konvensjoner

Narkotikapolitikk

I Europa er det de nasjonale regjeringene og nasjonalforsamlingene som har ansvar for å vedta de nødvendige juridiske, strategiske, organisatoriske og budsjettmessige rammene for å bekjempe narkotikarelaterte problemer, mens EUs narkotikarelaterte regelverk og flerårige strategi- og handlingsplaner utgjør et rammeverk for samordnet handling. Til sammen utgjør disse elementene narkotikapolitikken som gjør det mulig for landene å utvikle og gjennomføre tiltakene rettet mot tilbuds- og etterspørselsreduksjon som gjennomgås i denne rapporten.

Overvåking av narkotikapolitikken

Narkotikapolitiske dimensjoner som kan overvåkes på europeisk nivå, omfatter blant annet narkotikalovgivning og narkotikalovbrudd, nasjonale narkotikastrategier og handlingsplaner, samordning av politikk og evalueringsordninger samt narkotikarelaterte budsjetter og offentlige utgifter. Data samles inn av EMCDDA via nettverket av nasjonale kontaktpunkter og nettverket av juridiske korrespondenter. Data og metodeopplysninger om narkotikalovbrudd finnes i Statistiske opplysninger, og omfattende informasjon om europeisk narkotikapolitikk og -lovgivning er tilgjengelig på internett.

Narkotikalovgivning: et felles rammeverk

Narkotikapolitikken i Europa fungerer innenfor rammen av det internasjonale narkotikakontrollsystemet som bygger på tre FN-konvensjoner. Dette systemet fastsetter et rammeverk for kontroll med produksjon av, handel med og besittelse av over 240 psykoaktive stoffer, hvorav de fleste har en anerkjent medisinsk bruk. Konvensjonene forplikter hver av statene til å betrakte uautorisert forsyning som en forbrytelse. Det samme kreves når det gjelder besittelse av narkotika for personlig bruk, men med forbehold for landets "forfatningsprinsipper og de grunnleggende begrepene i landets rettssystem". Denne bestemmelsen er ikke blitt tolket på samme måte i alle europeiske land, noe som gjenspeiles i de mange ulike tilnærmingene som finnes på dette området.

Besittelse av narkotika for personlig bruk: stadig mindre bruk av fengselsstraff

I de fleste europeiske land er besittelse av narkotika for personlig bruk (og noen ganger også bruk av narkotika) en forbrytelse som kan medføre fengselsstraff. I enkelte land kan det derimot bare medføre ikke-strafferettslige sanksjoner som bøter eller inndragelse av førerkort. Hvilket stoff som er involvert, er en annen faktor som spiller inn. I to tredeler av de europeiske landene forskriver den nasjonale lovgivningen samme straff for besittelse for personlig bruk, uavhengig av typen stoff. I de øvrige landene varierer straffealternativene alt etter hvilket stoff det dreier seg om.

Den generelle trenden i Europa har siden 2000 vært at man reduserer bruken av fengselsstraff for besittelse av narkotika til egen bruk. En del land har endret lovgivningen for å fjerne muligheten for fengselsstraff (f.eks. Portugal, Slovenia, Bulgaria og nylig også Kroatia), mens andre har utstedt nasjonale retningslinjer til politi og påtalemyndigheter om å bruke andre sanksjoner enn fengselsstraff. Tilnærmingen som er valgt i Portugal, har vakt betydelig internasjonal oppsikt. Systemet som ble innført der i 2001, innebar at man la mindre vekt på straff og i stedet lot narkotikabrukere møte for såkalte "nemnder for bekjempelse av narkotikaavhengighet" underlagt helsedepartementet.

I de fleste europeiske land var flertallet av de rapporterte narkotikalovbruddene relatert til narkotikabruk eller besittelse for bruk. Det ble registrert over en million slike lovbrudd i Europa i 2011, en økning på 15 % sammenlignet med 2006. Mer en tre firedeler av disse lovbruddene involverte cannabis (figur 4.1).

Praksisene med hensyn til straffeutmåling sier noe om gjennomføringen av lovgivningen og de faktiske utfallene ved lovbrudd knyttet til narkotikabruk eller besittelse for bruk i Europa. Data innsamlet av EMCDDA i 2009 viste at mange land brukte sanksjoner som bøter, advarsler eller samfunnsstraff for besittelse av narkotika for personlig bruk, mens en del sentral- og østeuropeiske land som Bulgaria, Polen, Romania, Slovakia og Kroatia oftere hadde tendens til å bruke betingede fengselsstraffer.

Forsyning av narkotika: forskjeller i straffenivå

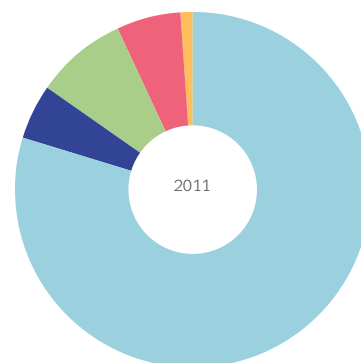
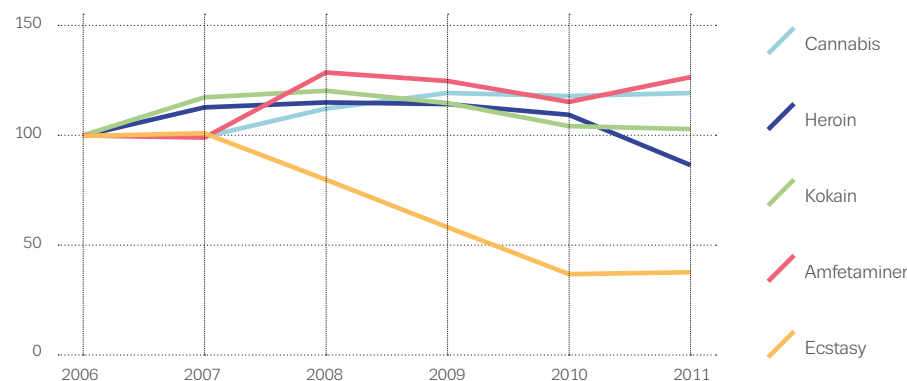
Illegal forsyning av narkotika blir alltid betraktet som en forbrytelse i Europa, men maksimumsstraffene varierer betraktelig. I enkelte land kan forsyningsrelaterte lovbrudd være omfattet av en enkelt vid strafferamme (inntil fengsel på livstid). Andre land opererer med et skille mellom mindre alvorlige og alvorlige forsyningslovbrudd, basert på faktorer som kvanta av stoffene som er funnet, med tilhørende maksimumsstraffer. En annen tilnærming, som benyttes i 14 av de 30 landene som denne rapporten omhandler, er å ha forskjellige strafferammer alt etter hvilket stoff som er involvert (figur 4.2).

Antallet rapporterte lovbrudd relatert til forsyning av narkotika har økt med en firedel siden 2006 og var oppe i over 225 000 tilfeller i 2011. Cannabis var involvert i flertallet av lovbruddene, både de forsyningsrelaterte og de besittelsesrelaterte. Kokain, heroin og amfetamin sto

FIGUR 4.1

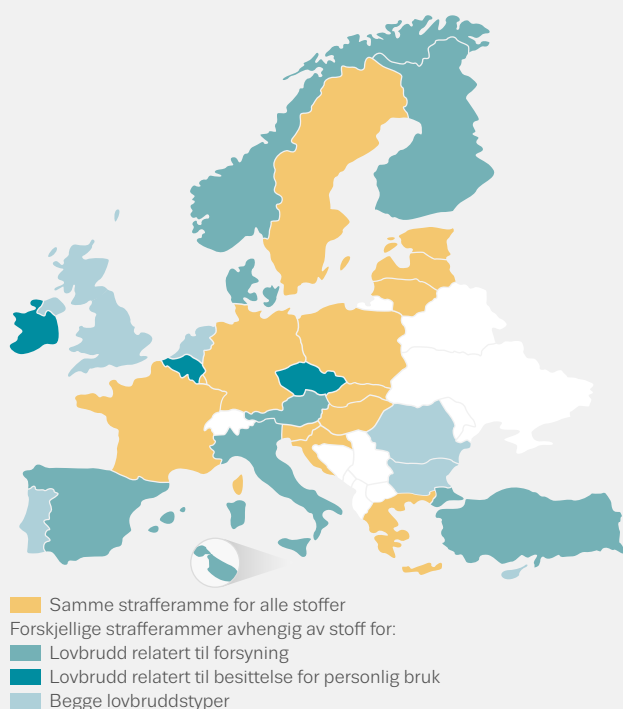
Rapporterte lovbrudd relatert til narkotikabruk eller besittelse for bruk i Europa, trender og fordeling på de viktigste stofftypene

Indeks (2006=100)



FIGUR 4.2

Straffer for narkotikalovbrudd: variasjoner avhengig av stoff

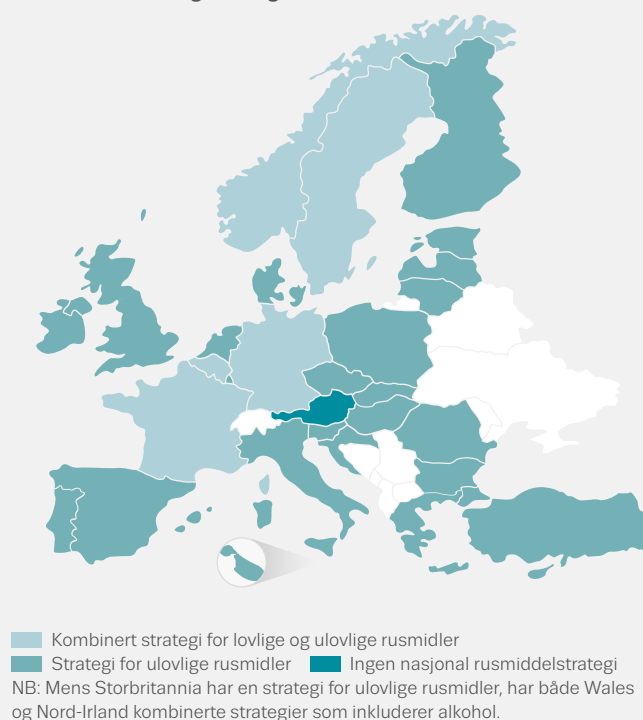


imidlertid for en større andel av de forsyningsrelaterte lovbruddene enn av lovbruddene som var relatert til besittelse for personlig bruk (figur 4.3).

Domsstatistikker for 2009 fra et antall utvalgte land viser at forsyningsrelaterte lovbrudd oftere medførte fengselsstraff enn lovbrudd relatert til besittelse for bruk.

FIGUR 4.4

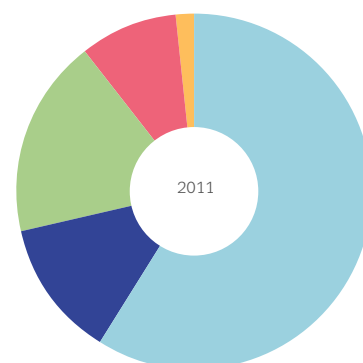
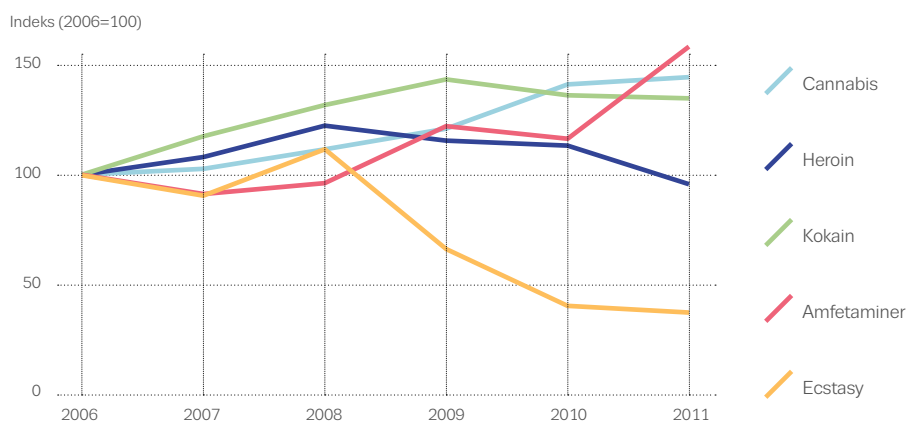
Nasjonale rusmiddelstrategier og -handlingsplaner, hvilke som finnes og omfang



Maksimumsstraffene ble imidlertid sjelden eller aldri idømt, og i gjennomsnitt var fengselsstraffene korte og ofte betingede, noe som tyder på at bare et lite antall av de berørte ble dømt for alvorlige narkotikalovbrudd. Statistikken viser også at de gjennomsnittlige dommene varierte avhengig av type stoff, også i de landene der stoffene er likestilt i lovgivningen.

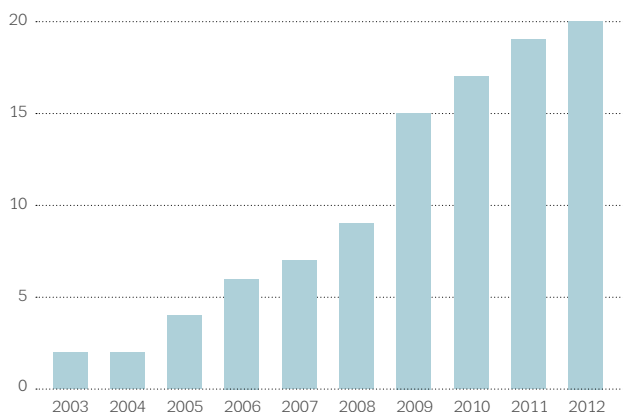
FIGUR 4.3

Rapporterte lovbrudd relatert til forsyning av narkotika i Europa, trender og fordeling på de viktigste stofftypene



FIGUR 4.5

Totalt antall land med en evaluert nasjonal narkotikastrategi



Nasjonale narkotikastrategier: en europeisk standard

Siden slutten av 1990-tallet er det blitt fast praksis at nasjonale regjeringer i Europa vedtar narkotikastrategier og -handlingsplaner. Disse dokumentene, som gjelder for en begrenset periode, fastsetter generelle prinsipper, målsettinger og prioriteringer og spesifiserer tiltak og partene som er ansvarlige for å gjennomføre disse. Alle landene har nå en nasjonal narkotikastrategi eller -handlingsplan, bortsett fra Østerrike, som har planer på provinsnivå. Fem land har vedtatt nasjonale strategier og handlingsplaner som dekker både lovlige og ulovlige rusmidler (figur 4.4).

Støtte til narkotikastrategiene: samordning og evalueringsordninger

Parallelt med utviklingen av nasjonale narkotikastrategier har landene også etablert ordninger for å samordne gjennomføringen av narkotikapolitikken. På nasjonalt nivå har de fleste landene nå en interdepartemental narkotikakomité, supplert av et nasjonalt samordningsorgan på rusmiddelfeltet som har ansvar for den daglige styringen av aktivitetene. I 14 land er denne underlagt helsedepartementet, mens den i de øvrige landene er underlagt regjeringen eller statsministerens kontor, innenriksdepartementet eller andre departementer. 22 land rapporterer dessuten at de har oppnevnt en nasjonal koordinator for narkotikaarbeidet, som ofte fungerer som leder for det nasjonale samordningsorganet. De nasjonale koordinatorene møtes på EU-nivå.

På regionalt eller lokalt nivå har de fleste landene narkotikasamordningsorganer og/eller

FIGUR 4.6

Nyeste anslag over narkotikarelaterte offentlige utgifter (% av BNP)



narkotikakoordinatorer. I tillegg finnes det i en del land, særlig land med føderal struktur, vertikale samordningsorganer som fremmer samarbeid mellom aktører på nasjonalt og lokalt plan. I andre land fører de nasjonale samordningsorganene direkte tilsyn med samordningen på regionalt eller lokalt plan.

De siste årene har både EU og stadig flere av landene gjennomført en sluttevaluering av sine narkotikastrategier eller -handlingsplaner (figur 4.5). Vanligvis er målet å vurdere hvor langt gjennomføringen er kommet og hvordan narkotikasituasjonen har endret seg, for å ha et utgangspunkt for arbeidet på den neste strategien. I flesteparten av landene foretas evalueringen internt av organet eller institusjonen som har ansvar for planen, men

På nasjonalt nivå har de fleste landene nå en interdepartemental narkotikakomité, supplert av et nasjonalt samordningsorgan på rusmiddelfeltet som har ansvar for den daglige styringen av aktivitetene

et økende antall land har bestilt eksterne evalueringer eller foretatt evalueringene i samarbeid med tredjeparter. Det foreligger i dag planer om å gjennomføre en sluttevaluering av den gjeldende narkotikastrategien i de fleste europeiske landene.

Økonomiske evalueringer: behov for bedre data

Økonomiske evalueringer som sammenligner kostnaden og nytten av alternative tiltak, kan være et viktig verktøy i evalueringen av politikken. Mengden informasjon og kvaliteten på informasjonen som er tilgjengelig om narkotikarelaterte offentlige utgifter i Europa, er imidlertid fremdeles svært begrenset, og dette utgjør en betydelig hindring for kostnadseffektivitetsanalyser. Ikke desto mindre har det vært en økning i antallet land som minst en gang i løpet av det siste tiåret har forsøkt å anslå hvor mye penger myndighetene bruker på narkotikapolitikken. Disse landene rapporterer utgiftsanslag som spenner fra 0,01 % til 0,7 % av BNP (figur 4.6), men det er vanskelig å foreta sammenligninger ettersom rekkevidden av og kvaliteten på anslagene varierer betraktelig. Til tross for disse begrensningene tyder den tilgjengelige informasjonen på at tilbudsreducerende tiltak står for den største andelen av de narkotikarelaterte offentlige utgiftene i de fleste landene.

Konsekvensene av den økonomiske krisen er fremdeles merkbare i Europa, som i mange andre deler av verden. Som eksempler kan nevnes negativ økonomisk vekst, økende arbeidsledighet – særlig blant unge – og kutt i offentlige utgifter. Dette kan også berøre budsjettmidlene som avsettes til tiltak knyttet til helse, offentlig orden og sikkerhet, som er postene de fleste narkotikarelaterte offentlige utgiftene hører inn under. Omfanget av den finansielle konsolideringen eller innstramningstiltakene og konsekvensene av disse synes i dag å variere kraftig mellom landene i Europa. Latvia, Litauen og Estland er blant landene som har kuttet mest i sine offentlige utgifter. Det rapporteres nå også om nedskjæringer i narkotikarelaterte programmer og tilbud i en rekke andre europeiske land.

FINN UT MER

Publikasjoner fra EMCDDA

2013

Drug policy profiles: Ireland.

2012

Drug-related research in Europe: recent developments and future perspectives, Thematic paper.

2011

Drug policy profiles: Portugal.

2009

Drug offences: sentencing and other outcomes, Selected issue.

2008

Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe, Selected issue.

2006

European drug policies: extended beyond illicit drugs?, Selected issue.

2005

Illicit drug use in the EU: legislative approaches, Thematic paper.

Publikasjoner fra EMCDDA og Europakommisjonen

2010

The European Union and the drug phenomenon: frequently asked questions.

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

Vedlegg

De nasjonale dataene som presenteres her, er hentet fra EMCDDAs Statistiske opplysninger 2013, som inneholder ytterligere data, år, merknader og metadata

TABELL 1

OPIOIDER

	Estimat for problematisk bruk av opioider	Indikator for etterspørsel etter behandling, primærrusmiddel				Klienter i substitusjons-behandling
		Opioideklienter som prosentandel av klienter som inntas til behandling		% av opioideklientene med injisering som viktigste inntaksmåte		
		Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang	Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang	
Land	Tilfeller pr. 1 000	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	antall
Belgia	–	36,8 (2 176)	18 (403)	19,7 (399)	16,3 (60)	17 701
Bulgaria	–	79,3 (1 877)	93,2 (275)	85,9 (1 300)	84,2 (223)	3 452
Tsjekkia	1,2–1,3	19,4 (1 791)	9,9 (443)	86,3 (1 528)	83,1 (359)	5 200
Danmark	–	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Tyskland	2,9–3,4	44,3 (31 450)	19,2 (3 576)	36,2 (13 827)	33,2 (1 491)	76 200
Estland	–	91,4 (486)	80,4 (131)	84,5 (410)	84 (110)	1 076
Irland	6,2–8,1	57,9 (4 930)	39 (1 457)	31 (1 488)	22,9 (327)	8 729
Hellas	2,5–3,0	80,6 (4 693)	73,4 (1 886)	41,3 (1 930)	38,7 (729)	6 783
Spania	1,1–1,3	34,3 (18 374)	18,2 (4 881)	15,8 (2 756)	10,2 (481)	82 372
Frankrike	–	40,7 (14 987)	20,2 (2 042)	17,7 (2 097)	12,3 (226)	145 000
Italia	4,3–5,4	55,3 (23 416)	42,4 (9 706)	57,5 (12 566)	50,5 (4 603)	109 987
Kypros	1,3–2,0	36,7 (365)	10,8 (48)	52,6 (191)	46,8 (22)	188
Latvia	5,0–9,9	52,9 (1 044)	34,1 (126)	93,3 (935)	88,4 (107)	277
Litauen	2,3–2,4	–	72,1 (181)	–	98,6 (136)	798
Luxembourg	5,0–7,6	67,4 (151)	–	58,9 (89)	–	1 228
Ungarn	0,4–0,5	6,8 (325)	2,3 (75)	66,8 (203)	49,3 (34)	639
Malta	6,9–8,2	78,7 (1 434)	45,4 (83)	62,5 (893)	59 (49)	1 107
Nederland	1,6–1,6	12,8 (1 674)	6 (461)	8,9 (91)	16 (46)	10 085
Østerrike	5,2–5,5	64,5 (2 426)	41,3 (566)	42,2 (987)	26,8 (146)	16 782
Polen	–	48,2 (643)	14,7 (53)	77 (488)	46,2 (24)	2 200
Portugal	–	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	26 531
Romania	–	35 (648)	29,6 (339)	91,5 (590)	90,2 (305)	742
Slovenia	–	86,6 (451)	74,9 (155)	56,8 (256)	49,7 (77)	3 557
Slovakia	1,0–2,5	33,7 (691)	22,7 (217)	75,7 (514)	63,1 (137)	500
Finland	–	62,2 (898)	43,8 (109)	81,8 (719)	66,7 (72)	2 000
Sverige	–	24,8 (1 541)	16,5 (255)	55,7 (857)	26,6 (69)	3 115
Storbritannia	8,0–8,6	59,3 (68 112)	40 (18 005)	33,2 (22 081)	29,2 (5 156)	177 993
Kroatia	3,2–4,0	80,9 (6 198)	29,8 (343)	74,5 (4 530)	53,3 (171)	4 074
Tyrkia	0,2–0,5	70,3 (1 488)	64,7 (701)	50,9 (746)	48 (333)	8 074
Norge	2,1–3,9	37,5 (2 884)	–	73,1 (160)	–	6 640

TABELL 2

KOKAIN

	Prevalensestimater			Indikator for etterspørsel etter behandling, primærrusmiddel			
	Befolkningen generelt		Skoleelever	Kokainklienter som prosentandel av klienter som inntas til behandling		% av kokainklientene med injisering som viktigste inntaksmåte	
	Livstids-prevalens, voksne (15–64)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34)	Livstids-prevalens, studenter (15–16)	Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang	Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang
Land	%	%	%	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)
Belgia	–	2	4	12,9 (764)	13,6 (304)	6,0 (37)	1,2 (3)
Bulgaria	1,7	1,5	3	0,8 (20)	1,4 (4)	30 (3)	0 (0)
Tsjekkia	1,4	1,1	1	0,3 (30)	0,3 (14)	3,4 (1)	0 (0)
Danmark	4,4	2,5	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Tyskland	3,3	1,8	3	5,9 (4 212)	6,2 (1 164)	19,8 (3 007)	8,7 (256)
Estland	–	1,3	–	–	–	–	–
Irland	6,8	2,8	3	10 (850)	13,3 (496)	1,3 (11)	0,4 (2)
Hellas	0,7	0,2	1	4,3 (248)	4,2 (109)	19 (47)	10,1 (11)
Spania	8,8	3,6	3	41,4 (22 131)	45,3 (12 148)	2,3 (480)	1,4 (167)
Frankrike	3,66	1,85	4	6,9 (2 544)	5,1 (519)	10,2 (215)	4,4 (21)
Italia	4,2	1,3	2	24,3 (10 271)	30,3 (6 938)	5,3 (516)	4,1 (273)
Kypros	3	2,2	4	10,1 (100)	7 (31)	1 (1)	0 (0)
Latvia	1,5	0,3	4	0,4 (7)	0,3 (1)	0 (0)	0 (0)
Litauen	0,5	0,3	2	–	0,8 (2)	–	0 (0)
Luxembourg	–	–	–	18,3 (41)	–	39 (16)	–
Ungarn	0,9	0,4	2	1,6 (78)	1,6 (52)	2,7 (2)	0 (0)
Malta	0,4	–	4	12,5 (228)	28,4 (52)	24,8 (56)	17,6 (9)
Nederland	5,2	2,4	2	24,6 (3 220)	20,3 (1 560)	0,3 (6)	0 (0)
Østerrike	2,2	1,2	–	6 (226)	7,6 (104)	7 (15)	3 (3)
Polen	1,3	1,3	3	1,3 (17)	2,2 (8)	0 (0)	0 (0)
Portugal	1,9	1,2	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
Romania	0,3	0,2	2	1,2 (22)	1,6 (18)	4,8 (1)	5,9 (1)
Slovenia	–	–	3	3,5 (18)	3,9 (8)	44,4 (8)	25 (2)
Slovakia	0,6	0,4	2	0,8 (17)	1,6 (15)	0 (0)	0 (0)
Finland	1,7	0,6	1	0,1 (1)	0 (0)	–	–
Sverige	3,3	1,2	1	1,5 (91)	1,7 (27)	0 (0)	0 (0)
Storbritannia	9,6	4,2	3	12,3 (14 077)	16 (7 185)	2,1 (284)	1 (68)
Kroatia	2,3	0,9	2	1,6 (126)	2,6 (30)	1,7 (2)	3,6 (1)
Tyrkia	–	–	–	2,2 (46)	2,3 (25)	2,2 (1)	4 (1)
Norge	2,5	0,6	1	1 (78)	–	25 (2)	–

TABELL 3

AMFETAMINER

	Prevalenseestimer			Indikator for etterspørsel etter behandling, primærrusmiddel			
	Befolkningen generelt		Skoleelever	Amfetaminklienter som prosentandel av klienter som inntas til behandling		% av amfetaminklientene med injisering som viktigste inntaksmåte	
	Livstids-prevalens, voksne (15–64)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34)	Livstids-prevalens, studenter (15–16)	Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang	Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang
Land	%	%	%	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)
Belgia	–	–	5	9,8 (581)	11,2 (250)	9,1 (50)	5 (12)
Bulgaria	2,1	2,1	6	1,4 (33)	1,7 (5)	0 (0)	0 (0)
Tsjekkia	2,1	0,8	2	65,2 (6 008)	69,6 (3 122)	77,4 (4 601)	71,9 (2 210)
Danmark	6,2	2	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Tyskland	3,7	1,9	4	11 (7 785)	15,2 (2 839)	1,7 (246)	0,7 (31)
Estland	–	2,5	3	–	–	61,5 (8)	50 (4)
Irland	4,5	0,8	2	0,6 (53)	0,9 (33)	6 (3)	6,3 (2)
Hellas	0,1	0,1	2	0,1 (6)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
Spania	3,3	1,4	2	1 (517)	1,2 (320)	0,6 (3)	0,6 (2)
Frankrike	1,69	0,46	4	0,3 (107)	0,3 (31)	14,9 (13)	0 (0)
Italia	1,8	0,1	1	0,1 (38)	0,1 (16)	0 (0)	0 (0)
Kypros	0,7	0,7	4	0,2 (2)	0,2 (1)	50 (1)	0 (0)
Latvia	2,2	1,9	4	19,3 (380)	28,2 (104)	60,9 (206)	53,9 (48)
Litauen	1,6	1,1	3	–	2 (5)	–	60 (3)
Luxembourg	–	–	–	0,4 (1)	–	0 (0)	–
Ungarn	1,8	1,2	6	11,9 (567)	11 (354)	23,3 (130)	19,2 (67)
Malta	0,4	–	3	0,2 (3)	–	33,3 (1)	–
Nederland	3,1	–	3	6,2 (818)	6,5 (499)	0,6 (3)	1 (3)
Østerrike	2,5	0,9	–	2,2 (83)	3,5 (48)	3,7 (3)	2,2 (1)
Polen	4,2	1,3	4	21,4 (285)	26,7 (96)	9,4 (25)	8,4 (8)
Portugal	0,9	0,4	3	0 (1)	0,1 (1)	–	–
Romania	0,1	0	2	0,6 (12)	0,9 (10)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	–	–	2	0,4 (2)	0,5 (1)	50 (1)	0 (0)
Slovakia	0,5	0,7	2	38,2 (784)	41,9 (400)	32,1 (243)	25,4 (99)
Finland	2,3	1,6	1	14,1 (204)	11,6 (29)	78,6 (154)	64,3 (18)
Sverige	5	1,5	1	27,8 (1 728)	19,4 (301)	68,6 (1 137)	49,7 (149)
Storbritannia	11,5	1,4	2	3 (3 486)	3,6 (1 615)	22,1 (714)	16 (241)
Kroatia	2,6	–	2	1 (80)	2,2 (25)	0 (0)	0 (0)
Tyrkia	0,3	–	–	0,9 (18)	0,8 (9)	5,6 (1)	0 (0)
Norge	3,8	0,8	1	0 (0)	–	75,1 (205)	–

TABELL 4

ECSTASY

Land	Prevalensestimater			Indikator for etterspørsel etter behandling, primærrusmiddel	
	Befolkningen generelt		Skoleelever	Ecstasyklienter som prosentandel av klienter som inntas til behandling	
	Livstidsprevalens, voksne (15–64)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34)	Livstidsprevalens, studenter (15–16)	Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang
	%	%	%	% (antall)	% (antall)
Belgia	–	–	4,0	0,6 (38)	1 (23)
Bulgaria	1,7	1,6	4,0	0,3 (6)	0,3 (1)
Tsjekkia	5,8	2,5	3,0	0,1 (6)	0,1 (3)
Danmark	2,1	0,8	1,0	0,3 (13)	0,5 (7)
Tyskland	2,4	1,0	2,0	0 (0)	0 (0)
Estland	–	2,3	3,0	–	–
Irland	6,9	0,9	2,0	0,6 (51)	0,6 (24)
Hellas	0,4	0,4	2,0	0,2 (9)	0,2 (5)
Spania	3,6	1,4	2,0	0,2 (98)	0,2 (66)
Frankrike	2,4	0,4	3,0	0,3 (118)	0,2 (24)
Italia	1,8	0,1	1,0	0,3 (129)	0,5 (107)
Kypros	2,0	1,0	3,0	0,3 (3)	0,2 (1)
Latvia	2,7	0,8	4,0	0,1 (2)	0 (0)
Litauen	2,1	1,9	2,0	–	–
Luxembourg	–	–	–	–	–
Ungarn	2,4	1,0	4,0	1 (50)	1,2 (38)
Malta	0,7	–	3,0	0,7 (13)	1,6 (3)
Nederland	6,2	3,1	3,0	0,5 (69)	0,8 (58)
Østerrike	2,3	1,0	–	0,5 (19)	1,2 (16)
Polen	3,4	3,1	2,0	0,1 (1)	0,3 (1)
Portugal	1,3	0,9	3,0	0,1 (4)	0,2 (4)
Romania	0,7	0,4	2,0	0,5 (9)	0,6 (7)
Slovenia	–	–	2,0	0,2 (1)	0,5 (1)
Slovakia	1,9	0,9	4,0	0,1 (2)	0,2 (2)
Finland	1,8	1,1	1,0	0,3 (4)	0,8 (2)
Sverige	2,1	0,2	1,0	0,3 (17)	0,5 (7)
Storbritannia	8,6	2,8	3,0	0,2 (229)	0,3 (141)
Kroatia	2,5	0,5	2,0	0,3 (23)	0,5 (6)
Tyrkia	0,1	0,1	–	0 (1)	0,1 (1)
Norge	1,0	0,6	1,0	0 (0)	–

TABELL 5

CANNABIS

	Prevalensestimater			Indikator for etterspørsel etter behandling, primærrusmiddel	
	Befolkningen generelt		Skoleelever	Cannabisklienter som prosentandel av klienter som inntas til behandling	
	Livstidsprevalens, voksne (15–64)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34)	Livstidsprevalens, studenter (15–16)	Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang
Land	%	%	%	% (antall)	% (antall)
Belgia	14,3	11,2	24	31 (1 832)	48,2 (1 077)
Bulgaria	7,3	6	21	4,3 (101)	3,1 (9)
Tsjekkia	24,9	16,1	42	13,2 (1 214)	18,7 (839)
Danmark	32,5	13,5	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Tyskland	25,6	11,1	19	33 (23 418)	54,9 (10 236)
Estland	–	13,6	24	5,3 (28)	–
Irland	25,3	10,3	18	22,9 (1 951)	35,7 (1 336)
Hellas	8,9	3,2	8	12,8 (746)	20,2 (518)
Spania	27,4	17	32	21 (11 210)	32,3 (8 653)
Frankrike	32,12	17,54	39	47,8 (17 621)	71,1 (7 193)
Italia	21,7	8	13	18,8 (7 957)	25,2 (5 781)
Kypros	11,6	7,9	7	48,8 (485)	78,1 (346)
Latvia	12,5	7,3	24	11,8 (232)	19,8 (73)
Litauen	11,9	9,9	20	–	3,6 (9)
Luxembourg	–	–	–	12,9 (29)	–
Ungarn	8,5	5,7	19	69,4 (3 321)	77,3 (2 492)
Malta	3,5	1,9	10	6,7 (122)	20,8 (38)
Nederland	25,7	13,7	26	48,3 (6 334)	58 (4 446)
Østerrike	14,2	6,6	–	22,5 (848)	41,8 (574)
Polen	17,3	17,1	23	23,5 (313)	44,4 (160)
Portugal	11,7	6,7	14	13,9 (525)	25,4 (457)
Romania	1,6	0,6	7	8,6 (160)	11,3 (130)
Slovenia	–	6,9	23	8,4 (44)	18,8 (39)
Slovakia	10,5	7,3	27	19,2 (394)	27,3 (260)
Finland	18,3	11,2	11	13,4 (193)	32,9 (82)
Sverige	21,4	6,1	6	24,9 (1 550)	45,1 (699)
Storbritannia	31	12,3	21	20,3 (23 378)	32,4 (14 559)
Kroatia	15,6	10,5	18	12,5 (957)	52,7 (607)
Tyrkia	0,7	0,4	–	17,1 (363)	22,1 (240)
Norge	14,6	7	5	20,3 (1 561)	–

TABELL 6

ANDRE INDIKATORER

	Narkotikainduserte dødsfall (aldersgruppen 15–64)	HIV-diagnoser blant sprøytebrukere av narkotika (ECDC)	Estimat for injeksjonsbruk	Sprøyter utdelt gjennom spesialiserte programmer
Land	tilfeller pr. million innbyggere (antall)	tilfeller pr. million innbyggere (antall)	tilfeller pr. 1 000 innbyggere	antall
Belgia	19,6 (142)	1 (11)	2,5–4,8	938 674
Bulgaria	4,8 (24)	8,4 (63)	–	643 377
Tsjekkia	3,8 (28)	0,9 (9)	5,1–5,5	5 398 317
Danmark	49,8 (181)	1,8 (10)	2,8–4,7	–
Tyskland	17,9 (966)	1,1 (90)	–	–
Estland	135,7 (123)	51,5 (69)	–	2 130 306
Irland	51,8 (159)	3,6 (16)	–	1 097 000
Hellas	–	21,7 (245)	0,9–1,3	119 397
Spania	12,5 (392)	4,5 (148)	0,2–0,2	2 672 228
Frankrike	7,9 (331)	1,3 (87)	–	–
Italia	9,1 (362)	2,7 (161)	–	–
Kypros	16,3 (9,66)	0 (0)	0,3–0,5	42
Latvia	7,9 (11)	40,4 (90)	–	hmm i h
Litauen	20,9 (43)	26,5 (86)	–	181 408
Luxembourg	17,1 (6)	0 (0)	4,5–6,9	246 858
Ungarn	2 (14)	0 (0)	0,8	648 269
Malta	17,3 (5)	0 (0)	–	289 940
Nederland	9,1 (101)	0,2 (4)	0,2–0,2	–
Østerrike	35,3 (201)	4,3 (36)	–	4 329 424
Polen	8,4 (232)	1,2 (47)	–	175 902
Portugal	2,7 (19)	5,8 (62)	–	1 650 951
Romania	1 (15)	5 (108)	–	901 410
Slovenia	16,9 (24)	0 (0)	–	632 462
Slovakia	3,9 (15)	0,2 (1)	3,5–8,9	15 064
Finland	53,3 (189)	1,5 (8)	–	3 539 009
Sverige	35,5 (217)	1,3 (12)	–	244 493
Storbritannia	52,3 (2 153)	2,1 (131)	3,1–3,5	–
Kroatia	19,8 (59)	0,7 (3)	0,4–0,6	340 357
Tyrkia	1,9 (93)	0,1 (5)	–	0
Norge	73,1 (238)	2 (10)	2,5–3,6	2 639 000

TABELL 7

BESLAG

	Heroin		Kokain		Amfetaminer		Ecstasy	
	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag
Land	kg	antall	kg	antall	kg	antall	tabletter	antall
Belgia	140	2 176	7 999	3 263	112	2 699	64 384	838
Bulgaria	385	41	4	22	233	38	7 879	11
Tsjekkia	5	34	16	44	1,20	3	13 000	15
Danmark	37	484	43	1 756	255	1 733	16 000	197
Tyskland	498	4 361	1 941	3 335	1 368	9 131	484 992	1 322
Estland	0,048	5	1	34	42	215	11 496	44
Irland	32	752	179	476	23	104	97 882	272
Hellas	307	2 477	463	466	1,84	17	70	8
Spania	412	7 587	16 609	42 659	278	3 178	183 028	2 123
Frankrike	883	4 834	10 834	4 538	601	387	1 510 500	781
Italia	811	3 588	6 342	6 859	19	124	14 108	114
Kypros	0,6	49	3	79	0,011	5	653	13
Latvia	0	329	81	25	0,1	29	3 592	13
Litauen	11	234	10	23	13	46	303	5
Luxembourg	24	244	24	94	3	15	91	6
Ungarn	3	22	13	108	24	483	270	22
Malta	4	39	5	86	0,50	1	2 171	30
Nederland	400	–	10 000	–	1 074	–	1 059 534	–
Østerrike	65	640	139	970	13	383	45 780	90
Polen	51	–	78	–	395	–	75 082	–
Portugal	73	1 169	3 678	1 385	0,2	26	7 791	95
Romania	13	314	161	73	0,4	28	7 594	96
Slovenia	4	503	2	272	1	204	34	14
Slovakia	0	33	35,3	30	13,22	10	27	5
Finland	1,0	3	4	81	71	3 157	17 800	300
Sverige	21	314	89	618	168	3 542	17 060	189
Storbritannia	1 850	9 174	3 468	17 751	1 048	6 801	686 000	3 346
Kroatia	33	185	4	142	15	372	2 898	75
Tyrkia	7 294	3 306	592	1 457	14	6	1 364 253	2 587
Norge	15	1 364	46	840	75	2 894	5 327	198

TABELL 7

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	5 020	5 156	5 095	21 784	337 955 (–)	1 070
Bulgaria	16,8	11	1 035	168	7 456 (4 658)	24
Tsjekkia	2	24	441	508	62 817 (–)	240
Danmark	2 267	8 403	168	891	– (1 452)	710
Tyskland	1 748	7 285	3 957	27 144	– 133 650	1 804
Estland	46	22	53	409	– (29,3)	25
Irland	1 814	722	1 865	1 833	6 606 (–)	582
Hellas	122	172	13 393	5 774	33 242 (–)	460
Spania	355 904	199 770	17 535	140 952	– (26 108)	1 436
Frankrike	55 641	85 096	5 450	12 155	73 572 (–)	2 146
Italia	20 258	6 244	10 908	4 007	1 008 215 (–)	1 208
Kypros	1	33	76	758	86 (–)	27
Latvia	283	55	34	399	– (497)	7
Litauen	168	31	43	311	– (–)	0
Luxembourg	2	171	11	833	81 (–)	5
Ungarn	18	63	209	2 073	14 121 (–)	192
Malta	89	48	1,5	32	44 (–)	7
Nederland	1 000	–	5 000	–	2 000 000 (–)	–
Østerrike	75	1 197	621	5 272	– (219)	261
Polen	–	–	1 265	–	52 914 (–)	–
Portugal	14 633	3 093	108	460	5 523 (–)	304
Romania	18	328	252	1 365	897 (–)	9
Slovenia	4,2	89	613	3 306	12 836 (–)	178
Slovakia	0,0	22	137	1 512	10 045 (18)	45
Finland	860	1 829	97	4 281	16 400 (42)	3 187
Sverige	950	7 465	264	5 272	– (–)	92
Storbritannia	19 665	15 094	22 402	149 411	626 680 (–)	16 672
Kroatia	2	373	421	3 684	4 136 (–)	195
Tyrkia	21 141	8 192	55 251	43 217	– (–)	7 318
Norge	2 548	11 232	219	3 631	1 099 (214)	381

Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk

Europeisk narkotikarapport 2013: Trender og utviklinger

Luxembourg: Den europeiske unions publikasjonskontor

2013 — 72 s. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-621-6

doi:10.2810/90388

HOW TO OBTAIN EU PUBLICATIONS

Free publications

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

at the European Union's representations or delegations. You can obtain their contact details on the Internet (<http://ec.europa.eu>) or by sending a fax to +352 2929-42758

Priced publications

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

Priced subscriptions

(e.g. annual series of the *Official Journal of the European Union* and reports of cases before the Court of Justice of the European Union)

via one of the sales agents of the Publications Office of the European Union (http://publications.europa.eu/others/agents/index_en.htm)

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 2013, som i tillegg omfatter de nettbaserte ressursene *Statistiske opplysninger*, *landoversikter* og *Perspektiver på narkotika*.

Om EMCDDA

Det europeiske senter for overvåking av narkotika og narkotikaavhengighet (EMCDDA) er knutepunktet for all narkotikarelatert informasjon i Europa. Senteret har til oppgave å levere objektiv, pålitelig og sammenlignbar informasjon om narkotika, narkotikaavhengighet og konsekvensene av dette til EU og medlemsstatene. Det ble opprettet i 1993 og offisielt åpnet i Lisboa i 1995 som et av EUs desentraliserte byråer. EMCDDA har et sterkt tverrfaglig team som tilbyr beslutningstakere det vitenskapelige grunnlaget de trenger for å utarbeide ny narkotikalovgivning og narkotikastrategier. Det hjelper også fagfolk og forskere med å definere beste praksis og nye områder for analyse.