



Europeisk overvåkingscenter for  
narkotika og narkotikamisbruk

NO

ISSN 2314-9019

# Europeisk narkotika- rapport

Trender og utviklinger

2017





Europeisk overvåkingscenter for  
narkotika og narkotikamisbruk

# Europeisk narkotika- rapport

Trender og utviklinger

2017

## Juridisk meddelelse

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

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

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

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

Mer informasjon om Den europeiske union finnes på internett (<http://europa.eu>).

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

Luxembourg: Den europeiske unions publikasjonskontor, 2017

Print	ISBN 978-92-9497-075-6	ISSN 2314-9019	doi:10.2810/08454	TD-AT-17-001-NO-C
PDF	ISBN 978-92-9497-060-2	ISSN 2314-923X	doi:10.2810/53617	TD-AT-17-001-NO-N

© Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, 2017  
Gjengivelse er tillatt med kildeangivelse.

Når det siteres fra rapporten, bør følgende referanse brukes:

Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (2017), *Europeisk narkotikarapport 2017: Trender og utviklinger*, Den europeiske unions publikasjonskontor, Luxembourg.

*Printed in Belgium*

TRYKT PÅ KLORFRITT BLEKET PAPIR (ECF)



Europeisk overvåkingssenter for  
narkotika og narkotikamisbruk

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

Tel. +351 211210200

[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) | [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

[twitter.com/emcdda](https://twitter.com/emcdda) | [facebook.com/emcdda](https://facebook.com/emcdda)

## | Innhold

5	Forord
9	Innledende note og bidragsyttere
11	KOMMENTAR <b>Narkotikasituasjonen i Europa i 2017</b>
19	KAPITTEL 1 <b>Forsyning og marked</b>
41	KAPITTEL 2 <b>Prevalens og trender for narkotikabruk</b>
61	KAPITTEL 3 <b>Narkotikarelaterte helseskader og tiltak</b>
83	VEDLEGG Tabeller med nasjonale data



## | Forord

Det er med stor glede vi presenterer *Europeisk narkotikarapport 2017: Trender og utviklinger*, EMCDDAs flaggskipspublikasjon med de nyeste dataene over narkotikasituasjonen og tiltak i Europa. Det vi tilbyr, er en omfattende informasjonspakke med analyser i flere sjikt basert på ferske data og ny statistikk fra våre nasjonale partnere.

Nytt av året er at rapporten kommer ut sammen med nasjonale oversikter på nett, 30 nasjonale rapporter som gir et sammendrag av nasjonale narkotikatrender og utvikling når det gjelder politikk og praksis i landene i Europa.

Samtidig som denne publikasjonen er en årlig oppdatering om narkotikasituasjonen i Europa, inngår den i den treårige *EU Drug Markets Report*, som kom ut i 2016. Senere i år skal den suppleres med EUs første rapport om helsemessige og sosiale tiltak mot narkotika.

Opgaven vår i EMCDDA er å samle inn data og sikre at de er egnet for formålet. I dette arbeidet skal vi legge frem best mulig dokumentasjon og bidra til å realisere vår visjon om et sunnere og sikrere Europa. Rapporten skal gi en overordnet oversikt og analyse av trender og utviklinger på rusmiddelfeltet som vi håper vil være til nytte som verktøy for europeiske og nasjonale beslutningstakere som ønsker å basere sine strategier og intervensjoner på den nyeste kunnskapen. I tråd med vårt mål om å levere tjenester av høy kvalitet til våre interessenter tilbyr vi i denne rapporten tilgang til data som kan brukes for mange formål: som baseline og oppfølgingsdata i forbindelse med evaluering av strategi og tjenestenivå, som kontekst og hjelp ved definisjon av prioriteringer ved strategisk planlegging, som grunnlag for sammenligning mellom nasjonale situasjoner og datasett, og for å belyse trusler og problemstillinger som vil bli aktuelle i tiden fremover.

Årets rapport setter søkelyset på en del potensielt bekymringsfulle endringer i markedet for illegale opioider, en stoffgruppe som er forbundet med høy sykkelighet og dødelighet i Europa. Vi merker oss en generell økning i opioidrelaterte overdosedødsfall og stadig flere rapporter om problemer knyttet til substitusjonsmedikamenter ved opioidavhengighet og nye syntetiske opioider. Narkotikasituasjonen er i utvikling. Derfor må Europas innsats mot narkotika også utvikle seg. Dette er det lagt til rette for i rammeverket for den felles innsatsen nedfelt i EUs narkotikastrategi 2013–20. Europakommisjonen har lagt frem forslag om en ny handlingsplan mot narkotika for perioden 2017–20 som nå drøftes i



Europaparlamentet og Det europeiske råd. Handlingsplanen tar utgangspunkt i konklusjonene i midtveisvevalueringen av den inneværende narkotikastrategien for EU og sluttevalueringen av handlingsplanen for 2013–17. EMCDDAs arbeid for å fremme en kunnskapsbasert narkotikapolitikk i Europa gjenspeiles i disse sentrale politikkdokumentene.

Avslutningsvis vil vi takke våre kolleger i de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettverket som sammen med nasjonale eksperter har produsert mesteparten av dataene som denne publikasjonen bygger på. Vi vil også takke de mange europeiske forskningsgruppene for deres bidrag, for uten dem ville denne analysen vært langt fattigere. Endelig har samarbeidet med våre europeiske partnere i Europakommisjonen, Europol, Det europeiske legemiddelkontor (EMA) og Europeisk senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC) gitt nyttige bidrag til rapporten.

**Laura d'Arrigo**

Styreleder, EMCDDA

**Alexis Goosdeel**

Direktør, EMCDDA







## | Innledende note og bidragsyttere

Denne rapporten er basert på informasjon EMCDDA har mottatt gjennom nasjonale rapportpakker fra EUs medlemsstater, søkerlandet Tyrkia, og Norge.

Formålet med rapporten er å gi en oversikt over og en oppsummering av narkotikasituasjonen i Europa og tiltak for å møte den. De statistiske dataene som presenteres, gjelder for 2015 (eventuelt siste år med tilgjengelige data). Analyser av trender er bare basert på land som har lagt frem tilstrekkelig tallmateriale til å beskrive endringer i den aktuelle tidsperioden. Med mindre annet er oppgitt, testes statistisk signifikans på 0,05-nivå. Som leser bør man være klar over at kartleggingen av mønstre og trender for noe så skjult og stigmatisert som narkotikabruk innebærer både praktiske og metodologiske utfordringer. Derfor bruker vi flere datakilder som grunnlag for analysene i rapporten. Selv om vi har oppnådd betydelige forbedringer både nasjonalt og når det gjelder hva som er mulig å oppnå i en europeisk analyse, må vi likevel erkjenne de metodologiske utfordringene på området. Dataene må derfor tolkes med varsomhet, særlig når man sammenligner enkeltmål landene imellom. Forbehold og begrensninger for dataene er beskrevet i nettversjonen av rapporten og i [Statistical Bulletin](#), som inneholder detaljerte opplysninger om metoder, forbehold for analyser og kommentarer om begrensningene ved den tilgjengelige informasjonen. Det finnes også informasjon om metodene og dataene som danner grunnlaget for estimater på europeisk plan, hvor dataene kan interpoleres.

For deres bidrag til denne rapporten ønsker EMCDDA å takke:

- | lederne for de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettverket og deres medarbeidere, organisasjonene og ekspertene i den enkelte medlemsstat som har samlet inn rådata til rapporten,
- | medlemmene av EMCDDAs styre og vitenskapelige komité,
- | Europaparlamentet, Rådet for Den europeiske union – særlig Den horisontale narkotikaarbeidsgruppen – og Europakommisjonen,
- | Europeisk senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC), Det europeiske legemiddelkontor (EMA) og Europol,
- | Europarådets Pompidou-gruppe, FNs Kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC), Verdens helseorganisasjons regionkontor for Europa, Interpol, Verdens tollorganisasjon (WCO), Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD), Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE) og European Drug Emergencies Network (Euro-DEN),
- | Oversettelsessenteret for Den europeiske unions organer, og Den europeiske unions publikasjonskontor.

### Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettverket

Reitox er det europeiske informasjonsnettverket for narkotika og narkotikamisbruk. Nettverket består av de nasjonale kontaktpunktene i medlemsstatene i EU, søkerlandet Tyrkia, Norge og ved Europakommisjonen. Kontaktpunktene er utnevnt av sine respektive regjeringer som nasjonal myndighet med ansvar for å levere narkotikainformasjon til EMCDDA. Kontaktinformasjon for de nasjonale kontaktpunktene er lagt ut på [EMCDDAs internettside](#).

# Kommentar

**Narkotikaproblemene**

**Europa**

**står overfor**

# Narkotikasituasjonen i Europa i 2017

Denne rapporten gir et øyeblikksbilde av narkotikasituasjonen i Europa slik den fremstår ut fra opplysningene som foreligger etter kartlegging i EU, Tyrkia og Norge. Hoveddelen av rapporten er viet en europeisk oversikt over narkotikamarkedet, narkotikabruk og narkotikarelaterte helseskader og tiltak. Rapporten er supplert med 30 nasjonale rapporter, fullstendige datasett og metodeopplysninger på nett.

Denne innledende delen inneholder en kort analyse av noen av de viktigste temaene i årets rapport. Ettersom narkotikaproblemene Europa står overfor, i stadig større grad påvirker og påvirkes av internasjonale hendelser,

bør analysen settes i en bredere global kontekst. For to viktige temaer – cannabisbruk blant unge og endringer i opioidmarkedet – sammenlignes dagens situasjon og utvikling i Europa med Nord-Amerika, og vi ser store likheter, men også store forskjeller.

## Hva har utviklingen av cannabispolitikken internasjonalt hatt å si for Europa?

I den senere tid har deler av Nord- og Sør-Amerika vedtatt endringer i lovverket for cannabis. Denne utviklingen har vært fulgt med interesse i Europa fra både politikere og befolkning. Den store bredden i tiltakene som er gjennomført, gjør at det er viktig å vente til det foreligger robuste evalueringer før det er mulig å vurdere kostnader og fordeler ved de ulike tilnæringsmåtene. Videre er det heller ikke klart i hvilken grad erfaringer fra andre steder kan overføres direkte til europeisk kontekst.

Det er store ulikheter i hvordan loven ser på cannabis og hvordan stoffet blir brukt i EUs 28 medlemsstater; noen er svært restriktive, mens andre tolererer visse bruksformer. Likevel går debatten høyt rundt spørsmål om produksjon av cannabis for eget bruk skal være tillatt, og om cannabis skal være tilgjengelig for medisinsk bruk, som det finnes en økende interesse for i en del land.

Utover eventuelt mer vidtrekkende konsekvenser for narkotikapolitikken bidrar et kommersielt regulert cannabismarked i en del land utenfor Europa til innovasjon og produktutvikling, med damping av cannabis, e-væsker og spiselige produkter som eksempler. Det er mulig at en del av denne utviklingen vil påvirke forbruksmønstrene i Europa. Det er derfor viktig å kartlegge atferd på dette området, og å evaluere eventuelle helseimplikasjoner endringer i forbruksmønstrene kan ha.

Cannabismarkedet i Europa har allerede endret seg mye de siste årene. Denne utviklingen skyldes blant annet økt innenlands produksjon. Den historisk høye styrkegraden man har observert for hasj og marihuana i Europa i de senere år, vedvarer. Cannabis er fortsatt forbundet med helseproblemer og står for den største andelen nye klienter i behandlingsapparatet i Europa. Det er altså mange grunner til at det er viktig å forstå trendene for cannabisbruk og helseskadene det medfører, for å kunne ha en debatt om hva som vil være den mest hensiktsmessige strategien mot dette stoffet.

## Sammenligning av rusmiddeltrender blant skoleungdommer i EU og USA

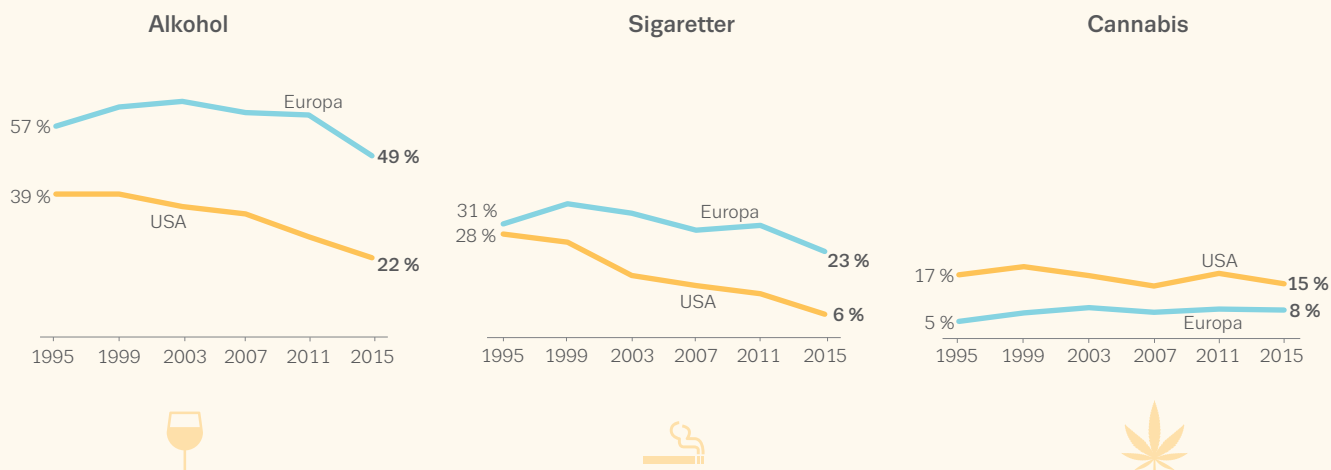
I 2016 ble to store nye spørreundersøkelser om rusmiddelbruk blant 15–16-åringene publisert. Disse undersøkelsene er nyttige, for de muliggjør sammenligning bruksmønstre for cannabis og andre rusmidler mellom europeisk og amerikansk skoleungdom. Oppmuntrende nok viser tallene at det i begge regioner er en nedgang i bruken av tobakk og i bruken av alkohol, om enn i noen mindre grad. Når det gjelder cannabisbruk, synes imidlertid trendene å være mer stabile, men når det gjelder bruksnivå og bruksmønstre for disse stoffene, er det store forskjeller mellom europeiske og amerikanske skoleelever.

I Europa er det målt lavere bruk av cannabis enn i USA, og bruk av cannabis rapporteres sjeldnere enn bruk av tobakk. I USA derimot er bruk av cannabis mer utbredt blant skoleelever enn bruk av tobakk, som er svært lav. Det er også forskjeller i nivået av alkoholbruk idet flere europeiske skoleelever rapporterer mer alkoholbruk og rapporterer om mer intensive drikkemønstre enn amerikanske jevnaldrende.

Både likheter og forskjeller i skoleelevenes rusmiddelbruk må analyseres nærmere for å få innblikk i hvordan sosiale, kontekstuelle og regulatoriske faktorer påvirker valgene de unge tar. Hvis vi for eksempel forstår hva som har ført til nedgangen i sigarettøyking som er observert i både USA og Europa, vil vi kunne få kunnskap som kan være til nytte i innsatsen mot bruk av andre rusmidler, for eksempel cannabis. Det er også viktig å huske at det er forskjeller i hvordan rusmidlene inntas. I Europa for eksempel, i motsetning til i USA, røykes cannabis ofte i kombinasjon med tobakk, noe som sannsynligvis har folkehelsepolitiske implikasjoner.

**Det er viktig å forstå trendene for cannabisbruk og helseskadene det medfører**

## BRUK AV RUSMIDLER BLANT SKOLEELEVER I EUROPA OG USA



NB: Trender for bruk av rusmidler siste måned blant 15–16-årige skoleelever i Europa og USA. Det europeiske gjennomsnittet (uvektet) er basert på data fra 21 EU-land og Norge (kilde: [ESPAD](#)). Amerikanske gjennomsnitt er basert på utvalg av 10.-klassinger (kilde: [Monitoring the Future](#)).

### Europas marked for sentralstimulerende midler: Er kokain i ferd med å bli lettere tilgjengelig?

De illegale sentralstimulerende midlene som er mest utbredt i Europa, dvs. kokain, MDMA og amfetaminer, er fortsatt forbundet med ulike og geografisk differensierte bruksmønstre, og for alle disse er den rapporterte renheten høyere enn for ti år siden. Denne delen av det illegale narkotikamarkedet har blitt stadig mer sammensatt, og nye sentralstimulerende midler som katinoner og fenetylaminer har blitt lett tilgjengelig. I fjorårets rapport ble det satt søkelys på økningen i tilgjengelighet og bruk av høydoserte MDMA-tabletter. De nyeste dataene tilsier at denne trenden fortsetter. Det høye innholdet av MDMA som nå påvises i beslaglagte tabletter, kan tyde på at produsentene ikke har noen problemer med å kjøpe de utgangsstoffene de trenger for å fremstille tablettene. Beslagsdataene indikerer også at Europa fremdeles er en viktig produsent for det globale MDMA-markedet.

Mange indikatorer, blant annet analyser av avløpsvann, beslag og pris- og renhetsdata, tyder på at kokain nok en gang er i ferd med å bli mer tilgjengelig i deler av Europa. Dette stoffet har historisk sett vært det mest utbredte illegale sentralstimulerende middelet i mange land, fremfor alt i Sør- og Vest-Europa. Nye data som rapporteres her, underbygger dette, og det er gjort økte beslag langs de etablerte smuglerrutene til de største kokainmarkedene i Europa. I Nord- og Sentral-Europa spiller amfetamin, og i noen mindre grad metamfetamin, en viktigere rolle på narkotikamarkedet enn kokain. Når det gjelder amfetaminer, er det fortsatt mange av de samme faktorene

som tidligere er rapportert som vekker bekymring, blant annet endringer i tilgjengeligheten av utgangsstoffer og i syntetiseringsmetoder, veksten i metamfetaminmarkedet, samt enkelte bevis på økt sprøytebruk og de helseskader dette medfører.

### Sprøytebruk på vei ned, men fortsatt en folkehelsepolitisk utfordring

Informasjon fra behandlingsapparatet og andre kilder tyder på at den generelle langsiktige trenden når det gjelder injisering som inntaksmåte, fortsetter nedover. Blant heroinbrukere som begynte behandling for første gang i det spesialiserte behandlingsapparatet, har det ikke vært lavere tall for sprøytebruk på ti år. Det må likevel sies at det er store forskjeller mellom landene. En del av indikatorene for helseskade som er knyttet til denne inntaksmåten, spesielt antall nydiagnostiserte hivtilfeller som tilskrives sprøytebruk, har gått tilsvarende ned. Dette betyr imidlertid ikke at alle bekymringer er avfeid. I 2016 ble det rapportert 1 233 nye tilfeller av hiv, og selv om dette er det laveste tallet på over tjue år, utgjør det fortsatt et betydelig folkehelseproblem. Dessuten har det nylig vært en del utbrudd av hiv i enkelte sårbare grupper og blant brukere som injiserer sentralstimulerende midler og nye psykoaktive stoffer.

Det er også dokumentert at sprøytebrukere ofte får diagnostisert blodbårne infeksjoner relativt sent i forhold til andre grupper, og dette kan gi dårligere behandlingsutsikter. Sen diagnose er også en viktig faktor

når det gjelder hepatitt C-infeksjoner, som ofte er utbredt blant personer som har injisert narkotika. I de senere årene har det kommet en ny generasjon med svært effektive legemidler mot virushepatitt, så nå er behandlingsmulighetene betraktelig bedre. Å utrydde denne sykdommen fremstår nå som både en mulighet og en utfordring for helsevesenet generelt og for narkotikabehandlingsapparatet spesielt.

### | Opioidproblemet skifter karakter

En sammenligning med utviklingen i Nord-Amerika er også relevant for analysen av Europas problemer med opioider. En gjennomgang av dataene som presenteres i denne rapporten, viser at selv om situasjonen samlet sett ikke er lik, finnes det en del paralleller.

De siste dataene viser at ca. 80 % av alle nye søknader om behandling for opioidbruk i Europa, fortsatt gjelder heroin. Dessuten er den generelle nedgangen i behandlingsetterspørsel i tilknytning til heroin som har vært observert siden 2007, ikke lenger entydig. Det knytter seg spesielt bekymring til de økte anslagene for overdosedødsfall i Europa, som nå har gått opp for tredje år på rad, og der heroin ofte er en faktor.

Også Nord-Amerika har opplevd høye sykdomstall og dødstall i forbindelse med misbruk av reseptbelagte opioider, økt bruk av heroin, og i den senere tid har også svært sterke syntetiske opioider dukket opp, spesielt fentanylderivater. En forskjell mellom de to regionene er at svært få oppsøker det spesialiserte behandlingsapparatet i Europa på grunn av avhengighet av opioidbaserte smertestillende legemidler. Trolig gjenspeiler dette forskjeller i europeisk og amerikansk lovverk og tilnærming til markedsføring og forskrivningspraksis. Imidlertid må man ikke se bort fra muligheten for underreportering, for europeere som har problemer med reseptbelagte legemidler, kan henvende seg til andre deler av helsevesenet enn de som er relevante for personer som bruker illegale rusmidler. Legemidler som brukes i substitusjonsbehandling med opioider står imidlertid nå for en stadig større del av behandlingsetterspørselen og helseskadene i mange land i Europa. Grovt regnet representerer andre opioider enn heroin en femdel av alle opioidrelaterte henvendelser til det spesialiserte behandlingsapparatet. Det er vanskelig å sette noe tall på hvilken rolle syntetiske opioider (f.eks. metadon) spiller ved overdosedødsfall i EU sett under ett, men i mange land har disse stoffene fått stor betydning, og i enkelte land dominerer de. Å redusere misbruket av legemidler, også legemidler som brukes i substitusjonsbehandling med opioider, er en stadig større utfordring for helsevesenet i

mange land i Europa. Forsvarlig bruk av substitusjonsmedikamenter bygger på et solid kunnskapsgrunnlag og reduserer både sykkelighet og dødelighet og kriminalitet hos dem som får slik behandling. God klinisk praksis og forståelse av hvordan reseptbelagte opioider kommer ut på det illegale markedet, og hvordan man skal få bukt med dette problemet, er derfor av stor betydning om ikke de entydige helsegevinstene denne typen behandling gir, ikke skal undergraves.

### | Svært sterke syntetiske opioider: en økende helsetrussel

Både i Europa og Nord-Amerika har det i den senere tid dukket opp svært sterke syntetiske opioider, for det meste fentanylderivater, som vekker stor bekymring. Siden 2012 har EUs system for tidlig varsling mottatt stadig flere meldinger om disse stoffene og skadene de forårsaker. Syntetiske opioider selges på nettmarkeder og på det illegale markedet. Noen ganger selges de som – eller blandet med – heroin, andre illegale stoffer, eller til og med falske legemidler. Svært sterke syntetiske opioider utgjør en alvorlig helserisiko, ikke bare for de som tar dem, men også for de som produserer dem, i tillegg til postansatte, politi og tollvesen. Det trengs bare små mengder for å produsere mange tusen doser, så disse produktene er lette å skjule og transportere. Dette er en enorm utfordring for de som er satt til å håndheve narkotikalovgivningen. Samtidig er dette tiltrekkende, lønnsomme varer for organisert kriminalitet.

**Svært sterke syntetiske  
opioider utgjør en  
alvorlig helserisiko**



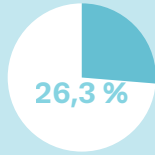
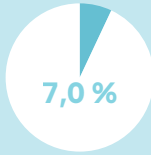
ANSLAG OVER NARKOTIKABRUK I DEN EUROPEISKE UNION — NØKKELTALL

## Cannabis



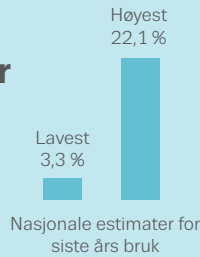
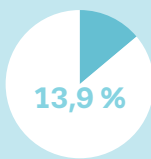
Voksne  
(15–64 år)

Bruk:  
Siste år: **23,5 millioner**  
Noen gang: **87,7 millioner**



Unge voksne  
(15–34 år)

Siste år  
**17,1 millioner**

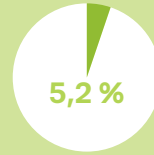


## Kokain



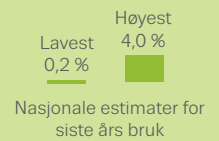
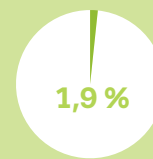
Voksne  
(15–64 år)

Bruk:  
Siste år: **3,5 millioner**  
Noen gang: **17,5 millioner**



Unge voksne  
(15–34 år)

Siste år  
**2,3 millioner**

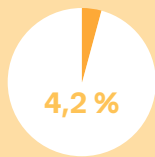
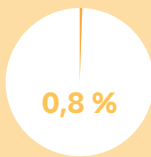


## MDMA



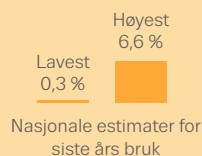
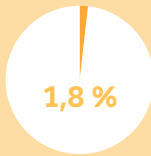
Voksne  
(15–64 år)

Bruk:  
Siste år: **2,7 millioner**  
Noen gang: **14,0 millioner**



Unge voksne  
(15–34 år)

Siste år  
**2,3 millioner**

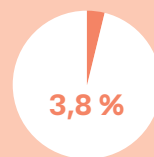
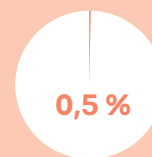


## Amfetaminer



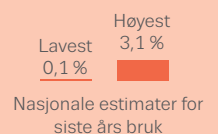
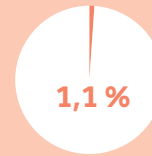
Voksne  
(15–64 år)

Bruk:  
Siste år: **1,8 millioner**  
Noen gang: **12,5 millioner**



Unge voksne  
(15–34 år)

Siste år  
**1,3 millioner**

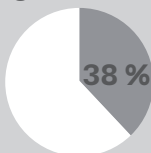


## Opioider

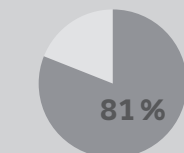


Etterspørsel etter  
narkotikabehandling

Oppgitt som primær-  
rusmiddel i ca. 38 % av  
alle søknader om  
narkotikabehandling i  
Den europeiske union



Høyriskobrukere av opioider  
**1,3 millioner**

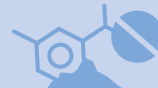


Opioider ble påvist i 81 %  
av overdosedødsfall

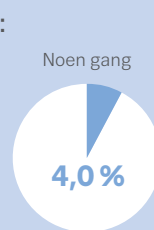
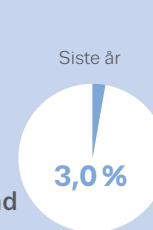
**630 000**

opioidbrukere mottok  
substitusjonsbehan-  
dling i 2015

## Nye psykoaktive stoffer



15–16-årige  
skoleelever  
i 24 europeiske land



Kilde: ESPAD Report 2015 Additional tables.

I Europa synes problemene med svært sterke syntetiske opioider å øke. Dette kan man se av det økende antallet rapporter om ikke-fatale forgiftninger og dødsfall som kommer inn til EUs system for tidlig varsling. I begynnelsen av 2017 gjennomførte EMCDDA risikovurderinger av de to fentanylderivatene akryloylfentanyl og furanylfentanyl. I likhet med en rekke andre stoffer i denne kategorien vurderes det nå om disse stoffene skal kontrolleres på europeisk plan.

### De nye psykoaktive stoffene skifter utseende

Ut fra dagens analyse kan vi si at selv om tiltakene kan ha en effekt når det gjelder fremveksten av nye stoffer, representerer fenomenet nye psykoaktive stoffer fortsatt en stor helsepolitisk utfordring. Selv om det i 2016 i snitt ble innrapportert ett nytt stoff i uken til EUs system for tidlig varsling, var tallene for nye påviste stoffer samlet sett lavere enn tidligere år. Dette kan være et positivt tegn, spesielt om denne nedgangen vedvarer. Imidlertid er det andre data som er mindre oppmuntrende, og som ikke gir sterke indikasjoner på redusert tilgjengelighet når det gjelder nye psykoaktive stoffer. Og selv om utviklingen kanskje ikke skjer like raskt, er det fortsatt en økning i antall stoffer som er tilgjengelig på markedet. Det er også tegn til at en del grupper av nye psykoaktive stoffer, særlig syntetiske katinoner og syntetiske cannabinoider, er i ferd med å få fotfeste på narkotikamarkedet.

Det er mange forhold som kan forklare hvorfor det tilsynelatende kommer forholdsvis færre nye stoffer ut på markedet. En del europeiske land har innført totalforbud mot nye psykoaktive stoffer, eller lovgivning som baserer seg på generisk og analog klassifiseringsmetode, og andre tiltak rettet mot produksjons- og salgsleddet. Dette kan ha ført til at produsentene har mindre insentiv til å leke "katt og mus" med myndighetene, og at de i mindre grad bruker innovasjon til å holde seg et hestehode foran myndighetenes kontroll.

Mye av forsyningen av nye psykoaktive stoffer i Europa kommer dessuten fra Kina, og nye kontrolltiltak der kan også ha hatt betydning for tilgjengeligheten i EU.

I deler av Europa synes kontrolltiltak rettet mot fysiske utsalgssteder å ha påvirket tilgangen til nye psykoaktive stoffer. Når salget av disse stoffene nå foregår mer under

jorden, spiller internett og det illegale narkotikamarkedet en viktigere rolle enn tidligere. I en slik kontekst kan de nye stoffenes klassifisering i lovverket – spesielt når de selges sammen med illegale stoffer – ha mindre betydning og følgelig virke mindre som en innovasjonsdriver.

### Nye psykoaktive stoffer: billige rusmidler for marginaliserte og kroniske narkotikabrukere

Negative holdninger blant forbrukerne kan også ha hatt betydning for etterspørselen etter nye psykoaktive stoffer. Arbeidet som gjøres innen forebygging og skadereduksjon og rapporter om skadevirkninger synes å ha påvirket unge menneskers oppfatninger om at de nye stoffene er relativt trygge lovlige alternativer til etablerte illegale rusmidler. Likevel foreligger det samtidig bevis for at tilgjengeligheten og bruken av disse stoffene øker i mer kroniske og marginaliserte brukergrupper.

Den problematiske bruken av nye psykoaktive stoffer har blitt mer fremtredende i visse miljøer og i en del sårbare grupper av befolkningen. For eksempel har injisering av katinoner blant aktive og tidligere opioidbrukere vært forbundet med økte forekomster av både fysiske og psykiske helseproblemer.

Syntetiske cannabinoider vekker også stadig mer bekymring. Selv om de har visse farmakologiske likheter med cannabisprodukter, må de ikke forveksles. Syntetiske cannabinoider er ofte svært sterke og kan ha alvorlige, potensielt dødelige, konsekvenser. Det foreligger indikasjoner på at syntetiske cannabinoider, som er billige og sterke, nå brukes som rusmidler i marginaliserte grupper, som hjemløse, i deler av Europa. Syntetiske cannabinoider er vanskelige å oppdage. Derfor har de blitt et stort problem i en del fengsler i Europa, med alvorlige konsekvenser for både de innsattes helse og sikkerheten i fengslene.



# 1

**Det europeiske markedet er  
fortsatt i utvikling**

# Forsyning og marked

I global sammenheng er Europa et viktig narkotikamarked, som forsynes både av innenlands produksjon og av narkotika som smugles inn fra andre deler av verden. Sør-Amerika, Vest-Asia og Nord-Afrika er viktige opprinnelsesområder for illegale stoffer som kommer til Europa, mens Kina og India er opprinnelsesland for nye psykoaktive stoffer. I tillegg transporteres en del stoffer og utgangsstoffer gjennom Europa på vei til andre kontinenter. I Europa produseres det også cannabis og syntetiske stoffer. Cannabis produseres for det meste for lokal bruk, mens enkelte syntetiske stoffer produseres for eksport til andre deler av verden.

Mange europeiske land har hatt relativt store markeder for cannabis, heroin og amfetaminer siden 1970- og 1980-tallet. Etter hvert har også andre stoffer etablert seg – blant annet MDMA og kokain på 1990-tallet. Det europeiske markedet er fortsatt i utvikling, og det siste tiåret har vi sett fremveksten av mange nye psykoaktive stoffer. I den senere tid har endringene i markedet for illegale rusmidler i stor grad vært knyttet til globalisering og ny teknologi, med nye metoder for produksjon og smugling av narkotika, og etablering av nye smuglerruter og internettmarkeder.

## Overvåking av narkotikamarkeder, forsyning og lovgivning

Analysen som presenteres i dette kapittelet, bygger på innrapporterte data for narkotikabeslag, beslag av utgangsstoffer og forsendelser som har blitt stoppet, antall anlegg for produksjon av narkotika som har blitt oppdaget og destruert, narkotikalovgivning, narkotikalovbrudd, detaljpriser på narkotika, samt renhet og styrkegrad. På enkelte områder er det vanskelig å analysere trender på grunn av mangelen på beslagsdata fra sentrale land. Trender kan være påvirket av ulike faktorer, blant annet brukerpreferanser, endringer i produksjon og smugling, innsatsnivå og prioriteringer hos politi og tollvesen og effektiviteten av forbudstiltak. Fullstendige datasett og metodeopplysninger finnes i [Statistical Bulletin](#) på nett.

Her presenteres også meldings- og beslagsdata for nye psykoaktive stoffer som er innrapportert til EUs system for tidlig varsling fra EMCDDAs og Europols nasjonale samarbeidspartnere. Ettersom denne informasjonen er hentet fra beslagsrapporter og ikke rutinemessig overvåking, representerer beslagsestimatene et minimum. For en full beskrivelse av systemet for tidlig varsling, se EMCDDAs nettsted, under [Action on new drugs](#).

## Narkotikamarkedene: nå også på internett

På de illegale narkotikamarkedene knyttes forbrukerne til produsentene gjennom en rekke mellomledd. Disse komplekse systemene genererer store pengebeløp på alle

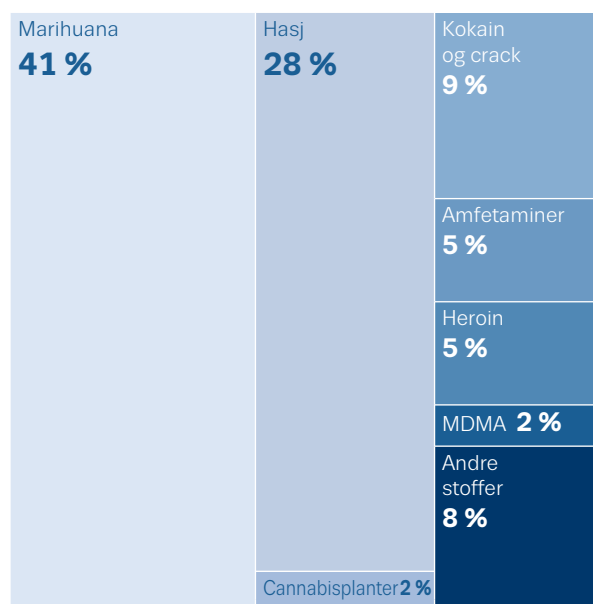
FIGUR 1.1

nivåer i markedet. Et forsiktig estimat tilsier at det i EU ble omsatt illegale rusmidler for en verdi av 24 milliarder euro i 2013 (sannsynlig intervall: 21–31 milliarder euro).

Det siste tiåret har vi også fått nettbaserte markeder, noe som ikke hadde vært mulig uten de nye internetteknologiene, som eksisterer parallelt med det fysiske narkotikamarkedet. En del selgere på internett bruker den åpne delen av nettet, der det typisk selges ikke-kontrollerte kjemiske utgangsstoffer, nye psykoaktive stoffer og falske eller ulovlige legemidler, mens andre opererer i den skjulte delen av nettet, gjennom markeder på det mørke nettet, ved hjelp av teknologier som gir kjøper og selger anonymitet. Disse markedene har mange fellestrekk med lovlige nettbaserte markeder som eBay og Amazon, og kundene kan søke etter og sammenligne produkter og selgere. Det benyttes ulike strategier for å skjule både transaksjonene og servernes fysiske plassering, blant annet anonymiseringstjenester som Tor og I2P som skjuler datamaskinens IP-adresse, lite sporbare kryptovalutaer som bitcoin og litecoin til å utføre betalinger, og kryptert kommunikasjon mellom markedsaktørene. Rangeringssystemer basert på kundenes tilbakemeldinger bidrar også til å regulere selgerne på markedene.

Det meste av omsetningen på det mørke nettet er knyttet til narkotika. En studie som nylig ble gjennomført på 16 større markeder på det mørke nettet i perioden 2011–2015, fant at narkotikaomsetning sto for over 90 % av den totale globale omsetningen på det mørke nettet. I nesten halvparten (46 %) av alle tilfellene av salg av narkotika på det mørke nettet befant selgeren seg i Europa, og for de årene studien varte, ble omsetningen anslått til 80 millioner euro. De viktigste opprinnelseslandene i Europa målt i salgsvolum var Tyskland, Nederland og Storbritannia, og mesteparten av omsetningen gjaldt sentralstimulerende midler, spesielt MDMA og kokain.

Antall rapporterte narkotikabeslag, fordelt på stoff, 2015



### Narkotikabeslag: over én million i Europa

Årlig rapporteres over én million narkotikabeslag i Europa. De fleste av beslagene gjelder mindre kvanta hos brukere, men det er hos smuglere og produsenter de største beslagene gjøres, og disse utgjør mesteparten av de beslaglagte kvanta.

Cannabis er det narkotiske stoffet som beslaglegges oftest, med over 70 % av alle beslag i Europa (figur 1.1). Samlet sett kommer kokain på andreplass med 9 %, etterfulgt av amfetaminer (5 %), heroin (5 %) og MDMA (2 %).

**Det meste av omsetningen på det mørke nettet er knyttet til narkotika**

I 2015 sto tre land alene – Spania, Frankrike og Storbritannia – for over 60 % av alle beslag som ble rapportert i EU, men også Belgia, Danmark, Tyskland, Hellas, Italia og Sverige rapporterte betydelige beslagstall. Det bør også anføres at nyere data for antall beslag ikke er tilgjengelig for Nederland og heller ikke for Polen eller Finland. Disse hullene i datamaterialet gjør analysen usikker.

Det store antallet beslag rapportert fra Tyrkia gjenspeiler både at landet selv er et viktig marked, og at det ligger sentralt på smuglerrutene mellom Midtøsten, Asia og Europa.

### Nedgang i marihuanabeslag

Det er i hovedsak to cannabisprodukter som tilbys på det europeiske narkotikamarkedet: marihuana og hasj. Cannabisolje forekommer relativt sjelden. Med en estimert omsetningsverdi på 9,3 milliarder euro (sannsynlig intervall: 8,4–12,9 milliarder euro), eller 38 % av totalen, er det cannabisprodukter som utgjør størsteparten av det europeiske markedet for illegale rusmidler. Marihuanaen som brukes i Europa, blir både dyrket lokalt og smuglet inn fra andre land. Produksjonen av marihuana i Europa foregår for det meste innendørs. Mesteparten av hasjen importeres, hovedsakelig fra Marokko. Rapporter i den senere tid tyder på en del endringer i smuglerrutene, og at det forekommer økt smugling av både marihuana og cannabisolje fra Vest-Balkan, da spesielt Albania, noe som har sammenheng med at det dyrkes mer cannabis i disse landene. Dessuten tyder en del ting på at Libya har blitt et

## CANNABIS

### Hasj

Antall beslag

**288 000** EU

**303 000** EU + 2

Beslaglagte kvanta

**536** tonn (EU)

**546** tonn (EU + 2)

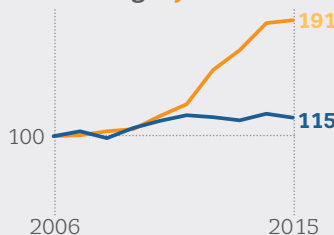
Pris (euro/g)  
**25 €**

**11 €**  
**8 €**  
**3 €**

Styrke (% THC)  
**28 %**

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

Indekserte trender:  
Pris og styrke



### Marihuana

Antall beslag

**404 000** EU

**438 000** EU + 2

Beslaglagte kvanta

**89** tonn (EU)

**135** tonn (EU + 2)

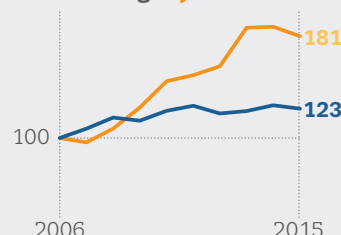
Pris (euro/g)  
**20 €**

**12 €**  
**8 €**  
**5 €**

Styrke (% THC)  
**22 %**

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

Indekserte trender:  
Pris og styrke

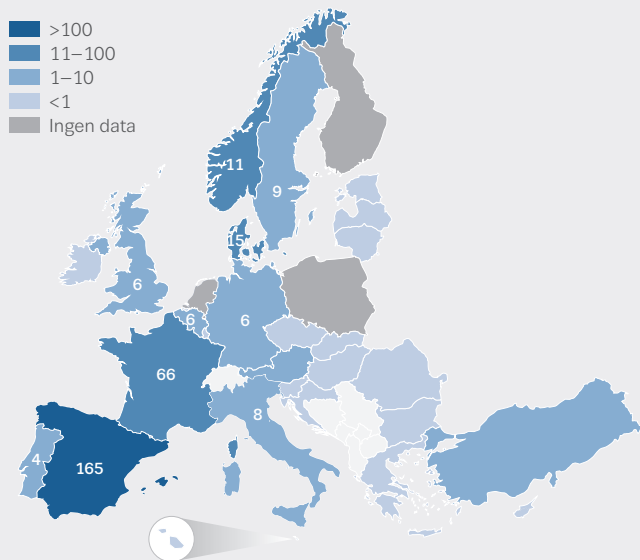


EU + 2 viser til EU-medlemsstatene pluss Tyrkia og Norge. Pris og styrke på cannabisprodukter: nasjonale middelværdier — minimum, maksimum og interkvartil avstand. De ulike indikatorene dekker ulike land.

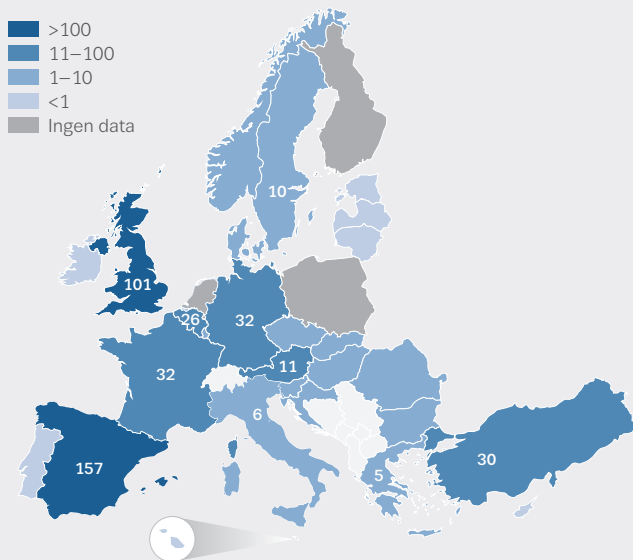
FIGUR 1.2

Beslag av hasj og marihuana, 2015 eller siste år med tilgjengelige data

Antall hasjbeslag (tusen)

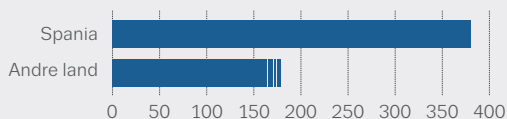


Antall marihuana-beslag (tusen)

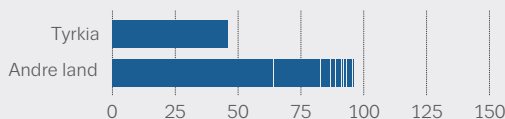


NB: Antall beslag for de 10 landene med høyest verdier.

Beslaglagte kvanta av hasj (tonn)



Beslaglagte kvanta av marihuana (tonn)



viktig knutepunkt i smuglingen av hasj til ulike bestemmelsessteder, blant annet Europa.

I 2015 ble det rapportert 732 000 beslag av cannabis i EU, hvorav 404 000 av marihuana, 288 000 av hasj og 19 000 av cannabisplanter. Det beslaglegges imidlertid mer enn seks ganger så mye hasj som marihuana (536 tonn kontra 89 tonn). Dette kan til dels forklares med at hasj smugles i store mengder over lange avstander og på tvers av landegrensener, noe som gjør det mer utsatt for å bli oppdaget. I analysen av mengdene cannabis som beslaglegges, har noen få land spesielt høye tall fordi de ligger langs en av de store smuglerrutene for cannabis. Spania for eksempel, som er et av de viktigste innførselsstedene for cannabis produsert i Marokko, sto for over 70 % av det totale beslaglagte kvanta av cannabis i Europa i 2015 (figur 1.2).

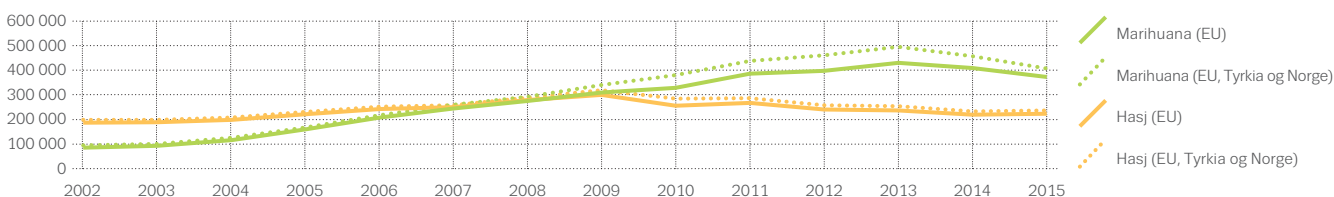
Siden 2009 har det blitt gjort flere beslag av marihuana enn av hasj i Europa, og trendene er relativt stabile når det gjelder antall beslag for begge rusmidler siden 2011 (figur 1.3). I 2015 ble det beslaglagt anslagsvis 135 tonn marihuana i Europa, som er ned 38 % i forhold til 217 tonn i 2014. Både Belgia, Hellas og Italia rapporterte stor nedgang i beslagstall. Tyrkia rapporterte en tilsvarende nedgang i beslaglagte kvanta marihuana i 2013. Bak denne nedgangen generelt i Europa kan det være flere faktorer: det kan være tiltakene som er iverksatt mot storskalaproduksjon i land som står utenfor Den europeiske union, som Albania, det kan være økt fokus på innenlands produksjon i forhold til smugling, og det kan være endringer i måten beslagene rapporteres på, eller endringer i prioriteringene som myndighetene i en del land har gjort. De nyeste dataene viser at mengdene hasj som er beslaglagt i EU, har vært forholdsvis stabile siden 2009.



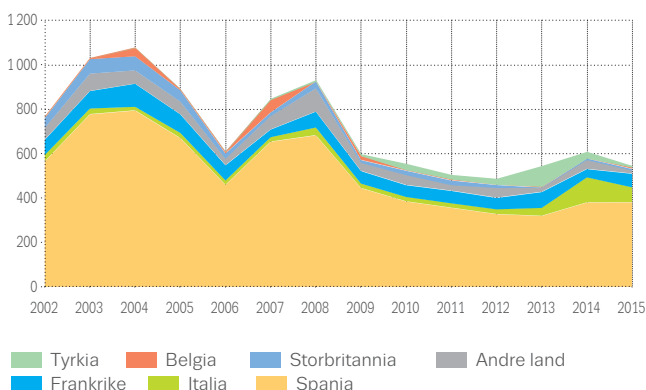
FIGUR 1.3

Trender i antall cannabisbeslag og beslaglagte kvanta: hasj og marihuana

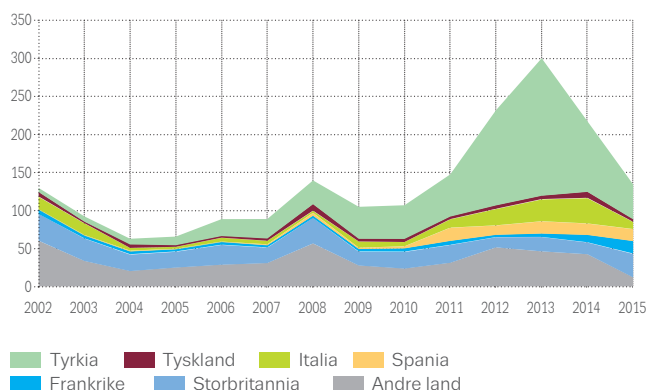
Antall beslag



Hasj (tonn)



Marihuana (tonn)



Beslag av cannabisplanter kan ses som en indikator på innenlandsk produksjon av stoffet. På grunn av enkelte rapporteringsforskjeller mellom landene må tallene som gjelder beslag av cannabisplanter, behandles med varsomhet. Likevel har det vært en langvarig økning i antallet planter som har blitt beslaglagt, fra 1,5 millioner planter i 2002 til 3,3 millioner i 2014, som økte til hele 11,4 millioner i 2015, da Nederland rapporterte om en kraftig økning i antall beslaglagte planter. Denne trenden kan skyldes endringer i myndighetenes prioriteringer, der innsatsen i større grad har blitt rettet mot dyrking av cannabis.

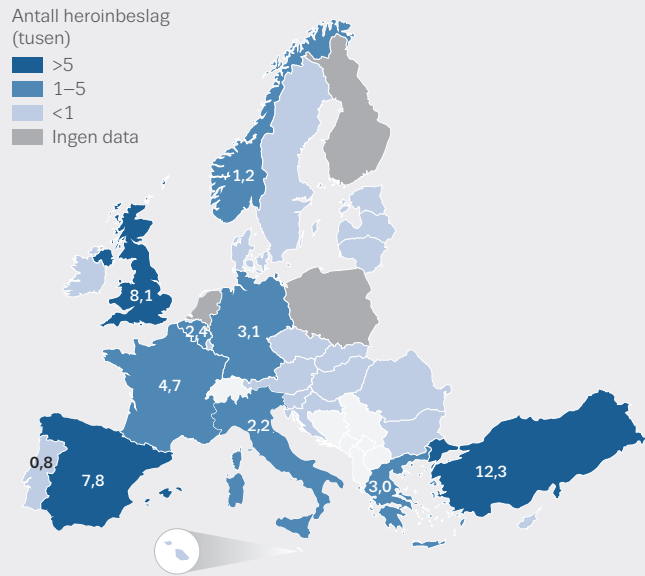
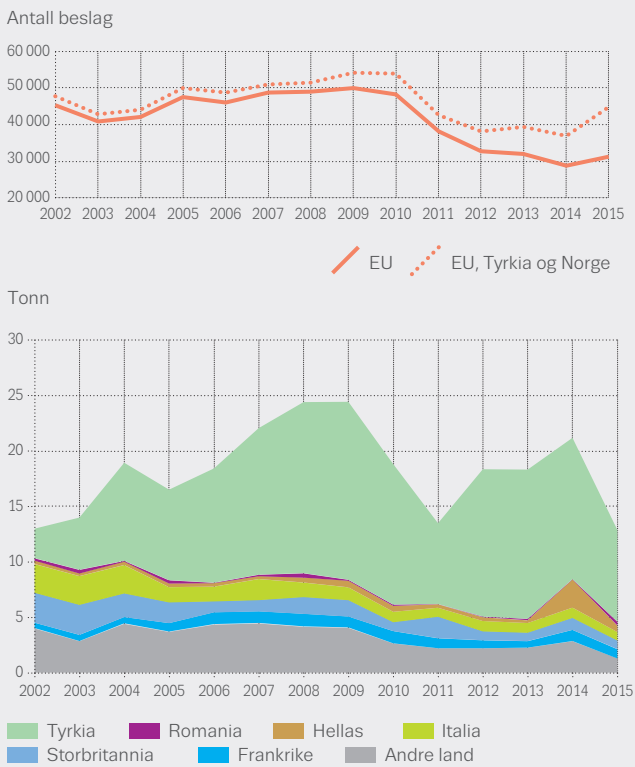
Analysen av indekserte trender fra de landene som det finnes sammenhengende data fra, viser en kraftig økning i styrkegrad (innholdet av tetrahydrocannabinol, THC) i både marihuana og hasj fra 2006 til 2014, mens styrkegraden synes å ha stabilisert seg i 2015. Årsaker til økningen i styrke kan være innføringen av intensive produksjonsteknikker i Europa og, i den senere tid, av planter med svært høy styrke og nye teknikker i Marokko. De nyeste dataene tyder på en prisutjevning mellom hasj og marihuana selv om hasjen i gjennomsnitt har en høyere styrkegrad.

I 2015 ble det rapportert 335 beslag av cannabisolje. De største beslagene her ble gjort i Hellas og Tyrkia.

**Siden 2009 har det blitt gjort flere beslag av marihuana enn av hasj i Europa**

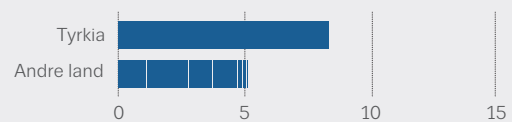
FIGUR 1.4

Antall heroinbeslag og beslaglagte kvanta: trender og 2015 eller siste år med tilgjengelige data



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

Beslaglagte kvanta av heroin (tonn)



Stadig renere heroin

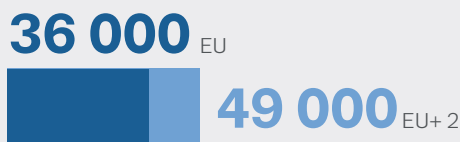
Med en estimert omsetningsverdi på 6,8 milliarder euro (sannsynlig intervall: 6,0–7,8 milliarder euro) er heroin det vanligste opioidet på markedet i Europa. Historisk sett har importert heroin vært tilgjengelig i Europa i to former. Den vanligste er den brune heroinen (heroin i baseform), som hovedsakelig kommer fra Afghanistan. Hvit heroin (heroin i saltform), som tidligere kom fra Sørøst-Asia men som nå også produseres i Afghanistan eller nabolandene, er mye mindre vanlig. Blant andre opioider som ble beslaglagt av

politi og tollvesen i Europa i 2015, finner vi opium og legemidlene morfin, metadon, buprenorfin, tramadol og fentanyl (tabell 1.1). Noen opioider kan opprinnelig være legale legemidler, mens andre er ulovlig fremstilt, som de 27 kiloene morfin i pulverform som ble beslaglagt i 2015.

Afghanistan er fremdeles verdens største produsent av illegalt opium, og det antas at mesteparten av heroinen som finnes i Europa, er produsert der eller i nabolandene Iran og Pakistan. Siden 1970-tallet har opioidproduksjonen i Europa vært begrenset til hjemmelagde valmueprodukter

HEROIN

Antall beslag



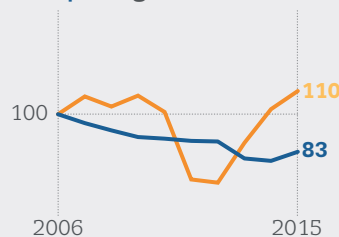
Beslaglagte kvanta



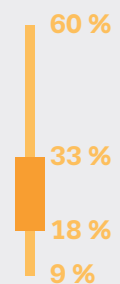
Pris (euro/g)



Indekserte trender: pris og renhet



Renhet (%)



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

i enkelte østeuropeiske land. Oppdagelsene som har vært gjort i de senere år av laboratorier der morfin omdannes til heroin, i Spania og Tsjekkia, tyder imidlertid på at det også foregår en viss heroinproduksjon i Europa.

Heroinen kommer inn i Europa langs fire hovedruter. De to viktigste er "Balkan-ruten" og den "sørlige" ruten. Den første går gjennom Tyrkia, inn i Balkan (Bulgaria, Romania eller Hellas) og videre til Sentral-, Sør- eller Vest-Europa. Nylig har det også oppstått et sidespor til Balkan-ruten som omfatter Syria og Irak. Den sørlige ruten, der heroinen sendes fra Iran og Pakistan til Europa med fly eller sjøveien, enten direkte eller gjennom land i Afrika, har blitt viktigere i de senere årene. Av andre ruter kan nevnes den "nordlige" ruten og en rute gjennom det sørlige Kaukasus og over Svartehavet.

Etter et tiår med relativ stabilitet opplevde mange europeiske land redusert tilgjengelighet av heroin i 2010/2011. Dette kan vi se av antallet heroinbeslag som er rapportert, som i EU gikk ned fra 2009 til 2014 før det stabiliserte seg i 2015. I tiden 2002–2013 er beslagene av heroin i EU halvert fra 10 tonn til 5 tonn. Etter beslag av 8,4 tonn i 2014, et år da flere land rapporterte om store heroinbeslag (100 kg og mer), falt heroinbeslagene i EU i 2015 tilbake til nivåene fra begynnelsen av 2010-tallet (4,5 tonn). Tyrkiske beslag kom opp i 13 tonn i 2014, men falt deretter til 8,3 tonn i 2015 – et volum som fortsatt er større enn alle de andre europeiske landene til sammen – samtidig som antallet beslag økte (figur 1.4). Blant landene som det finnes sammenhengende data fra, tyder

indekserte trender på at renheten på heroin fortsatte å øke i Europa i 2015.

I landene i Europa beslaglegges det også andre opioidprodukter enn heroin, men disse produktene utgjør bare en liten del av de totale beslagene. Blant disse andre opioidene er legemidlene buprenorfin, tramadol og metadon de vanligste (tabell 1.1).

TABELL 1.1

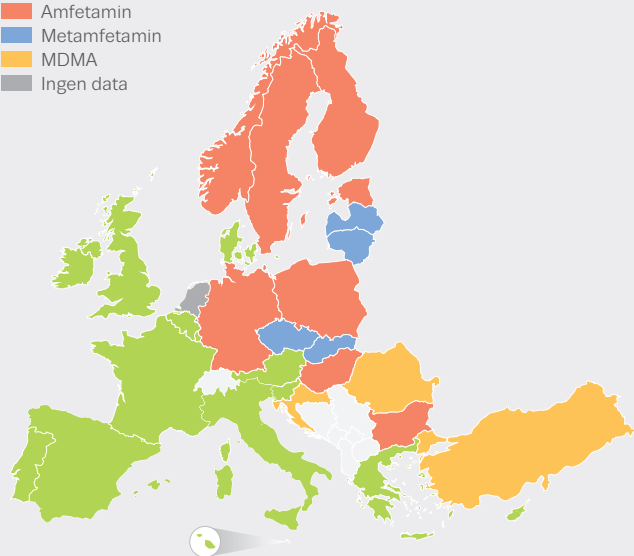
Beslag av andre opioider enn heroin i 2015

Opioid	Antall	Mengde			Antall land
		kg	liter	tabletter	
Metadon	1 566	31	8	60 472	17
Buprenorfin	3 377	4		68 419	17
Tramadol	2 467			690 080	12
Fentanyler (fentanyl, okfentamil, karfentamil)	287	3		41	10
Morfin	775	27		8 837	15
Opium	293	734			14
Kodein	293	3		9 855	8
Oksykodon	16	0,0003		962	5

FIGUR 1.5

Hyppigst beslaglagte sentralstimulerende middel i Europa, 2015 eller nyeste data

- Kokain
- Amfetamin
- Metamfetamin
- MDMA
- Ingen data



### Beslag av sentralstimulerende midler: regionale forskjeller

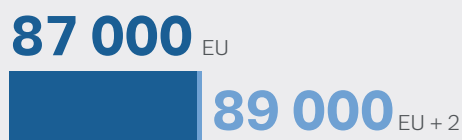
Av illegale sentralstimulerende midler som er tilgjengelig i Europa, er kokain, amfetamin, metamfetamin og MDMA de som er mest utbredt. Markedet for sentralstimulerende midler i EU antas å utgjøre mellom 6,3 og 10,2 milliarder euro. Det er klare regionale forskjeller når det gjelder hva som oftest beslaglegges av sentralstimulerende midler (figur 1.5). Dette har sammenheng med hvor ankomsthavnene ligger og smuglerrutene går, og hvor produksjonsanleggene ligger i forhold til de store markedene. Kokain er det hyppigst beslaglagte sentralstimulerende middelet i mange vest- og søreuropeiske land, noe som henger nært sammen med hvor stoffet ankommer Europa. Beslag av amfetaminer dominerer i Nord- og Sentral-Europa, og det forekommer oftest beslag av metamfetamin i Tsjekkia, Latvia, Litauen og Slovakia. MDMA er det hyppigst beslaglagte sentralstimulerende stoffet i Kroatia, Romania og Tyrkia.

### Kokain: markedsindikatorerne peker opp

Kokain finnes i to former i Europa. Det mest utbredte er kokainpulver (kokain i saltform), mens crack (fribasekokain), som røykes, ikke er like vanlig. Kokain utvinnes fra bladene på kokaplanten og produseres hovedsakelig i Bolivia, Colombia og Peru. Kokainet transporteres til Europa med alt fra rutefly, fraktfly, post, privatfly til private yachter og skipscontainere. Det omsettes kokain i EU for minst 5,7 milliarder euro.

## KOKAIN

Antall beslag



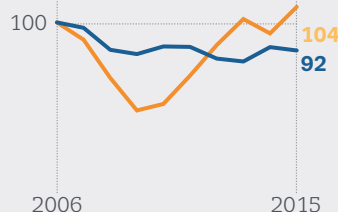
Beslaglagte kvanta



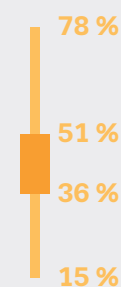
Pris (euro/g)



Indekserte trender:  
 Pris og renhet



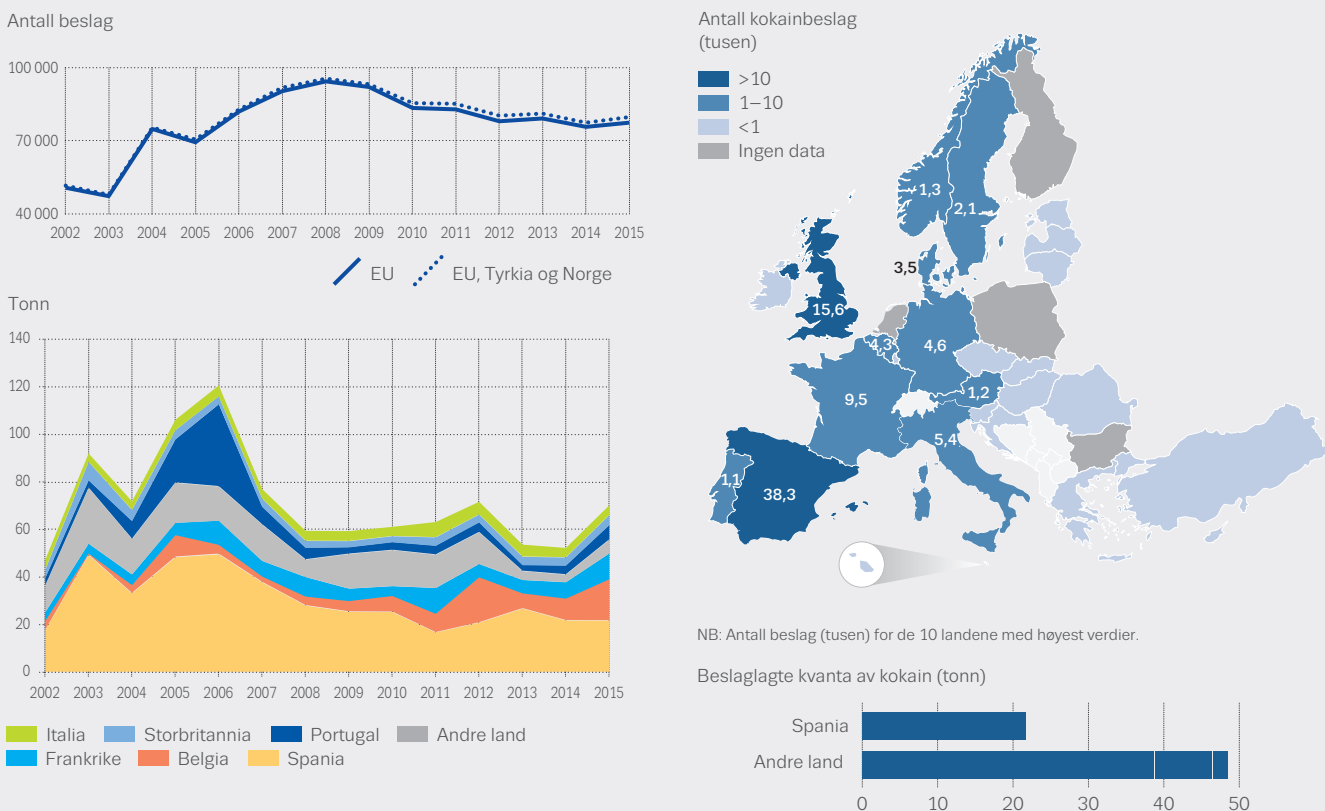
Renhet (%)



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

FIGUR 1.6

Antall kokainbeslag og beslaglagte kvanta: trender og 2015 eller siste år med tilgjengelige data



Totalt ble det rapportert 87 000 beslag av kokain i EU i 2015. Belgia, Spania, Frankrike, Italia og Portugal står til sammen for 78 % av de anslagsvis 69,4 tonnene som ble beslaglagt (figur 1.6). Situasjonen har vært relativt stabil siden 2007, selv om både antallet beslag og beslaglagte kvanta har gått opp fra 2014 til 2015 (se figur 1.6). Mens Spania (med 22 tonn) fortsatt er det landet som beslaglegger mest kokain, gjorde Belgia (med 17 tonn) og Frankrike (med 11 tonn) veldig store beslag i 2015, og sammenlignet med året før, rapporterte også Belgia, Tyskland og Portugal om en markant økning i beslaglagte kvanta. Samlet sett tyder indekserte trender på at kokainet har blitt litt renere i 2015.

Det ble også gjort beslag av andre kokaprodukter i Europa i 2015, blant annet 76 kg kokablader og 377 kg kokapasta. Beslagene av kokapasta tyder på at det finnes illegale laboratorier som produserer kokainhydroklorid i Europa. Dette er nytt, for frem til nå har de fleste kokainlaboratoriene som har blitt oppdaget i Europa, vært anlegg for etterekstraksjon, der kokainet trekkes ut av stoffet det har vært blandet i (som vin, klær eller plast).

**Av illegale sentralstimulerende midler som er tilgjengelig i Europa, er kokain, amfetamin, metamfetamin og MDMA vanligst**

## Kjemiske utgangsstoffer: nye alternativer for amfetamin

Narkotikapreksorer er kjemikalier som brukes i fremstillingen av illegale narkotiske stoffer. Ettersom det finnes lovlige formål for bruken av mange av dem, er visse kjemikalier listeført i EU-regelverket, og handelen med dem blir nøye overvåket og kontrollert. Tilgjengeligheten av slike stoffer har stor påvirkning på markedet og på produksjonsmetodene som brukes i de illegale laboratoriene. I 2015 fortsatte produsentene å omgå kontrollordningene ved å innføre ikke-listeførte kjemikalier som ble brukt til å produsere prekursorer i nærheten av produksjonsanleggene. Denne praksisen øker imidlertid risikoen for å bli oppdaget, ettersom prosessene krever mer kjemikalier og genererer mer avfall.

Data om beslag og forsendelser av kjemiske utgangsstoffer som har blitt stoppet, bekrefter at både listeførte og ikke-listeførte stoffer brukes i produksjonen av illegale rusmidler i EU, særlig amfetaminer og MDMA (tabell 1.2). Amfetaminprekursoren BMK (benzylmetylketon) ble beslaglagt i store kvanta i 2015, og polske myndigheter kom over 7 tonn BMK i en enkelt forsendelse som kunne knyttes til produksjon i Nederland. BMK-prekursoren

APAAN (alfa-fenylacetoacetonitril) ble listeført i slutten av 2013, og dette synes å ha hatt virkning, for beslagene gikk ned fra 48 tonn i 2013 til 780 kg i 2015. Da det for første gang ble rapportert om alternative kjemikalier som APAA (alfa-fenylacetoacetamid) og glycidysyrederivater av BMK i 2015, kan imidlertid dette kontrolltiltaket også ha ført til innovasjon på området.

Beslagene av ikke-listeførte pre-prekursorer for MDMA lå stabilt på rundt 5,5 tonn. Selv om det ble gjort ubetydelige beslag av safrol, tok beslagene av PMK seg opp, og Nederland rapporterte å ha beslaglagt 622 kg i 2015, mot null i 2014.

## Amfetamin og metamfetamin: innenlands produksjon

Amfetamin og metamfetamin er syntetiske sentralstimulerende midler som ofte går under samlebetegnelsen amfetaminer. Derfor kan det i enkelte datasett være vanskelig å skille mellom dem. Beslagene som er gjort det siste tiåret, tyder på at tilgjengeligheten av metamfetamin har økt, men uten på noen måte å ha tatt igjen amfetamin.

### TABELL 1.2

Sammendrag av beslag og stoppede forsendelser av utgangsstoffer (prekursorer) for utvalgte syntetiske stoffer produsert i EU, 2015

Prekursor/pre-prekursor	Beslag		Stoppede forsendelser		TOTALT	
	Antall	Mengde	Antall	Mengde	Antall	Mengde
<b>MDMA eller beslektede stoffer</b>						
PMK (liter)	6	622	0	0	6	622
Safrol (liter)	2	2	0	0	2	2
Piperonal (kg)	7	45	4	1 925	11	1 970
Glycidysyrederivater av PMK (kg)	11	5 461	0	0	11	5 461
<b>Amfetamin og metamfetamin</b>						
APAAN (kg)	10	778	0	0	10	778
BMK (liter)	17	1 029	0	0	17	1 029
PAA, fenyleddiisyre (kg)	6	261	4	103	10	364
Efedrin, bulk (kg)	12	8	1	500	13	508
Pseudoefedrin, bulk (kg)	8	32	0	0	8	32
APAA (kg)	1	201	0	0	1	201
Glycidysyrederivater av BMK (kg)	5	14	0	0	5	14

Begge stoffene blir produsert i Europa for det europeiske markedet. Det finnes ting som tyder på at amfetaminproduksjonen hovedsakelig finner sted i Belgia, Nederland og Polen og i noe mindre omfang i de baltiske statene, Tyskland og Ungarn. Det er også indikasjoner på at det siste stadiet i produksjonen, der flytende amfetaminbase omdannes til amfetaminsulfat, foregår i Europa.

Det fremstilles også en del amfetamin for eksport, særlig til Midtøsten, Det fjerne østen og Oseania. Beslagene av amfetamin-tabletter med Captagon-logo har også økt i den senere tid, spesielt i Tyrkia, der over 15 millioner tabletter ble beslaglagt i 2015.

Tsjekkia har lenge forsynt det europeiske markedet med metamfetamin, men i den senere tid skjer dette også i

grensetraktene i Tsjeggies naboland. Stoffet produseres dessuten i Bulgaria, Litauen og Nederland.

I Tsjekkia fremstilles metamfetamin oftest ved hjelp av utgangsstoffene efedrin og pseudoefedrin ekstrahert fra legemidler smuglet inn for det meste fra Polen. Stoffet kan også produseres på basis av BMK. I 2015 lå 263 av de 291 illegale metamfetaminlaboratoriene som ble rapportert i Den europeiske union, i Tsjekkia. Produksjonen i dette landet har utviklet seg fra småskalavirksomheter der brukere produserte de kvanta de trengte til eget bruk eller til det lokale markedet, til en produksjon dominert av storskalaanlegg drevet av organiserte kriminelle grupper, der produksjonen er beregnet både på forbruk i Europa og for eksport.

## AMFETAMINER

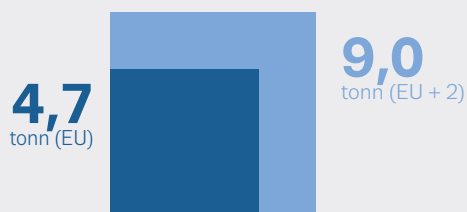
### Amfetamin

Antall beslag

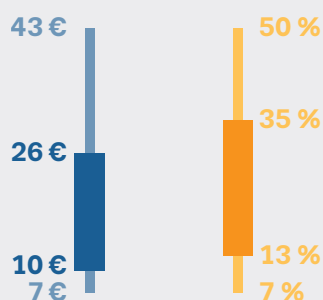
**34 000** EU **39 000** EU + 2



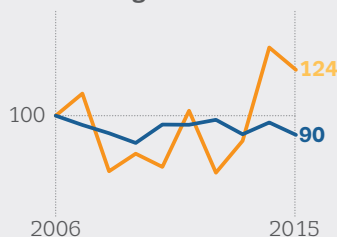
Beslaglagte kvanta



Pris (euro/g) Renhet (%)



Indekserte trender:  
Pris og renhet



### Metamfetamin

Antall beslag

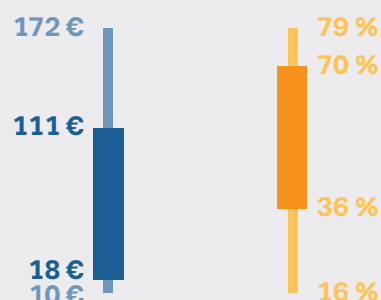
**8 000** EU **12 000** EU + 2



Beslaglagte kvanta



Pris (euro/g) Renhet (%)

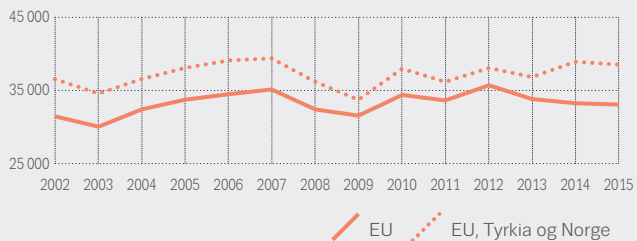


EU + 2 viser til EU-medlemsstatene pluss Tyrkia og Norge. Pris og renhet på amfetaminer: nasjonale middelerverdi — minimum, maksimum og interkvartil avstand. De ulike indikatorene dekker ulike land. Indekserte trender er ikke tilgjengelig for metamfetamin.

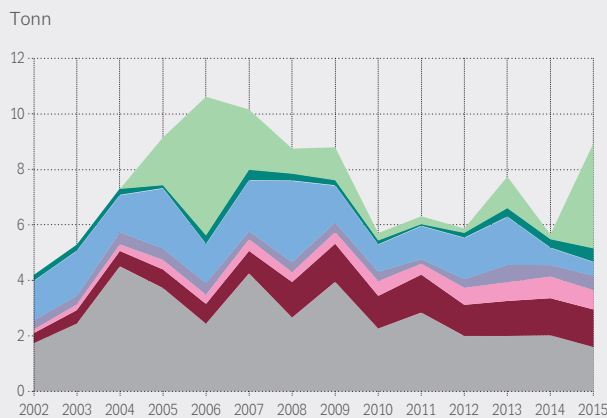
FIGUR 1.7

Antall amfetaminbeslag og beslaglagte kvanta: trender og 2015 eller siste år med tilgjengelige data

Antall beslag



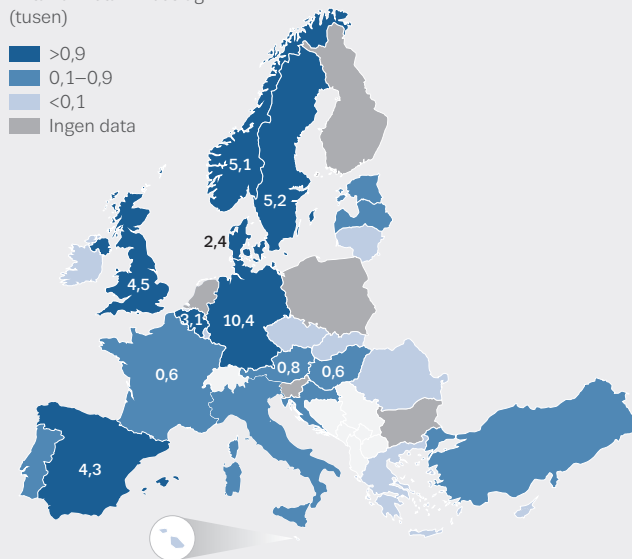
— EU    ···· EU, Tyrkia og Norge



Tyrkia    Norge    Storbritannia    Sverige  
 Polen    Tyskland    Andre land

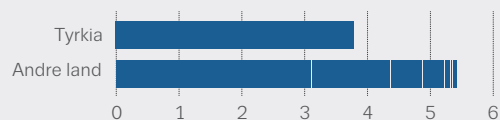
Antall amfetaminbeslag (tusen)

>0,9  
 0,1–0,9  
 <0,1  
 Ingen data



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

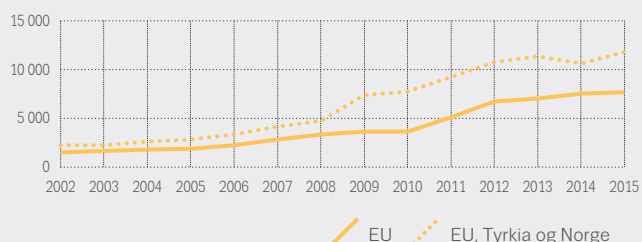
Beslaglagte kvanta av amfetamin (tonn)



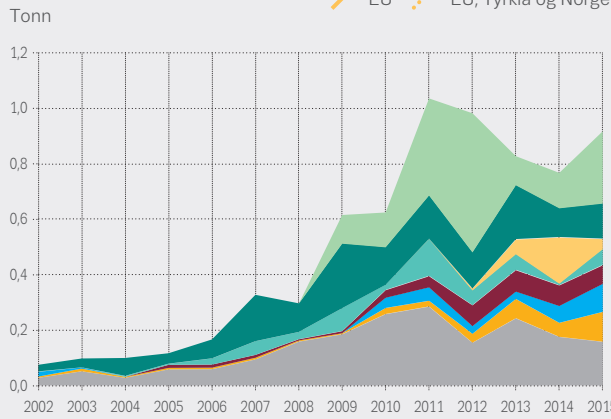
FIGUR 1.8

Antall metamfetaminbeslag og beslaglagte kvanta: trender og 2015 eller siste år med tilgjengelige data

Antall beslag



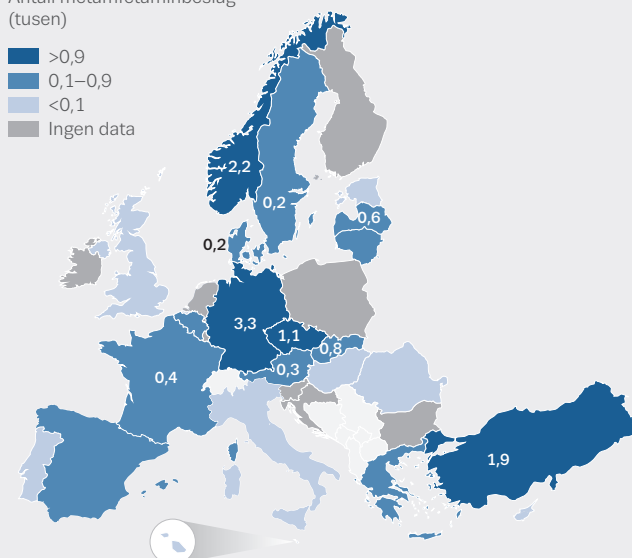
— EU    ···· EU, Tyrkia og Norge



Tyrkia    Norge    Spania    Litauen  
 Tyskland    Frankrike    Tsjekia    Andre land

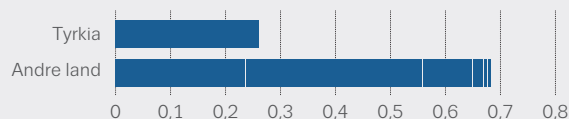
Antall metamfetaminbeslag (tusen)

>0,9  
 0,1–0,9  
 <0,1  
 Ingen data



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

Beslaglagte kvanta av metamfetamin (tonn)





I 2015 rapporterte EU-medlemsstatene om 34 000 beslag av amfetamin, som utgjorde 4,7 tonn. Beslaglagte kvanta av amfetamin i EU har svingt mellom 4 og 6 tonn i perioden 2002–2015, men har samlet sett gått opp (figur 1.7). Tallene for metamfetaminbeslag er mye lavere; 7 700 beslag ble gjort i EU i 2015, til sammen 0,5 tonn, og størst beslag ble gjort i Tsjekia (figur 1.8). I 2015 ble det også gjort store beslag av amfetaminer i Tyrkia (3,8 tonn amfetamin og 0,3 tonn metamfetamin) og Norge (0,1 tonn metamfetamin). Både antallet beslag og beslaglagte kvanta av metamfetamin har vist en oppadgående trend siden 2002.

Den gjennomsnittlige renheten er typisk høyere for metamfetamin enn for amfetamin. Indekserte trender tilsier at renheten på amfetamin har økt i de senere år.

### MDMA: høydoserte produkter tilgjengelig

Det syntetiske stoffet MDMA (3,4-metylendioksyfetamin) er kjemisk beslektet med amfetamin, men har andre virkninger. MDMA inntas vanligvis i tablettform (ofte kalt ecstasy), men finnes også i pulver- og krystallform. Markedet tilbyr stadig nye tablettutforminger av MDMA, med forskjellige farger, former og logoer. Etter en periode med lite MDMA på markedet på grunn av mangel på de nødvendige kjemiske utgangsstoffene har MDMA-markedet i de senere år tatt seg opp igjen. MDMA-markedet representerer en omsetning på anslagsvis 0,7 milliarder euro. Gjennomsnittsinholdet av MDMA i tabletter har gått opp i

de senere år, og høyt MDMA-innhold i en del partier har vært forbundet med helseskader og dødsfall.

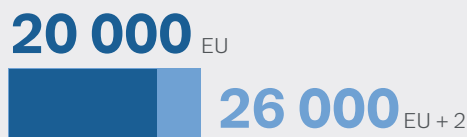
Produksjonen av MDMA i Europa synes å være konsentrert til Belgia og Nederland, der 4 MDMA-laboratorier ble oppdaget og destruert i 2015 (3 i Nederland og 1 i Belgia). MDMA produsert i Europa eksporteres også til andre deler av verden.

Det er vanskelig å analysere nyere trender i MDMA-beslag på grunn av mangelen på data fra enkelte land som sannsynligvis ville gitt utslag på totalen. For 2015 foreligger det ingen data fra Nederland, som rapporterte om beslag av 2,4 millioner MDMA-tabletter i 2012, og beslagstall er ikke tilgjengelig for Polen og Finland. Til tross for at dette hadde vært viktige tall å ha, har beslaglagte kvanta av MDMA i EU i 2015 likevel blitt anslått til 4 millioner tabletter og 0,2 tonn MDMA-pulver.

## Gjennomsnittsinholdet av MDMA i tabletter har gått opp i de senere år

### MDMA

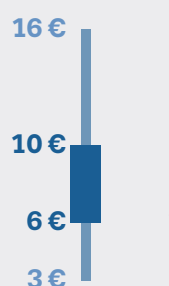
#### Antall beslag



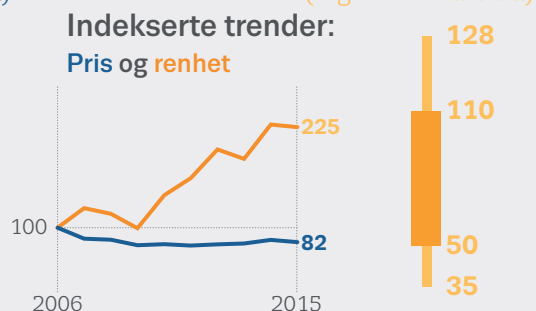
#### Beslaglagte kvanta



#### Pris (euro/tablett)



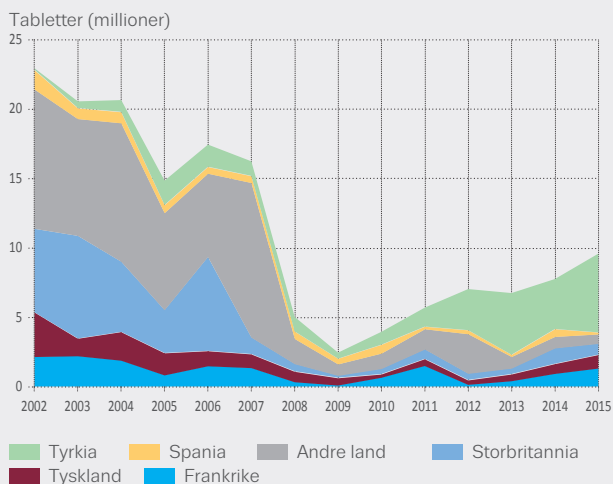
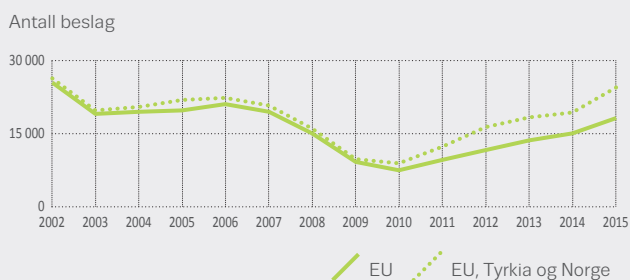
#### Renhet (mg MDMA/tablett)



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

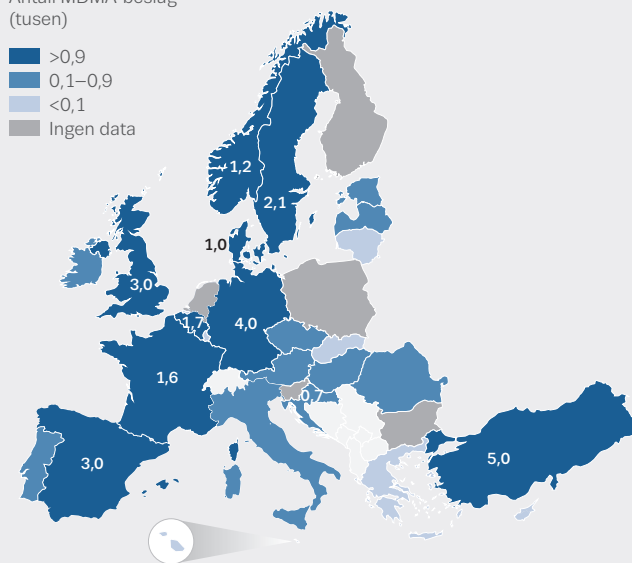
FIGUR 1.9

Antall MDMA-beslag og beslaglagte kvanta: trender og 2015 eller siste år med tilgjengelige data



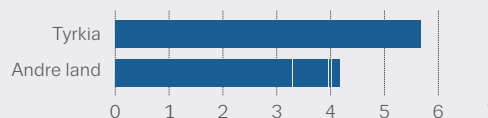
Antall MDMA-beslag (tusen)

- >0,9
- 0,1–0,9
- <0,1
- Ingen data



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

Beslaglagte MDMA-tabletter (millioner)



Totalt antall rapporterte MDMA-beslag har steget siden 2010, men tallene for beslaglagte kvanta har holdt seg relativt stabile over samme periode. Det ble også gjort store beslag av MDMA i Tyrkia i 2015, til sammen 5,7 millioner tabletter, eller mer enn det som er rapportert fra alle de andre landene til sammen (figur 1.9).

**Beslag av LSD, GHB, ketamin og mefedron**

Det ble også gjort beslag av andre illegale narkotiske stoffer i EU i 2015, blant annet om lag 1 400 beslag av LSD (lysergsyredietylamid), eller 100 000 enheter. I tillegg beslagla Belgia 1 kg av stoffet. Totalt antall LSD-beslag har doblet seg siden 2010, men beslaglagte kvanta har variert. Fjorten land rapporterte om beslag av GHB (gammahydroksybutyrat) eller GBL (gammabutyrolakton) i 2015. De rundt 1 300 beslagene besto av 320 kg og drøye 1 500 liter, og over to tredeler av beslagene ble gjort i Belgia (33 %) og Norge (35 %). Tolv land rapporterte 1 200 beslag av ketamin, til sammen ca. 130 kg, hvorav det meste i Danmark, Italia og Storbritannia.

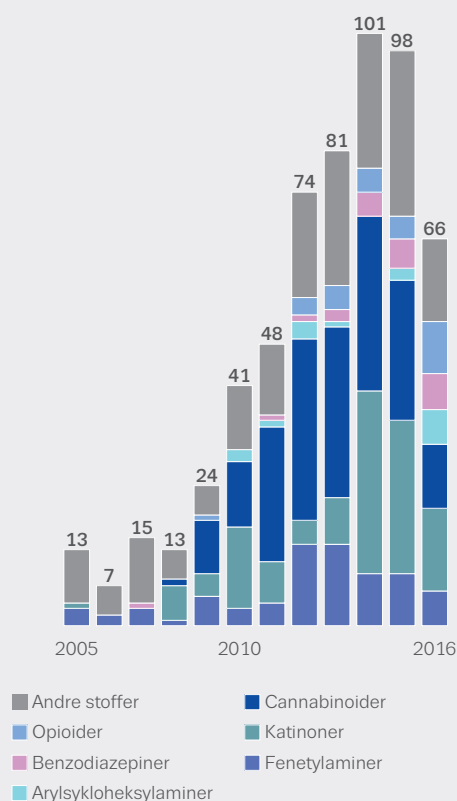
**Nye psykoaktive stoffer: stort mangfold**

I slutten av 2016 overvåket EMCDDA over 620 nye psykoaktive stoffer på Europas narkotikamarked. Disse stoffene består av alt fra syntetiske cannabinoider og sentralstimulerende midler til opioider og benzodiazepiner og faller ikke inn under det internasjonale narkotikakontrollsystemet (figur 1.10). I de fleste tilfeller markedsføres de som "lovlige" alternativer til illegale stoffer, mens andre retter seg mot små grupper som har lyst til å prøve for å se om de har noen nye effekter.

Ofte produseres de i stort omfang av kjemisk og farmasøytisk industri i Kina. Derfra sendes de til Europa, hvor de blir bearbeidet til produkter, pakket og solgt. En del nye stoffer kan i utgangspunktet være legemidler som blir videresolgt, altså ut av den lovlige forsyningskjeden, eller importeres illegalt. Stoffene kan også være fremstilt i illegale laboratorier i Europa eller andre steder i verden. På grunnlag av ulike indikatorer, som antall illegale laboratorier som oppdages, analyser av avfall av syntetiske narkotiske stoffer og beslag av prekursorer, ser det ut til at Europa har hatt en økning i denne typen produksjon de siste årene.

FIGUR 1.10

Antall og kategorier av nye psykoaktive stoffer rapportert for første gang til EUs system for tidlig varsling, 2005–2016



Antallet nye stoffer som påvises hvert år, er bare én av mange indikatorer EMCDDA bruker for å forstå markedet. Av de 620 nye stoffene som for tiden overvåkes, ble for eksempel 423 (nærmere 70 %) påvist på narkotikamarkedet i løpet av 2015; når tallene for 2014 og 2013 var henholdsvis 365 og 299, ser vi hvor komplekst dette markedet har blitt.

En del nye stoffer selges åpent på internett og i spesialiserte butikker — ofte merket som “legal high”-produkter, eller lovlige rusmidler. I tillegg selges de på markedene på det mørke nettet og på det illegale marked, noen ganger under eget navn, andre ganger påstås de å være illegale rusmidler som heroin, kokain, ecstasy og benzodiazepiner.

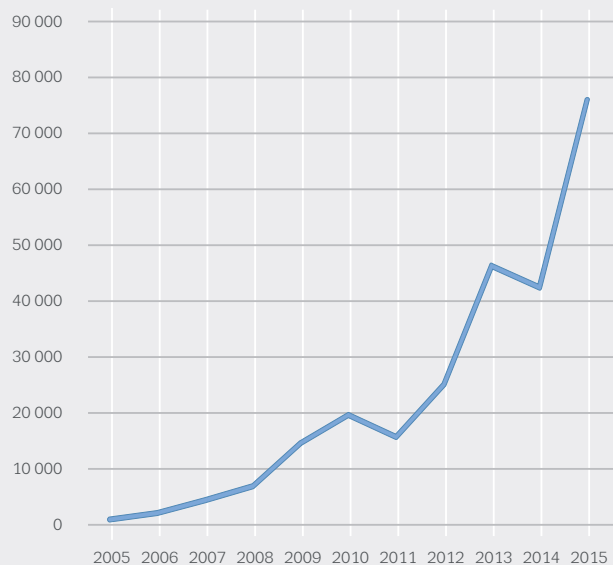
Over 70 % av de nye stoffene som er påvist gjennom EUs system for tidlig varsling, er stoffer som har kommet til de siste fem årene. I 2016 ble 66 nye stoffer meldt for første gang i Europa. Dette er lavere enn de to siste årene og omtrent det samme som i 2012 og 2013. Årsakene til nedgangen er ikke klar, men noe av forklaringen kan ligge i de tiltakene nasjonale myndigheter i Europa har iverksatt for å forby nye stoffer, og da spesielt åpent salg av såkalte “legal highs”. En annen faktor kan dessuten være kontrolltiltakene og rettshåndhevingsorganenes innsats i Kina mot laboratorier for produksjon av nye stoffer. Bredere kontaktflater med det illegale narkotikamarkedet generelt kan også ha betydning.

**I slutten av 2016 overvåket EMCDDA over 620 nye psykoaktive stoffer**

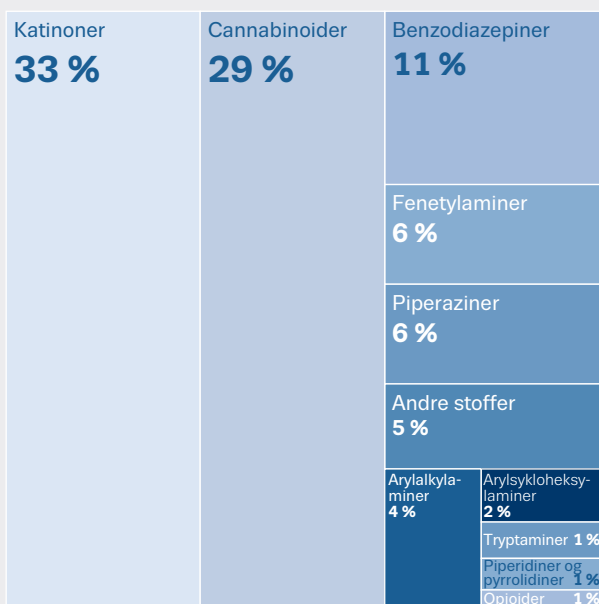
FIGURE 1.11

Antall beslag av nye psykoaktive stoffer rapportert til EUs system for tidlig varsling: trender og fordeling etter kategori i 2015

Antall beslagsrapporter



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



### Økning i beslagene av nye psykoaktive stoffer

I 2015 ble det rapportert nesten 80 000 beslag av nye psykoaktive stoffer gjennom EUs system for tidlig varsling (figur 1.11). Til sammen utgjorde syntetiske katinoner og syntetiske cannabinoider over 60 % av alle beslag av nye stoffer i 2015 (over 47 000). Sammenlignet med året før ble det i 2015 også observert økninger i beslaglagte kvanta syntetiske katinoner, syntetiske cannabinoider og nye opioider.

Europeiske beslagstall for nye stoffer, må leses som minimumsverdier, for dataene er hentet fra beslagsrapporter og ikke fra rutinemessig overvåking. Antall rapporterte beslag vil være påvirket av mange faktorer, som økt bevissthet om nye stoffer, endret juridisk status for disse stoffene, kapasiteter og prioriteringer hos politi og tollvesen og disse rettshåndhevsorganenes rapporteringspraksis.

### Nye syntetiske opioider

Totalt har 25 nye opioider blitt påvist på narkotikamarkedet i Europa siden 2009, inklusive de 9 som ble rapportert for første gang i 2016. Av disse 25 var 18 fentanyler, og 8 av disse igjen ble rapportert for første gang i 2016. Selv om de nye fentanylene spiller en liten rolle på Europas narkotikamarked i dag, er disse stoffene svært sterke og utgjør en alvorlig helsetrussel både for den enkelte og for folkehelsen.

Det er gjort beslag av nye opioider i ulike former, for det meste pulver, tablett og kapsler, men siden 2014 også i væskeform. Over 60 % av de 600 beslagene som ble rapportert i 2015, var fentanyler. Det ble beslaglagt i underkant av 2 liter syntetiske opioider i 2015, mot 240 ml året før. Fentanyler ble påvist i 85 % av beslaglagte væsker. Én ting som bekymrer her, er at det har dukket opp nesepressur som inneholder fentanyler som akrylfentanyl og furanylfentanyl. Beslagene av disse opioidene utgjør bare 0,75 % av det totale antall beslag som er gjort av nye stoffer, men når vi vet at dette ikke utgjør mer enn 0,04 % av de totale beslagsmengdene, skjønner vi at dette er sterke stoffer.

FIGUR 1.12

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



NB: Data for EU, Tyrkia og Norge.

## Syntetiske cannabinoider

Syntetiske cannabinoider er stoffer som etterligner virkningene av delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), som er den forbindelsen som skaper de mest fremtredende psykoaktive effektene av cannabis. Siden senest 2008 har produsenter i Europa utnyttet denne virkningen og importert store partier med cannabinoidpulver som de har blandet med tørket plantemateriale til flere hundre ulike "lovlige rusmidler". Disse blir så markedsført som lovlige erstatninger for cannabis og solgt som ferdigblandede urtebaserte røykeprodukter. Syntetiske cannabinoider er fortsatt den største gruppen nye stoffer som blir overvåket av EMCDDA, en gruppe som kjemisk sett blir stadig mer variert – 169 nye syntetiske cannabinoider er påvist siden 2008, inklusive de 11 som ble rapportert i 2016, mot 24 i 2015.

I 2015 ble det rapportert i overkant av 22 000 beslag av syntetiske cannabinoider (figur 1.12). De fem syntetiske cannabinoidene som det ble gjort flest beslag av i 2015, var ADB-FUBINACA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 og ADB-CHMINACA, til sammen over 2,5 tonn. I underkant av 64 % av beslagene av syntetiske cannabinoider besto av urteblandinger, 13 % av pulver.

Påvisningen av syntetiske cannabinoider i pulverform og avdekkingen av produksjonsanlegg i Europa, tilsier at det foregår pakking av produkter i Europa. Når disse pulverne bearbeides til "urtebaserte røykeblandinger" kan de utgjøre mange millioner doser. På beslagstoppen for cannabinoider i pulverform i 2015, var 5F-AMB (61 kg), 5F-AKB48 (61 kg) og ADB-FUBINACA (57 kg).

## Syntetiske katinoner

Syntetiske katinoner er kjemisk beslektet med katinon, som er et sentralstimulerende middel som forekommer naturlig i khat-planten (*Catha edulis*). Disse stoffene har virkninger som ligner dem som oppnås med vanlige ulovlige sentralstimulerende midler som amfetamin, kokain og MDMA. Syntetiske katinoner er den nest største gruppen av nye stoffer som overvåkes av EMCDDA – til sammen 118 ble påvist i 2016, hvorav 14 for første gang, mot 26 i 2015.

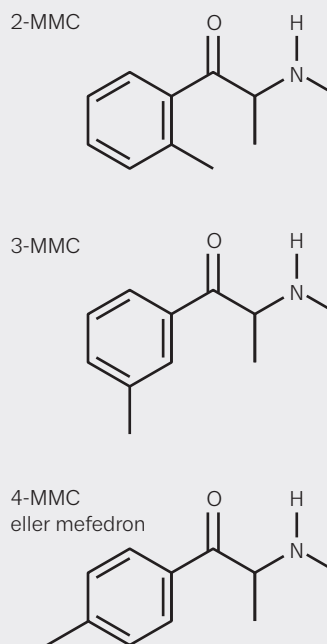
Syntetiske katinoner var de nye psykoaktive stoffene som oftest ble beslaglagt i 2015, og med over 25 000 beslag utgjorde de nesten en tredel av alle beslag. Dette er over 17 000 flere enn i året før. Til sammen ble det beslaglagt i overkant av 1,8 tonn, en økning på et kvart tonn i forhold til 2014 (figur 1.12). Syntetiske katinoner foreligger oftest i pulverform. De fem hyppigst beslaglagte katinonene i 2015 var alfa-PVP, 3-MMC, etylon, 4-MMC og pentedron. Av innrapporterte beslag av syntetiske katinoner i 2015 kom over 60 % (1,2 tonn) fra Kina. En stor del (42 %) av de syntetiske katinonene som ble beslaglagt, var 2-MMC (156 kg) og 3-MMC (616 kg), som er kjemisk beslektet med mefedron (4-MMC), men disse stoffene er ikke gjenstand for internasjonal narkotikakontroll. Mefedron har etablert seg på det illegale narkotikamarkedet i enkelte land, og sannsynligvis selges en del 2-MMC og 3-MMC som mefedron (se figur 1.13).

### Nye benzodiazepiner

Et annet utviklingstrekk som også vekker bekymring, er veksten man har sett i den senere tid i markedet for nye benzodiazepiner. Et tjuetalls av disse stoffene overvåkes av EMCDDA — 6 av dem ble påvist for første gang i Europa i 2016. I løpet av 2015 ble det gjort beslag av over 300 000 tabletter som inneholdt nye benzodiazepiner som clonazolam, diclazepam, etizolam og flubromazolam — nesten dobbelt så mye som i 2014. En del av de nye benzodiazepinene ble solgt i form av tabletter, kapsler eller pulver under eget navn. I andre tilfeller har disse stoffene blitt brukt til å produsere falske versjoner av vanlig forskrevne angstdempende legemidler som diazepam og alprazolam, som har blitt solgt direkte på det illegale narkotikamarkedet.

FIGUR 1.13

Kjemisk formel for 2-MMC, 3-MMC og 4-MMC (mefedron)



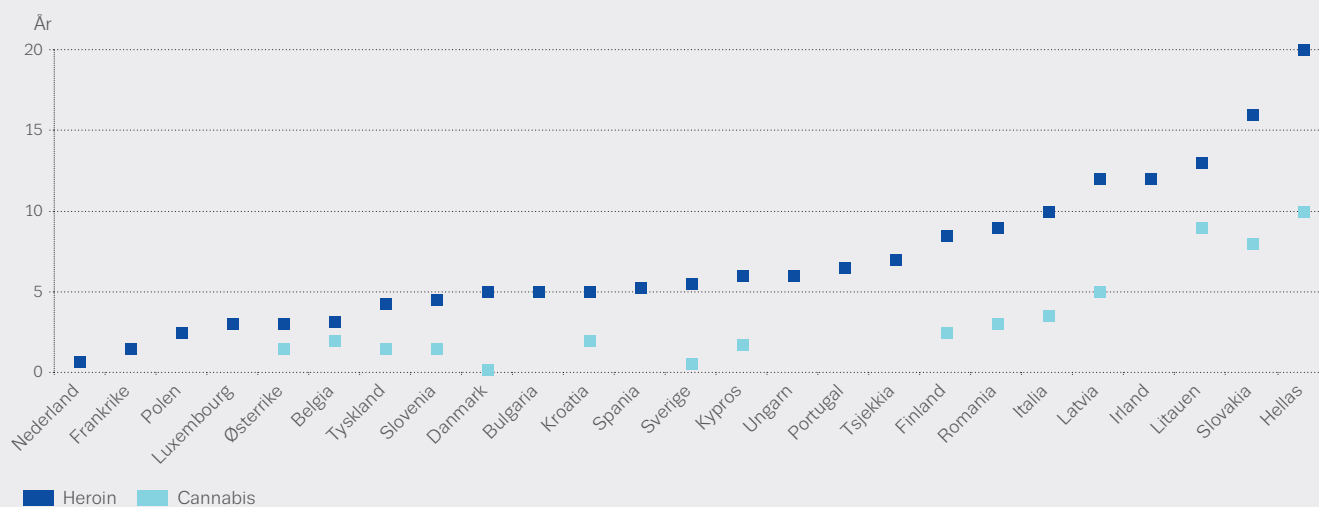
### Lovgivning mot forsyning av nye psykoaktive stoffer

Landene i Europa iverksetter tiltak for å forhindre forsyning av narkotika med bakgrunn i tre FN-konvensjoner, som utgjør det internasjonale rammeverket for kontroll med produksjon, handel og besittelse av over 240 psykoaktive stoffer. Den raske fremveksten av nye psykoaktive stoffer og mangfoldet av tilgjengelige produkter er utfordrende for konvensjonene og for beslutningstakerne og lovgiverne i Europa.

På nasjonalt plan er ulike tiltak tatt i bruk for å kontrollere nye stoffer. De rettslige virkemidlene kan grovt sett deles inn i tre. I mange land i Europa har man først benyttet forbrukervernlovgivningen, og deretter har man utvidet eller tilpasset eksisterende narkotikalovgivning slik at den nå også omfatter nye psykoaktive stoffer. Etter hvert har landene i stadig større grad utarbeidet ny lovgivning som spesifikt retter seg mot dette problemet. Det er store variasjoner i hvordan lovbruddene er definert og i straffutmålingen, og generelt er det store variasjoner i narkotikalovgivningen i Europa. Den generelle tendensen i nasjonal narkotikalovgivning, som er å redusere straffen for besittelse til eget bruk, viser seg også i lovgivningen om nye stoffer. De fleste av disse nye lovene anser ulovlig forsyning som en straffbar handling, mens det ikke er satt opp straff for besittelse til eget bruk.

FIGUR 1.14

Forventet ubetinget fengselsstraff for forsyning av 1 kg heroin eller cannabis i EUs medlemsstater



NB: Middelerdien av forventet fengselsstraff er beregnet på grunnlag av svar fra et utvalg av advokater i hvert land; for førstegangs lovbrøyttere uten tilknytning til organisert kriminalitet. Ingen middelerdi er angitt der betinget fengsel ble ansett som mulig.

EU reviderer for tiden gjeldende rammeregler for kontroll av nye psykoaktive stoffer, som er fra 2005. Målet er å få på plass et raskere, mer effektivt system slik at atferd knyttet til skadelige nye psykoaktive stoffer blir rammet av straffeloven.

### Straff for forsyning av narkotika: variasjon etter narkotisk stoff og land

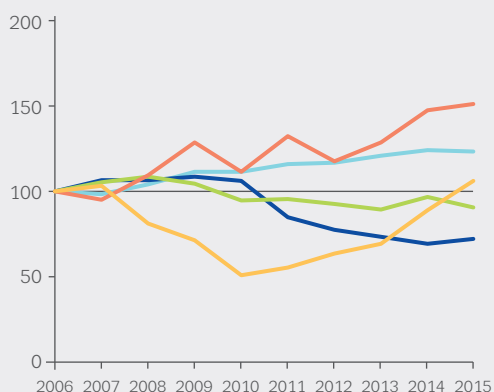
Uautorisert forsyning av narkotika er straffbart i alle land i Europa, men det er store forskjeller i hvilke straffer som gis. En spørreundersøkelse EMCDDA nylig gjennomførte for å se hvilken oppfatning advokater i EU-statene har, fant at det var store variasjoner i hvilken straff disse ekspertene forventet for samme lovbrudd relatert til narkotikaforsyning (se figur 1.14). Variasjonene kan skyldes nasjonale historiske og kulturelle faktorer som har påvirket et lands strafferettssystem, og ulike nasjonale oppfatninger om hvor avskrekkende domfellelse virker. Undersøkelsen avslørte også at selv om lovgivningen kan fastsette samme straff for ulike narkotiske stoffer, opplevde advokatene i de fleste land at straffen var avhengig av stoff. Dette innebærer at dommerne tar hensyn til aspekter som hvilke skader det enkelte stoff antas å påføre samfunnet.

FIGUR 1.15

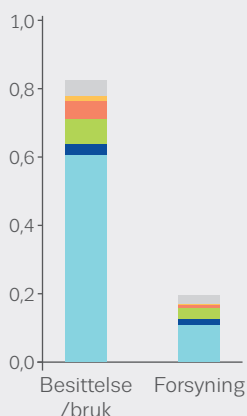
## Narkotikalovbrudd i Europa knyttet til narkotikabruk, besittelse til eget bruk eller forsyning: indekserte trender og rapporterte lovbrudd i 2015

## Lovbrudd relatert til besittelse/bruk

Indekserte trender

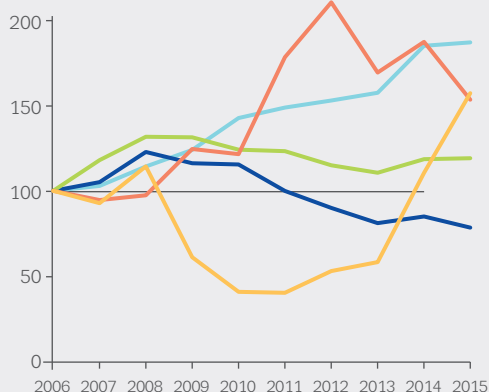


Antall lovbrudd (million)



## Lovbrudd relatert til forsyning

Indekserte trender



Heroin Kokain MDMA Cannabis Amfetaminer Andre stoffer

NB: Data for lovbrudd der det aktuelle stoff har blitt angitt.

## | Narkotikalovbrudd: de fleste er knyttet til cannabis

Hvordan lovverket implementeres, overvåkes gjennom data om rapporterte narkotikalovbrudd. I EU ble det i 2015 rapportert ca. 1,5 millioner narkotikalovbrudd fordelt på 1 million lovbrutere. De fleste lovbruddene (57 %) var knyttet til bruk eller besittelse av cannabis. Rapporterte lovbrudd har økt med nesten en tredel (31 %) fra 2006 til 2015.

Samlet sett har antallet rapporterte lovbrudd som gjelder forsyning av narkotika økt med 18 % siden 2006 til anslagsvis 214 000 tilfeller i 2015. Cannabis var involvert i de fleste forsyningsrelaterte lovbruddene (57 %). Det har vært en kraftig økning i rapporterte lovbrudd relatert til forsyning av MDMA siden 2013 (figur 1.15).

Det er beregnet at det i Europa i 2015 ble rapportert over 1 million lovbrudd relatert til bruk eller besittelse til eget bruk, en økning på 27 % i forhold til 2006. Om lag tre firedeler av alle rapporterte lovbrudd knyttet til besittelse gjaldt cannabis (74 %). Den oppadgående trenden for besittelse av amfetaminer og MDMA fortsatte i 2015 (figur 1.15).

**Det ble rapportert  
anslagsvis 1,5 millioner  
narkotikalovbrudd  
i 2015**



## FINN UT MER

**Publikasjoner fra EMCDDA****2017**

Cannabis legislation in Europe: an overview.

Country Drug Reports 2017.

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

**2016**

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

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

Internet and drug markets, Insights.

**2015**

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

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

The internet and drug markets, Technical reports.

**2014**

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

**2013**

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

**2012**

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

**Felles publikasjoner fra EMCDDA og Europol****2017**

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

**2016**

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

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

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA, Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl, Joint Reports.

**2015**

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

**2013**

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

**Felles publikasjoner fra EMCDDA og Eurojust****2016**

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

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

# 2

**Blant personer  
som bruker narkotika,  
er blandingsbruk vanlig**

# Prevalens og trender for narkotikabruk

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

## Overvåking av narkotikabruk

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

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

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

Fullstendige datasett og metodeopplysninger finnes i [statistiske opplysninger](#) på nett.

## Ulike nasjonale rusmiddeltrender blant skoleungdom

Kartlegging av rusmiddelbruk blant skoleungdom gir viktig informasjon om risikoatferd blant dagens ungdom og en pekepinn på mulige fremtidige trender. I 2015 ble den sjette runden av Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD) gjennomført siden oppstart i 1995. I denne siste undersøkelsen ble det samlet inn sammenlignbare data om rusmiddelbruk blant 15–16 år gamle skoleelever i 35 europeiske land, deriblant de 23 EU-medlemsstatene og Norge. Av skoleelevene i disse 24 landene rapporterte gjennomsnittlig 18 % at de hadde brukt cannabis minst én gang (livstidsprevalens). De høyeste tallene ble rapportert fra Tsjekkia (37 %) og Frankrike (31 %). Når det gjelder bruk siste 30 dager, varierte resultatene fra 2 % i Sverige, Finland og Norge til 17 % i Frankrike, men gjennomsnittet for alle 24 land var 8 %. Kjønnforskjellene for personer som noen gang har brukt cannabis, varierer også i Europa. Mens det i Tsjekkia og Malta er like mange jenter som gutter som har prøvd, er det hele 2,5 gutter for hver jente i Norge.

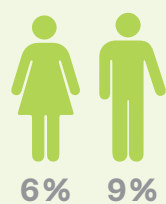
Bruken av andre illegale rusmidler enn cannabis var mye lavere, med en gjennomsnittlig livstidsprevalens på 5 %. De illegale rusmidlene som brukes nest mest etter cannabis, er MDMA/ecstasy, amfetamin, kokain, metamfetamin og LSD eller andre hallusinogener, hver rapportert av 2 % av skoleelevene. Dessuten rapporterte 4 % av elevene om livstidsbruk av nye psykoaktive stoffer. Tallene var høyest i Estland og Polen (begge 10 %).

Blant de 22 landene som har lagt frem et tilstrekkelig tallmateriale til at det er mulig å gjøre analyser (21 EU-land og Norge), var generelle trender for cannabisbruk siste måned høyest i 2003; i senere undersøkelser har prevalensen vært noe lavere (figur 2.1). I tiden mellom de to siste spørreundersøkelsene, altså perioden 2011–2015, har prevalensen både for livstidsbruk av cannabis og bruk siste måned vært stabil i de fleste av disse landene. Siden 1995 har livstidsprevalensen av bruk av andre illegale rusmidler enn cannabis vært noenlunde uendret, bortsett fra en liten nedgang i perioden 2011–2015.

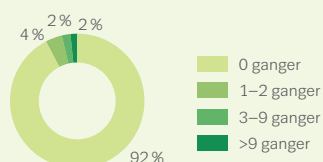
**4 % av elevene rapporterte om livstidsbruk av nye psykoaktive stoffer**

## RUSMIDDELBRUK BLANT 15–16-ÅRIGE SKOLEELEVER I EUROPA (2015 ESPAD)

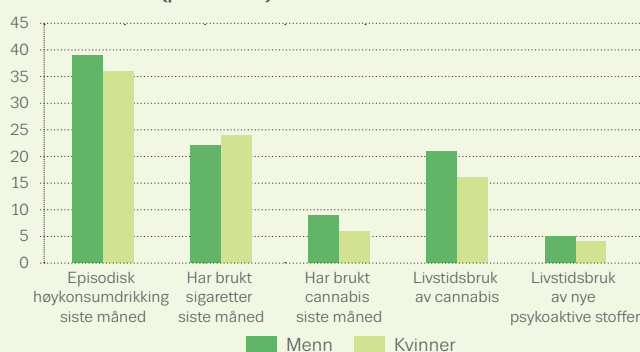
### Cannabisbruk siste måned etter kjønn



### Cannabisbruk siste måned



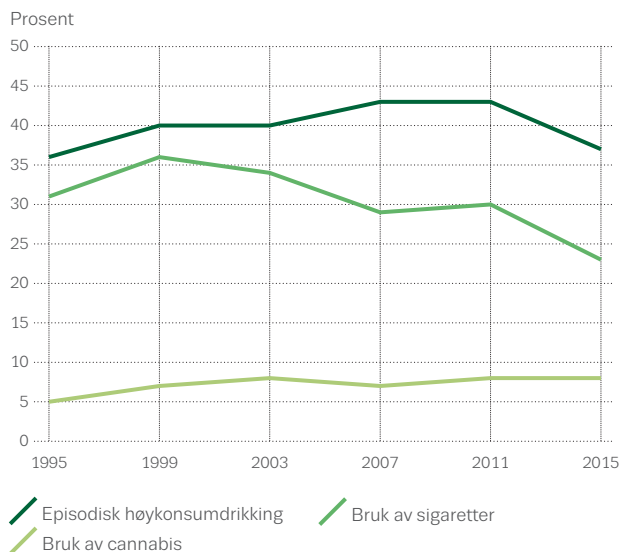
### Rusmiddelbruk (prosentvis)



NB: Basert på data fra de 23 EU-medlemsstatene og Norge som deltok i ESPAD-undersøkelsen i 2015.

FIGUR 2.1

Trender i siste måneds prevalens av episodisk høykonsumdrikking, bruk av sigaretter og bruk av cannabis blant 15–16-årige skoleelever i Europa



NB: Basert på data fra 21 EU-medlemsstater og Norge som har deltatt i

### Redusert bruk av tobakk og nedgang i episodisk høykonsumdrikking blant skoleungdommer

ESPAD-undersøkelsen tar også for seg bruk av alkohol og tobakk. Mer enn fire femdel (83 %) av alle skoleelever hadde drukket alkohol minst én gang i livet. Halvparten av dem rapporterte at de hadde drukket alkohol minst én gang i løpet av siste måned, og 39 % av guttene og 36 % av jentene hadde i løpet av siste måned inntatt fem alkoholenheter eller mer ved samme anledning (episodisk høykonsumdrikking).

Knappe halvparten (47 %) av alle skoleelever hadde røykt sigaretter. Totalt 23 % av elevene rapporterte å ha røykt en eller to sigaretter pr. dag i måneden før undersøkelsen ble gjennomført, og 3 % hadde røykt mer enn 10 pr. dag.

I de 22 EMCDDA-landene som har lagt frem tilstrekkelige data til å utarbeide trendanalyser, observeres en generell nedgang fra 1995 til 2015 i livstidsbruk og bruk siste måned når det gjelder både alkohol og sigaretter. Endringene i episodisk høykonsumdrikking var mindre uttalt, selv om det ble observert en økning for jenter i løpet av denne perioden. Fra undersøkelsen i 2011 til undersøkelsen i 2015 var det en nedgang både i episodisk høykonsumdrikking og i røyking siste måned.

### Over 93 millioner voksne har prøvd illegale rusmidler

Det er anslått at over 93 millioner voksne, eller litt over en firedel av befolkningen i aldersgruppen 15–64 i EU, har prøvd et illegalt rusmiddel på et eller annet tidspunkt i livet. Erfaring med bruk av narkotika rapporteres oftere av menn (56,8 millioner) enn av kvinner (36,8 millioner). Det stoffet de oftest har prøvd, er cannabis (53,8 millioner menn og 34,1 millioner kvinner), mens estimatene er mye lavere for livstidsbruk av kokain (12,2 millioner menn og 5,3 millioner kvinner), MDMA (9,3 millioner menn og 4,7 millioner kvinner) og amfetaminer (8,4 millioner menn og 4,2 millioner kvinner). Tallene for livstidsbruk av cannabis varierer mye fra land til land, fra ca. 8 av 20 voksne i Frankrike til under 1 av 20 i Malta og Romania.

Tallene for bruk siste år gir et godt bilde på nylig narkotikabruk og er i hovedsak konsentrert blant unge voksne. Anslagsvis 18,7 millioner unge voksne (15–34 år) har brukt narkotika i løpet av det siste året, herav dobbelt så mange menn som kvinner.

### Cannabisbruk: varierende nasjonale trender

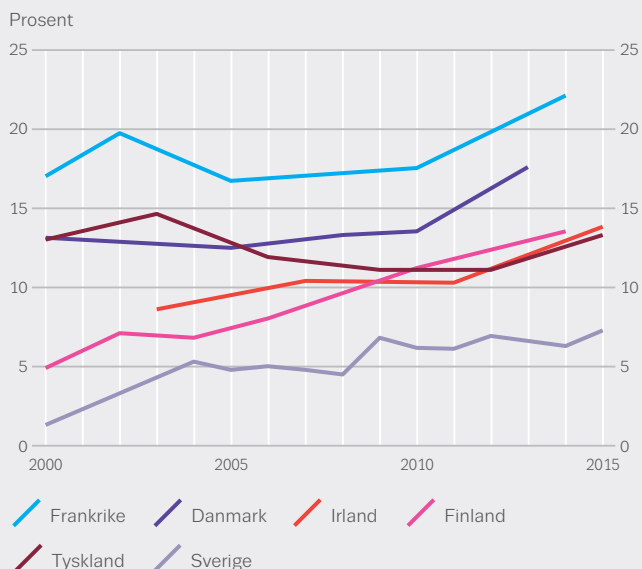
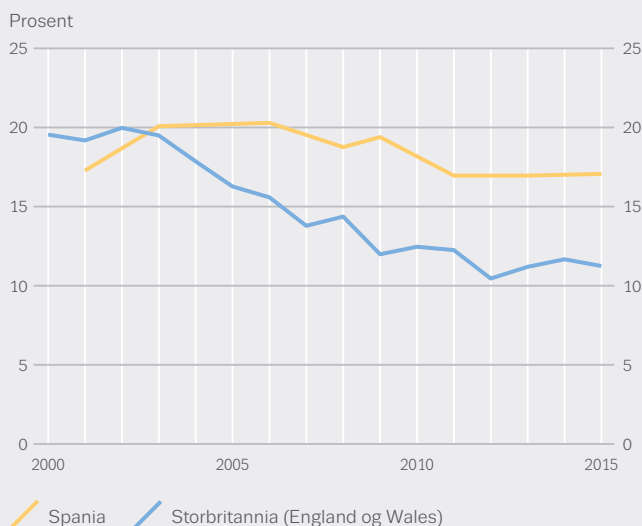
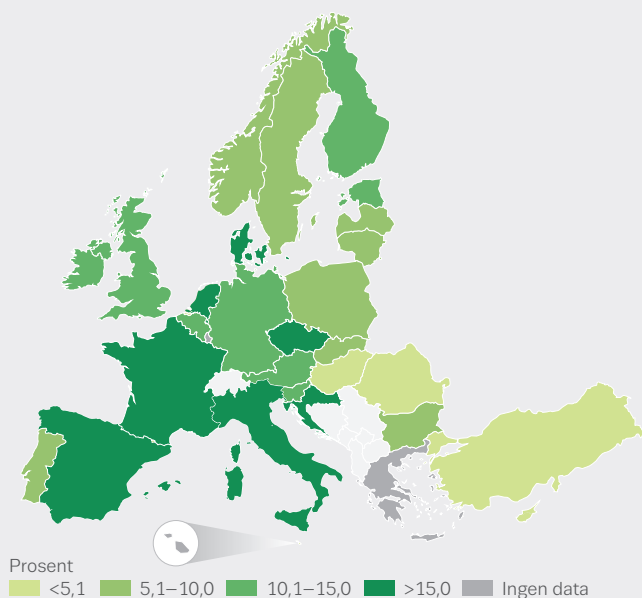
Uansett aldersgruppe er cannabis det illegale rusmiddelet som har høyest sannsynlighet for å bli brukt. Stoffet blir for det meste røykt og blir i Europa ofte blandet med tobakk. Bruksmønstrene for cannabis varierer fra det sporadiske til det regelmessige og avhengighetspregede.

Det er anslått at 87,7 millioner voksne i Europa (15–64 år), eller 26,3 % av denne aldersgruppen, på et eller annet tidspunkt i livet har eksperimentert med cannabis. Av disse har anslagsvis 17,1 millioner unge europeere (dvs. 15–34 år) eller 13,9 % av denne aldersgruppen, brukt cannabis det siste året. Av disse igjen var 10 millioner i aldersgruppen 15–24 år (17,7 % av aldersgruppen). Tall for siste års prevalens i aldersgruppen 15–34 varierer fra 3,3 % i Romania til 22 % i Frankrike. Blant unge som har brukt cannabis det siste året, er det dobbelt så mange menn som kvinner.

**Det stoffet de oftest har prøvd, er cannabis**

FIGUR 2.2

Prevalens av cannabisbruk siste år blant unge voksne (15–34 år): nyeste data (kart) og utvalgte trender



De nyeste undersøkelsesdataene viser at tallene for siste års bruk av cannabis fortsatt varierer landene imellom. Av de landene som har gjennomført undersøkelser siden 2014 og rapportert konfidensintervaller, rapporterte 7 om høyere estimater, 6 stabile estimater og 2 lavere estimater enn i den forrige sammenlignbare undersøkelsen.

Bare noen få land har tilstrekkelige undersøkelsesdata til å foreta en statistisk analyse av trender for siste års bruk av cannabis blant unge voksne (15–34 år). Av de nyeste dataene ser vi at den lange nedadgående trenden som har blitt observert det siste tiåret i Spania og Storbritannia, nå har stabilisert seg (figur 2.2).

I løpet av det siste tiåret har det avtegnet seg en stigende trend i Irland og Finland, og også i Sverige, selv om prevalensen i Sverige har vært stabil siden 2009. I Tyskland, Frankrike og Danmark er det ingen tydelig stigende statistisk trend i denne perioden, selv om den aller siste undersøkelsen tyder på en nylig økning i siste års bruk av cannabis blant unge voksne. I 2014 rapporterte Frankrike rekordhøye 22 %, mens Tyskland i 2015 rapporterte en siste års prevalens av cannabisbruk blant unge voksne på 13 %, som er det høyeste som er rapportert i dette landet det siste tiåret. Blant de landene som ikke har tilstrekkelig med data til at trendene kan analyseres statistisk, bekreftet den andre sammenlignbare undersøkelsen gjennomført i Nederland i 2015, en prevalens på rundt 16 %, mens Østerrikes første nasjonale undersøkelse siden 2008 rapporterte en prevalens på 14 %.

## Høyriskobrukere av cannabis: stadig flere til behandling

Basert på undersøkelser i den generelle befolkningen er det anslått at om lag 1 % av voksne i Europa bruker cannabis daglig eller nesten daglig, altså at de har brukt stoffet 20 eller flere dager den siste måneden. Ca. 30 % av disse er eldre brukere, i aldersgruppen 35–64, og mer enn tre firedel er menn.

Sett i sammenheng med andre indikatorer kan data om personer som inntas til behandling for cannabisproblemer, gi oss en bedre forståelse av hvordan høyriskobruk av cannabis arter seg og hvor utbredt det er i Europa. Antallet personer som påbegynte behandling for første gang for cannabisproblemer, gikk opp fra 43 000 i 2006 til 76 000 i 2015. Det kan ligge mange faktorer bak denne økningen, som økt prevalens av cannabisbruk i befolkningen generelt, en økning i antallet personer som har en intensiv bruk, at sterkere produkter er tilgjengelig, i tillegg til et utvidet behandlingstilbud og endringer i henvisningspraksis.

## Prevalens av kokainbruk: stabile nasjonale trender

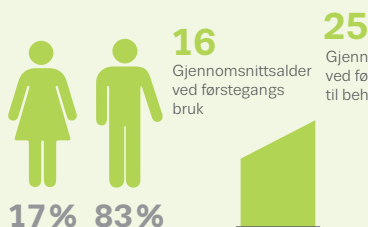
Kokain er det mest brukte illegale sentralstimulerende rusmiddel i Europa. Bruken er mer utbredt i landene i Sør- og Vest-Europa. Blant regelmessige brukere kan det trekkes et grovt skille mellom mer sosialt integrerte brukere, som ofte sniffer kokain i pulverform (kokainhydroklorid), og marginaliserte brukere, som injiserer kokain eller røyker crack (kokainbase), noen ganger i kombinasjon med opioider.

Det er anslått at 17,5 millioner voksne i Europa (15–64 år), eller 5,2 % av denne aldersgruppen, på et eller annet tidspunkt i livet har eksperimentert med kokain. Av disse er det rundt 2,3 millioner unge voksne i aldersgruppen 15–34 år (1,9 % av denne aldersgruppen) som har brukt stoffet det siste året.

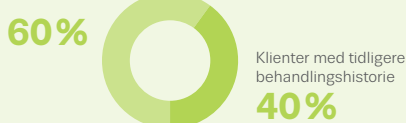
Bare Irland, Spania, Nederland og Storbritannia rapporterer tall på 2,5 % eller høyere for siste års prevalens av kokainbruk blant unge voksne. For Europa sett under ett kan man si at nedgangen i kokainbruk som ble rapportert de siste årene, ikke er observert i de nyeste undersøkelsene. Av de landene som har gjennomført undersøkelser siden 2014 og rapportert konfidensintervaller, har 2 rapportert høyere estimer, 11 en stabil trend og 1 et lavere estimat enn i den forrige sammenlignbare undersøkelsen.

## CANNABISBRUKERE SOM PÅBEGYNNER BEHANDLING

### Karakteristika



### Førstegangsklienter

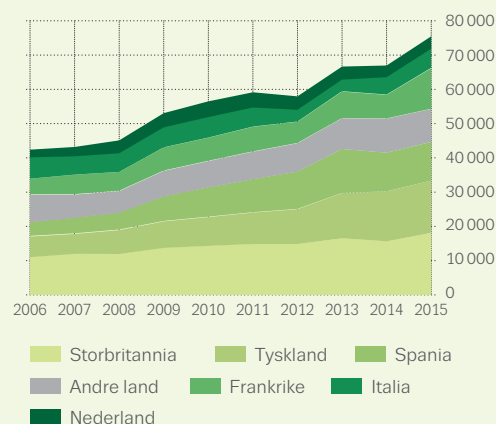


### Bruksfrekvens siste måned

Gjennomsnittlig bruk **5,4** dager i uken



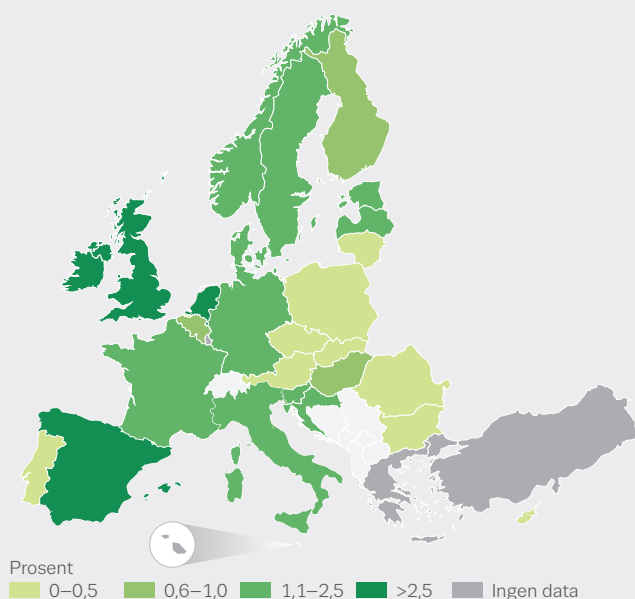
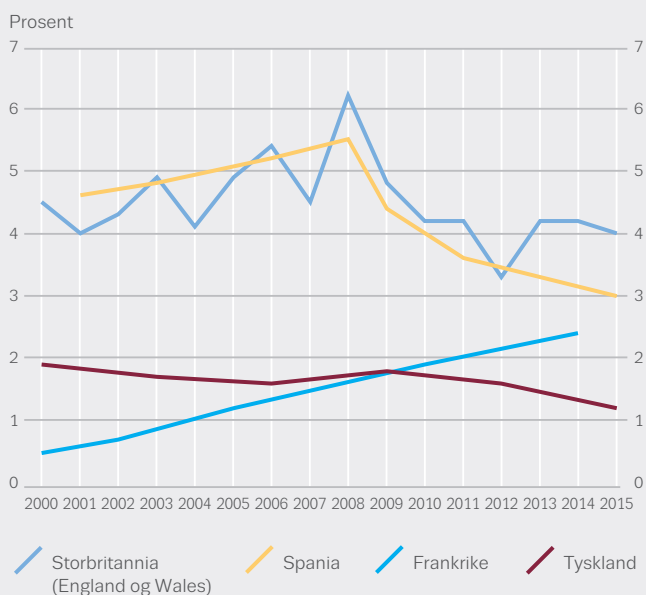
### Trender blant førstegangsklienter



NB: Tallene gjelder alle klienter inntatt til behandling med cannabis som primærrusmiddel. Trendene for førstegangsklienter er basert på data fra 23 land. Grunnet endringer i dataflyten på nasjonalt plan kan data fra Italia fra og med 2014 ikke sammenlignes direkte med tidligere år.

FIGUR 2.3

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



Det er bare noen få land som har mulighet til å foreta en statistisk analyse av langsiktige trender for siste års bruk av kokain blant unge voksne, og de nyeste dataene bekrefter disse trendene. Spania og Storbritannia rapporterte begge om økt prevalens frem til 2008, etterfulgt av stabilitet eller nedgang (figur 2.3). Selv om prevalensnivåene er lavere i Frankrike, avtegner det seg også her en oppadgående trend, og prevalensen kommer for første gang over 2 % i 2014. Statistisk viste undersøkelsen i Tyskland i 2015 en nedgang i prevalensen av kokainbruk, som hadde vært stabil fra 2000 til 2009.

Analysen for å påvise kokainrester i kommunalt avløpsvann fra en studie som ble gjennomført i flere byer, supplerer resultatene fra befolkningsundersøkelsene. Analysene av avløpsvannet viser det samlede forbruket av rene stoffer, og resultatene er ikke direkte sammenlignbare med prevalensestimater fra nasjonale befolkningsundersøkelser. Funnene oppgis i milligram narkotika per dag pr. 1 000 innbyggere.

I analysen for 2016 ble de høyeste konsentrasjonene av bensoylketonin — den viktigste kokainmetabolitten — funnet i byer i Belgia, Spania og Storbritannia, mens nivåene som ble påvist i de fleste byene i Øst-Europa var svært lave (se figur 2.4). Av de 33 byene som har data for både 2015 og 2016, ble det rapportert økning i 22, nedgang i 4 og en stabil situasjon i 7. Stabile eller stigende langsiktige trender ble rapportert for de fleste av de 13 byene med data for 2011 og 2016.

### Høyrisikobruk av kokain: stabil etterspørsel etter behandling

Det er vanskelig å måle hvor utbredt høyrisikobruk av kokain er i Europa ettersom bare 4 land har ferske anslag. Dessuten er det brukt ulike definisjoner og metoder. Ut fra spørsmålene knyttet til avhengighetsgrad ble høyrisikobruk av kokain blant voksne i 2015 estimert til 0,20 % i Tyskland, mens Spania estimerte høyrisikobruk av kokain til 0,24 % på grunnlag av bruksfrekvens. Italia fremla for 2015 et estimat for personer med behov for behandling for kokainbruk på 0,65 %. I Portugal ble høyrisikobruk av kokain estimert til 0,62 % i 2012, basert på rapportert bruk siste år.

Spania, Italia og Storbritannia sto for tre firedeler (74 %) av alle rapporterte behandlingsinntak relatert til kokain i Europa. Totalt ble kokain oppgitt som primærrusmiddel av 63 000 klienter som påbegynte behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet i 2015, og av 28 000 førstegangsklienter. Etter en periode med nedgang har antallet førstegangsklienter som påbegynner behandling for kokainbruk samlet sett vært ganske stabilt siden 2012.

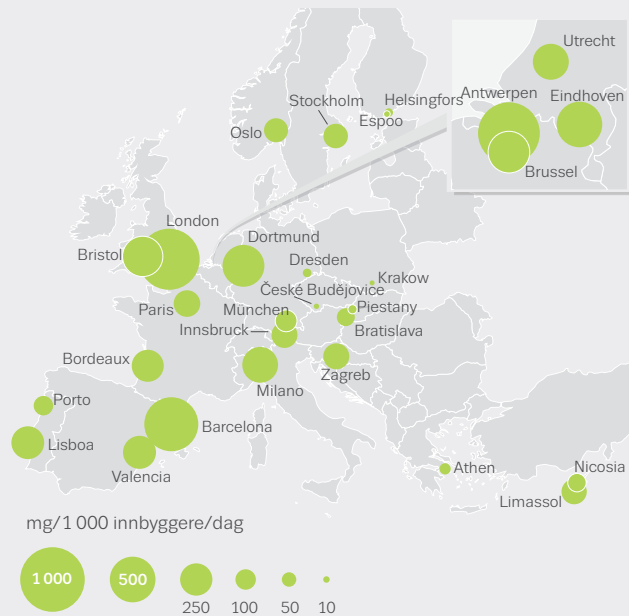
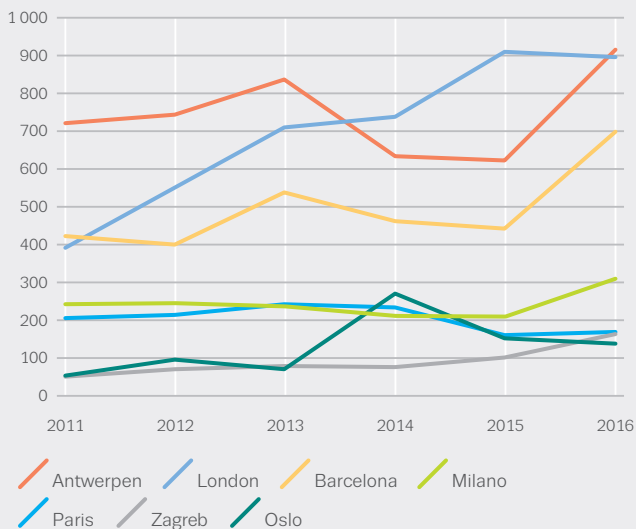
I 2015 oppga 7 400 klienter som på begynte behandling i Europa, crack som primærrusmiddel. Av disse sto Storbritannia for nesten to tredeler (4 800). Spania, Frankrike og Nederland sto for det meste av de resterende klientene (1 900).



FIGUR 2.4

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

mg/1 000 innbyggere/dag

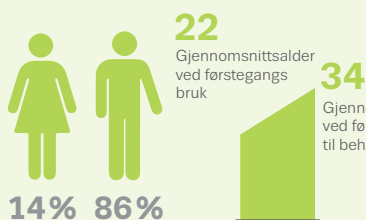


NB: Gjennomsnittlig daglig mengde bensoylketonin i mg pr. 1 000 innbyggere. Prøvetakingen ble utført i utvalgte europeiske byer i løpet av en uke i 2016. Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Storbritannia (England) anslo crack-bruken blant den voksne befolkningen til 0,48 % i 2011/12, og de fleste av disse var også opioidbrukere.

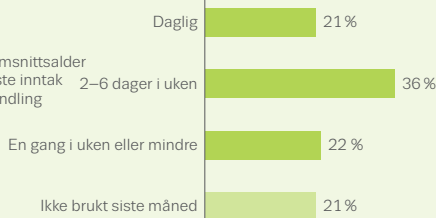
KOKAINBRUKERE SOM PÅBEGYNNER BEHANDLING

Karakteristika

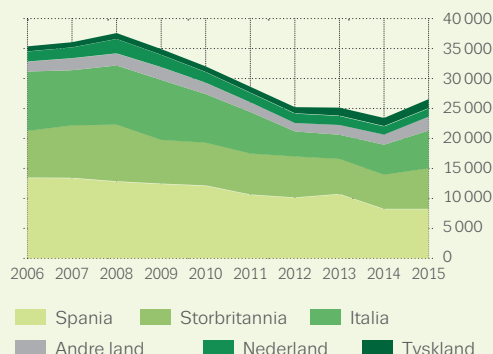


Bruksfrekvens siste måned

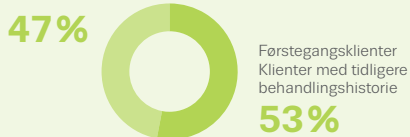
Gjennomsnittlig bruk 3,7 dager i uken



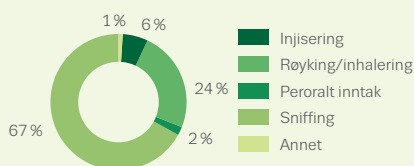
Trender blant førstegangsklienter



Førstegangsklienter



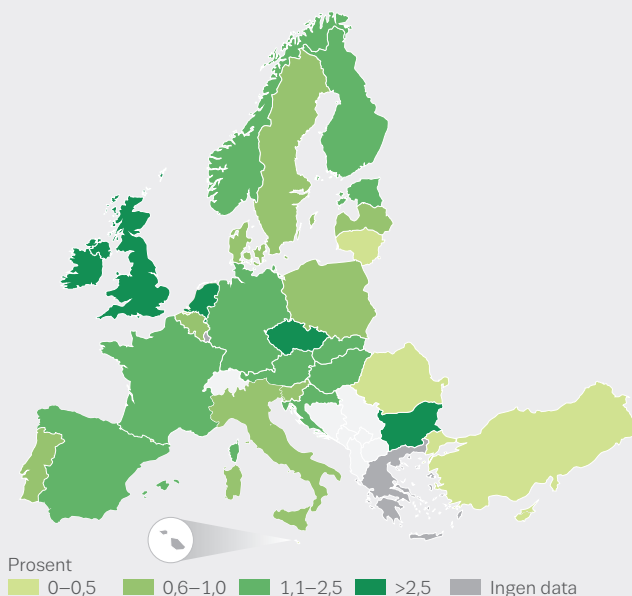
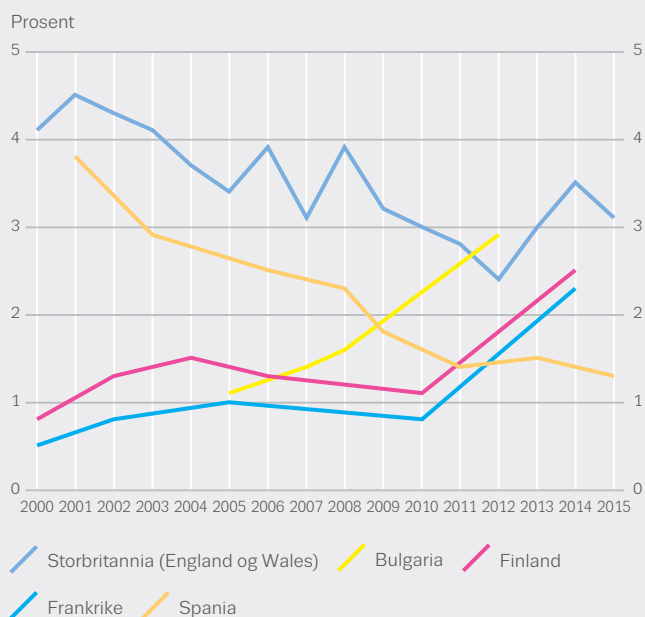
Inntaksmåte



NB: Tallene gjelder alle klienter inntatt til behandling med kokain som primærrusmiddel. Trendene for førstegangsklienter er basert på data fra 23 land. Grunnet endringer i dataflyten på nasjonalt plan kan data fra Italia fra og med 2014 ikke sammenlignes med tidligere år.

FIGUR 2.5

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



### MDMA: bruken fortsetter å øke

MDMA (3,4-metylendioksymetamfetamin) inntas i tablettform (ofte kalt ecstasy), men også i pulver- eller krystallform. Tabletter svelges vanligvis, mens stoffet i krystall- og pulverform inntas peroralt eller sniffing. De fleste europeiske undersøkelser har historisk sett heller samlet inn data om ecstasybruk enn om MDMA-bruk, men dette er nå i ferd med å endre seg.

Det er anslått at 14 millioner voksne i Europa (i alderen 15–64), eller 4,2 % av alle i denne aldersgruppen, har eksperimentert med MDMA/ecstasy en eller annen gang i livet. Når det gjelder nyligere bruk, tilsier tallene for den aldersgruppen i befolkningen der bruk av narkotika er mest utbredt, at 2,3 millioner unge voksne (15–34 år) har brukt MDMA i løpet av det siste året (1,8 % av denne aldersgruppen), mens nasjonale estimater varierer fra 0,3 % for Kypros, Litauen og Romania til 6,6 % for Nederland.

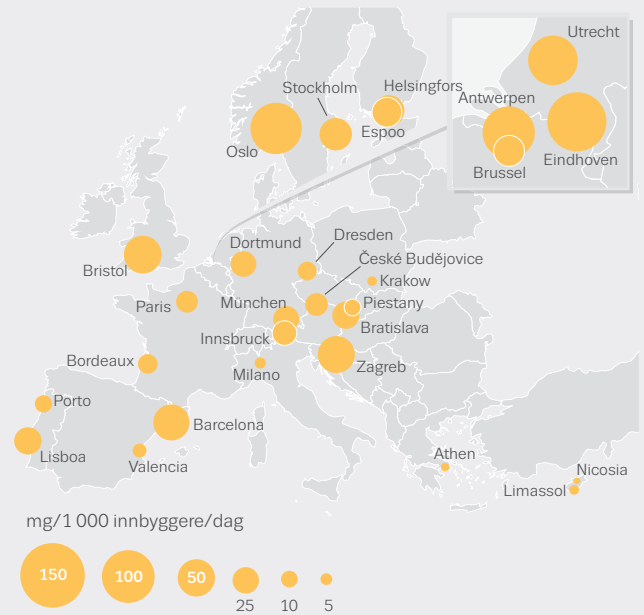
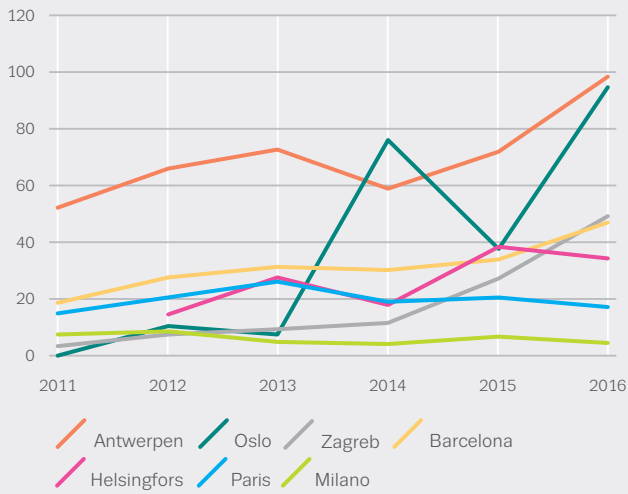
Inntil nylig rapporterte mange land om en nedgang i MDMA-prevalens fra toppnivåene på begynnelsen og midten av 2000-tallet. I de senere år har imidlertid mange av kildene som brukes til overvåking, signalisert at det foregår en økning i bruken av MDMA. For de landene som har gjennomført undersøkelser siden 2014 og rapportert konfidensintervaller, tilsier resultatene at trenden for Europa fortsatt går oppover; 5 land har rapportert høyere estimater enn i den siste sammenlignbare undersøkelsen, og 9 rapporterer stabile estimater.

Der det finnes data til å foreta en statistisk analyse av trender for siste års bruk av MDMA blant unge voksne, tyder de nyeste dataene på at det foregår en endring. Etter en stabil situasjon eller gradvis økning siden 2000 rapporterer Frankrike og Finland en kraftig økning i 2014 (figur 2.5). Dataene for Storbritannia for 2015 viser at den oppadgående trenden siden 2012 har snudd, mens den langsiktige nedadgående trenden fortsetter i Spania, dog med stabile verdier i den siste undersøkelsen.

FIGUR 2.6

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

mg/1 000 innbyggere/dag



NB: Gjennomsnittlig daglig mengde MDMA i mg pr. 1 000 innbyggere. Prøvetakingen ble utført i utvalgte europeiske byer i løpet av en uke i 2016. Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

En analyse som ble gjennomført i en rekke byer i 2016, viser at de høyeste konsentrasjonene av MDMA ble funnet i avløpsvannet i byer i Belgia, Nederland og Norge (figur 2.5). Av de 32 byene som har data for både 2015 og 2016, ble det rapportert økning i 17, nedgang i 11 og en stabil situasjon i 4. Ser man på trendene på lengre sikt i byene med data for begge årene, var konsentrasjonen av MDMA i avløpsvannet høyere i 2016 enn i 2011, og i noen byer var økningen kraftig.

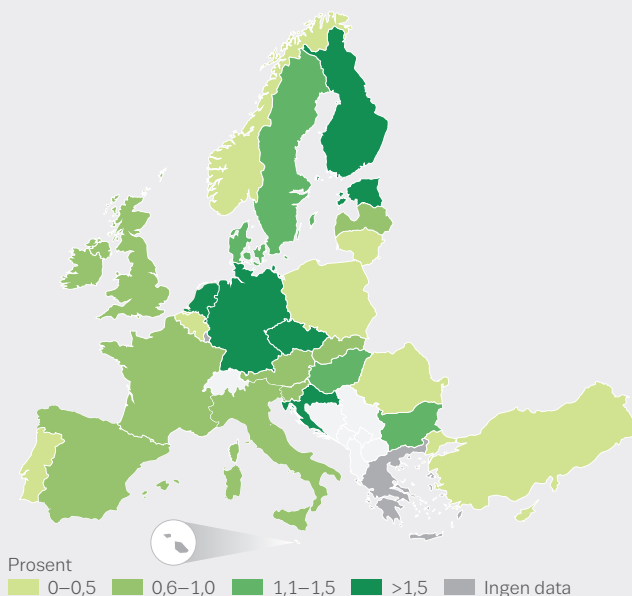
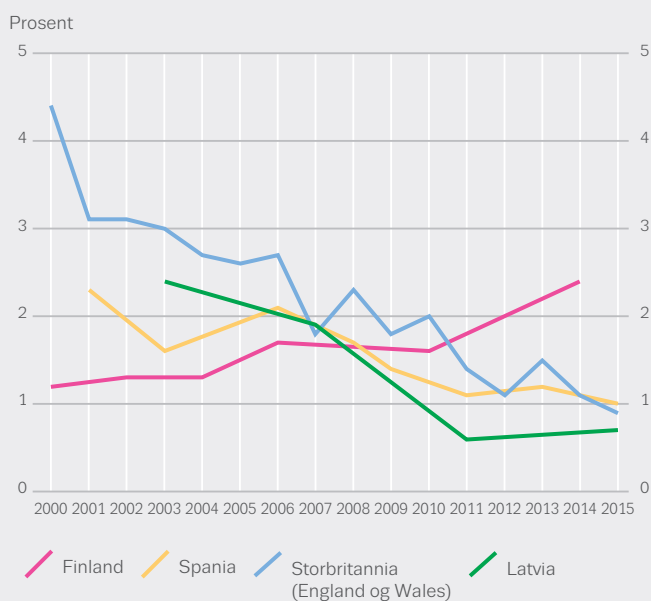
MDMA tas ofte sammen med andre rusmidler, for eksempel alkohol, og har tradisjonelt vært nært knyttet til utelivsmiljøer og særlig elektronisk musikk. Nye indikasjoner tyder på at i land med høye prevalensnivåer er MDMA ikke lenger et "nisjestoff" som brukes i subkulturer. Det er ikke lenger begrenset til klubber og fester, men brukes av en mer sammensatt gruppe unge mennesker i helt vanlige settinger som på barer og hjemmefester.

Det er sjelden MDMA-bruk oppgis som årsak til behandling for narkotikabruk i det spesialiserte behandlingsapparatet. I 2015 ble MDMA rapportert av under 1 % (ca. 900 tilfeller) av alle førstegangsklienter i Europa.

**Kildene som brukes til  
overvåking signaliserer en  
økning i bruken av MDMA**

FIGUR 2.7

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



## | Amfetaminbruk: sprikende nasjonale trender

Både amfetamin og metamfetamin, to nært beslektede sentralstimulerende midler, brukes i Europa, men amfetamin er klart mest brukt. Historisk har bruken av metamfetamin vært begrenset til Tsjekkia, og mer nylig Slovakia, selv om man i de senere årene har sett en økning i bruken i andre land. I enkelte datasett er det ikke mulig å skille mellom de to stoffene. I så tilfelle brukes "amfetaminer" som en samlebetegnelse.

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

Det er anslått at 12,5 millioner voksne i Europa (15–64 år), eller 3,8 % av denne aldersgruppen, på et eller annet tidspunkt i livet har eksperimentert med amfetaminer. Når det gjelder nyligere bruk, tilsier tallene for den aldersgruppen i befolkningen der bruk av narkotika er mest utbredt, at 1,3 millioner (1,1 %) unge voksne (15–34 år) har brukt amfetaminer i løpet av det siste året. De nyeste nasjonale estimatene varierer fra 0,1 % for Kypros, Portugal og Romania til 3,1 % for Nederland. Tilgjengelige data tyder på at situasjonen i de fleste europeiske land har vært relativt stabil når det gjelder trender for bruk siden rundt år 2000. Av de landene som har gjennomført nye undersøkelser etter 2014 og rapportert konfidensintervaller, rapporterte 2 om høyere estimater, 10 en stabil trend og 2 rapporterte om lavere estimater enn i den forrige sammenlignbare undersøkelsen.

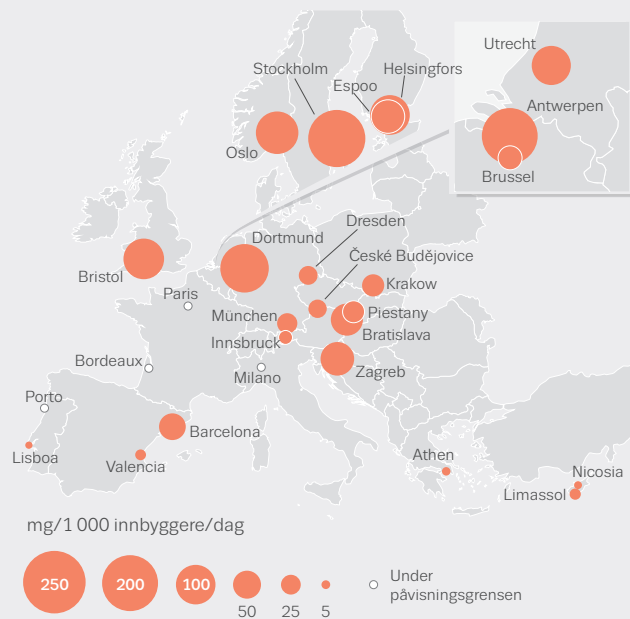
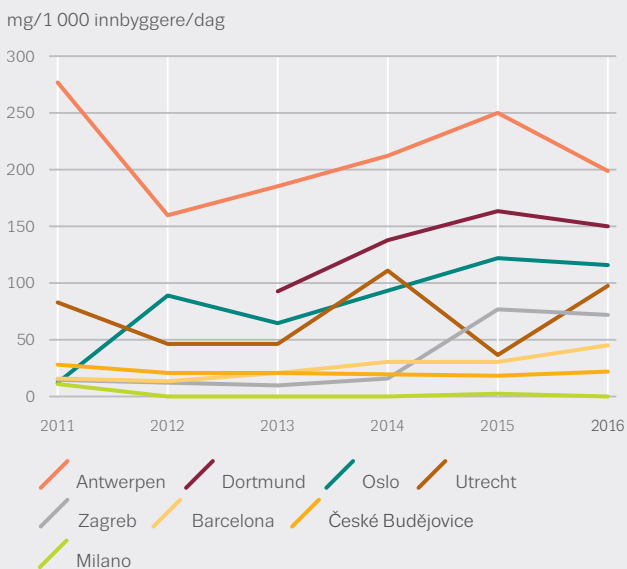
Det er bare noen få land som har mulighet til å foreta en statistisk analyse av trender for siste års prevalens av amfetaminbruk blant unge voksne. I Spania, Latvia og Storbritannia kan man nå observere en langsiktig nedadgående trend (figur 2.7). I Finland, derimot, har prevalensen økt siden 2000.

Analysene av avløpsvann i 2016 viste store variasjoner i konsentrasjonen av amfetamin i Europa. De høyeste nivåene ble rapportert i byer i Nord-Europa (se figur 2.8). Mye lavere nivåer ble funnet i byer sør i Europa. Av de 32 byene som har data for både 2015 og 2016, ble det rapportert økning i 13, en stabil situasjon i 9 og nedgang i 10. Generelt viser dataene fra 2011 til 2016 relativt stabile trender for amfetamin.

Bruk av metamfetamin, som generelt har vært lav og historisk sett konsentrert til Tsjekkia og Slovakia, synes nå å forekomme også i den østlige delen av Tyskland og i Nord-Europa, spesielt i byer i Finland (se figur 2.9). Av de 30 byene som har innrapportert data over metamfetamin i avløpsvann i 2015 og 2016, rapporterte 13 om en økning, 10 om en stabil situasjon og 7 om nedgang.

FIGUR 2.8

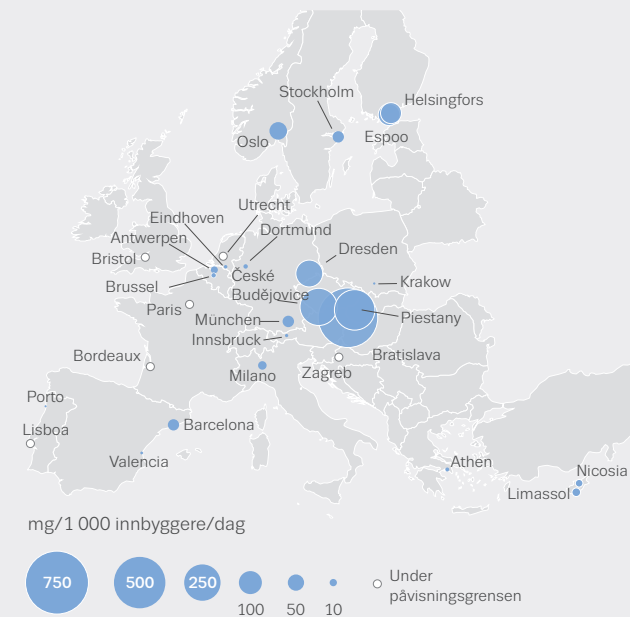
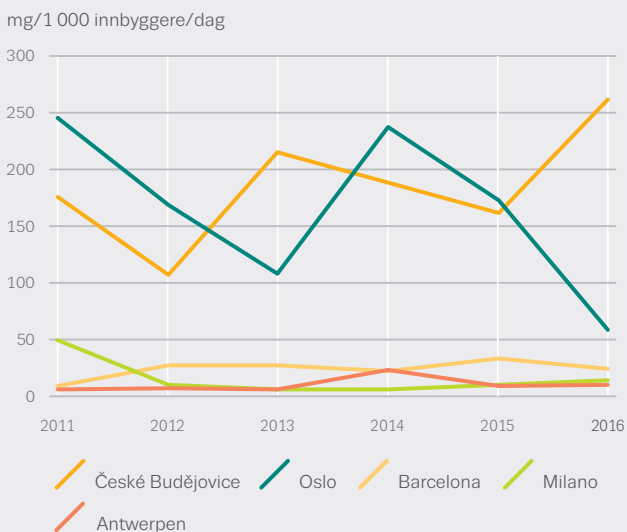
**Amfetaminrester i avløpsvannet i utvalgte europeiske byer: trender og nyeste data**



NB: Gjennomsnittlig daglig mengde amfetamin i mg pr. 1 000 innbyggere. Prøvetakingen ble utført i utvalgte europeiske byer i løpet av en uke i 2016. Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

FIGUR 2.9

**Metamfetaminrester i avløpsvannet i utvalgte europeiske byer: trender og nyeste data**



NB: Gjennomsnittlig daglig mengde metamfetamin i mg pr. 1 000 innbyggere. Prøvetakingen ble utført i utvalgte europeiske byer i løpet av en uke i 2016. Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

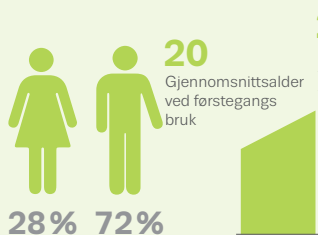
### Høyrisikobruk av amfetaminer: økende etterspørsel etter behandling

Problemer som skyldes langvarig, kronisk sprøytebruk av amfetamin, har tradisjonelt vært mest utbredt i nordeuropeiske land, mens langvarige metamfetaminproblemer har vært mest fremtredende i Tsjekkia og Slovakia. Det foreligger anslag over høyrisikobruk av amfetaminer for Norge, der høyrisikobruk av amfetamin og metamfetamin ble estimert til 0,33 % eller 11 200 voksne i 2013, og for Tyskland 0,19 % eller 102 000 brukere i 2015. Amfetaminbrukerne utgjør trolig flertallet av anslaget på 2 180 (0,17 %) høyrisikobrukere av sentralstimulerende midler rapportert av Latvia i 2014, ned fra 6 540 (0,46 %) i 2010. Nyere anslag for høyrisikobruk av metamfetamin er tilgjengelig for Tsjekkia og Kypros. I Tsjekkia ble høyrisikobruk av metamfetamin blant voksne (15–64 år) anslått til 0,49 % i 2015. Høyrisikobruk av dette stoffet, hovedsakelig sprøytebruk, gikk opp fra 20 900 brukere i 2007 til en topp på 36 400 i 2014 for deretter å falle til 34 200 i 2015. Estimatet for Kypros var 0,14 % eller 678 brukere i 2015.

Ca. 34 000 klienter som påbegynte spesialisert narkotikabehandling i Europa i 2015, oppga amfetaminer som primærrusmiddel, hvorav ca. 14 000 var førstegangsklienter. I Bulgaria, Tyskland, Latvia, Polen og Finland utgjør brukere med amfetamin som primærrusmiddel over 15 % av dem som påbegynner behandling for første gang. Klienter som oppgir metamfetamin som primærrusmiddel er konsentrert til Tsjekkia og Slovakia. Til sammen utgjør disse 90 % av de 9 000 metamfetaminklientene i det spesialiserte behandlingsapparatet i Europa. Generelt har den oppadgående trenden man har sett fra 2006 til 2014 for førstegangsklienter som oppgir amfetamin eller metamfetamin som primærrusmiddel, fortsatt i de fleste landene.

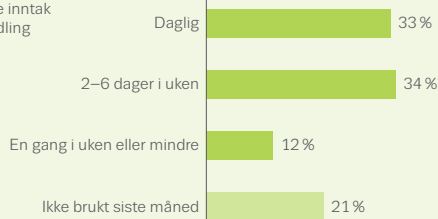
## AMFETAMINBRUKERE SOM PÅBEGYNNER BEHANDLING

### Karakteristika

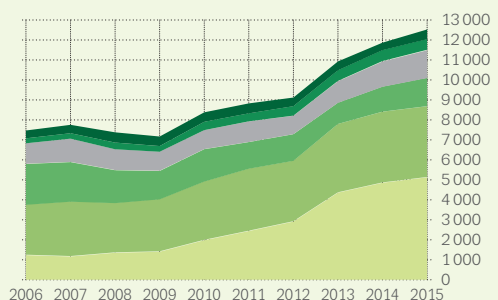


### Bruksfrekvens siste måned

Gjennomsnittlig bruk **4,4** dager i uken

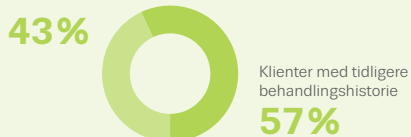


### Trender blant førstegangsklienter

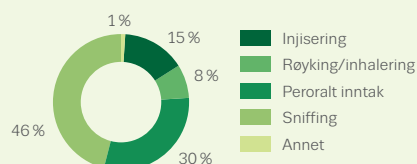


Tyskland Tsjekkia Storbritannia Andre land Slovakia Nederland

### Førstegangsklienter



### Inntaksmåte



NB: Tallene gjelder alle klienter inntatt til behandling med amfetaminer som primærrusmiddel. Trendene for førstegangsklienter er basert på data fra 23 land.

### Ketamin, GHB og hallusinogener: fortsatt lite utbredt

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

De siste tjue årene har det kommet rapporter om rekreasjonsbruk av ketamin og GHB (herunder prekursoren GBL, gammabutyrolakton) i undergrupper av narkotikabrukere i Europa. Nasjonale estimater, der slike finnes, tyder på at prevalensen av bruk av GHB og ketamin fremdeles er lav, både i den voksne befolkningen og blant skoleelever. I sin undersøkelse fra 2015 rapporterte Norge en siste års prevalens av GHB-bruk på 0,1 % hos voksne (16–64 år). I 2015 ble siste års prevalens av bruk av ketamin, poppers og GHB blant unge voksne (15–34 år) estimert til 0,6 % i Tsjekia og Storbritannia.

Prevalensnivåene for bruk av LSD og hallusinogene sopper i Europa har generelt vært lave og stabile i en årrekke. Nasjonale undersøkelser rapporterer om prevalensestimater for siste års bruk blant unge voksne (15–34 år) på under 1 % for begge stoffene, bortsett fra for hallusinogene sopper i Nederland (1,1 %) og Tsjekia (2,2 %) i 2015, og Finland, som har en prevalens på 1,3 % for LSD i 2014.

### Nye psykoaktive stoffer: lite utbredt i befolkningen

En rekke land tar nå med spørsmål om nye psykoaktive stoffer i sine befolkningsundersøkelser, selv om forskjeller i metoder og spørsmål begrenser muligheten til å sammenligne resultatene landene imellom. Siden 2011 har 11 europeiske land rapportert nasjonale estimater for bruken av nye psykoaktive stoffer (ikke medregnet ketamin og GHB). For unge voksne (15–34 år) varierer prevalensen for siste års bruk av disse stoffene fra 0,3 % i Østerrike til 1,6 % i Tsjekia og Irland.

Fra undersøkelser i Storbritannia (England og Wales) har vi også data tilgjengelig om bruk av mefedron. I den nyeste undersøkelsen (2015/16) ble siste års bruk av stoffet blant unge i alderen 16–34 anslått til 0,5 %, ned fra 1,1 % i 2014/15.

Bare noen av undersøkelsene har hatt spørsmål om bruk av syntetiske cannabinoider. Siste års bruk av syntetiske katinoner i aldersgruppen 15–34 ble anslått til 1,5 % i Latvia og 0,4 % i Slovakia i 2015, og til 0,1 % i Finland i 2014. En annen undersøkelse fra 2014 viste at anslagsvis 4 % i aldersgruppen 18–34 år i Frankrike rapporterte å ha brukt syntetiske cannabinoider noen gang.

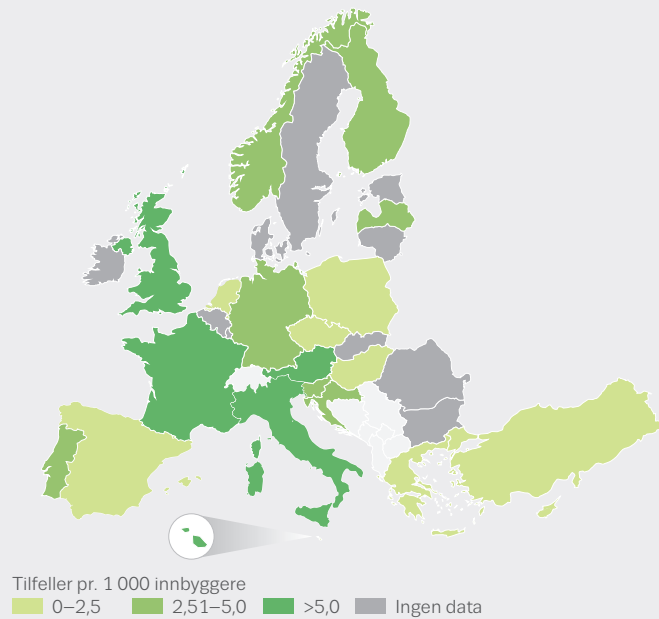
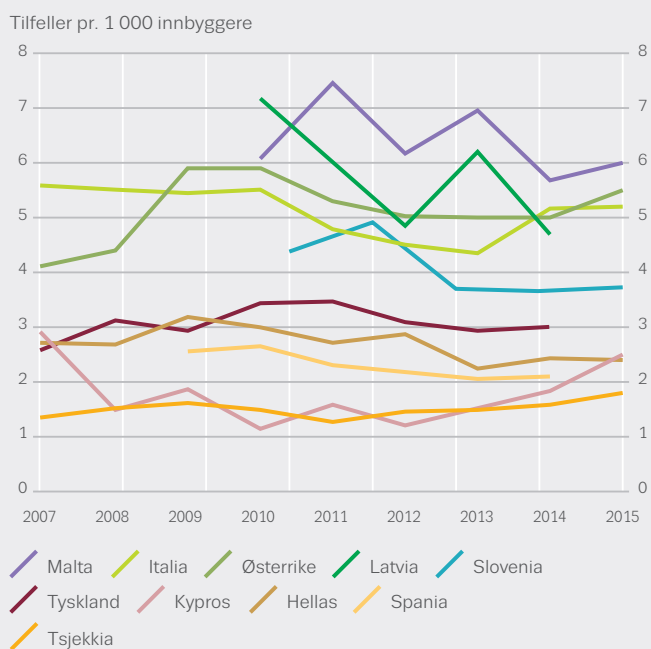
### Nye psykoaktive stoffer: høyrisikobruk i marginaliserte grupper

I 2016 gjorde EMCDDA en undersøkelse av bruken av nye psykoaktive stoffer hos høyrisikobrukere. Studien fant at selv om konsumet generelt var lavt i Europa, var bruksmønstrene knyttet til mange problemer. De fleste landene i Europa (22) rapporterte en viss utbredelse av bruk av nye psykoaktive stoffer blant grupper av høyrisikobrukere, men det var bare Ungarn og deler av Storbritannia som hadde noen mer omfattende bruk blant personer som injiserer opioider og sentralstimulerende stoffer. Injisering av syntetiske katinoner ble rapportert fra halvparten (15) av landene, men hvilket stoff som var mest brukt, varierte fra et land til et annet, for eksempel mefedron i Storbritannia, alfa-PVP i Finland, pentedron i Ungarn og 3-MMC i Slovenia. Røyking av syntetiske cannabinoider i marginaliserte grupper av befolkningen, herunder hjemløse og innsatte, er et problem som nå er identifisert i ca. to tredeler av alle byer i Europa.

I Europa er det bare få som inntas til behandling for problemer forbundet med bruk av nye psykoaktive stoffer, men sannsynligvis foreligger det underreportering. I 2015 rapporterte ca. 3 200 klienter om problemer knyttet til disse stoffene, eller under 1 % av alle som inntas i det spesialiserte behandlingsapparatet i Europa. I Storbritannia oppga om lag 1 500 av alle som ble inntatt til behandling (eller ca. 1 % av alle klienter) at syntetiske katinoner var primærrusmiddel. Ungarn og Romania rapporterer også relativt høye tall når det gjelder bruk av nye psykoaktive stoffer blant personer som inntas til behandling.

FIGUR 2.10

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



**Høyriskobrukere av opioider: heroin dominerer fortsatt**

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

Det har vært flere bølger av heroinavhengighet i Europa. Den første kom i mange vesteuropeiske land i midten av 1970-tallet, mens en annen bølge berørte andre land, særlig i Sentral- og Øst-Europa, på midten og siste halvdel av 1990-tallet. I de senere årene har man identifisert en aldrende kohort av høyriskobrukere av opioider, som trolig har vært i kontakt med LAR.

Gjennomsnittlig prevalens av høyriskobruk av opioider blant voksne (15–64 år) er anslått til 0,4 % av EUs befolkning: Det vil si at det var 1,3 millioner høyriskobrukere av opioider i Europa i 2015. Nasjonale estimater for prevalensen av høyriskobruk av opioider varierer fra under 1 til over 8 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64 år (figur 2.10). Fem land står for fire deler (76 %) av alle høyriskobrukere av opioider i EU (Tyskland, Spania, Frankrike, Italia og Storbritannia). Av de 10 landene som har repeterte estimater for høyriskobruk av opioider for perioden 2007–2015, viser Spania en statistisk signifikant nedgang (figur 2.10).

I 2015 rapporterte 191 000 klienter ved inntak i det spesialiserte behandlingsapparatet i Europa opioider som primærrusmiddel. Av disse var 37 000 førstegangsklienter. Brukere som har heroin som primærrusmiddel, utgjorde 79 % av alle brukere som ble inntatt til behandling for første gang, og der opioider var primærrusmiddel.

**Opioidbrukerne blir eldre**

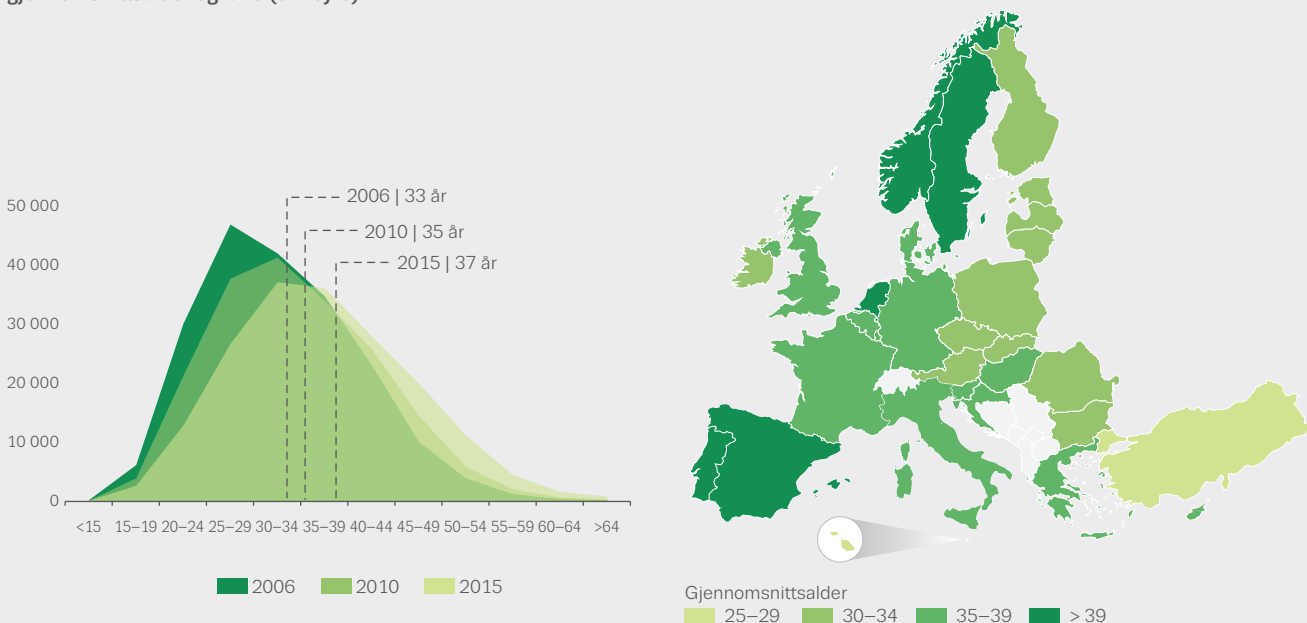
Antallet nye heroinklienter er mer enn halvert, fra en topp på 56 000 i 2007 til 23 000 i 2013, før vi fikk en økning til 29 000 i 2015. Økningen i den senere tid kan ses i flere land, men det er viktig å ikke legge for mye i dette, da endringer i nasjonale rapporteringsrutiner kan ha gitt utslag for summene på EU-plan.

Mange personer med langvarig bruk av opioider og mange års blandingsbruk bak seg, er nå i 40- og 50-årene. Fra 2006 til 2015 økte gjennomsnittsalderen med 4 år ved inntak til behandling for problemer knyttet til opioidbruk (se figur 2.11). I samme periode økte gjennomsnittsalderen for narkotikainduserte dødsfall (som hovedsakelig er knyttet til opioider) med 5,5 år. Et liv med injeksjonsbruk, svak helse, dårlige levekår og bruk av tobakk og alkohol gjør disse brukerne utsatt for et bredt spekter av kroniske helseproblemer, herunder hjerte- og karlidelser og lungesykdommer. Langvarig opioidbruk kan også gi



FIGUR 2.11

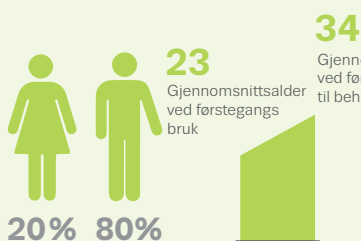
Endring i alderssammensetning over tid for alle klienter inntatt til behandling med opioider som primærrusmiddel (til venstre) etter gjennomsnittsalder og land (til høyre)



kroniske smertelidelser, mens hepatitt C-virus kan gi disse brukerne forhøyet risiko for skrumplever og andre leverproblemer. Den kumulative effekten av blandingsbruk, overdoser og infeksjoner gjennom mange år fremskynder den fysiske aldringen hos disse brukerne, noe som får store implikasjoner for utformingen av behandlingstilbud, sosiale tjenester og forebygging av narkotikarelaterte dødsfall.

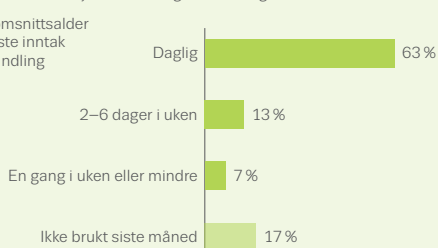
## HEROINBRUKERE SOM PÅBEGYNNER BEHANDLING

### Karakteristika

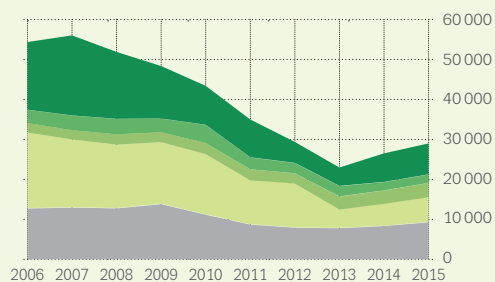


### Bruksfrekvens siste måned

Gjennomsnittlig bruk **6** dager i uken



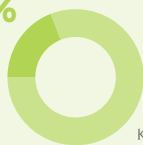
### Trender blant førstegangsklienter



Andre land, Storbritannia, Tyskland, Spania, Italia

### Førstegangsklienter

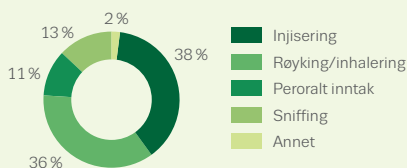
**19%**



Klienter med tidligere behandlingshistorie

**81%**

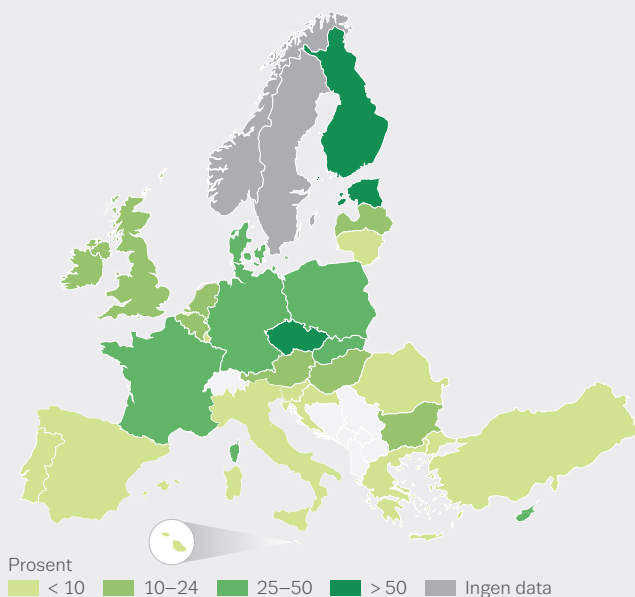
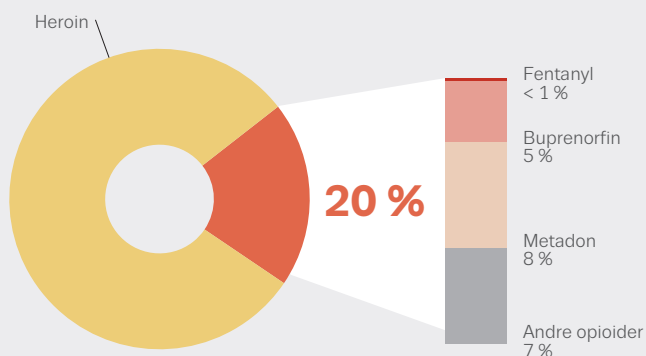
### Inntaksmåte



NB: Tallene gjelder alle klienter inntatt til behandling med heroin som primærrusmiddel. Trendene for førstegangsklienter er basert på data fra 23 land. Grunnet endringer i dataflyten på nasjonalt plan kan data fra Italia fra og med 2014 ikke sammenlignes med tidligere år.

FIGUR 2.12

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



### Syntetiske opioider: forekommer stadig oftere ved høyrisikobruk av opioider

Selv om heroin fortsatt er det mest brukte illegale opioidet, kommer det stadig flere indikasjoner på at misbruket av syntetiske opioider (som metadon, buprenorfin og fentanyl) fra lovlige kilder er økende. I 2015 rapporterte 17 europeiske land at over 10 % av alle opioidklienter som ble inntatt til spesialisert behandling, ble behandlet for problemer som hovedsakelig var knyttet til andre opioider enn heroin (figur 2.12). Opioidene som klientene oppga ved innkomst, var blant annet metadon, buprenorfin, fentanyl, kodein, morfin, tramadol og oksykodon. I enkelte land er det andre opioider enn heroin som er hyppigst brukt blant personer som inntas til behandling. I Estland rapporterte flertallet av klientene som oppga et opioid som primærrusmiddel ved inntak til behandling, bruk av fentanyl, mens det i Finland er buprenorfin som er det opioidet som oftest misbrukes. Selv om heroin er det mest brukte opioidet i Tsjekkia, er andre opioider hovedrusmiddel hos drøye halvparten av alle klienter som inntas til behandling for opioidrelaterte problemer.

### Injeksjonsbruk: aldri lavere enn nå blant nye klienter i behandlingsapparatet

Injeksjonsbruk av narkotika forbindes vanligvis med opioider, selv om injisering av sentralstimulerende midler som amfetaminer og kokain er et problem i enkelte land.

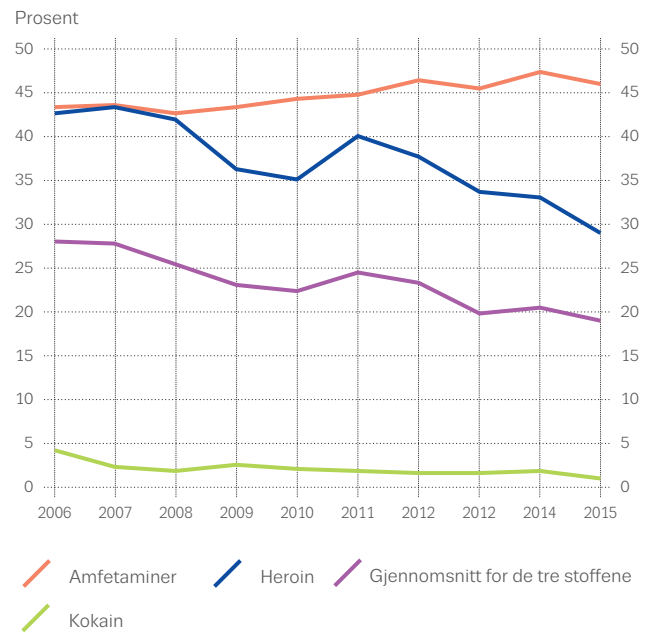
Bare 12 land har estimater for prevalensen av injeksjonsbruk siden 2012, og der varierer tallene fra under 1 til 9 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64.

Blant førstegangsklienter inntatt til behandling i 2015 med heroin som primærrusmiddel, oppga 29 % injisering som vanligste inntaksmåte, ned fra 43 % i 2006 (figur 2.13). I denne gruppen varierer andelen sprøytebrukere landene imellom, fra 8 % i Spania til 90 % eller mer i Latvia, Litauen og Romania. Blant førstegangsklienter som oppgir amfetaminer som primærrusmiddel, rapporterer 46 % injisering som vanligste inntaksmåte — en liten økning siden 2006 — og 1 % av alle førstegangsklienter som oppgir kokain som primærrusmiddel. Hvis vi ser de tre stoffene som vanligvis injiseres under ett, har injisering som vanligste inntaksmåte gått ned fra 28 % i 2006 til 19 % i 2015 blant førstegangsklienter.

FIGUR 2.13

Injisering av syntetiske katinoner er ikke et utbredt fenomen. Likevel kommer det rapporter om slik bruk i spesifikke grupper, blant annet injeksjonsbrukere av opioider og klienter i narkotikabehandling i enkelte land. I en fersk studie fra EMCDDA rapporterte 10 land om injisering av syntetiske katinoner (ofte sammen med andre sentralstimulerende midler og GHB) i forbindelse med "sex parties" blant mindre grupper av menn som har sex med menn.

Trender for førstegangsklienter som oppgir injisering som hovedinntaksmåte for sitt primær rusmiddel



**Lovlige syntetiske opioider  
blir stadig oftere misbrukt**

## FINN UT MER

### Publikasjoner fra EMCDDA

#### 2017

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

Country Drug Reports 2017.

#### 2016

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

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

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

#### 2015

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

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

#### 2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

#### 2013

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

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

#### 2012

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

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

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

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

### Felles publikasjoner fra EMCDDA og ESPAD

#### 2016

ESPAD Report 2015 — Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

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



# 3

**Bruk av illegale rusmidler  
er nært forbundet  
med kroniske og akutte  
helseproblemer**

# Narkotikarelaterte helseskader og tiltak

Det er allment kjent at bruk av illegale rusmidler bidrar til den globale sykdomsbyrden. Bruk av illegale rusmidler er nært forbundet med kroniske og akutte helseproblemer, og disse kompliseres ytterligere av ulike faktorer som inntaksmåte, individuell sårbarhet og den sosiale konteksten stoffet inntas i. Blant de kroniske problemene er avhengighet og narkotikarelaterte infeksjonssykdommer, men det som er best dokumentert, er akutte helseskader, som overdose. Selv om bruken av opioider er relativt lite utbredt, forårsaker den fortsatt en stor del av all sykdom og død som er forbundet med narkotikabruk. Risikoene øker ved sprøytebruk. Selv om det helt klart er relativt mindre helseproblemer forbundet med cannabisbruk, kan den høye prevalensen av cannabisbruk ha implikasjoner for folkehelsen. Variasjonene i innhold og renhet av de stoffene som nå er tilgjengelig for brukere, øker skadepotensialet og skaper utfordringer for tiltakene mot narkotika.

Utforming og gjennomføring av effektive kunnskapsbaserte tiltak står i fokus for europeisk narkotikapolitikk og omfatter et bredt spekter av tiltak. Forebygging og tidlige

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

## Overvåking av narkotikarelaterte helseskader og tiltak

EMCDDA mottar informasjon om helsemessige og sosiale tiltak mot narkotikabruk og relaterte helseskader fra de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettverket og ekspertarbeidsgruppene. Mangler det mer formaliserte datasett, hentes tilleggsinformasjon om tilbudet av intervensjoner fra ekspertvurderinger. Kapittelet baserer seg også på gjennomganger av vitenskapelig dokumentasjon på hvor effektive folkehelseintervensjoner er. Underlagsdokumentasjon finnes på EMCDDAs nettsted under temaene Health and social responses profiles og Best practice portal.

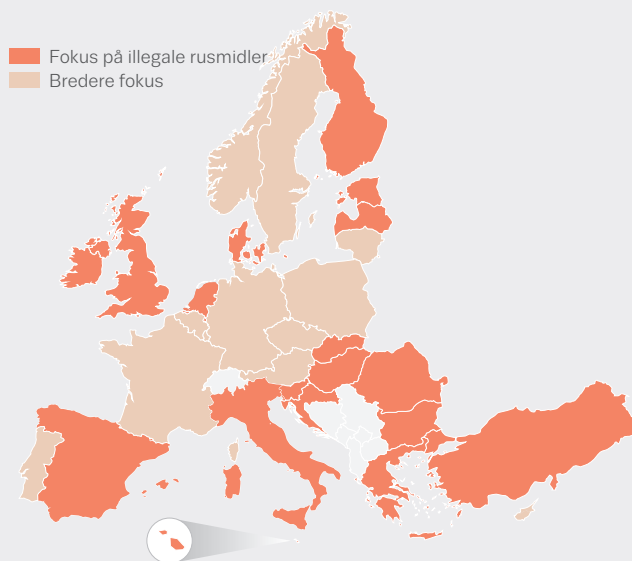
Narkotikarelaterte smittsomme sykdommer og dødelighet og sykkelighet forbundet med narkotikabruk er de viktigste helseskadene som overvåkes systematisk av EMCDDA. Disse suppleres av mer begrensede data om narkotikarelaterte akutthenvendelser til sykehus og data fra EUs system for tidlig varsling, som overvåker helseskader forbundet med nye psykoaktive stoffer. Ytterligere informasjon er tilgjengelig på internett under Key epidemiological indicators, Statistical Bulletin og [Action on new drugs](#).

## Narkotikastrategier: koordinering av tiltak

Nasjonale narkotikastrategier er planleggings- og koordineringsverktøy som landene i Europa bruker for å stake ut sine tiltak mot ulike helsemessige, sosiale og sikkerhetsmessige utfordringer knyttet til narkotikaproblemet. De inneholder vanligvis en del generelle prinsipper, mål og prioriteringer, spesifiserer tiltak og definerer hvem som har ansvar for implementeringen. Danmark har en nasjonal rusmiddelpolitikk som baserer seg på en rekke strategidokumenter, lovgivning og konkrete tiltak, men alle de andre landene har ett nasjonalt rusmiddelpolitisk strategidokument. I 18 land fokuserer rusmiddelstrategien hovedsakelig på illegale rusmidler. De 12 andre landene har et bredere politisk fokus og vier andre avhengighetsskapende stoffer og avhengighetspreget atferd større oppmerksomhet. I Storbritannia har selvstyremyndighetene i Wales og Nord-Irland brede strategidokumenter. Tas disse to dokumentene med, kommer det totale antall brede rusmiddelpolitiske strategier opp i 14 (se figur 3.1). Slike brede strategier omhandler hovedsakelig illegale rusmidler, og det varierer i hvilken grad de også tar for seg andre stoffer og annen avhengighet. Alle de 14 dokumentene tar for seg alkohol, 9 tobakk, 8 legemidler, 3 doping innen idrett (f.eks. prestasjonsfremmende midler) og 7 også avhengighetspreget atferd (f.eks. gambling). De nasjonale rusmiddelstrategiene understøtter en balansert tilnærming til politikken fastsatt i EUs narkotikastrategi (2013–2020) og tiltaksplaner (2013–2016 og 2017–2020), som legger like mye vekt på etterspørselsreduksjon som på tiltak for å redusere forsyningen av narkotika.

### FIGUR 3.1

Fokus for nasjonale narkotikastrategier: illegale rusmidler eller bredere



NB: Strategier med bredere fokus kan for eksempel inkludere illegale rusmidler og andre avhengighetsproblematikker. Mens Storbritannia har en egen strategi for illegale rusmidler, har både Wales og Nord-Irland brede strategier som også omfatter alkohol.

Evaluering av den nasjonale narkotikastrategien er nå standardpraksis i EUs medlemsstater. Målet med evalueringen er vanligvis å finne ut hvor langt gjennomføringen er kommet, og hvordan narkotikasituasjonen generelt har endret seg. I 2016 ble det rapportert at det var gjennomført 10 multikriterieevalueringer, 10 fremdriftsvurderinger og 4 temaspesifikke vurderinger, mens 6 land hadde brukt andre metoder, for eksempel en blanding av indikatorbaserte vurderinger og forskningsprosjekter. Når en del har utvidet omfanget av narkotikastrategiene til også å omfatte andre rusmidler og atferdsavhengighet, kan det bli vanskeligere å utvikle metoder og indikatorer for å overvåke og evaluere disse strategidokumentene.



### | Narkotikarelaterte tiltak: kostnadsaspektet

Å forstå kostnadene ved narkotikarelaterte tiltak er et viktig aspekt når politikken skal evalueres. Likevel er det fortsatt store hull og variasjoner i hvilke opplysninger som er tilgjengelige om narkotikarelaterte offentlige utgifter på lokalt og nasjonalt plan i Europa. I de 23 landene som har lagt frem anslag de siste 10 årene, står narkotikarelaterte offentlige utgifter for mellom 0,01 % og 0,5 % av bruttonasjonalprodukt (BNP).

Det var store variasjoner i utgiftene som ble brukt til etterspørselsreduksjon av det totale narkotikarelaterte budsjettet, idet utgiftene utgjorde alt fra 23 % til 83 % av det offentliges samlede narkotikarelaterte utgifter. Noen av forskjellene skyldes ulike strategiske valg og hvordan offentlige tjenester er organisert, men hvor fullstendige estimatene er, har også stor betydning. I de foreliggende estimatene står narkotikabehandling og andre helserelaterte kostnader for en stor del av utgiftene til etterspørselsreduksjon. Selv om man har kommet lengst når det gjelder kartlegging av utgiftene til narkotikabehandling, er det fortsatt behov for metodeforbedringer.

Offentlige utgifter til tiltak mot narkotika er bare noen av de kostnadene samfunnet må bære i forbindelse med illegale rusmidler. Til disse utgiftene kommer kostnadene som må bæres av den enkelte, som egenandeler eller privat helseforsikring, og eksterne kostnader for samfunnet, som produktivitetstap og finansielle kostnader på grunn av for tidlig død og sykdom knyttet til bruk av narkotika. Klarer vi å estimere de samlede kostnadene for samfunnet, kan vi også klare å bruke ressursene på en mer målrettet måte. I de landene i Europa som det foreligger informasjon om, er samfunnskostnadene ved illegale rusmidler beregnet til mellom 0,1 % og 2 % av BNP.

### | Reduksjon av etterspørsel: europeiske standarder

Både på europeisk plan og nasjonalt øker erkjennelsen av at kvalitetsstandarder for reduksjon av narkotikaetterspørselen er et viktig verktøy for å kunne gjennomføre kunnskapsbaserte intervensjoner. I 2015 vedtok EUs ministerråd 16 minstestandarder for kvalitet i etterspørselsreducerende tiltak i EU, som landene har blitt oppfordret til å integrere i sine narkotikastrategier. De europeiske kvalitetsstandardene danner til sammen en helhetlig ramme for de ambisjonene arbeidet med forebygging, behandling, skadereduksjon og sosial reintegrasjon skal strekke seg etter. I disse standardene knyttes kvalitet i intervensjonene til konkrete tiltak, inklusive hensiktsmessig opplæring av de ansatte og utvikling av kunnskapsbaserte intervensjoner, og til prinsipper som respekt for den enkeltes behov og etiske retningslinjer. De vektlegger også betydningen av at alle berørte parter skal delta i implementeringen og evalueringen av tiltakene, også sivilsamfunnet.

Ut fra dataene som har kommet inn til EMCDDA, ser vi at det er innført kvalitetsstandarder i nesten alle land i Europa, og de som ikke har det, er i ferd med å utvikle slike standarder. Kvalitetsstandarder kan brukes på mange måter. I en del land er standardene knyttet til tjenestetilbudet og brukes til å vurdere ytelsen. Standardene kan også brukes som en forutsetning for å kunne delta i anbud på tjenester og som verktøy for egenvurdering av tjenestenivå.

### | Forebyggende tjenester: en systemtilnærming

Forebygging av narkotikabruk og narkotikarelaterte problemer blant unge omfatter et bredt spekter av tilnærminger. Miljøbaserte og universelle strategier retter seg mot hele grupper av befolkningen, selektiv forebygging retter seg mot sårbare grupper som kan stå i fare for å utvikle problematisk bruk av narkotika, og indisert forebygging fokuserer på risikoutsatte enkeltpersoner.

**Det er innført  
kvalitetsstandarder  
i nesten alle land  
i Europa**

Det er mange forskjeller mellom landene i Europa i hvordan de har grepet fatt i forebygging. Noen har en bredere samfunns- og miljøbasert tilnærming (med regulering av alkohol og uteliv), mens andre primært tar utgangspunkt i manualbaserte programmer. Manualbaserte forebyggende programmer, som kjennetegnes ved en streng definisjon av innhold og ytelse, kan være en effektiv metode for å nå ut til brede grupper med kunnskapsbaserte intervensjoner. Denne typen programmer rapporteres å være en sentral komponent i det nasjonale forebyggingsarbeidet i 6 medlemsstater.

Andre land har prioritert å bruke en bredere systemtilnærming for det forebyggende arbeidet og fokuserer ikke bare på enkeltprogrammer, men også på faktorer som gjennomføringsmekanismer, vekselvirkningene mellom ulike intervensjoner og den sosiale og politiske kontekst. Et eksempel her er programmer som "Communities That Care", som implementeres i 5 EU-land. Dette programmet, som er utviklet i USA, er basert på premisset om at det er mulig å redusere utbredelsen av helse- og atferdsproblemer blant unge ved å identifisere risiko- og beskyttelsesfaktorer og velge ut effektive programmer for tidlig intervensjon som er tilpasset disse. I en systematisk gjennomgang av amerikanske studier nylig ble det funnet en del positive bevis for at tilnærmingen som "Communities That Care" er basert på, er effektiv som rusmiddelforebyggende strategi, men metoden er ennå ikke evaluert i europeisk kontekst.

## | Sårbarhets- og risikofaktorer

Selektive forebyggende tiltak er tiltak rettet mot sårbare grupper. Denne typen tiltak gjennomføres i europeiske land i form av intervensjoner som griper fatt i både enkeltmenneskets atferd og den sosiale kontekst. Lokalt kan denne typen tilnærminger innebære deltakelse av mange parter (f.eks. sosiale tjenester, familie, ungdomsetat og politi). Denne tilnærmingen er vanlig i de nordiske land, i Irland og i deler av Spania og Italia. De gruppene slike intervensjoner oftest retter seg mot, er unge lovbrøyttere, barn/unge med sosiale problemer og problemer på skolen, og unge som bor på institusjon. Lite er kjent om hva disse forebyggingsstrategiene egentlig inneholder, og det finnes få evalueringer. Ut fra de tallene ekspertene fremlegger, synes det imidlertid som om de mest utbredte selektive forebyggende tiltakene baserer seg på informasjon.

En del land har gjennomført forebyggende tiltak som retter seg mot høyrisikonabolag ved hjelp av nye metoder som blant annet omfatter omforming av byrom og prioritering av intervensjoner på grunnlag av risikokartlegging. Ut fra rapportene er deknningen av denne typen intervensjoner størst i Nord- og Vest-Europa (se figur 3.2), og tilnærminger med dokumentert effekt (normative tiltak og miljøtiltak) gjennomføres i omtrent en firedel av landene.

Indisert forebygging retter seg mot risikoutsatte enkeltpersoner. Dekningen av denne typen intervensjoner er begrenset i Europa; bare 4 land rapporterer at de kan tilby indisert forebygging til de fleste som trenger det.

## | Korte intervensjoner

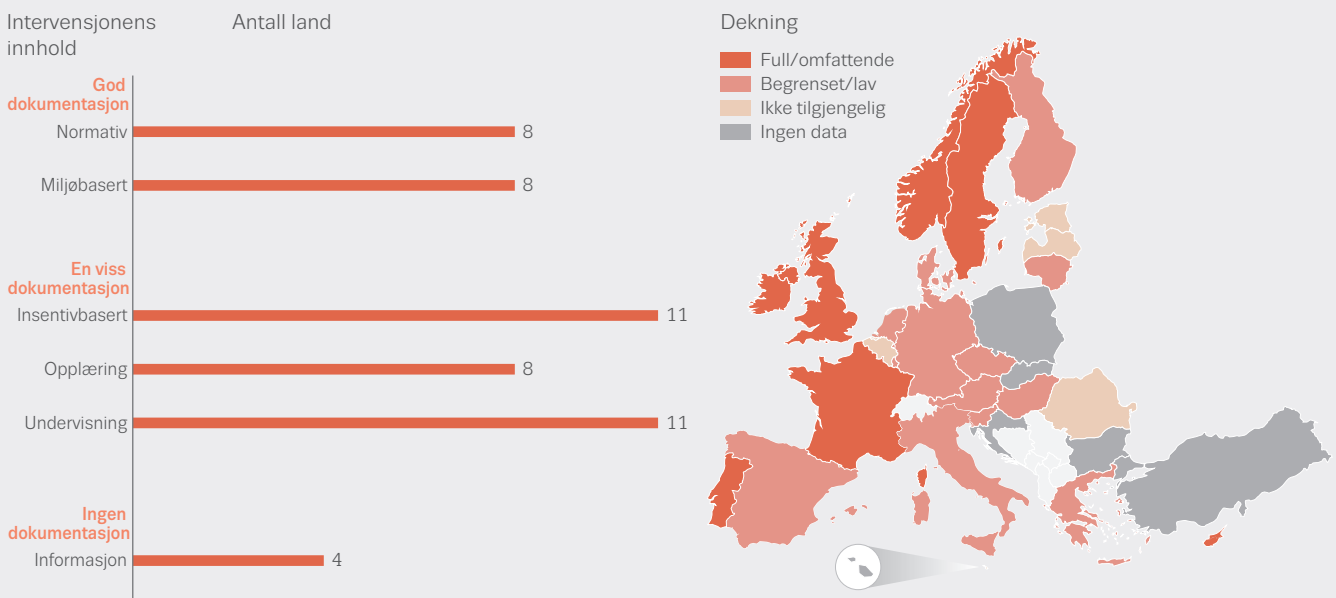
Målet med korte intervensjoner er å forhindre eller utsette bruken av rusmidler, redusere intensiteten eller forhindre at bruken eskalerer og blir problematisk. Disse tidsbegrensede intervensjonene er i gråsonen mellom forebygging og behandling og retter seg typisk mot unge og mennesker som står i fare for å utvikle et rusmiddelproblem. Tilbudet organiseres av fagpersoner innen helse og sosial, fra fastleger, rådgivere og ungdomsarbeidere til polititjenestemenn, og inneholder ofte elementer av motiverende intervju.

Foreliggende data tyder på at korte intervensjoner ikke er særlig utbredt i Europa. Bare 3 land rapporterer at slike tiltak gjennomføres på alle eller nesten alle skoler, og 2 rapporterer at de har denne typen tiltak innenfor lavterskeltilbudet.

Korte intervensjoner har den fordel at de er relativt billige og kan iverksettes i mange miljøer av ulike fagfolk etter bare en kort opplæring. Av eksempler på korte intervensjoner som er gjennomført i flere land, kan nevnes eSBIRT, som tilbyr korte intervensjoner i akuttmottak (Belgia), og Fred, som retter seg mot unge mennesker i det innledende stadiet av en straffesak (Tyskland, Kypros, Polen, Romania og Slovenia). EMCDDA utførte imidlertid nylig en gjennomgang som konkluderte med at selv om det finnes vitenskapelig belegg for at korte intervensjoner virker, er forskningen ennå ufullstendig, og det er nødvendig å få mer kunnskap om hvor utbredt disse tiltakene er.

FIGUR 3.2

## Forebyggingsintervensjoner mot høyrisikonabolag i land i Europa: kunnskapsbase og dekningsgrad



NB: Basert på ekspertvurderinger.

### Henvising til behandling og oppholdets lengde

Narkotikabehandling er den primære intervensjonen som benyttes overfor personer som opplever problemer med rusmiddelbruk, inklusive avhengighet. Å sikre god tilgang til hensiktsmessige behandlingstjenester er et viktig politisk mål. Kartlegging av behandling utfall er viktig for å kunne forbedre behandlingsforløpene for pasientene og tilpasse tjenestene bedre til behovene som observeres.

Egenhenvising er fortsatt den vanligste veien inn i behandlingsapparatet. Den formen for henvising, som også omfatter henvising av familie eller venner, sto for om lag halvparten av inntakene i det spesialiserte behandlingsapparatet i Europa i 2015. Ytterligere 25 % av klientene ble henvist av helse- eller sosialtjenesten, og 15 % av strafferettssystemet. En rekke land har ordninger for å få personer som begår narkotikalovbrudd bort fra strafferettssystemet og inn i et behandlingsprogram. Dette kan gå ut på at rusmisbrukere som har begått kriminelle handlinger, kan dømmes til å gå gjennom et behandlingssopplegg eller gis en betinget dom som forutsetter behandling, men i enkelte land er det også mulig å få dem over i behandlingsapparatet på et tidligere stadium i strafferettsprosessen. I 2015 var det cannabisklienter som hadde størst sannsynlighet for å være henvist av strafferettssystemet, og i Ungarn kom ca. 80 % av henvisingene til behandling for cannabisbruk gjennom denne kanalen.

Klientenes forløp gjennom behandlingsapparatet preges ofte av at flere etater er koblet inn, av flere inntak i behandling og av varierende lengde på oppholdet. Resultatene av en analyse av data fra spesialisert behandling i 7 europeiske land i 2015 gir et innblikk i ulike behandlingsforløp. Av de 400 000 klientene som ifølge rapportene var i behandling i disse landene i 2015, var knappe 20 % førstegangsklienter, ca. 30 % var inne på nytt etter allerede å ha fått behandling et tidligere år, og rundt halvparten hadde vært i behandling i over 1 år. De fleste klientene i kontinuerlig behandling var menn, i slutten av

trettiårene, hadde vært i behandling i mer enn 3 år og hadde problemer knyttet til bruk av opioider, spesielt heroin.

### **Cannabisbehandling: mange ulike tilnæringer**

Regelmessig og langvarig bruk av cannabis er forbundet med økt risiko for en rekke fysiske og psykiske helseproblemer, deriblant avhengighet. I mange land tilbys folk med cannabisproblemer behandling innenfor generiske rusmiddelprogrammer, men i halvparten av landene har man utviklet cannabis-spesifikke behandlingstilbud. Tjenestene for cannabisbrukere kan variere fra korte nettbaserte intervensjoner til langvarig behandling ved spesialiserte sentre. Selv om det meste av behandlingen for denne gruppen finner sted i lokalsamfunnet eller ved polikliniske behandlingssentre, rapporteres det at en av fem av alle som påbegynner døgnbehandling i det spesialiserte behandlingsapparatet, har cannabis som primærrusmiddel.

Behandlingen for cannabisproblemer baserer seg hovedsakelig på psykososiale tilnæringer og består ofte i familiebaserte intervensjoner for ungdom og kognitiv atferdsterapi for voksne. Tilgjengelig dokumentasjon understøtter bruken av en kombinasjon av kognitiv atferdsterapi, motiverende intervjuer og læringsbasert behandling. Det finnes også en del dokumentasjon på at bruk av multidimensjonal familierapi er effektivt for unge cannabisbrukere. Internett og nettbaserte intervensjoner brukes i stadig større grad for å nå ut til cannabisbrukere, og studier som måler effekten av denne typen intervensjoner viser lovende resultater så langt når det gjelder å redusere konsumet og legge til rette for at vedkommende skal møte personlig opp til behandling (der det trengs).

Et antall studier undersøker bruken av farmakologiske intervensjoner for cannabisrelaterte problemer. De ser på potensialet for å bruke THC, og syntetisk THC, i kombinasjon med andre psykoaktive legemidler, inkludert antidepressiva, anxiolytika og humørstabiliserende medikamenter. Så langt er resultatene ikke entydige, og det har ikke vært mulig å identifisere noen effektiv farmakologisk behandling for cannabisavhengighet.

### **Narkotikabehandling: oftest tilbudt i lokalmiljøet**

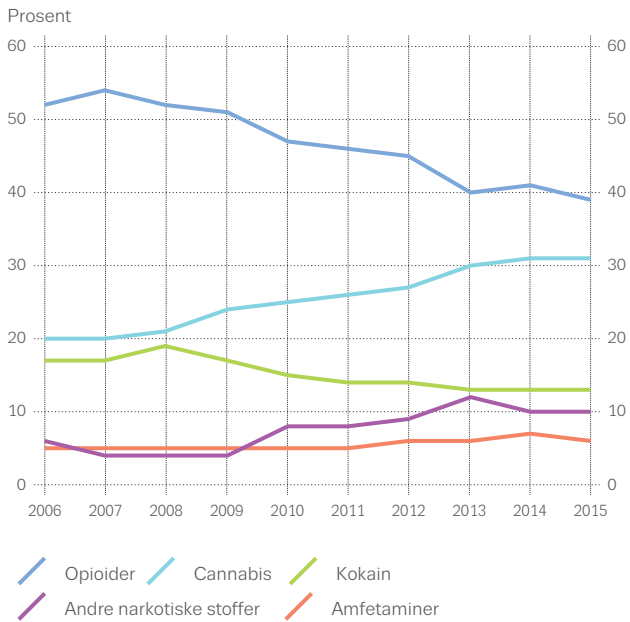
Om lag 1,4 millioner mennesker fikk behandling for bruk av illegale rusmidler i EU i 2015 (1,6 millioner medregnet Norge og Tyrkia). Opioidbrukere utgjør den største gruppen som får spesialisert behandling, og de bruker størsteparten av tilgjengelige behandlingsressurser, hovedsakelig i form av substitusjonsbehandling. Cannabis- og kokainbrukere er henholdsvis den nest største og den tredje største gruppen som påbegynner behandling (figur 3.3). For disse klientene er psykososiale intervensjoner den viktigste behandlingsformen. Det kan imidlertid være svært store forskjeller mellom landene, eksemplifisert med at opioidbrukere står for over 90 % av alle som inntas til behandling i Estland, og under 5 % i Ungarn.

Narkotikabehandling i Europa gis oftest ved polikliniske behandlingssentre, og regnet i antall narkotikabrukere behandles de fleste ved spesialiserte poliklinikker (figur 3.4), etterfulgt av helsesentre. Denne kategorien omfatter allmennlegekontorer, og i noen store land som Tyskland og Frankrike er allmennlegene viktige som forskrivere av substitusjonsbehandling med opioider. Andre steder, som for eksempel i Slovenia, kan psykiatriske klinikker spille en viktig rolle når det gjelder det polikliniske behandlingstilbudet.

**Tjenestene for  
cannabisbrukere  
kan variere**

FIGUR 3.3

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



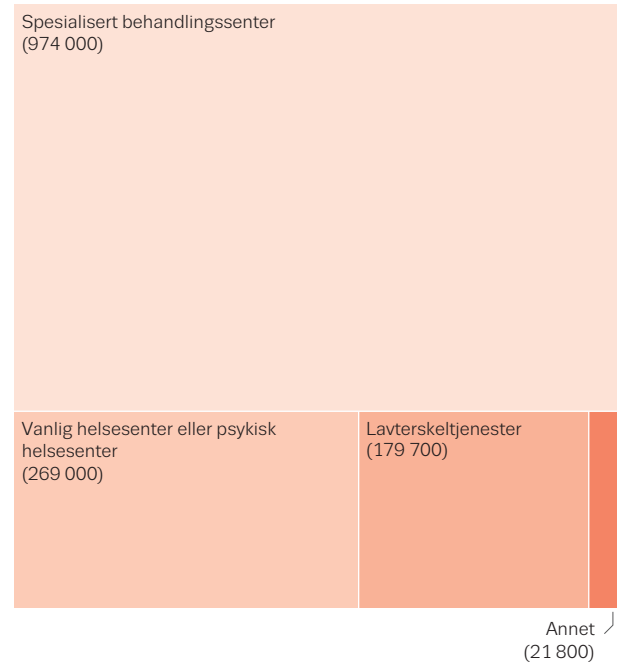
En mindre del av narkotikabehandlingen i Europa foregår ved døgninstitusjoner, som sykehusbaserte døgnbehandlingssentre (f.eks. psykiatriske sykehus), terapeutiske samfunn og spesialiserte behandlingssentre med døgnopphold. Det er store variasjoner i vektleggingen av poliklinisk og døgnbasert behandling i de nasjonale behandlingssystemene.

Stadig flere behandlingstiltak tilbys på nettet. Nettbaserte intervensjoner kan øke opptaket og den geografiske dekingen for behandlingsprogrammer slik at man når ut til personer med narkotikaproblemer som det spesialiserte hjelpeapparatet ellers ikke ville ha kommet i kontakt med.

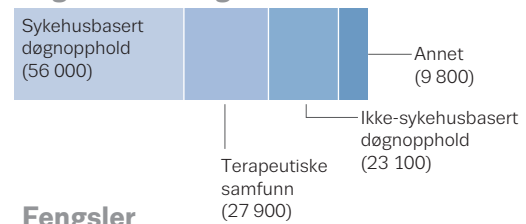
FIGUR 3.4

Antall som mottar narkotikabehandling i Europa 2015, etter behandlingsmiljø

### Poliklinisk



### Døgnbehandling

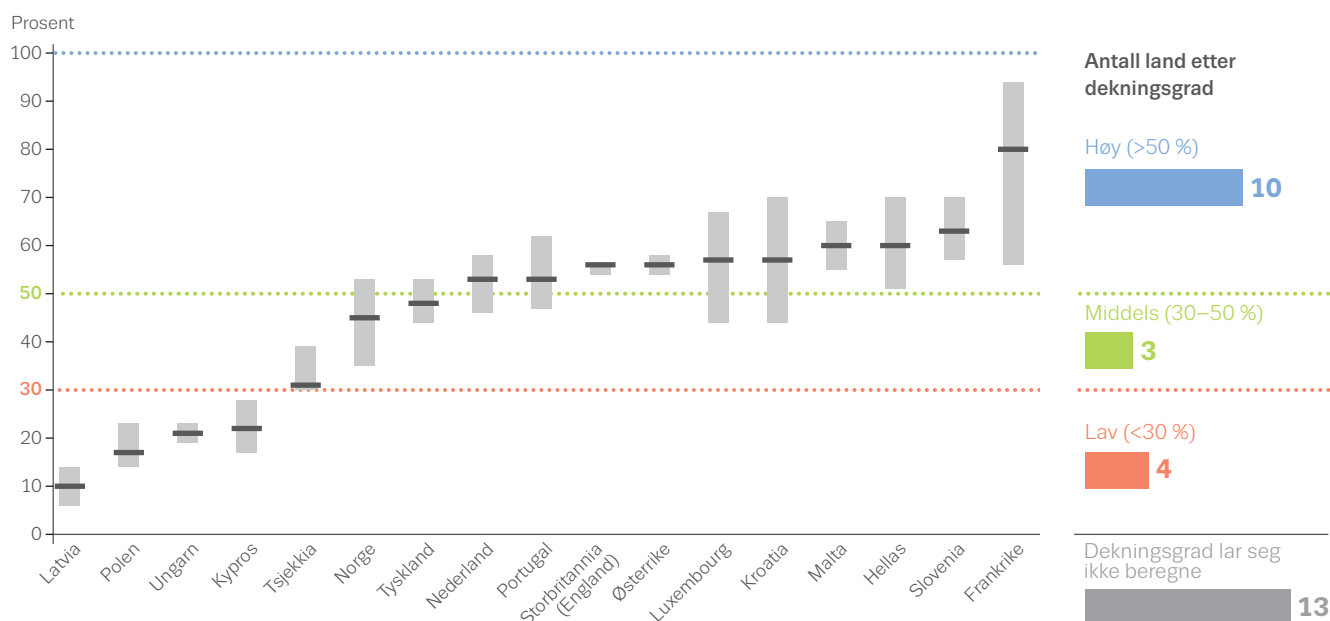


### Fengsler

(82 100)

FIGUR 3.5

Dekningsgrad for substitusjonsbehandling med opioider (prosent av anslått antall høyrisikobrukere av opioider som mottar intervensjonen)



NB: Data vist som punktestimater og usikkerhetsintervaller.

### Substitusjonsbehandling for problematisk opioidbruk

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

I 2015 fikk anslagsvis 630 000 opioidbrukere substitusjonsbehandling i EU (650 000 Norge og Tyrkia medregnet). Trenden i antall klienter var økende frem til en topp i 2010, men har deretter falt med 6 % frem mot 2015. I tiden fra 2010 til 2015 ble det observert nedgang i 12 land. Størst nedgang (mer enn 25 % nedgang) ble rapportert i Spania, Ungarn, Nederland og Portugal. Denne nedgangen kan forklares med faktorer knyttet til etterspørsel eller forsyning, herunder en fallende befolkning av aldrende kroniske opioidbrukere eller omlegging av behandlingsmål i en del land. Andre land har fortsatt å bygge ut behandlingstilbudet for å øke dekningsgraden. 12 land rapporterer om utbygging i perioden 2010–2015, blant annet Latvia (157 %), Finland (67 %) og Hellas (61 %).

Disse to tendensene bekreftes i de nyeste dataene (2014–15) der 12 land rapporterer om en økning i det samlede antall klienter i substitusjonsbehandling og 9 rapporterer om nedgang.

Sammenholdes disse tallene med de siste estimatene over antall høyrisikobrukere av opioider i Europa, ser vi at halvparten får substitusjonsbehandling. Det er imidlertid variasjoner landene imellom (figur 3.5). Av metodologiske grunner bør disse funnene likevel tolkes med varsomhet.

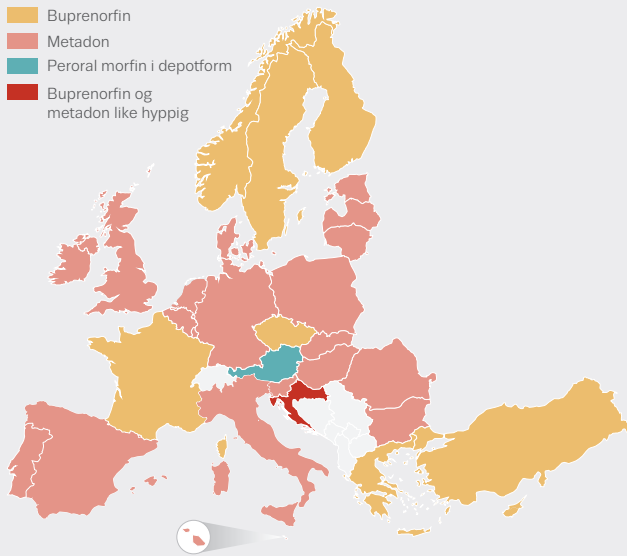
Metadon er det hyppigst forskrevne substitusjonsmedikamentet og mottas av ca. to tredeler (63 %) av alle substitusjonsklienter. Ytterligere 35 % av klientene behandles med buprenorfinbaserte legemidler, som i 8 land er det viktigste substitusjonsmedikamentet (figur 3.6). Andre stoffer, som morfin eller diacetylmorfin (heroin) i depotform, forskrives bare sjelden i Europa, til anslagsvis ca. 2 % av alle som får substitusjonsbehandling.

**Metadon er det hyppigst forskrevne substitusjonsmedikamentet**

FIGUR 3.6

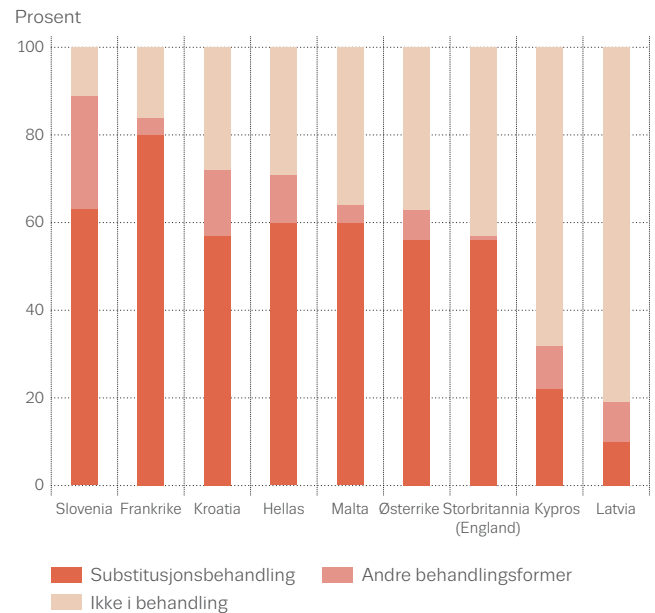
## Viktigste substitusjonsmedikament

- Buprenorfin
- Metadon
- Peroral morfin i depotform
- Buprenorfin og metadon like hyppig



FIGUR 3.7

## Prosentandel av høyrisikobrukere av opioider som får narkotikabehandling (estimat)



Opioidbrukere i Europa har også tilgang til alternative behandlingstilbud, selv om disse er mindre vanlige enn substitusjonsbehandling. I de 9 landene det foreligger data for, mottar mellom 1 % og 26 % av alle opioidbrukere i behandlingsapparatet annen behandling enn substitusjonsbehandling med opioider (figur 3.7).

### Fengsler: begrenset tilbud om hepatitt C-behandling

Innsatte rapporterer høyere livstidsprevalens av narkotikabruk og mer skadelige bruksmønstre (herunder injisering) enn befolkningen generelt. Dermed blir fengslene en viktig arena for narkotikarelaterte intervensjoner. Mange innsatte har sammensatte helsebehov, og vurderinger av narkotikabruk og

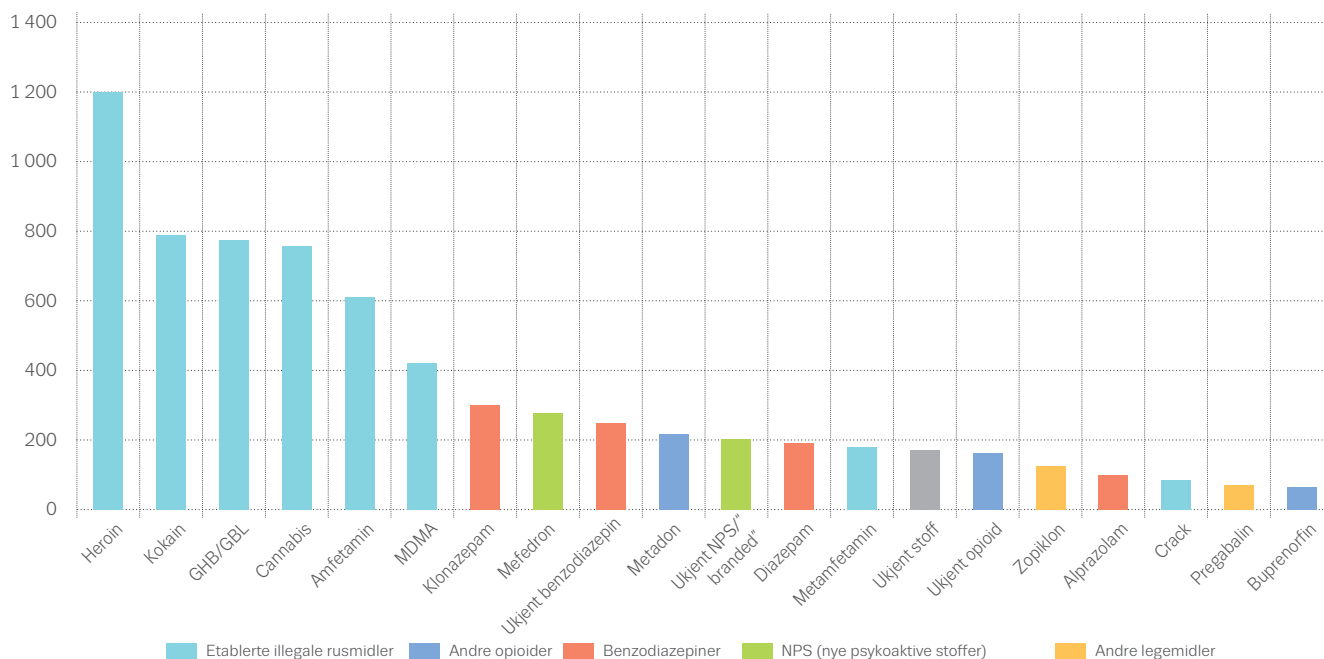
narkotikarelaterte problemer er en viktig del av helsekartleggingen ved innsettelse i mange land.

To viktige prinsipper for gjennomføringen av helseintervensjoner i kriminalomsorgen er at de innsatte skal ha et helsetilbud som er likeverdig med det som finnes utenfor murene, samt kontinuitet i helsetilbudet etter løslatelse. Av de 30 landene som overvåkes av EMCDDA, oppga 28 at substitusjonsbehandling med opioider tilbys i fengsler. Avrusning, individuell terapi og gruppeterapi, samt terapeutiske samfunn eller egne sykehusavdelinger er tilgjengelig i de fleste land. Mange land i Europa har etablert et tverrinstitusjonelt samarbeid mellom fengselshelsetjenesten og behandlingsapparatet ute i samfunnet for å sikre tilbud om helseopplysning og behandling i fengsel og kontinuitet i omsorgen ved innsettelse og ved løslatelse.

## FIGUR 3.8

## De 20 hyppigst registrerte stoffene ved akutthenvendelser til utvalgte sykehus i 2015

Stoffer registrert



NB: Tall fra 5 054 akutthenvendelser ved 15 utvalgte sykehus i 9 europeiske land.  
Kilde: European Drugs Emergencies Network (Euro-DEN plus).

Testing for infeksjonssykdommer (hiv, HBV, HCV) er tilgjengelig i fengslene i de fleste land, selv om det bare sjelden tilbys behandling for hepatitt C. 16 land rapporterer at de har programmer for hepatitt B-vaksinasjon. Utdeling av rent brukerutstyr er mindre vanlig, og bare tre land rapporterer at det finnes sprøyteprogrammer i fengslene.

De fleste land driver aktive forberedelser av de innsatte med tanke på løslatelse, inkludert sosial reintegrasjon. Programmer for å forhindre faren for overdose, som er spesielt høy blant dem som injiserer opioider i perioden rett etter at de har sluppet ut fra fengsel, rapporteres i 5 land og omfatter da opplæring og informasjon, og utdeling av nalokson ved løslatelse.

### Akuttinnleggelses: mange stoffer er involvert

Data over akutttilfeller på sykehus gir innblikk i akutte helseskader relatert til bruk av narkotika. Her har vi fått informasjon fra European Drug Emergencies Network (Euro-DEN), et nettverk som registrerer narkotikarelaterte akutthenvendelser ved 15 utvalgte sykehus i 9 europeiske land. Av de 5 054 henvendelsene registrert i prosjektet i 2015, var medianalderen 31 år, og de fleste var menn (77 %).

I snitt ble det rapportert 1,5 rusmidler per henvendelse (til sammen 7 768) (se figur 3.8). Nesten to tredeler av henvendelsene (65 %) var relatert til bruk av etablerte stoffer, oftest heroin, kokain, cannabis, GHB/GBL, amfetamin og MDMA, en firedel (24 %) gjaldt misbruk av reseptbelagte eller reseptfrie legemidler (oftest opioider og benzodiazepiner) og 9 % nye psykoaktive stoffer (opp fra 6 % i 2014). Av innleggelsene relatert til nye psykoaktive stoffer, gjaldt halvparten et syntetisk katinon og 14 % et syntetisk cannabinoid. Stoffene som var involvert i akutthenvendelsene, varierer fra et sted til et annet og gjenspeiler lokale mønstre for høyrisikobruk av narkotika. For eksempel var det flest akutthenvendelser relatert til heroin i Dublin (Irland) og Oslo (Norge), mens henvendelser relatert til GHB/GBL, kokain og MDMA dominerte i London (Storbritannia).

**Mange innsatte  
har sammensatte  
helsebehovs**



Flesteparten (80 %) av de som kom inn med akutt rusmiddelforgiftning ble utskrevet i løpet av 12 timer. For et lite mindretall (6 %) utviklet tilstanden seg til å bli så alvorlig at de måtte legges inn på intensivavdeling, mens 4 % ble lagt inn på psykiatrisk avdeling. I rundt halvparten (9) av de 17 dødsfallene som ble registrert, var opioider involvert.

Det er bare noen få land som har overvåkingssystemer som gjør det mulig å analysere nasjonale trender for akutte narkotikarelaterte forgiftninger. Blant disse landene har antallet akuttsituasjoner relatert til heroin gått opp i Storbritannia, mens det fortsetter å gå ned i Tsjekia og Danmark, hvor man får stadig flere akuttsituasjoner knyttet til metadon. Litauen fikk nesten en dobling av antallet opioidrelaterte akuttsituasjoner fra 2013 til 2015. I Spania er kokain involvert i ca. halvparten av alle rapporterte narkotikarelaterte akuttifeller. Etter en nedgang ser utviklingen nå ut til å stabilisere seg. Samtidig fortsetter økningen i antall akuttifeller knyttet til bruk av cannabis. Slovenia rapporterer om en stigende trend når det gjelder akuttifeller knyttet til bruk av cannabis. I Nederland hadde halvparten av alle som oppsøkte førstehjelpsstasjonene på festivaler (51 %) tatt MDMA, og andelen er fallende. Antallet metamfetaminrelaterte akuttifeller registrert ved utvalgte sentre i Tsjekia, økte med over 50 % fra 2014 til 2015.

### | Nye stoffer: høy styrke og stort skadepotensial

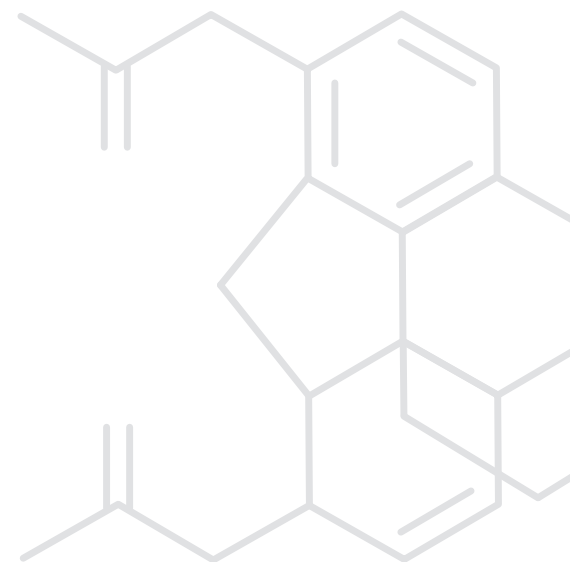
Nye psykoaktive stoffer, blant annet nye syntetiske opioider, syntetiske cannabinoider og syntetiske katinoner, er forbundet med en rekke alvorlige helseskader i Europa.

Fentanyler er svært sterke opioider som til tross for at de spiller en liten rolle på Europas narkotikamarked, utgjør en alvorlig trussel både for den enkeltes helse og for folkehelsen. Dette skyldes delvis økt risiko for alvorlig og dødelig forgiftning hos brukerne — ofte i form av utbrudd — da fentanyl forårsaker umiddelbar og dyp svekkelse av respirasjon. Fentanyl kan også forårsake økt risiko for utilsiktet eksponering og forgiftning hos andre, slik at familie og venner av brukeren, politi- og tollbetjenter, ansatte i andre nødetater, medisinsk personell og laboratoriepersonell, faktisk kan bli utsatt. I enkelte miljøer kan det være nødvendig å bruke verneutstyr for å redusere risikoen for skade ved utilsiktet eksponering, for eksempel ved tollkontorene på Europas grenser, der håndtering av fentanylpulver i bulk kan forekomme. Dessuten er det indikasjoner på at fentanyl har blitt solgt til uvitende brukere som etablerte illegale rusmidler eller falske smertestillende legemidler, noe som kan øke risikoen i en del brukergrupper for alvorlig og potensielt dødelig

forgiftning. Under slike omstendigheter kan det være nødvendig å vurdere om ikke motgiften nalokson bør være tilgjengelig. I tillegg til den akutte risikoen for overdose har fentanyler et stort misbruks- og avhengighetspotensial som kan bidra til å forverre de folkehelsemessige og sosiale problemene som vanligvis forbindes med høyrisikobruk av opioider.

I løpet av 2016 har EMCDDA og Europol igangsatt egne undersøkelser av akrylfentanyl og furanylfentanyl, etter signaler fra EUs system for tidlig varsling. Det ble rapportert over 50 dødsfall, og mange av dem ble direkte tilskrevet disse stoffene. EMCDDA sendte dessuten ut fem varsler til nettverket i Europa om disse og andre nye fentanyler.

**Nye psykoaktive stoffer  
er forbundet med  
en rekke alvorlige  
helseskader i Europa**



Syntetiske cannabinoider er en annen gruppe nye stoffer som fortsatte å skape problemer i 2016. EMCDDA utstedte varsler om tre stoffer — MDMB-FUBINACA, MDMB-CHMICA og 5F-MDMB-PINACA — på grunnlag av 45 alvorlige hendelser, inkludert 18 dødsfall og 27 ikke-fatale forgiftninger. I tillegg iverksatte EMCDDA en prosedyre for å få en risikovurdering av MDMB-CHMICA som førte til at stoffet ble underlagt kontrolltiltak i hele Europa (se boks).

### | Nye stoffer: utvikling av nye tiltak

Skadene forbundet med nye rusmidler innebærer nye utfordringer for førstelinjearbeidet. En fersk EMCDDA-analyse viser at europeisk helsepersonell i ulike miljøer (behandling, forebygging og skadereduksjon) først og fremst stoler på erfaringer med etablerte illegale rusmidler og på intervensjoner som brukes i denne konteksten. Det kan dreie seg om spredning av opplysningsmateriell, utdeling av sterilt sprøyteutstyr eller symptomatisk behandling av akutte tilfeller. Ofte kan kunnskapsbaserte intervensjoner justeres i forhold til spesifikk toksisitet, for å gjenspeile sosiokulturelle trekk ved risikogrupper (f.eks. festdeltagere og menn som har sex med menn) eller tilpasses spesifikk risikoatferd (f.eks. økt tilgang til sprøyter som tiltak ved høy injeksjonshyppighet) relatert til nye psykoaktive stoffer. Behovet for utdanning, veiledning og kompetanseutvikling når det gjelder innsatsen mot nye stoffer, ble også fremhevet i analysen.

Det er en spesiell utfordring å utvikle intervensjoner rettet mot enkelte grupper som er særlig sårbare for skader relatert til nye psykoaktive stoffer, men som det er vanskelig å nå ut til, som menn som har sex med menn, hjemløse eller innsatte. I en del land har bruk av syntetiske cannabinoider bredt om seg blant innsatte, noe som vekker bekymring på grunn av hvordan disse stoffene påvirker den mentale helsen, på grunn av den vanskelige avvenningen og på grunn av det økende voldsnivået som er assosiert med disse stoffene. Tverrfaglige tiltak og samarbeidsprosjekter mellom helsepersonell fra ulike helsefaglige miljøer (f.eks. seksualhelsetjeneste, kriminalomsorg og narkotikabehandlingssentre) synes å være et viktig trekk ved gode helsetiltak mot de skadene som er forbundet med bruken av nye psykoaktive stoffer i Europa.

### Risikovurdering av MDMB-CHMICA

I juli 2016 ble MDMB-CHMICA det første syntetiske cannabinoidet som ble risikovurdert av EMCDDA. Det ble først meldt til EUs system for tidlig varsling av Ungarn i 2014 og ble senere påvist i 23 EU-stater, Tyrkia og Norge. Stoffet var involvert i over 20 tilfeller av alvorlig forgiftning og 28 dødsfall.

MDMB-CHMICA fremstilles som pulver i bulk i Kina og importeres til Europa, der det bearbeides og pakkes som "urtebaserte røykeblandinger". Det antas at mange av de alvorlige hendelsene som skyldes MDMB-CHMICA og andre syntetiske cannabinoider, er relatert til stoffenes høye styrkegrad og dårlig tilvirkningspraksis. Mye tyder på at produsentene gjetter seg til hvor mye av stoffet som skal tilsettes når de lager "røykeblandinger". De lite sofistikerte fremstillingsmetodene som brukes, medfører at stoffet ikke blir jevnt fordelt i produktet. Dette kan føre til at en del prøver vil ha høyt innhold av stoffet, og dermed gi høye doser og økt risiko for alvorlig forgiftning og dødsfall.

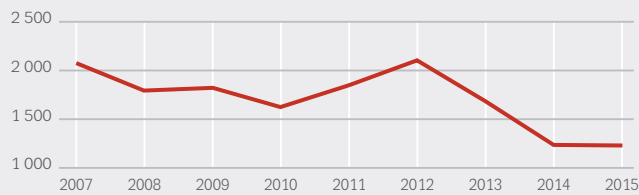
### | Kroniske narkotikarelaterte helseskader: Mindre hiv, men lokale utbrudd

Narkotikabrukere, og særlig sprøytebrukere, er utsatt for risiko for smittsomme sykdommer gjennom deling av brukerutstyr og gjennom ubeskyttet sex. Injisering av narkotika spiller fortsatt en sentral rolle i overføringen av blodbårne infeksjoner som hepatitt C-virus (HCV) og i noen land hiv (humant immunsviktvirus). I 2015 ble det i EU meldt om 1 233 nye hivtilfeller som tilskrives sprøytebruk (figur 3.9). Dette utgjør 5 % av alle tilfeller med denne diagnosen der smittemåten er kjent. Denne andelen har holdt seg stabilt lav det siste tiåret. Antallet nye hivtilfeller blant sprøytebrukere har falt i de fleste land i Europa. Totalt har det vært en nedgang på 41 % fra 2007 til 2015. I en del land er imidlertid sprøytebruk av narkotika fortsatt en viktig smittemåte. I 2015 kunne minst en firedel av nydiagnostiserte hivtilfeller tilskrives sprøytebruk av narkotika i Litauen (34 %), Latvia (32 %), Luxembourg (27 %) og Estland (25 %).

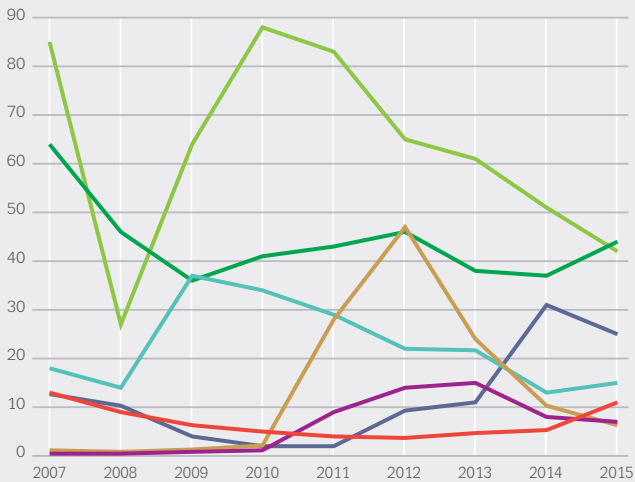
FIGUR 3.9

## Nydiagnostiserte hivtilfeller forbundet med sprøytebruk: totalt, utvalgte trender og nyeste data

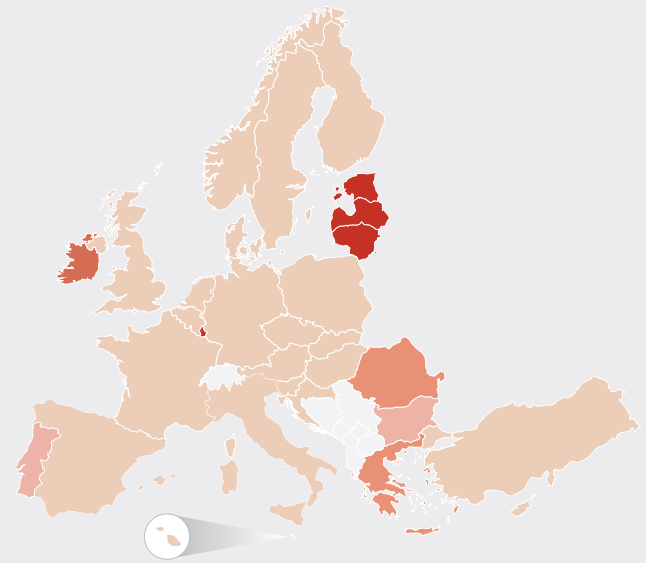
Tilfeller i Den europeiske union



Tilfeller pr. million innbyggere



— Latvia    — Estland    — Luxembourg    — Litauen  
— Irland    — Romania    — Hellas



Tilfeller pr. million innbyggere

■ <3    ■ 3,1–6    ■ 6,1–9    ■ 9,1–12    ■ >12

NB: Data for 2015 (kilde: ECDC).

Selv om de fleste landene rapporterte en nedgang i antallet injeksjonsrelaterte hivtilfeller fra 2014 til 2015, hadde Tyskland, Irland og Storbritannia en økning til nivåer som ikke har vært sett på 7–8 år. I Irland og Storbritannia var dette delvis relatert til lokale utbrudd av ny hivsmitte blant sprøytebrukere. Luxembourg rapporterte også om et utbrudd i 2014. Økt injisering av sentralstimulerende midler og høye nivåer av marginalisering blant brukerne er felles faktorer for disse utbruddene. Praksisen med "slamming", der sentralstimulerende midler injiseres i en seksuell kontekst i små grupper av menn som har sex med menn, har også vært forbundet med økt risiko for å overføre smitte.

I 2015 skyldtes 14 % av nye AIDS-tilfeller i EU der smittemåten var kjent, sprøytebruk av narkotika. De 479 nye injeksjonsrelaterte tilfellene som ble meldt, utgjør bare drøyt en firedel av antallet tilfeller som ble rapportert for et tiår siden. Mange av tilfellene ble rapportert i Hellas, Latvia og Romania, der tilbudet om hivtesting og -behandling trenger å styrkes ytterligere.

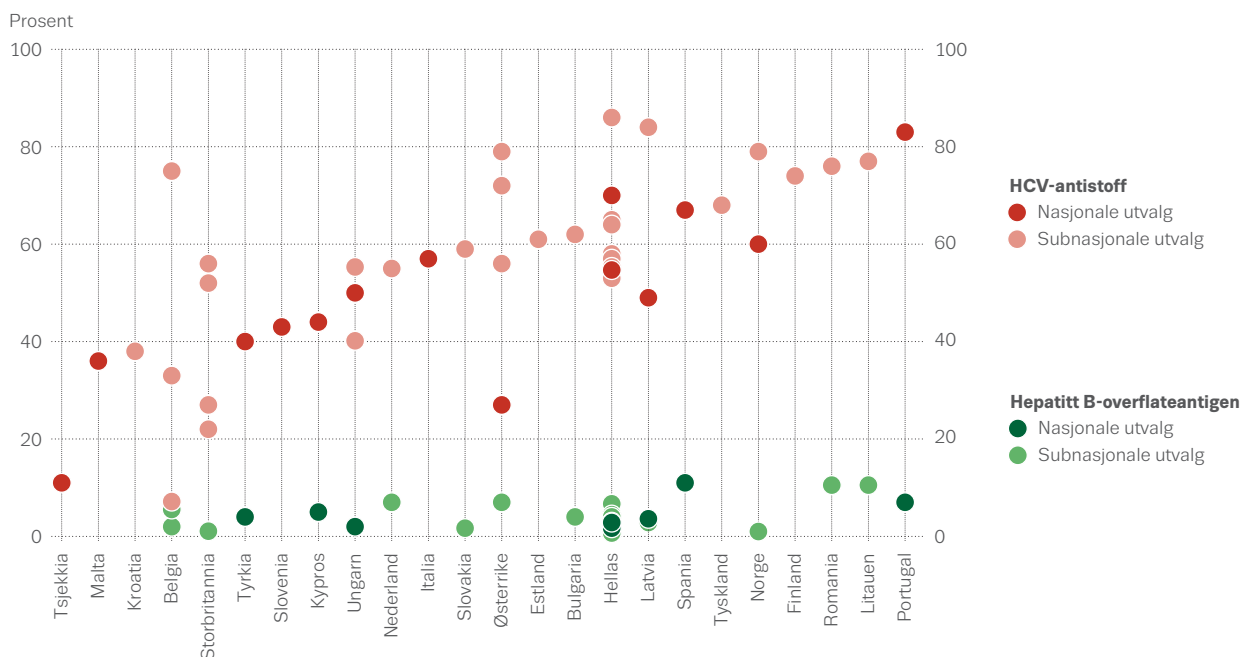
### HCV-prevalens: nasjonale variasjoner

Virushepatitt, særlig infeksjon forårsaket av hepatitt C-viruset (HCV), er svært utbredt blant sprøytebrukere i hele Europa. Av 100 mennesker som smittes med HCV (antistoff-positive), vil 75–80 utvikle en kronisk infeksjon. Dette kan få store konsekvenser på lang sikt, ettersom kronisk HCV-infeksjon, som ofte forverres av tung alkoholbruk, vil føre til stadig flere dødsfall og tilfeller av alvorlig leversykdom, herunder skrumplever og leverkreft, hos en aldrende populasjon av høyrisikobrukere.

**Antallet nye hivtilfeller  
blant sprøytebrukere  
har falt**

FIGUR 3.10

Prevalens av HCV-antistoff og hepatitt B-overflateantigen blant sprøytebrukere, 2014–2015



Prevalensen av HCV-antistoffer, som tyder på nåværende eller tidligere infeksjon, i nasjonale utvalg av sprøytebrukere i 2014–15 varierte fra 16 % til 84 %, og 5 av de 13 landene med nasjonale data rapporterte et nivå på over 50 % (figur 3.10). Blant landene med nasjonale trenddata for perioden 2010–15 rapporterte 4 land om synkende HCV-prevalens blant sprøytebrukere, mens 3 land rapporterte om økt prevalens.

Blant narkotikabrukere er hepatitt B-virus (HBV) sjeldnere enn HCV-smitte. Positiv test for hepatitt B-overflateantigen er indikasjon på en pågående infeksjon. Infeksjonen kan være akutt eller kronisk. I de 7 landene som har lagt frem nasjonale tall, hadde mellom 1,7 % og 11 % av injiserende narkotikabrukere en pågående infeksjon med HBV.

Injisering av narkotika er en risikofaktor for andre smittsomme sykdommer, og Tsjekkia, Tyskland og Luxembourg rapporterte om klynger av narkotikarelatert hepatitt A i 2016. Klynger og sporadiske tilfeller av sårbotulisme blant sprøytebrukere ble også rapportert i Tyskland, Norge og Storbritannia.

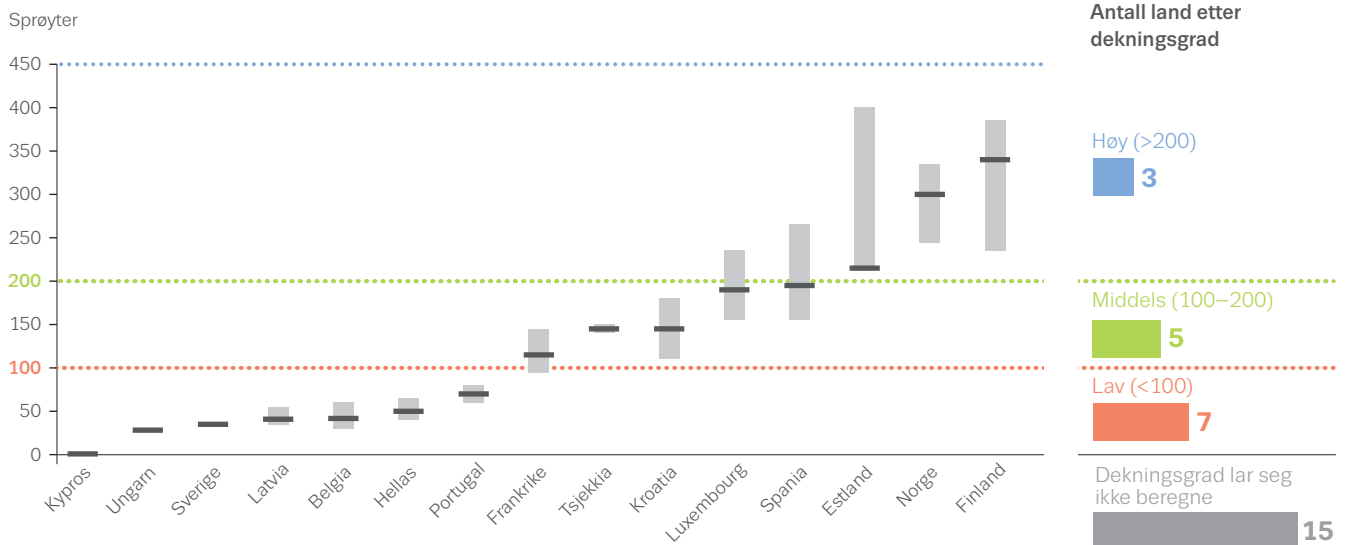
**Smittsomme sykdommer: forebyggende tiltak**

De viktigste tiltakene som iverksettes for å redusere forekomsten av narkotikarelaterte infeksjonssykdommer hos personer som injiserer, er substitusjonsbehandling med opioider, utdeling av sterilt brukerstyr, informasjon om risikoferd ved injisering, hepatitt C-vaksinasjon, testing for infeksjonssykdommer, hepatittbehandling og hivbehandling.

For personer som injiserer opioider, gir substitusjonsbehandling en betydelig reduksjon i infeksjonsrisiko, og analyser tyder på at den beskyttende effekten øker når høy behandlingsdekning er kombinert med god tilgang på rene sprøyter. Det er vitenskapelig dokumentert at sprøyteprogrammer effektivt reduserer overføringen av hivsmitte blant sprøytebrukere. Alle de 30 landene som overvåkes av EMCDDA, bortsett fra Tyrkia, har egne tiltak hvor rent sprøyteutstyr deles ut gratis. Det er imidlertid store forskjeller landene imellom når det gjelder tiltakenes geografiske dekning og i hvilken grad målgruppen er dekket (figur 3.11). Opplysninger om sprøyteutdeling gjennom spesialiserte programmer er

FIGUR 3.11

## Dekningsgrad for spesialiserte sprøyteprogrammer: antall sprøyter utdelt pr. sprøytebruker



NB: Data vist som punktestimater og usikkerhetsintervaller.

tilgjengelig fra 25 land, som til sammen rapporterer å ha delt ut nærmere 52 millioner sprøyter i 2014/15. Dette tallet er for altfor lavt, da store land som Tyskland, Italia og Storbritannia ikke har lagt fram noen fullstendig nasjonal oversikt over sprøyteutdeling.

Å etablere forbindelser mellom rusmiddeljenester og seksualhelsetjenester kan være spesielt viktig for å kunne sette inn effektive tiltak mot problemene knyttet til injisering av sentralstimulerende midler blant menn som har sex med menn. Viktige forebyggende tiltak for denne gruppen er blant annet testing og behandling av infeksjoner, helseopplysning og utdeling av forebyggende materiell som kondomer og sterilt sprøyteutstyr. For å forebygge seksuelt overført hivsmitte er preeksponeringsprofilakse et ytterligere forebyggende tiltak for de som er mest utsatt.

### Økt satsing på tidlig hivdiagnose: styrking av testmulighetene

Sen hivdiagnose — når infeksjonen allerede har begynt å skade immunsystemet — er spesielt et problem for personer som injiserer narkotika. I 2015 ble 58 % av de nye tilfellene av injeksjonsrelatert smitte som ble meldt, sent diagnostisert. Til sammenligning er gjennomsnittet i EU for sen diagnose for alle smitteveier 47 %. Sen hivdiagnose er forbundet med økt sykkelighet og dødelighet og innebærer at antiretroviral behandling kommer sent i gang. "Test-and-treat"-strategien, der antiretroviral behandling igangsettes umiddelbart når hiv er diagnostisert, reduserer overføringsrisikoen og er spesielt viktig i grupper med økt risikoatferd, som sprøytebrukere. Med tidlig diagnose og antiretroviral behandling kan hivsmittede forvente å oppnå normal levealder.

I mange land tilbys hivtesting ved tjenester i nærmiljøet og ved lavterskeltiltak, med sikte på å få flere til å teste seg og for å påvise smitte så tidlig som mulig. I henhold til EUs minstestandarder for kvalitet skal kommuner tilby frivillig testing for blodbårne infeksjonssykdommer, rådgivning om risikoatferd og hjelp for å håndtere sykdom. Stigmatisering og marginalisering av narkotikabrukere er imidlertid faktorer som fortsatt bidrar til å begrense hvor mange som tester seg og får behandling.

## HCV-behandling: mer effektive legemidler

Ettersom HCV-infeksjon er svært utbredt blant sprøytebrukere i Europa, er disse en helt sentral målgruppe for testing og behandling for å forebygge videreutvikling av leversykdom og død. Ettersom HCV-behandling reduserer antallet personer som kan overføre infeksjonen, er tilbud om HCV-behandling en vesentlig komponent i et helhetlig forebyggende arbeid. Europeiske kliniske retningslinjer anbefaler at alle pasienter med kronisk leversykdom som skyldes HCV-infeksjon, vurderes for behandling. I henhold til disse retningslinjene bør behandling også vurderes igangsatt umiddelbart hos personer som har risiko for å overføre viruset (inkludert aktive sprøytebrukere). Videre bør narkotikabrukere få HCV-behandling på individuelt grunnlag, og behandlingen bør gis i et tverrfaglig miljø.

Interferonfri behandling med perorale direktevirkende antivirale midler, som er effektive og tolereres bedre av pasienten, har vært tilgjengelig siden 2013, og denne behandlingsformen blir nå grunnpilaren i behandlingen av HCV-infeksjon. Videre kan behandling med slike legemidler tilbys i det spesialiserte behandlingsapparatet i lokalmiljøet, noe som kan øke opptaket og tilgjengeligheten. Mange europeiske land er i ferd med å innføre nye strategier mot virushepatitt, oppdatere retningslinjene for behandling og forbedre testmulighetene for HCV og kontakt med behandlingsapparatet. Likevel gjenstår mange utfordringer, som lav testaktivitet, uklare henvisnings- og behandlingsforløp i mange land, og de høye kostnadene ved de nye legemidlene.

**Det er allment kjent at narkotikabruk fører til unngåelig dødelighet blant voksne i Europa**

## Overdosedødsfall: økninger i den senere tid

Det er allment kjent at narkotikabruk fører til unngåelig dødelighet blant voksne i Europa. De fleste kohortstudier viser en total årlig dødelighet på 1–2 % blant høyrisikobrukere av narkotika. Opioidbrukere i Europa har 5–10 ganger så høy sannsynlighet for å dø som andre av samme kjønn i samme aldersgruppe. Økt dødelighet blant opioidbrukere knyttes hovedsakelig til overdoser, men andre dødsårsaker som er indirekte forbundet med narkotikabruk, som infeksjoner, ulykker, vold og selvmord, er også viktige. Dårlig helse, preget av en opphopning av sammenhengende tilstander, er vanlig. Kroniske lunge- og leversykdommer i tillegg til hjerte- og karsykdommer forekommer hyppig og forårsaker en stadig større andel av dødsfallene blant eldre og kroniske narkotikabrukere.

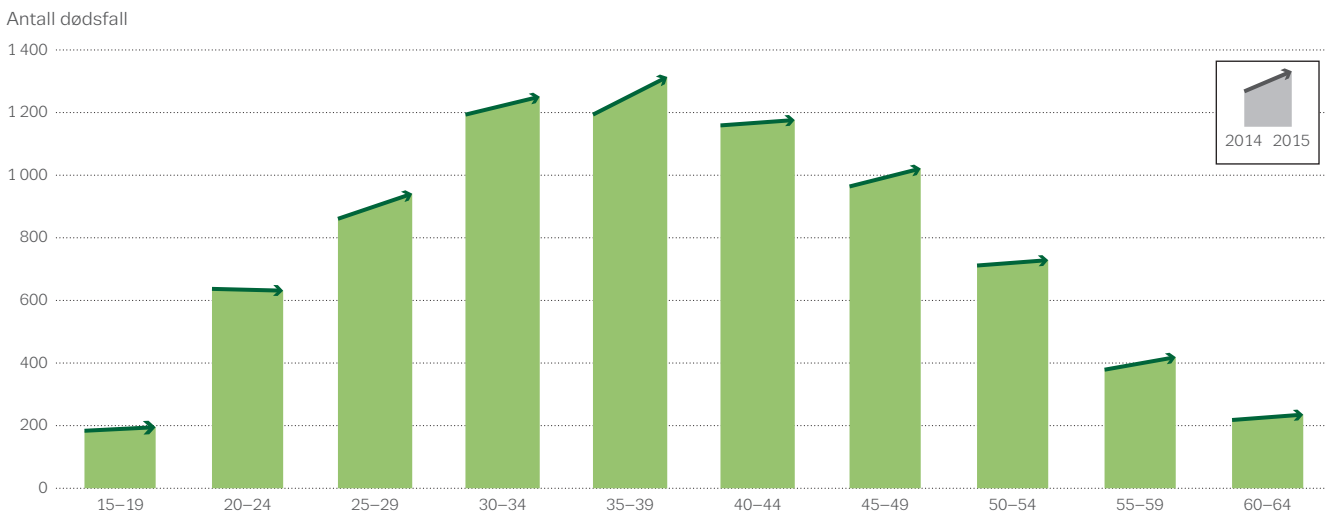
I Europa er overdose fortsatt den viktigste dødsårsaken hos høyrisikobrukere av narkotika. Over tre firedeler av overdoseofrene er menn (78 %). Overdosedata må tolkes med varsomhet, særlig totalen for EU, blant annet på grunn av systematisk underrapportering i enkelte land og registreringsprosesser som fører til forsinkelser i rapporteringen. De årlige anslagene representerer derfor foreløpige minsteverdier.

Det anslås at EU i 2015 hadde minst 7 585 overdosedødsfall som var relatert til minst ett illegalt rusmiddel. Tar vi med Norge og Tyrkia, kommer vi opp i 8 441 dødsfall, som er opp 6 % sammenlignet med det reviderte tallet for 2014 på 7 950. Det har blitt rapportert økning for nærmest alle aldersgrupper (figur 3.12). Som i foregående år står Storbritannia (31 %) og Tyskland (15 %) til sammen for ca. halvparten av alle overdosedødsfall i Europa. Dette skyldes dels størrelsen på den risikoutsatte befolkningen i disse landene, men også underrapportering i en del andre land. Hvis vi fokuserer på de landene som har relativt solide rapporteringssystemer, bekrefter reviderte data for 2014 at det har vært en økning i antallet overdosedødsfall i Spania, at økningen i antall overdosedødsfall rapportert fra Litauen og Storbritannia i 2014 fortsatte i 2015, og at det nå rapporteres en økning også i Tyskland og Nederland. En vedvarende oppadgående trend er dessuten observert i Sverige, men dette kan også skyldes den kombinerte effekten av endringer i undersøkelsesmetoder og i kodings- og rapporteringspraksis. Tyrkia rapporterer om fortsatt økning, men økningen kan i stor grad tilbakeføres til forbedringer i datainnsamlingen og rapporteringen.

Det rapporterte antallet overdosedødsfall i eldre aldersgrupper økte mellom 2007 og 2015, mens det gikk ned i yngre aldersgrupper. Dette reflekterer at Europas opioidbrukere, som har størst risiko for overdosedødsfall,

FIGUR 3.12

Antall narkotikainduserte dødsfall rapportert i Europa i 2014 og 2015, etter aldersgruppe



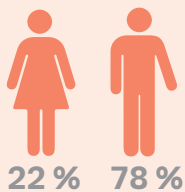
blir eldre. Imidlertid forekommer 10 % av overdosetilfellene hos personer under 25 år, og det har nylig vært en liten økning i rapporterte overdosedødsfall under 25 år i flere land, inkludert Sverige og Tyrkia.

**Opioidrelaterede dødsfall bidrar til økningen**

Heroin eller metabolitter av heroin, ofte i kombinasjon med andre stoffer, er påvist i de fleste overdosedødsfall som rapporteres i Europa. De nyeste dataene viser en økning i antallet heroinrelaterede dødsfall i Europa, da særlig i Storbritannia. I England og Wales ble heroin eller morfin nevnt i 1 200 dødsfall registrert i 2015, som er 26 % opp i forhold til året før og 57 % opp i forhold til 2013. Antallet dødsfall som kunne knyttes til heroin, gikk opp også i Skottland (Storbritannia), Irland og Tyrkia. Toksikologiske rapporter nevner også jevnlig andre opioider. I en del land er en betydelig andel av overdosedødsfallene forbundet

**NARKOTIKAINDUSERTE DØDSFALL**

**Karakteristika**



Gjennomsnittlig dødsalder Dødsfall der opioider er påvist

38



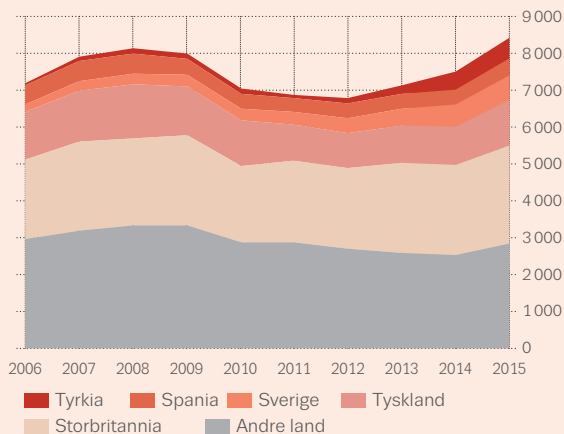
**Dødsalder**



**Antall dødsfall**



**Trender for overdosedødsfall**



NB: EU + 2 viser til EU-medlemsstatene pluss Tyrkia og Norge.



med disse stoffene, særlig metadon og buprenorfin, men også fentanyler og tramadol. De nyeste dataene tilsier at det ble registrert flere metadonrelaterte dødsfall enn heroinrelaterte dødsfall i Kroatia, Danmark, Frankrike og Irland.

Sentralstimulerende stoffer som kokain, amfetaminer, MDMA og katinoner er involvert i et mindre antall overdosedødsfall i Europa, selv om deres betydning varierer mellom landene. I Storbritannia (England og Wales) økte antallet kokainrelaterte dødsfall fra 169 i 2013 til 320 i 2015, men mange av disse antas å være heroinoverdoser hos personer som også brukte crack. I Spania, der antallet kokainrelaterte dødsfall har vært stabilt i noen år, er dette stoffet fortsatt det nest hyppigst oppgitte illegale rusmiddelet i overdosedødsfall i 2014 (269 tilfeller). Av alle dødsfall relatert til sentralstimulerende midler i Tyrkia i 2015, var 56 forbundet med kokain, 206 med amfetaminer og 166 med MDMA (hvorav 62 ble tilskrevet MDMA alene). Syntetiske cannabinoider ble rapportert i 137 tilfeller i Tyrkia, og 63 av disse ble tilskrevet bruk av disse stoffene alene.

### Dødelighetstallene høyest i Nord-Europa

Dødelighet som følge av overdose i Europa i 2015 er anslått til 20,3 dødsfall pr. million innbyggere i aldersgruppen 15–64 år. Dødeligheten blant menn (32,3 tilfeller pr. million menn) er nesten fire ganger høyere enn blant kvinner (8,4 tilfeller pr. million kvinner). Overdosedødeligheten er høyest i aldergruppen 35–39 for menn og 30–34 for kvinner. Menn har imidlertid lavere gjennomsnittsalder, 38 år, mot 41 for kvinner. Nasjonale dødelighetstall og -trender varierer betraktelig (figur 3.13) og påvirkes av faktorer som prevalens og mønstre for narkotikabruk og nasjonal praksis for rapportering, registrering av informasjon og koding av overdoser i nasjonale mortalitetsdatabaser. Ifølge de siste tilgjengelige data rapporterte 8 land i Nord-Europa over 40 dødsfall pr. million innbyggere. Høyest dødelighet ble rapportert av Estland (103 pr. million), Sverige (100 pr. million), Norge (76 pr. million) og Irland (71 pr. million) (figur 3.13).

### Forebygging av overdoser og narkotikarelaterte dødsfall

Å redusere antallet dødelige overdoser og andre narkotikarelaterte dødsfall er en stor folkehelsepolitisk utfordring i Europa. Målrettede tiltak på dette området fokuserer enten på å forebygge forekomsten av overdoser eller øke sannsynligheten for å overleve en overdose.

En metaanalyse av observasjonsstudier har funnet at substitusjonsbehandling med metadon effektivt reduserer dødeligheten (både av overdoser og av alle årsaker) blant opioidavhengige. Dødeligheten blant klienter i metadonbehandling var under en tredel av hva som forventes blant opioidbrukere utenfor behandling. En analyse av dødsrisiko på ulike trinn i behandlingen viser at det er nødvendig å fokusere intervensjonene rundt behandlingsstart (i løpet av de første 4 ukene, spesielt ved metadon) og når behandlingen er avsluttet. Etter at behandlingen er avsluttet, er de første 4 ukene forbundet med forhøyet overdoserisiko. Dette tilsier at pasienter som går hyppig inn og ut av behandling, er spesielt utsatt for overdose.

Formålet med brukerrom/sprøyterom med tilsyn er både å forebygge overdoser og å sørge for at fagpersonell er tilgjengelig dersom en overdose skulle inntreffe. Et slikt tilbud er nå tilgjengelig i 6 EU-land og Norge, og utgjør til sammen 78 tiltak. I 2016 åpnet Frankrike 2 brukerrom som et 6-årig prøveprosjekt, og nye tiltak ble etablert i Danmark og Norge.

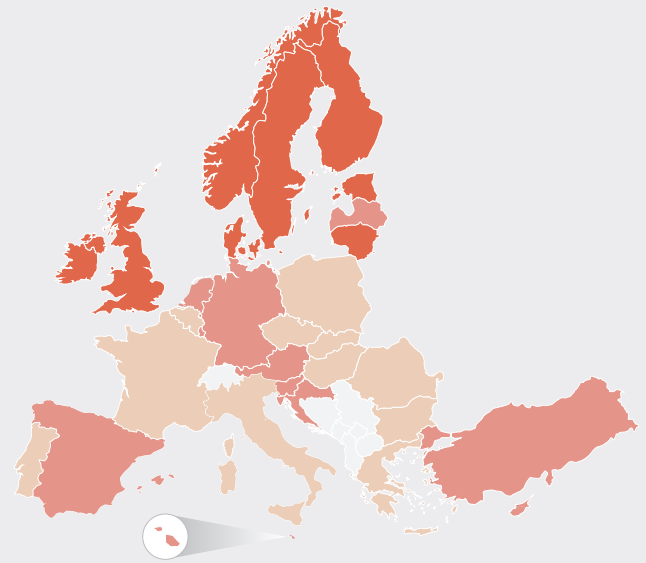
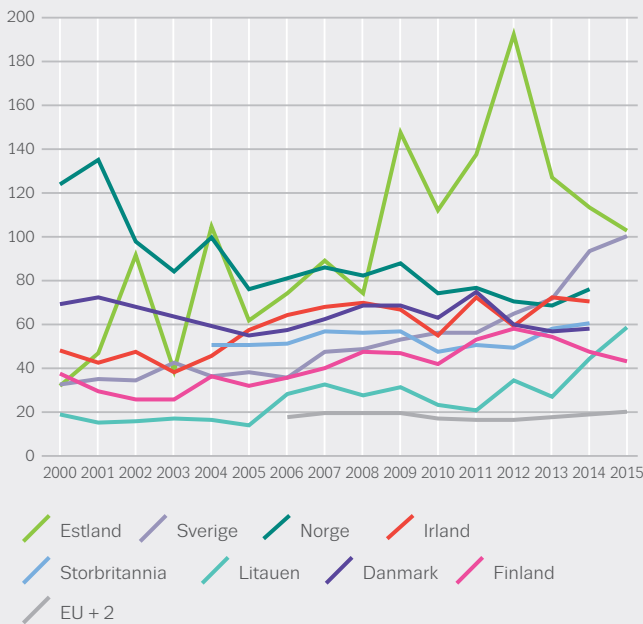
**Pasienter som går hyppig inn og ut av behandling, er spesielt utsatt for overdose**



FIGUR 3.13

## Narkotikainduisert dødelighet blant voksne (15–64 år): utvalgte trender og nyeste data

Tilfeller pr. million innbyggere

Tilfeller pr. million innbyggere  
 <10 10–40 >40

NB: Trender for de åtte landene som har rapportert de høyeste tallene i 2015 eller 2014 og samlet europeisk trend. EU + 2 viser til EU-medlemsstatene pluss Tyrkia og Norge.

### Nalokson: utvikling av nye produkter

Nalokson er en opioidantagonist som brukes av ambulansepersonell og i akuttmottak på sykehus for å hindre overdosedødsfall. Den senere tid har det vært en vekst i tilbudet om nalokson til hjemmebruk for opioidbrukere og deres partnere, venner og familie, sammen med opplæring i hvordan de skal kjenne igjen en overdose og iverksette relevante tiltak for å forhindre en dødelig utgang. Nalokson er også gjort tilgjengelig for ansatte i tiltak som regelmessig er i kontakt med narkotikabrukere. Programmer som tilbyr naloksondoser til hjemmebruk finnes nå i 10 land i Europa. Naloksonsett med ferdigfylte sprøyter deles vanligvis ut av rusmiddel- og helsetjenestene, og i Norge og Danmark tilbys også nalokson som neseply slik at den kan administreres

nasalt. Frankrike har gitt midlertidig godkjenning til en ny neseply med nalokson. Estland har hatt lokale tilbud med nalokson til hjemmebruk siden 2013, og siden 2015 har dette vært et tilbud også i fengslene. En nyere systematisk gjennomgang av effektiviteten av nalokson til hjemmebruk fant bevis for at opplysnings- og opplæringstiltak med tilbud om nalokson til hjemmebruk reduserer overdoserelatert dødelighet. En del grupper med forhøyet risiko for overdose, for eksempel personer som nylig har sluppet ut av fengsel, kan spesielt ha nytte av dette, og i en evaluering av det nasjonale naloksonprogrammet i Storbritannia (Skottland) ble det funnet at programmet hadde bidratt til en signifikant reduksjon i antallet opioidrelaterte dødsfall den første måneden etter løslatelse.

**FINN UT MER**

**Publikasjoner fra EMCDDA**

**2017**

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

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

Country Drug Reports 2017.

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

**2016**

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

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

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

Health responses to new psychoactive substances.

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

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

**2015**

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

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

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

**2014**

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

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

**2013**

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

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

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

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

**Felles publikasjoner fra EMCDDA og ECDC**

**2015**

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

**2012**

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

**2011**

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

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



# Vedlegg

**Nasjonale data for prevalensestimater for narkotikabruk omfatter problematisk bruk av opioider, substitusjonsbehandling, antall klienter i behandling totalt, inntak til behandling, sprøytebruk, narkotikainduserte dødsfall, narkotikarelaterte infeksjonssykdommer, sprøyteutdeling og beslag. Dataene er hentet fra EMCDDAs **Statistical Bulletin 2017**, som inneholder merknader og metadata. Året dataene viser til, er angitt.**

TABELL A1

## OPIOIDER

Land	Estimater for høyrisikobruk av opioider		Klienter inntatt til behandling i løpet av året						Klienter i substitusjonsbehandling
			Andel opioidklienter i prosent av alle klienter inntatt til behandling			Prosentandel av opioidklienter med injisering som hovedinntaksmåte			
			Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangsklienter	Klienter med tidligere behandlingshistorie	Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangsklienter	Klienter med tidligere behandlingshistorie	
År for estimat	Tilfeller pr. 1000	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	antall	
Belgia	–	–	27,7 (3 234)	10,3 (411)	37,4 (2 773)	14 (409)	8,3 (31)	14,9 (374)	16 681
Bulgaria	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 423
Tsjekkia	2015	1,8–1,9	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Danmark	–	–	13 (613)	5,5 (124)	20,6 (472)	26,6 (121)	10,5 (11)	31,4 (108)	6 268
Tyskland	2014	2,7–3,3	32,9 (28 669)	13,3 (3 552)	41,4 (25 117)	32,6 (11 392)	29,4 (1 549)	33,2 (9 843)	77 200
Estland	–	–	93,3 (263)	87,3 (55)	95 (153)	70,7 (183)	67,3 (37)	82,2 (125)	1 166
Irland	–	–	47,6 (4 515)	25,9 (971)	62,4 (3 403)	38,2 (1 672)	30,9 (293)	39,9 (1 318)	9 917
Hellas	2015	2,1–2,8	69,8 (2 836)	52,9 (834)	80,8 (1 984)	32,4 (914)	26,6 (221)	34,9 (690)	10 082
Spania	2014	1,6–2,6	24,6 (12 032)	10,5 (2 486)	42,9 (8 056)	13,7 (1 568)	7,4 (178)	15,2 (1 173)	61 859
Frankrike	2013–14	4,4–7,4	28 (13 744)	15 (2 378)	48,9 (8 310)	18,5 (2 150)	12,3 (263)	21,1 (1 505)	168 840
Kroatia	2015	2,5–4,0	81,3 (6 124)	20,8 (176)	89,1 (5 917)	72,1 (4 377)	36,5 (62)	73,2 (4 299)	5 061
Italia	2015	4,6–5,9	53,3 (25 144)	38,8 (8 040)	64,6 (17 104)	50,8 (10 620)	39,5 (2 521)	55,8 (8 099)	60 047
Kypros	2015	1,9–3,2	25,7 (205)	11,5 (50)	44,2 (142)	48 (97)	46 (23)	48,9 (68)	252
Latvia	2014	3,4–7,5	53,5 (402)	32,7 (128)	76,1 (274)	92,3 (370)	82,8 (106)	96,7 (264)	609
Litauen	2007	2,3–2,4	89 (2 268)	66,1 (261)	94 (1 991)	87,2 (1 970)	89,3 (233)	87 (1 724)	596
Luxembourg	2007	5–7,6	56,2 (163)	25 (6)	57,9 (125)	43 (68)	16,7 (1)	42,7 (53)	1 078
Ungarn	2010–11	0,4–0,5	3,6 (156)	1,6 (46)	8,4 (93)	53,5 (77)	48,9 (22)	56 (51)	669
Malta	2015	5,6–6,5	73,2 (1 296)	28,7 (66)	79,8 (1 230)	61,9 (760)	43,9 (25)	62,8 (735)	1 026
Nederland	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Østerrike	2015	5,3–5,6	55,4 (2 016)	26,9 (351)	71,4 (1 665)	32,3 (516)	23 (73)	34,5 (443)	17 599
Polen	2014	0,4–0,7	16,3 (1 465)	4,8 (208)	27,6 (1 224)	62,1 (902)	40,8 (84)	65,6 (800)	2 564
Portugal	2012	4,2–5,5	49,2 (1 357)	28,9 (458)	76,8 (899)	16,6 (209)	9,9 (40)	19,8 (169)	17 011
Romania	–	–	32,6 (1 057)	17,3 (360)	66,3 (686)	88,2 (834)	85,6 (286)	90 (543)	547
Slovenia	2015	3,4–4,1	74,7 (236)	42 (37)	87,7 (199)	44,5 (105)	24,3 (9)	48,2 (96)	3 261
Slovakia	2008	1,0–2,5	24,1 (602)	14,8 (179)	33,6 (414)	68,5 (402)	51,4 (91)	75,7 (305)	600
Finland	2012	3,8–4,5	51,7 (339)	38,3 (106)	61,5 (233)	73,3 (247)	65,7 (69)	76,7 (178)	3 000
Sverige (¹)	–	–	25,2 (8 907)	16,8 (2 101)	29,5 (6 562)	–	–	–	3 679
Storbritannia	2010–11	7,9–8,4	49,7 (59 763)	21,7 (8 595)	63,5 (50 984)	31,8 (13 125)	17,5 (929)	34 (12 139)	142 085
Tyrkia	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	12 500
Norge (²)	2013	2,0–4,2	17 (1 005)	–	–	–	–	–	7 498
Den europeiske union	–	–	<b>37,6 (181 918)</b>	<b>18,3 (32 921)</b>	<b>51,4 (143 189)</b>	<b>36,6 (55 311)</b>	<b>28,2 (7 550)</b>	<b>39 (46 856)</b>	<b>626 541</b>
EU, Tyrkia og Norge	–	–	<b>38,2 (190 996)</b>	<b>19,8 (36 548)</b>	<b>52 (147 635)</b>	<b>36 (57 305)</b>	<b>26,7 (8 111)</b>	<b>38,8 (48 289)</b>	<b>646 539</b>

Data for klienter i substitusjonsbehandling gjelder 2015 eller siste år med tilgjengelige data: Danmark, Finland, Nederland og Spania 2014, Tyrkia 2011.

(¹) Tall for førstegangsklienter og klienter med tidligere behandlingshistorie er tilgjengelig bare for to av de tre datakildene i Sverige og kan derfor ikke sammenlignes med data for alle klienter som er inntatt til behandling.

(²) Prosenttallet for klienter som får behandling for opioidrelaterte problemer, er en minsteverdi og inkluderer ikke opioidklienter som er registrert som blandingsbrukere.

## TABELL A2

## KOKAIN

Land	Prevalensestimater				Klienter inntatt til behandling i løpet av året					
	Befolkningen generelt			Skoleelever	Andel kokainklienter i prosent av alle klienter inntatt til behandling			Prosentandel av kokainklienter med injisering som hovedinntaksmåte		
	År for undersøkelse	Livstidsprevalens, voksne (15–64 år)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34 år)	Livstidsprevalens, skoleelever (15–16 år)	Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangsklienter	Klienter med tidligere behandlingshistorie	Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangsklienter	Klienter med tidligere behandlingshistorie
	%	%	%	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)
Belgia (¹)	2013	–	0,9	3	18,9 (2 207)	18,9 (756)	18,9 (1 401)	6,5 (125)	1,1 (7)	9,4 (116)
Bulgaria	2012	0,9	0,3	5	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
Tsjekkia	2015	1,8	0,3	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danmark	2013	5,2	2,4	2	5,5 (260)	5,9 (134)	5,4 (124)	3,9 (8)	–	8,6 (8)
Tyskland (²)	2015	3,8	1,2	3	6 (5 209)	5,6 (1 494)	6,1 (3 715)	17,1 (2 843)	8,8 (353)	19,7 (2 490)
Estland	2008	–	1,3	1	0,7 (2)	–	1,2 (2)	50 (1)	–	50 (1)
Irland	2015	7,8	2,9	3	10,5 (996)	13,7 (513)	8,4 (457)	0,8 (8)	0,2 (1)	1,6 (7)
Hellas	–	–	–	1	6,6 (269)	8,9 (141)	5,2 (128)	11,6 (31)	4,3 (6)	19,5 (25)
Spania	2015	9,1	3,0	2	36,5 (17 864)	34,8 (8 234)	37 (6 954)	1,3 (224)	0,7 (56)	2,1 (141)
Frankrike	2014	5,4	2,4	4	6,1 (3 013)	6,1 (963)	8,1 (1 369)	10,2 (269)	3,6 (32)	16,5 (198)
Kroatia	2015	2,7	1,6	2	1,4 (104)	2,8 (24)	1,2 (80)	2 (2)	–	2,5 (2)
Italia	2014	7,6	1,8	3	25,3 (11 935)	30,4 (6 296)	21,3 (5 639)	4,2 (479)	2,6 (159)	5,9 (320)
Kypros	2016	1,4	0,4	3	10 (80)	8,3 (36)	11,8 (38)	5,1 (4)	0 (0)	7,9 (3)
Latvia	2015	1,5	1,2	2	1,2 (9)	1,8 (7)	0,6 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litauen	2012	0,9	0,3	2	0,6 (15)	1,8 (7)	0,3 (7)	13,3 (2)	14,3 (1)	14,3 (1)
Luxembourg	–	–	–	–	19 (55)	16,7 (4)	20,4 (44)	44,4 (24)	–	50 (22)
Ungarn (³)	2015	1,2	0,9	2	2,3 (99)	2,5 (75)	1,7 (19)	5,2 (5)	1,4 (1)	15,8 (3)
Malta	2013	0,5	–	3	15,9 (281)	39,6 (91)	12,3 (190)	17,6 (45)	8,1 (7)	22,4 (38)
Nederland	2015	5,1	3,6	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Østerrike	2015	3	0,4	2	7,1 (258)	9,6 (125)	5,7 (133)	6,3 (15)	0,8 (1)	11,6 (14)
Polen	2014	1,3	0,4	4	2,1 (189)	1,9 (83)	2,3 (101)	2,2 (4)	1,3 (1)	3 (3)
Portugal	2012	1,2	0,4	2	12 (331)	15,1 (239)	7,9 (92)	4,4 (13)	2,3 (5)	9,6 (8)
Romania	2013	0,8	0,2	3	0,6 (19)	0,9 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Slovenia	2012	2,1	1,2	2	4,1 (13)	9,1 (8)	2,2 (5)	23,1 (3)	0 (0)	60 (3)
Slovakia	2015	0,7	0,3	2	0,8 (19)	0,7 (9)	0,7 (9)	5,9 (1)	–	12,5 (1)
Finland	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Sverige (⁴,⁵)	2013	–	1,2	2	0,9 (318)	1,7 (211)	0,5 (103)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Storbritannia (²,⁴)	2015	9,7	4,0	2	13,9 (16 673)	17,2 (6 830)	12,2 (9 806)	1,5 (168)	0,4 (18)	2,3 (146)
Tyrkia	2011	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	–	–	–
Norge (⁶)	2015	4,2	2,2	1	1,4 (83)	–	–	–	–	–
Den europeiske union	–	5,2	1,9	–	13 (62 949)	15,4 (27 688)	11,4 (31 759)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)
EU, Tyrkia og Norge	–	–	–	–	12,6 (63 230)	15 (27 767)	11,2 (31 878)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)

Prevalensestimater for skoleelever er hentet fra nasjonale skoleundersøkelser eller ESPAD-prosjektet. Usikkerhet omkring prosedyrer for datainnsamling gjør at data fra Latvia ikke nødvendigvis er sammenlignbare.

(¹) Prevalensestimaterne for befolkningen generelt viser bare til Flandern.

(²) Prevalensestimaterne for befolkningen generelt viser bare til England og Wales.

(³) Prevalensestimaterne for befolkningen generelt gjelder aldersgruppen: 18–64, 18–34.

(⁴) Prevalensestimaterne for befolkningen generelt gjelder aldersgruppen: 16–64, 16–34.

(⁵) Tall for førstegangsklienter og klienter med tidligere behandlingshistorie er tilgjengelig for bare to av de tre datakildene i Sverige og kan derfor ikke sammenlignes med data for alle klienter som er inntatt til behandling.

## TABELL A3

## AMFETAMINER

Land	Prevalensestimater				Klienter inntatt til behandling i løpet av året					
	Befolkningen generelt			Skole- elever	Andel amfetaminklienter i prosent av alle klienter inntatt til behandling			Prosentandel av amfetaminklienter med injisering som hovedinntaksmåte		
	År for undersøkelse	Livstids- prevalens, voksne (15– 64 år)	Siste 12 måneder, unge voksne (15– 34 år)	Livstids- prevalens, skoleele- ver (15–16 år)	Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangs- klienter	Klienter med tidligere behandlings- historie	Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangs- klienter	Klienter med tidligere behandlings- historie
	%	%	%	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)
Belgia (1)	2013	–	0,5	2	9,9 (1 160)	8,6 (345)	10,7 (794)	13,5 (130)	3,9 (11)	17,8 (118)
Bulgaria	2012	1,2	1,3	6	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Tsjekkia	2015	4,4	2,2	1	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Danmark	2013	6,6	1,4	1	6,6 (311)	6,2 (140)	7,1 (163)	4 (11)	1,7 (2)	6,2 (9)
Tyskland (3,4)	2015	3,6	1,9	4	16,8 (14 646)	19,3 (5 134)	15,7 (9 512)	2,2 (719)	1,5 (168)	2,5 (551)
Estland	2008	–	2,5	2	2,1 (6)	3,2 (2)	2,5 (4)	66,7 (4)	100 (2)	50 (2)
Irland	2015	4,1	0,6	3	0,6 (59)	0,9 (33)	0,4 (24)	3,4 (2)	3 (1)	4,2 (1)
Hellas	–	–	–	2	0,4 (18)	0,4 (7)	0,4 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Spania	2015	3,6	1,0	1	1,3 (655)	1,6 (385)	1,1 (209)	0,9 (6)	1,1 (4)	0,5 (1)
Frankrike	2014	2,2	0,7	2	0,5 (264)	0,5 (84)	0,6 (108)	11,6 (26)	14,9 (11)	15,6 (15)
Kroatia	2015	3,5	2,3	3	1,4 (102)	2,7 (23)	1,1 (74)	–	–	–
Italia	2014	2,8	0,6	2	0,2 (91)	0,3 (59)	0,1 (32)	5,2 (4)	6,4 (3)	3,3 (1)
Kypros	2016	0,5	0,1	3	4,9 (39)	3,9 (17)	5,6 (18)	2,6 (1)	5,9 (1)	0 (0)
Latvia	2015	1,9	0,7	3	16,2 (122)	21,5 (84)	10,6 (38)	67,5 (81)	62,2 (51)	78,9 (30)
Litauen	2012	1,2	0,5	1	2,5 (63)	7,1 (28)	1,5 (31)	26,7 (16)	3,7 (1)	45,2 (14)
Luxembourg	–	–	–	–	0,3 (1)	–	0,5 (1)	–	–	–
Ungarn (4)	2015	1,7	1,4	3	11,4 (489)	12 (354)	8,9 (98)	9,6 (46)	5,7 (20)	23,7 (23)
Malta	2013	0,3	–	2	0,3 (5)	0,4 (1)	0,3 (4)	20 (1)	–	25 (1)
Nederland	2015	4,7	3,1	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Østerrike	2015	2,2	0,9	3	4,8 (174)	5,7 (75)	4,2 (99)	3,8 (6)	2,9 (2)	4,3 (4)
Polen	2014	1,7	0,4	4	24,3 (2 194)	25,4 (1 091)	23,8 (1 056)	3,7 (80)	1,7 (18)	5,8 (60)
Portugal	2012	0,5	0,1	1	0,1 (4)	0,3 (4)	–	0 (0)	0 (0)	–
Romania	2013	0,3	0,1	1	0,4 (12)	0,3 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	0,9	0,8	1	1,3 (4)	4,5 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Slovakia	2015	1,4	0,8	1	45,2 (1 132)	44,7 (539)	45,4 (559)	28,7 (315)	24,3 (129)	34 (183)
Finland	2014	3,4	2,4	1	15,2 (100)	16,2 (45)	14,5 (55)	77,6 (76)	62,8 (27)	89,1 (49)
Sverige (3,5,6)	2013	–	1,3	1	7 (2 645)	8,3 (1 129)	5,8 (1 376)	–	–	–
Storbritannia (2,5)	2015	10,3	0,9	1	2,8 (3 332)	3,6 (1 414)	2,4 (1 913)	18,9 (382)	11 (89)	24,3 (293)
Tyrkia	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norge (3,5)	2015	3,1	0,3	1	13,9 (823)	–	–	–	–	–
Den europæiske union	–	<b>3,8</b>	<b>1,1</b>	–	<b>7,4 (35 562)</b>	<b>8,4 (15 092)</b>	<b>7,2 (20 011)</b>	<b>15,1 (7 357)</b>	<b>16,8 (3 128)</b>	<b>14,1 (4 217)</b>
EU, Tyrkia og Norge	–	–	–	–	<b>7,3 (36 581)</b>	<b>8,2 (15 225)</b>	<b>7,1 (20 074)</b>	<b>15 (7 358)</b>	<b>16,6 (3 129)</b>	<b>14,1 (4 217)</b>

Prevalensestimater for skoleelever er hentet fra nasjonale skoleundersøkelser eller ESPAD-prosjektet. Usikkerhet omkring prosedyrer for datainnsamling gjør at data fra Latvia ikke nødvendigvis er sammenlignbare.

(1) Prevalensestimaterne for befolkningen generelt viser bare til Flandern.

(2) Prevalensestimaterne for befolkningen generelt viser bare til England og Wales.

Klienter inntatt til behandling viser til klienter som bruker andre sentralstimulerende midler enn kokain, ikke bare amfetaminer.

(3) Prevalensestimaterne for befolkningen generelt gjelder aldersgruppen: 18–64, 18–34.

(4) Prevalensestimaterne for befolkningen generelt gjelder aldersgruppen: 16–64, 16–34.

(5) Tall for førstegangsklienter og klienter med tidligere behandlingshistorie er tilgjengelig for bare to av de tre datakildene i Sverige og kan derfor ikke sammenlignes med data for alle klienter som er inntatt til behandling.

## TABELL A4

## MDMA

Land	Prevalensestimer				Klienter inntatt til behandling i løpet av året		
	Befolkningen generelt			Skole- elever	Andel MDMA-klienter i prosent av alle klienter inntatt til behandling		
	År for undersøkelse	Livstidspreva- lens, voksne (15–64 år)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34 år)	Livstidspreva- lens, skoleelever (15–16 år)	Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangs- klienter	Klienter med tidligere behandlings- historie
	%	%	%	% (antall)	% (antall)	% (antall)	
Belgia <sup>(1)</sup>	2013	–	0,8	3	0,3 (36)	0,6 (25)	0,1 (11)
Bulgaria	2012	2,0	2,9	5	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
Tsjekia	2015	6,3	3,5	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Danmark	2013	2,3	0,7	1	0,3 (15)	0,5 (11)	0,2 (4)
Tyskland <sup>(2)</sup>	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estland	2008	–	2,3	3	–	–	–
Irland	2015	9,2	4,4	4	0,5 (47)	0,8 (31)	0,3 (15)
Hellas	–	–	–	1	0,2 (7)	0,2 (3)	0,2 (4)
Spania	2015	3,6	1,3	1	0,3 (133)	0,5 (111)	0,1 (13)
Frankrike	2014	4,2	2,3	2	0,4 (188)	0,5 (76)	0,3 (49)
Kroatia	2015	3,0	1,4	2	0,4 (32)	0,8 (7)	0,3 (23)
Italia	2014	3,1	1,0	3	0,2 (80)	0,2 (40)	0,2 (40)
Kypros	2016	1,1	0,3	3	–	–	–
Latvia	2015	2,4	0,8	3	0,3 (2)	0,3 (1)	0,3 (1)
Litauen	2012	1,3	0,3	2	0,1 (3)	0,3 (1)	0,1 (2)
Luxembourg	–	–	–	–	–	–	–
Ungarn <sup>(3)</sup>	2015	4,0	2,1	2	2 (85)	1,8 (54)	1,9 (21)
Malta	2013	0,7	–	2	0,9 (16)	1,7 (4)	0,8 (12)
Nederland	2015	8,4	6,6	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Østerrike	2015	2,9	1,1	2	0,5 (20)	1,1 (14)	0,3 (6)
Polen	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (14)	0,2 (9)
Portugal	2012	1,3	0,6	2	0,3 (8)	0,4 (7)	0,1 (1)
Romania	2013	0,9	0,3	2	0,5 (16)	0,8 (16)	0 (0)
Slovenia	2012	2,1	0,8	2	0,3 (1)	1,1 (1)	0 (0)
Slovakia	2015	3,1	1,2	3	0,1 (3)	0,1 (1)	0,2 (2)
Finland	2014	3,0	2,5	1	0,5 (3)	1,1 (3)	0 (0)
Sverige <sup>(4)</sup>	2013	–	1,0	1	–	–	–
Storbritannia <sup>(2,4)</sup>	2015	9,4	3,1	3	0,4 (490)	0,8 (312)	0,2 (174)
Tyrkia	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norge <sup>(4)</sup>	2015	2,3	1,2	1	–	–	–
Den europeiske union	–	<b>4,2</b>	<b>1,8</b>	–	<b>0,3 (1 295)</b>	<b>0,4 (804)</b>	<b>0,1 (402)</b>
EU, Tyrkia og Norge	–	–	–	–	<b>0,3 (1 401)</b>	<b>0,5 (881)</b>	<b>0,2 (431)</b>

Prevalensestimer for skoleelever er hentet fra nasjonale skoleundersøkelser eller ESPAD-prosjektet. Usikkerhet omkring prosedyrer for datainnsamling gjør at data fra Latvia ikke nødvendigvis er sammenlignbare.

(1) Prevalensestimatene for befolkningen generelt viser bare til Flandern.

(2) Prevalensestimatene for befolkningen generelt viser bare til England og Wales.

(3) Prevalensestimatene for befolkningen generelt gjelder aldersgruppen: 18–64, 18–34.

(4) Prevalensestimatene for befolkningen generelt gjelder aldersgruppen: 16–64, 16–34.



## TABELL A5

## CANNABIS

Land	Prevalensestimater				Klienter inntatt til behandling i løpet av året		
	Befolkningen generelt			Skole- elever	Andel cannabisklienter i prosent av alle klienter inntatt til behandling		
	År for undersøkelse	Livstidsprevalens, voksne (15–64 år)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34 år)	Livstidsprevalens, skoleelever (15–16 år)	Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangsklienter	Klienter med tidligere behandlingshistorie
	%	%	%	% (antall)	% (antall)	% (antall)	
Belgia <sup>(1)</sup>	2013	15	10,1	17	31,9 (3 737)	51,6 (2 065)	21,3 (1 582)
Bulgaria	2012	7,5	8,3	27	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
Tsjekia	2015	29,5	18,8	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Danmark	2013	35,6	17,6	12	70,9 (3 338)	79 (1 783)	62,5 (1 430)
Tyskland <sup>(2)</sup>	2015	27,2	13,3	19	39,1 (34 108)	56,9 (15 168)	31,2 (18 940)
Estland	2008	–	13,6	25	3,5 (10)	7,9 (5)	1,2 (2)
Irland	2015	27,9	13,8	19	28,3 (2 681)	45,2 (1 693)	16,8 (918)
Hellas	–	–	–	9	19,4 (789)	34,2 (539)	9,8 (240)
Spania	2015	31,5	17,1	27	33,7 (16 478)	48,1 (11 386)	16,4 (3 084)
Frankrike	2014	40,9	22,1	31	60,4 (29 621)	74,9 (11 855)	37,6 (6 391)
Kroatia	2015	19,4	16,0	21	12,8 (967)	62 (526)	6,5 (432)
Italia	2014	31,9	19,0	27	19,5 (9 225)	28 (5 810)	12,9 (3 415)
Kypros	2016	12,1	4,3	7	58,8 (469)	75,9 (330)	38 (122)
Latvia	2015	9,8	10,0	17	23,3 (175)	35,5 (139)	10 (36)
Litauen	2012	10,5	5,1	18	3,5 (89)	11,9 (47)	1,6 (33)
Luxembourg	–	–	–	–	23,1 (67)	58,3 (14)	19,9 (43)
Ungarn <sup>(3)</sup>	2015	7,4	3,5	13	56,2 (2 420)	62,7 (1 854)	41,4 (458)
Malta	2013	4,3	–	13	8,9 (158)	29,1 (67)	5,9 (91)
Nederland	2015	25,6	16,1	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Østerrike	2015	23,6	14,1	20	29,2 (1 063)	54,4 (711)	15,1 (352)
Polen	2014	16,2	9,8	24	28 (2 525)	36,3 (1 558)	20,3 (901)
Portugal	2012	9,4	5,1	15	33,9 (934)	50,8 (806)	10,9 (128)
Romania	2013	4,6	3,3	8	39,3 (1 272)	54,8 (1 137)	9,5 (98)
Slovenia	2012	15,8	10,3	25	14,2 (45)	38,6 (34)	4,8 (11)
Slovakia	2015	15,8	9,3	26	24,6 (616)	35,7 (430)	13,7 (169)
Finland	2014	21,7	13,5	8	20,7 (136)	35,7 (99)	9,8 (37)
Sverige <sup>(4,5)</sup>	2015	14,7	7,3	7	11,1 (3 924)	16,9 (2 113)	7,9 (1 752)
Storbritannia <sup>(2,4)</sup>	2015	29,4	11,3	19	25,9 (31 129)	46,3 (18 345)	15,8 (12 686)
Tyrkia	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norge <sup>(4)</sup>	2015	20,9	8,6	7	27,2 (1 609)	–	–
Den europeiske union	–	26,3	13,9	–	31,5 (152 431)	46,2 (82 942)	19,9 (55 354)
EU, Tyrkia og Norge	–	–	–	–	30,9 (154 693)	45,1 (83 358)	19,6 (55 591)

Prevalensestimater for skoleelever er hentet fra nasjonale skoleundersøkelser eller ESPAD-prosjektet. Usikkerhet omkring prosedyrer for datainnsamling gjør at data fra Latvia ikke nødvendigvis er sammenlignbare.

<sup>(1)</sup> Prevalensestimaterne for befolkningen generelt viser bare til Flandern.

<sup>(2)</sup> Prevalensestimaterne for befolkningen generelt viser bare til England og Wales.

<sup>(3)</sup> Prevalensestimaterne for befolkningen generelt gjelder aldersgruppen: 18–64, 18–34.

<sup>(4)</sup> Prevalensestimaterne for befolkningen generelt gjelder aldersgruppen: 16–64, 16–34.

<sup>(5)</sup> Tall for førstegangsklienter og klienter med tidligere behandlingshistorie er tilgjengelig for bare to av de tre datakildene i Sverige og kan derfor ikke sammenlignes med data for alle klienter som er inntatt til behandling.

TABELL A6

## ANDRE INDIKATORER

Land	Narkotikainduserte dødsfall (aldersgruppen 15–64)	Hivdiagnoser som tilskrives injeksjonsbruk (ECDC)	Estimat for injeksjonsbruk		Sprøyter utdelt gjennom spesialiserte programmer
	tilfeller pr. million innbyggere (antall)	tilfeller pr. million innbyggere (antall)	År for estimat	tilfeller pr. 1 000 innbyggere	antall
Belgia	9 (67)	1,3 (15)	2015	2,3–4,6	1 034 242
Bulgaria	4 (17)	3,6 (26)	–	–	364 111
Tsjekkia	6 (39)	0,4 (4)	2015	6,1–6,4	6 421 095
Danmark	58 (210)	1,4 (8)	–	–	–
Tyskland	22 (1 185)	1,7 (134)	–	–	–
Estland	103 (88)	41,9 (55)	2009	4,3–10,8	2 136 691
Irland (¹)	71 (213)	10,8 (50)	–	–	393 275
Hellas	0 (0)	6,4 (70)	2015	0,6–1,0	268 157
Spania (¹)	15 (455)	2,1 (96)	2014	0,2–0,3	1 483 399
Frankrike (¹)	7 (294)	0,9 (58)	2014	2,1–3,2	12 314 781
Kroatia	19 (54)	0,5 (2)	2012	0,4–0,6	923 650
Italia	8 (304)	1,8 (112)	–	–	–
Kypros	15 (9)	1,2 (1)	2015	0,3–0,7	164
Latvia	14 (18)	44,3 (88)	2012	7,3–11,7	524 949
Litauen	59 (115)	15,1 (44)	–	–	200 630
Luxembourg	31 (12)	24,9 (14)	2009	4,5–6,9	361 392
Ungarn	4 (25)	0,2 (2)	2015	1	188 696
Malta	28 (8)	0 (0)	–	–	340 644
Nederland	16 (182)	0,1 (1)	2008	0,2–0,2	–
Østerrike	26 (152)	2,6 (22)	–	–	5 953 919
Polen	9 (249)	1 (37)	–	–	10 142
Portugal	6 (39)	4,2 (44)	2012	1,9–2,5	1 004 706
Romania	2 (21)	7,1 (142)	–	–	1 425 592
Slovenia	22 (30)	0,5 (1)	–	–	500 757
Slovakia	7 (27)	0,6 (3)	–	–	347 162
Finland	43 (150)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	5 301 000
Sverige	100 (618)	1,5 (15)	2008–11	1,3	281 397
Storbritannia (²)	60 (2 528)	2,8 (182)	2004–11	2,9–3,2	–
Tyrkia	10 (533)	0,2 (13)	–	–	–
Norge	76 (257)	1,5 (8)	2014	2,2–3,0	2 500 192
Den europeiske union	<b>21,3 (7 109)</b>	<b>2,4 (1 233)</b>	–	–	–
EU, Tyrkia og Norge	<b>20,3 (7 899)</b>	<b>2,1 (1 254)</b>	–	–	–

Narkotikainduserte dødsfall må sammenlignes med varsomhet på grunn av forskjeller i kodingspraksis, dekningsgrad og underrapportering i noen land.

(¹) Antall sprøyter utdelt gjennom spesialiserte programmer viser til 2014.

(²) Sprøytedata for Storbritannia: England ingen data, Skottland 4 376 456 og Wales 3 398 314 (begge i 2015), Nord-Irland 292 390 (2014).

## TABELL A7

## BESLAG

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

Amfetaminer omfatter både amfetamin og metamfetamin.

Alle data er for 2015. Det finnes ingen data tilgjengelig for Skottland (Storbritannia).

## TABELL A7

## BESLAG (forts.)

Land	Hasj		Marihuana		Cannabisplanter	
	Beslaglagte kvanta kg	Antall beslag antall	Beslaglagte kvanta kg	Antall beslag antall	Beslaglagte kvanta planter (kg)	Antall beslag antall
Belgia	7 045	5 569	764	26 401	– (–)	–
Bulgaria	13	–	1 176	–	9 811 (37 775)	–
Tsjekkia	8	105	655	3 672	30 770 (0)	361
Danmark	3 619	14 680	616	1 214	14 560 (464)	545
Tyskland	1 599	6 059	3 852	32 353	154 621 (0)	2 167
Estland	812	21	60	597	0 (12)	44
Irland	–	192	–	1 049	– (–)	182
Hellas	330	542	2 474	5 499	59 242 (0)	735
Spania	380 361	164 760	15 915	156 984	379 846 (0)	2 029
Frankrike	60 790	65 503	16 835	32 446	153 895 (0)	–
Kroatia	12	764	409	4 546	5 687 (0)	270
Italia	67 825	7 684	9 286	5 838	138 013 (0)	1 566
Kypros	3	21	226	777	2 814 (0)	58
Latvia	1 272	63	71	712	– (20)	17
Litauen	591	32	143	456	– (–)	–
Luxembourg	1	130	20	1 040	81 (0)	10
Ungarn	18	141	590	1 945	4 659 (0)	127
Malta	70	132	4	106	28 (0)	8
Nederland	–	–	–	–	9 940 000 (0)	–
Østerrike	287	2 038	851	11 426	– (687)	379
Polen	843	–	1 830	–	103 339 (0)	–
Portugal	2 412	4 180	224	582	6 102 (0)	298
Romania	5	178	180	1 987	– (293)	90
Slovenia	3	109	458	3 103	14 006 (0)	167
Slovakia	27	33	70	1 204	2 085 (0)	35
Finland	63	–	208	–	23 000 (125)	–
Sverige	1 065	8 897	1 054	9 619	– (–)	–
Storbritannia	7 219	5 959	30 680	100 811	399 230 (0)	9 735
Tyrkia	7 855	3 750	45 816	29 652	0 (0)	2 471
Norge	2 015	11 394	255	4 411	0 (69)	339
Den europeiske union	<b>536 293</b>	<b>287 792</b>	<b>88 649</b>	<b>404 362</b>	<b>11 441 789 (39 376)</b>	<b>18 823</b>
EU, Tyrkia og Norge	<b>546 163</b>	<b>302 936</b>	<b>134 719</b>	<b>438 425</b>	<b>11 441 789 (39 445)</b>	<b>21 633</b>

Alle data er for 2015. Det finnes ingen data tilgjengelig for Skottland (Storbritannia).





## HVORDAN BESTILLE EU-PUBLIKASJONER

### Gratis publikasjoner:

ett eksemplar:  
via EUs nettbokhandel (<http://bookshop.europa.eu>);

mer enn ett eksemplar eller plakater/kart:  
fra Den europeiske unions representasjonskontorer  
([http://ec.europa.eu/represent\\_en.htm](http://ec.europa.eu/represent_en.htm));  
fra Den europeiske unions delegasjoner i land utenfor EU  
([http://eeas.europa.eu/delegations/index\\_en.htm](http://eeas.europa.eu/delegations/index_en.htm));  
ved å kontakte tjenesten Europe Direct  
([http://europa.eu/eurodirect/index\\_en.htm](http://europa.eu/eurodirect/index_en.htm)) or  
eller ringe 00 800 6 7 8 9 10 11  
(gratis fra alle EU-land) (\*).

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

### Publikasjoner for salg:

via EUs nettbokhandel (<http://bookshop.europa.eu>).



## Om denne rapporten

Rapporten *Europeisk narkotikarapport 2017: Trender og utviklinger* gir en oversikt over narkotikasituasjonen i Europa og tar opp aspekter som forsyning og bruk, folkehelseproblemer og narkotikapolitikk og tiltak. Sammen med de nettbaserte ressursene [Statistical Bulletin](#) og [30 Country Drug Reports](#) utgjør den pakken [2017 European Drug Report](#).

## Om EMCDDA

© Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA) er den sentrale kilden og en bekreftet autoritet når det gjelder narkotikarelaterte spørsmål i Europa. I over 20 år har EMCDDA samlet inn, analysert og formidlet vitenskapelig basert informasjon om narkotika og narkotikaavhengighet og konsekvensene av dette og gitt et kunnskapsbasert bilde av narkotikasituasjonen på europeisk plan.

EMCDDAs publikasjoner er en sentral kilde til informasjon for et bredt publikum, fra beslutningstakere og deres rådgivere, fagmiljøer og forskere som arbeider innen rusfeltet, til media og allmennheten i videre forstand. EMCDDA har sine kontorer i Lisboa og er et av Den europeiske unions desentraliserte byråer.

