



Europeisk overvåkingscenter for
narkotika og narkotikamisbruk

NO

ISSN 2314-923X

Europeisk narkotika- rapport

Trender og utviklinger

2018



Europeisk overvåkingscenter for
narkotika og narkotikamisbruk

Europeisk narkotika- rapport

Trender og utviklinger

2018

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.

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, 2018

PRINTED	ISBN 978-92-9497-336-8	ISSN 2314-9019	doi:10.2810/99870	TD-AT-18-001-NO-C
PDF	ISBN 978-92-9497-332-0	ISSN 2314-923X	doi:10.2810/94855	TD-AT-18-001-NO-N

© Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, 2018
Gjengivelse er tillatt med kildeangivelse.

Når det siteres fra rapporten, bør følgende referanse brukes: Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (2018), *Europeisk narkotikarapport 2018: Trender og utviklinger*, Den europeiske unions publikasjonskontor, Luxembourg.



Europeisk overvåkingssenter for
narkotika og narkotikamisbruk

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

Tlf. +351 211210200

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

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Innhold

5	Forord
9	Innledende merknad og bidragsyttere
11	KOMMENTAR Å forstå Europas narkotikaproblemer og utvikle effektive tiltak
19	KAPITTEL 1 Forsyning og marked
39	KAPITTEL 2 Prevalens og trender for narkotikabruk
59	KAPITTEL 3 Narkotikarelaterte helseskader og tiltak
83	VEDLEGG Tabeller med nasjonale data

Forord

Vi har gleden av å presentere EMCDDAs nyeste analyse av narkotikasituasjonen i Europa. *Europeisk narkotikarapport 2018: Trender og utviklinger* gir en tidsriktig innsikt i narkotikaproblemene i Europa og håndteringen av dem. Flaggskipsrapporten vår bygger på en grundig gjennomgang av europeiske og nasjonale data som framhever framvoksende mønstre og problemstillinger. I år er rapporten ledsaget på nett av 30 nasjonale narkotikarapporter og ressurser med fullstendige datasett og grafikk, som gir en oversikt over hvert enkelt land.

Rapporten vår er utformet for å gi interessentene våre en omfattende oversikt. Den gir også et forvarsel om nye narkotikatrender, bidrar til å fastslå hva som bør prioriteres for strategisk planlegging både nasjonalt og lokalt, og gjør det mulig å lage sammenligninger mellom land ved hjelp av trenddata. Rapporten suppleres med vår nye publikasjon, *Helsemessige og sosiale tiltak mot narkotikaproblemer: en europeisk veileder* (2017), som skal komme ut hvert tredje år.



I år ser vi tegn på at det forekommer økt produksjon i Europa, nærmere brukemarkedene, av mange ulike stoffer. Teknologiske framskritt legger til rette for denne utviklingen og setter europeiske narkotikaprodusenter og brukere i kontakt med globale markeder ved hjelp av både det synlige og det mørke nettet. Vi registrerer også at økningen i kokainproduksjon i Sør-Amerika nå påvirker markedet i Europa, noe som medfører økt risiko for helseproblemer for brukerne og mer komplekse utfordringer for rettshåndhevelsen ettersom smuglerne endrer på og bytter mellom forsyningsruter. Stadig



tydeligere tegn på økt tilgjengelighet og bruk av crack i Europa gir også grunn til bekymring og må overvåkes.

Nye psykoaktive stoffer på narkotikamarkedene i Europa utgjør fortsatt et folkehelseproblem og utfordrer politikerne. Nyere EU-regelverk har forbedret informasjonsutvekslingen om de nye stoffene som dukker opp på markedet og redusert tiden det tar før disse stoffene blir risikovurdert og underlagt kontroll i hele Europa. Svært sterke syntetiske opioider og cannabinoider skaper problemer i mange miljøer, og når det gjelder fentanylderivater, setter de narkotikabrukerne og personell i førstelinjen i større fare. Prioritering av denne utfordringen har fornyet fokuset på rollen til opioidmotgiften nalokson når det gjelder strategier for tiltak ved overdose og hvor tilgjengelig den er for brukerne.

Vi mener at trusselen narkotika utgjør mot offentlig helse og sikkerhet i Europa, fortsatt krever en tverrfaglig innsats på høyt nivå. Den nye handlingsplanen for EU som ble vedtatt i 2017, skisserer rammene for et nødvendig europeisk samarbeid.

Rapporten vår og analysen den inneholder, viser hvor solid støtte vi har fra våre nasjonale og institusjonelle partnere. Tilbakemeldinger fra de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettverket og nasjonale eksperter setter oss i stand til å lage en unik oversikt over narkotikasituasjonen i Europa. Vi er også takknemlige overfor våre partnere på europeisk plan, særlig Europakommisjonen, Europol, Europeisk senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC) og Det europeiske legemiddelkontor (EMA). I tillegg takker vi de spesialiserte nettverkene som har samarbeidet med oss slik at vi kan integrere topp moderne og nyskapende data i rapporten vår, på områder som analyser av avløpsvann, skoleundersøkelser og narkotikarelaterte akutte sykehusinnleggelser.

Laura d'Arrigo

Styreleder, EMCDDA

Alexis Goosdeel

Direktør, EMCDDA

| Innledende merknad og bidragsyttere

Denne rapporten er basert på informasjon EMCDDA har mottatt fra EUs medlemsstater, søkerlandet Tyrkia, samt Norge i en årlig rapporteringsprosess.

Formålet med rapporten er å gi en oversikt over narkotikasituasjonen i Europa og ulike tiltak for å møte problemene som kan relateres til dette. De statistiske dataene som presenteres gjelder for 2016 (eventuelt siste år med tilgjengelige data). Analyser av trender er bare basert på land som har lagt frem tilstrekkelig tallmateriale til å beskrive endringer i den aktuelle perioden. Leseren bør også være klar over at kartlegging 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 registrert betydelige forbedringer både nasjonalt og når det gjelder hva som er mulig å oppnå i en europeisk analyse, må vi likevel erkjenne de metodologiske utfordringene på området. Dataene må derfor tolkes med varsomhet, særlig når man sammenligner enkeltmål landene imellom. Forbehold og begrensninger for dataene er beskrevet i nettversjonen av rapporten og i Statistical Bulletin, som inneholder detaljerte opplysninger om metoder, forbehold for analyser og kommentarer om begrensningene ved den tilgjengelige informasjonen. Her finnes også informasjon om metodene og dataene som danner grunnlaget for estimater på europeisk plan, hvor dataene kan interpoleres.

For deres bidrag til denne rapporten ønsker EMCDDA å takke:

- | lederne for de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-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 narkotikarbeidsgruppen – 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 regionskontor 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 Plus),
- | 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 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

**Utviklingen i europeiske
land både påvirkes
av og bidrar
til å påvirke globale
narkotikatrender**

Å forstå Europas narkotikaproblemer og utvikle effektive tiltak

I denne kommentaren drøfter vi noen av nøkkelfaktorene som synes å påvirke både mønstrene for narkotikabruk i Europa i 2018 og helse- og sikkerhetsproblemene forbundet med dem. Den overordnede observasjonen er at dagens europeiske narkotikaproblem ikke bare later til å være inne i en spesielt dynamisk fase, men de tilgjengelige dataene tyder også på at tilgangen på narkotika er høy og i enkelte områder til og med økende. Dette innebærer en rekke nye utfordringer for eksisterende nasjonale og europeiske tiltak mot narkotikabruk og narkotikarelaterte problemer, og noen konsekvenser av disse blir drøftet nedenfor.

Tegn på økt produksjon av narkotika i Europa

Utviklingen i europeiske land både påvirkes av og bidrar til å påvirke globale narkotikatrender. For enkelte syntetiske sentralstimulerende midler, for eksempel MDMA, er Europa en storprodusent som eksporterer produkter og ekspertise til andre deler av verden. For cannabis har europeisk

produksjon i noen grad erstattet import og ser ut til å ha innvirket på forretningsmodellene til eksterne produsenter. En konsekvens av dette kan ses i den økte styrkegraden på hasjen som smugles inn i Europa.

Hva angår kokain og heroin, de øvrige to viktigste plantebaserte illegale stoffene, er produksjonen fortsatt konsentrert i henholdsvis latinamerikanske og asiatiske land. Globale data tyder på at produksjonen av begge stoffene har vært økende. Hvilke konsekvenser dette har for Europa, bør undersøkes nøye. Når det gjelder heroin, holder bruken seg, tross stoffets relativt høye renhetsgrad på gatenivå, på et generelt stabilt nivå med et tilsynelatende lavt antall nye brukere. For kokain peker derimot flere trendindikatorer oppover. Dette drøftes mer detaljert nedenfor. For begge stoffene peker imidlertid beslagsdata på nylige endringer i produksjonskjeden som kan få viktige konsekvenser i tiden fremover. Sekundærproduksjon og -ekstraksjon av kokain fra «transportmaterialer» kan fortsatt ses i Europa, og det samme gjelder import av store volumer av stoffet skjult i shippingcontainere. For heroin er laboratorier som omdanner morfin til heroin, blitt oppdaget og destruert i flere europeiske land. En viktig årsak til dette er sannsynligvis at syreanhydrid, en nødvendig kjemisk prekursor for heroinproduksjon, er lett tilgjengelig og atskillig rimeligere i Europa på et tidspunkt da opiumsvalmueavlingene er økende. Denne utviklingen illustrerer ikke bare i hvilken grad moderne nettverk for narkotikaproduksjon henger sammen globalt, men også behovet for å utarbeide tiltak mot narkotika, for eksempel prekursor kontroll, i et globalt perspektiv.

Og selv om europeiske og internasjonale tiltak for å begrense produksjonen og tilgjengeligheten av nye psykoaktive stoffer ser ut til å ha en viss effekt, har det også vært rapportert om produksjon av disse stoffene innenfor Europas grenser. Så langt ser disse utviklingstrendene ut til å være begrensede. Imidlertid kan endringer på dette området potensielt virke raskt inn på narkotikaproblemene, og det er derfor nødvendig å være årvåken for å sikre at Europa står bedre rustet til å reagere på fremtidige trusler av slik art.

Internettsalg: Europa i et globalt marked

Salget av rusmidler på internett er nok et godt eksempel på hvordan endringer kan skje raskt og medføre utfordringer for eksisterende politikk og reaksjonsmodeller. En nylig publisert EMCDDA-Europol-rapport analyserte rollen europeiske leverandører og forbrukere spiller i dette globale markedet. Det ble anslått at EU var ansvarlig for nærmere halvparten av narkotikasalg over «det mørke nettet» i perioden 2011 til 2015. Salget via nettet er for tiden lite i forhold til det totale markedet for omsetning av illegale rusmidler, men det ser ut til å være økende. Mens søkelyset ofte rettes mot det mørke nettet, er det også tydelig at sosiale medier og åpne kanaler på internett kan være av like stor betydning for omsetning av nye psykoaktive stoffer og misbruk av legemidler. Særsilt urovekkende er fremveksten av nye benzodiazepin-relaterte stoffer. Siden 2015 er 14 nye benzodiazepiner blitt rapportert til EUs system for tidlig varsling. Disse stoffene er ikke godkjente legemidler i EU, og lite er kjent om deres toksikologi. Det er imidlertid sannsynlig at risikoen øker dersom de brukes sammen med andre illegale rusmidler eller alkohol. Tilgjengeligheten av både etablerte og nye benzodiazepiner på markedet for illegale rusmidler ser ut til å være økende i enkelte land, og man er kjent med at disse stoffene spiller en viktig, men ofte oversett rolle i overdosedødsfall blant opioidbrukere. Tegn på at bruken av disse stoffene kan være økende blant unge mennesker, gir særsilt grunn til bekymring, og dette er et område som krever ytterligere gransking, politiske vurderinger og forebyggende tiltak. Bruken av benzodiazepiner blant høyrisikobrukere er et emne som blir drøftet i et nettbasert tillegg til denne rapporten.

Konsekvensene av økt tilgang på kokain

Konsekvensene av økende kokainproduksjon i Latin-Amerika ser ut til å gjøre seg gjeldende på det europeiske markedet. For en del lands vedkommende har analyser av avløpsvann gitt et tidlig varsel om økt tilgjengelighet og bruk av stoffet, noe som nå også begynner å gjenspeiles

i andre datakilder. Mens prisen på kokain har vært stabil, er stoffets renhet for tiden på sitt høyeste nivå på over et tiår i Europa. Historisk har mesteparten av det smuglede kokainet i Europa kommet via Den iberiske halvøy. Nylige storbeslag andre steder tyder på at den relative viktigheten av denne ruten kan ha blitt noe redusert, og at kokain i økende grad smugles inn i Europa via store containerhavner. Det er verdt å legge merke til at Belgia gikk forbi Spania som landet med det største beslaglagte volumet av kokain i 2016.

Det er vanskelig å måle kokainbrukens konsekvenser for folkehelsen, ettersom stoffets rolle er vanskelig å vurdere og ofte blir oversett både når det gjelder akutte problemer og mer langsiktige helseskader. Problemene kan imidlertid ventes å forverres hvis bruken, og ikke minst høyrisikobruken, øker. Et av tegnene på at dette kan være i ferd med å skje, er en observert økning i antallet førstegangsinnleggelseser i det spesialiserte behandlingsapparatet knyttet til kokain, selv om disse ikke er på det høye nivået som sist ble registrert for ti år siden. En viss økning i den rapporterte bruken av crack er også observert, og enkelte er urolige for at dette kan begynne å gjøre seg gjeldende i flere land. Generelt er det behov for en bedre forståelse av hvilken behandling som kan være hensiktsmessig for kokainbrukere, herunder hvordan man best kan behandle kokainproblemer som kan foreligge sammen med opioidavhengighet.



Nye psykoaktive stoffer er fortsatt en utfordring for folkehelsen

Suksessen til EUs system for tidlig varsling for nye psykoaktive stoffer viser hvor viktig det er å være forberedt på nye utfordringer. Det er internasjonalt anerkjent at dette systemet har gitt Europa en kapasitet til å identifisere og reagere på fremveksten av nye rusmidler, som har vært fraværende andre steder. En forsterkning av EU-lovgivningen på dette området er nylig innført og har økt rapporteringshastigheten, mens nye informasjonsleverandører fortsatt slutter seg til systemet. Nye psykoaktive stoffer utgjør en stadig større utfordring for narkotikapolitikken. Til sammen overvåker systemet rundt 670 stoffer, og funn av rundt 400 av disse blir rapportert hvert år. Listen over stoffer som dukker opp på rusmiddelmarkedet, blir stadig lengre, med omtrent ett nytt psykoaktivt stoff rapportert ukentlig i Europa. Selv om antallet nye stoffer som dukker opp på markedet, har sunket siden toppen som ble nådd i 2015, er de negative konsekvensene for folkehelsen som skyldes bruken av disse stoffene, fortsatt store.

Da syntetiske opioider og syntetiske cannabinoider begynte å bli knyttet til dødsfall og akutte forgiftninger i Europa, begynte EMCDDA å vurdere flere stoffer enn noen gang for å finne ut hvilke farer de innebærer for folkehelsen. Denne prosessen kan fremskynde juridiske prosesser i hele EU. Verdens helseorganisasjon mottok også data i 2017, og noen av de aktuelle stoffene vurderes nå med henblikk på internasjonal kontroll. Fem fentanylderivater ble undersøkt i 2017. Disse stoffene var tilgjengelige i en rekke nye former, deriblant som nesespray. Iblant ble de også funnet i blandinger med andre stoffer, som heroin, kokain eller falske legemidler, med den følge at brukerne ofte ikke var klar over at de inntok det aktuelle stoffet. Fremveksten av disse kraftige rusmidlene, som ofte kan kjøpes på nettet, medfører betydelige utfordringer for både helsetjenesten og politiet. Stoffene er lette å transportere og skjule, med små volumer som ofte utgjør flere hundre tusen potensielle brukerdoser ute på gaten. I et helseperspektiv forverrer de den allerede tunge belastningen ved dødsfall som skyldes andre opioider. I USA utgjør fentanylderivater nå et vesentlig bidrag til den aktuelle opioidkrisen, og de er i løpet av et kort tidsrom blitt de stoffene som hyppigst forbindes med overdosedødsfall. I Europa har ikke problemet nådd det samme omfanget, men ikke desto mindre understreker rapporter til EMCDDA om dødsfall og ikke-dødelige overdoser forbundet med fentanyl og ikke-kontrollerte fentanylderivater behovet for fortsatt årvåkenhet.

Syntetiske cannabinoider knyttes i økende grad til helseproblemer

Rapporter om helseskader knyttet til nye syntetiske cannabinoider førte til ytterligere fire risikovurderinger utført av EMCDDA i 2017. Syntetiske cannabinoider er forbundet med dødsfall og akutte forgiftninger. En nylig EMCDDA-rapport rettet søkelyset mot de økende helse- og sikkerhetsproblemene bruken av disse stoffene forårsaker i enkelte europeiske fengsler. Det var også åpenbart at problemene iblant forblir uoppdaget, fordi det er enkelt å smugle disse stoffene inn i fengslene og ikke like enkelt å avdekke bruken av dem.

Syntetiske cannabinoider ble først markedsført som lovlige alternativer til naturlige cannabisprodukter, men de skiller seg fra dem på flere måter. Til å begynne med ble syntetiske cannabinoider forbundet med rekreasjonsbruk, men de blir nå brukt på problematiske måter av mer marginaliserte grupper i samfunnet, for eksempel hjemløse. Vår totale innsikt i bruksmønstrene for disse rusmidlene er imidlertid fortsatt begrenset. Der det foreligger informasjon, ser vi at utbredelsen av syntetiske cannabinoider generelt er liten, men skadepotensialet til disse stoffene er likevel betydelig. En indikasjon på dette kan ses i nylige data fra Tyrkia, der en generell økning i antallet narkotikainduserte dødsfall ser ut til delvis å skyldes bruk av syntetiske cannabinoider.

**Syntetiske opioider og
syntetiske cannabinoider
knyttes til dødsfall og
akutte forgiftninger**

Det endrede cannabismarkedet byr på nye politiske utfordringer

Cannabis er fremdeles det mest brukte illegale rusmiddelet i Europa. Stoffets betydning fremgår tydelig av antallet beslag, narkotikalovbrudd, prevalensestimater og nye krav om behandlingsplasser. Utvikling på det amerikanske kontinentet, som omfatter legaliseringen i enkelte jurisdiksjoner, har ført til en rask fremvekst av et kommersielt cannabismarked. Dette fører til at stoffet gjøres tilgjengelig i nye former og med nye systemer for levering til forbrukerne. Disse omfatter cannabis med høy styrke, e-væsker og spiselige produkter. Det lovlige rekreasjonsmarkedet er blitt ledsaget av forskrifter som åpner for bruk av cannabis til medisinske eller terapeutiske formål i enkelte jurisdiksjoner. EMCDDA overvåker disse utviklingene og gir forklarende sammendrag for å belyse noen av spørsmålene som bør drøftes i Europa i denne sammenheng. Blant annet er det mulighet for at de nye formene av stoffet kan dukke opp på det europeiske narkotikamarkedet.

Utviklinger i Nord-Amerika har ført til fornyet interesse for rollen cannabis spiller i bilkjøring i ruspåvirket tilstand. I 2017 arrangerte EMCDDA det tredje internasjonale symposiet om bilkjøring i ruspåvirket tilstand. Rapporten fra internasjonale eksperter som deltok på møtet, belyste hvor vanskelig det er å utarbeide hensiktsmessige politiske tiltak på dette området, et emne som er relevant for landene uavhengig av stoffets juridiske status.

Andre viktige politiske spørsmål på dette området omfatter hvilken behandling som er mest formålstjenlig for cannabisrelaterte lidelser, hvordan politiske tiltak kan samordnes med strategier for å redusere bruken av tobakk, og hvilke tilnærminger som er best for å redusere skadevirkningene av bruken. Cannabisforbruket i Europa er fortsatt høyt historisk sett, og enkelte EU-land har også registrert en økning i den senere tid. Styrken på stoffet er også på et høyt nivå og har vist en tydelig økning de siste ti årene, både for marihuana og hasj. I tillegg til konsekvensene for folkehelsen er det også urovekkende hvordan dette store illegale markedet påvirker sikkerheten i samfunnet og kan bidra til å finansiere organisert kriminalitet. I lys av de mange problemene blir oppgaven med å definere hva som utgjør den mest hensiktsmessige reaksjonen på cannabisbruk, både mer kompleks og viktigere enn noen gang. EMCDDA har som oppgave å øke forståelsen for disse problemene og å gi den korrekte, vitenskapelige og upartiske informasjonen som kreves for en informert diskusjon om dette utfordrende politiske temaet.

Behandling av opioidoverdoser: naloksons rolle

Tallet på overdosedødsfall er fortsatt høyt i Europa, og opioider er involvert i flertallet av tilfellene. Fentanylderivatene inntog på det europeiske narkotikamarkedet gir tyngde til de allerede betydelige argumentene for å øke tilgangen til opioidantagonisten nalokson. Stadig mer tyder på at bedre tilgjengelighet av dette stoffet, kombinert med opplæring i hvordan en overdose kan oppdages og behandles, kan bidra til å forebygge dødsfall blant opioidbrukere. Nalokson blir derfor i økende grad anerkjent i mange land som et viktig element i strategien for å redusere antallet overdosedødsfall. Utbredelsen av fentanylderivater øker risikoen på dette området ytterligere, både på grunn av styrkegraden og fordi de brukes av uerfarne opioidbrukere. De utgjør dessuten en fare for personer som risikerer å komme i kontakt med dem gjennom sitt yrke – for eksempel politifolk. Disse utviklingstrekkene peker mot et presserende behov for å gjennomgå retningslinjene for bruk av nalokson på nytt og styrke opplæringen og bevisstgjøringen av både narkotikabrukere og fagpersoner som kan komme i kontakt med stoffet. Disse gjennomgangene må også ta i betraktning at nye formuleringer som ikke må settes som sprøyter, for eksempel nesenspray, kan legge til rette for bruk av nalokson i flere situasjoner.

Fengsler: en viktig arena for iverksetting av tiltak

Reaksjoner på narkotikabruk innenfor strafferettssystemet er et av emnene som behandles i EMCDDA-publikasjonen *Health and social responses to drug problems: a European guide*. Løslatelse fra fengsel er et tidspunkt med spesielt høy risiko for personer som tidligere har vært opioidbrukere. For å gjøre noe med dette har en rekke land utarbeidet innovative programmer som gir nalokson og opplæring til innsatte som skal løslates fra fengsel. I tillegg til nalokson anses henvisning til egnede behandlingstilbud og sosiale støtteordninger som sentrale tiltak på dette området. Dette fremhever strafferettssystemet generelt og fengslene spesielt som steder av avgjørende betydning for å gripe fatt i problemene til høyrisikobrukere av narkotika. Samfunnet kan oppnå en betydelig gevinst ved å foreta en vurdering av narkotikabrukere og ivareta deres helse- og sosiale behov før løslatelse fra fengsel.

Cannabis er fremdeles det mest brukte ulovlige rusmiddelet i Europa

ANSLAG OVER NARKOTIKABRUK I DEN EUROPEISKE UNION – NØKKELTALL

Cannabis



Voksne (15–64 år)

Siste års bruk **24,0 millioner**

7,2 %



Livstidsbruk **87,6 millioner**

26,3 %



Unge voksne (15–34 år)

Siste års bruk **17,2 millioner**

14,1 %



Nasjonale estimater for siste års bruk

Lavest 3,5 % Høyest 21,5 %



Kokain



Voksne (15–64 år)

Siste års bruk **3,5 millioner**

1,1 %



Livstidsbruk **17,0 millioner**

5,1 %



Unge voksne (15–34 år)

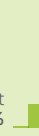
Siste års bruk **2,3 millioner**

1,9 %



Nasjonale estimater for siste års bruk

Lavest 0,2 % Høyest 4,0 %



MDMA



Voksne (15–64 år)

Siste års bruk **2,6 millioner**

0,8 %



Livstidsbruk **13,5 millioner**

4,1 %



Unge voksne (15–34 år)

Siste års bruk **2,2 millioner**

1,8 %



Nasjonale estimater for siste års bruk

Lavest 0,2 % Høyest 7,4 %



Amfetaminer



Voksne (15–64 år)

Siste års bruk **1,7 millioner**

0,5 %



Livstidsbruk **11,9 millioner**

3,6 %



Unge voksne (15–34 år)

Siste års bruk **1,2 millioner**

1,0 %



Nasjonale estimater for siste års bruk

Lavest 0 % Høyest 3,6 %



Opioider



Høyrisikobrukere av opioider

1,3 millioner

Etterspørsel etter narkotikabehandling

Oppgitt som primærrusmiddel i ca. **36 %** av alle søknader om narkotikabehandling i Den europeiske union



Overdosedødsfall

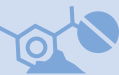
Opioider ble påvist i **84 %** av overdosedødsfall



628 000

opioidbrukere mottok substitusjonsbehandling i 2016

Nye psykoaktive stoffer



15–16-årige skoleelever i 24 europeiske land

Siste års bruk **3,0 %**



Livstidsbruk **4,0 %**



Kilde: ESPAD Report 2015 Additional tables.

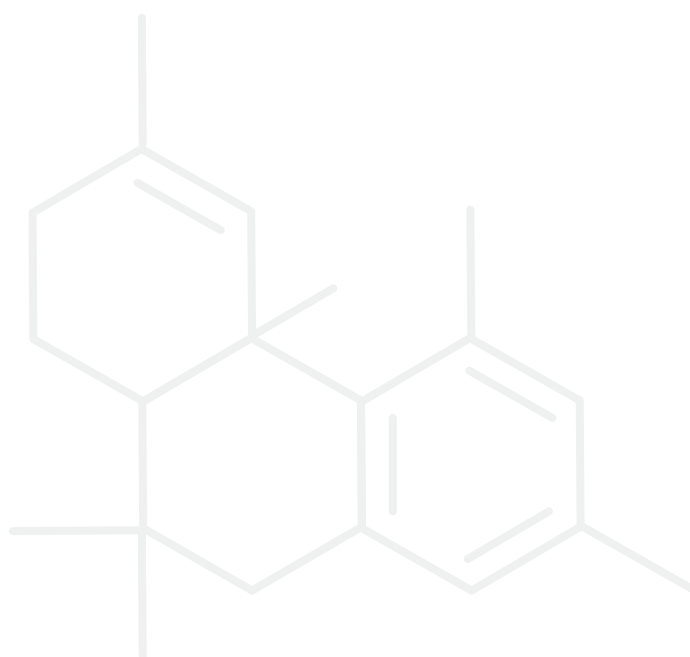
Et eksempel på dette er den potensielle gevinsten ved å trappe opp testing og behandling av smittsomme sykdommer blant innsatte i fengsel. Dette er blitt spesielt viktig som følge av EUs engasjement for å eliminere hepatitt C-viruset. Injisering av narkotika er den fremste smitteveien for denne infeksjonssykdommen. Nye og effektive behandlinger er nå tilgjengelig, men det er fortsatt en utfordring å sørge for at de som er smittet, får tilgang til dem. Fengsler og behandlingstjenester for narkotikabrukere er viktige for å identifisere dem som har en HCV-infeksjon. I 2018 skal EMCDDA støtte et nytt tiltak som skal øke bevisstheten og oppmuntre til testing og behandling av hepatitt C for å få bukt med dette store narkotikarelaterte problemet.

Sørge for at kartlegging fanger opp narkotikaproblemer i endring

Selv om data angående tilgjengeligheten av nye psykoaktive stoffer begynner å bli bedre, er det fremdeles svært vanskelig å anslå etterspørselen etter disse stoffene i Europa. Disse vanskelighetene er enda større når vi tar i betraktning misbruk av videresolgte, falske eller ikke-lisensierte legemidler.

En viktig observasjon er at våre nåværende kartleggingsverktøy kanskje ikke er i stand til å fange opp viktige endringer som er i ferd med å skje med narkotikabruken. Ytterligere investering i etablerte og nye tilnærminger til kartlegging, for eksempel analyse av avløpsvann, nettbaserte spørreundersøkelser og trendanalyser, kreves for å holde tritt med disse endringene. EMCDDA publiserte nylig funnene fra en årlig undersøkelse av narkotikarester i avløpsvann innhentet fra 19 europeiske land, som viste hvor nyttige disse utfyllende informasjonskildene er for å gi et mer oppdatert innblikk i narkotikatrender enn hva de mer tradisjonelle datakildene kan gi.

I tillegg til å støtte innsamling av data innenfor Europa arbeider Den europeiske union også for å bistå land utenfor EU i utviklingen av deres kapasitet for kartlegging. Slike tiltak omfatter teknisk bistand finansiert av Europakommisjonen til søkerland, potensielle søkerland og land som grenser til EU-land. Disse aktivitetene er viktige, ikke bare fordi narkotikaproblemer forverrer helse- og sikkerhetsproblemene som oppleves i land som grenser til EU, men også fordi utviklinger i disse landene gjensidig påvirker narkotikaproblemene vi står overfor i våre egne medlemsstater. Analysen som gjengis i Europeisk narkotikarapport i år, fastslår derfor eksplisitt at for å forstå de nåværende og fremtidige utfordringene som narkotikabruken medfører for Europas helse- og sikkerhetspolitikk, er det også nødvendig å forstå problemets globale dimensjoner.



1

**I global sammenheng
er Europa et viktig
narkotikamarked**

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 som regel 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. Cannabisproduksjonen er hovedsakelig til 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 en rekke nye psykoaktive stoffer. I den senere tid har endringene på markedet for illegale rusmidler i stor grad vært knyttet til globalisering

og ny teknologi, med nye metoder for produksjon og smugling av narkotika og etablering av nye smuglerruter og internettmarkeder.

Overvåking av narkotikamarkeder, forsyning og lovgivning

Analysen som presenteres i dette kapitlet, 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 EMCDDAs nettsider.

Her presenteres også data 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](#).

FIGUR 1.1

Det europeiske markedet for illegale rusmidler: komplekst og med mange nivåer

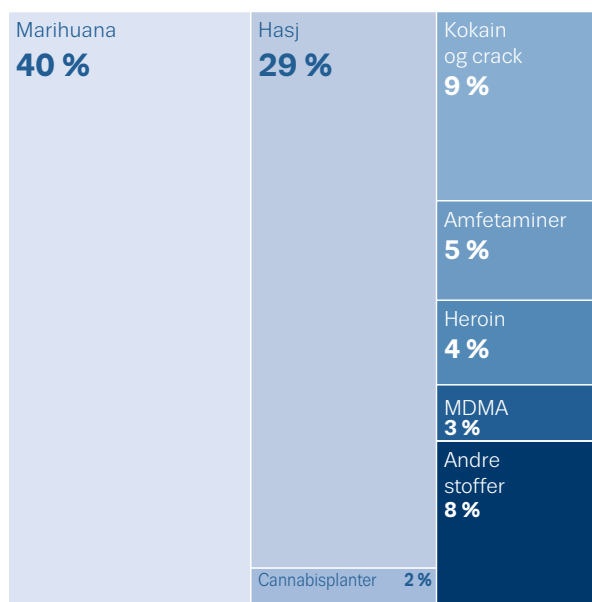
Markeder for illegale rusmidler er komplekse systemer for produksjon og distribusjon som genererer store pengesummer på forskjellige nivåer. Markedets art gjør det vanskelig å overvåke. Et konservativt estimat anslår imidlertid markedsverdien av illegale rusmidler innenfor Den europeiske union til 24 milliarder euro i 2013, der cannabis utgjør den største andelen (38 %), etterfulgt av heroin (28 %) og kokain (24 %).

Selv om fysiske markeder utenfor internett fortsatt dominerer, har de nettbaserte markedene fått stadig større betydning som plattformer for markedsføring og distribusjon av illegale rusmidler i de senere år. Dette har åpnet nye muligheter for å kartlegge aktiviteten innenfor en del av markedet. En nylig EMCDDA- og Europol-analyse identifiserte over 100 markeder på det globale mørke nettet, der selgere og kjøpere bruker diverse teknologier for å skjule sin identitet. Det anslås at to tredjedeler av alle kjøp som fant sted i disse markedene, var narkotikarelaterte. EU-baserte leverandører sto for cirka 46 % av narkotikainntektene i disse markedene mellom 2011 og 2015, og mesteparten tilfalt selgere som befant seg i Tyskland, Nederland og Storbritannia. Sentralstimulerende midler utgjør størsteparten av alt narkotikasalg på det europeiske mørke nettet. Markedene på det mørke nettet dreier seg helst om salg av mindre volumer direkte til brukere, selv om en analyse av én markeds plass, Alphabay, fant at sammenlignet med andre stoffer var en høyere andel MDMA-kjøp blitt foretatt med henblikk på videresalg.

Over en million beslag av illegale rusmidler

Politiets og tollvesenets beslag av illegale rusmidler gir en viktig indikasjon på narkotikamarkedene, med over 1 million rapporterte narkotikabeslag i 2016 i Europa. De fleste rapporterte beslagene gjelder mindre kvanta som ble konfiskert fra brukere. Partier på flere kilo narkotika beslaglagt fra smuglere og produsenter utgjør imidlertid størsteparten av den totale mengden beslaglagte stoffer. Cannabis er det narkotiske stoffet som beslaglegges oftest, og står for over 70 % av det totale antallet beslag i Europa (figur 1.1). De tre landene som rapporterer om det høyeste antallet beslag, og som til sammen står for over 60 % av alle narkotikabeslag i EU, er Spania, Storbritannia og Frankrike.

Antall rapporterte narkotikabeslag, fordelt på stoff, 2016



Imidlertid finnes det ingen tilgjengelige data om antall beslag i Nederland og Polen, mens data fra 2015 er de nyeste som er tilgjengelig for Tyskland, Irland og Slovenia. Dette gir analysen en viss grad av usikkerhet.

Cannabis: Beslag av hasj dominerer, men mengden marihuana er økende

Det er i hovedsak to cannabisprodukter som tilbys på det europeiske narkotikamarkedet: marihuana og hasj. Cannabisolje forekommer relativt sjelden. Med en estimert minimumsverdi på 9,3 milliarder euro (sannsynlig intervall: 8,4–12,9 milliarder euro), eller 38 % av totalen, er cannabisprodukter det som utgjør størsteparten av markedet for illegale rusmidler i EU. 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. Selv om den europeiske hasjproduksjonen er i fremvekst, blir mesteparten importert. Marokko er den fremste leverandøren, mens rapporter tyder på at Libya er blitt et sentralt knutepunkt for smugling av hasj. I tillegg er Vest-Balkan en kilde til både marihuana og cannabisolje.

I 2016 ble det rapportert 763 000 beslag av cannabisprodukter i EU, hvorav 420 000 av marihuana, 317 000 av hasj og 22 000 av cannabisplanter. Siden 2009 er det gjort flere beslag av marihuana enn av hasj i Europa, og trendene er relativt stabile når det gjelder beslag av begge rusmidlene etter 2011 (figur 1.2). Det beslaglegges imidlertid mer enn tre ganger så mye hasj som marihuana (424 kontra 124 tonn). Dette kan til dels forklares med at hasj for det meste smugles i store mengder over lange avstander og på tvers av landegrenser, noe som gjør det mer utsatt for å bli oppdaget. I analysen av mengden cannabis som beslaglegges, har noen få land spesielt høye tall fordi de ligger langs en av de store smuglerrutene for cannabis. For eksempel sto Spania, som er et av de viktigste innførselsstedene for hasj produsert i Marokko, for over tre fjerdedeler (76 %) av den totale mengden som ble beslaglagt i Europa i 2016 (figur 1.3).

En økning av mengden marihuana som ble beslaglagt i 2016, er delvis koblet til rapporterte økninger i Spania, Hellas og Italia. Også Tyrkia rapporterte beslag av et større kvantum marihuana i 2016 (111 tonn) enn i 2015.

Beslag av cannabisplanter kan ses som en indikator på innenlandsk produksjon av stoffet. Forskjeller landene imellom, når det gjelder både rapportering og politiets prioriteringer og ressurser, tilsier imidlertid at man skal være forsiktig med å tolke tallene for beslag av cannabisplanter. Antall planter som ble beslaglagt i Europa, nådde en topp på 11,5 millioner i 2015 som følge av intensiv håndheving av forbudet i Nederland det året. I 2016 falt det til 3,3 millioner planter, et nivå i samsvar med tidligere år. Det ble i 2016 rapportert 1200 beslag av cannabisolje, nesten fire ganger så mange som i 2015, der Tyrkia (53 l) og Danmark (14 l) sto for de største beslagene.

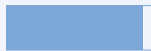
CANNABIS



HASJ

Beslag

Antall

317 000 EU  **332 000** EU + 2

Mengde

424 EU  **463** EU + 2

Pris

(euro/g)



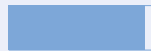
Styrke

(% THC)

MARIHUANA

Beslag

Antall

420 000 EU  **454 000** EU + 2

Mengde

124 EU  **235** EU + 2

Pris

(euro/g)



Styrke

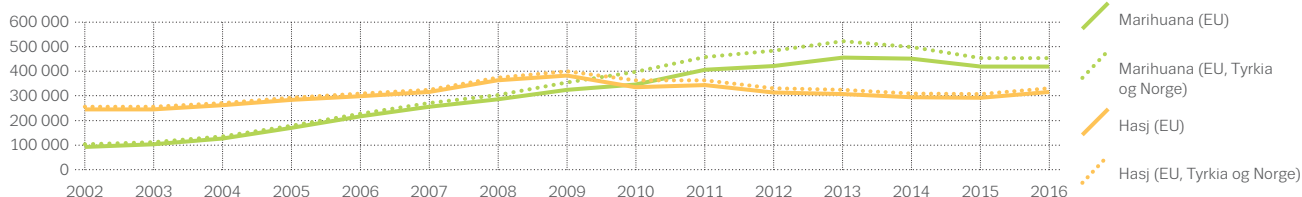
(% THC)

NB: 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.

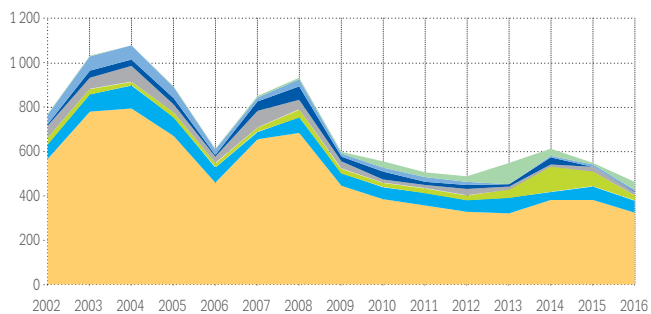
FIGUR 1.2

Trender i antall cannabisbeslag og beslaglagte kvanta: hasj og marihuana

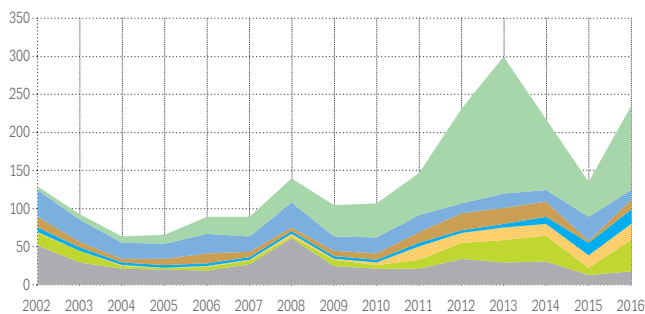
Antall beslag



Hasj (tonn)



Marihuana (tonn)



Tyrkia Italia Frankrike Spania Storbritannia Portugal Andre land

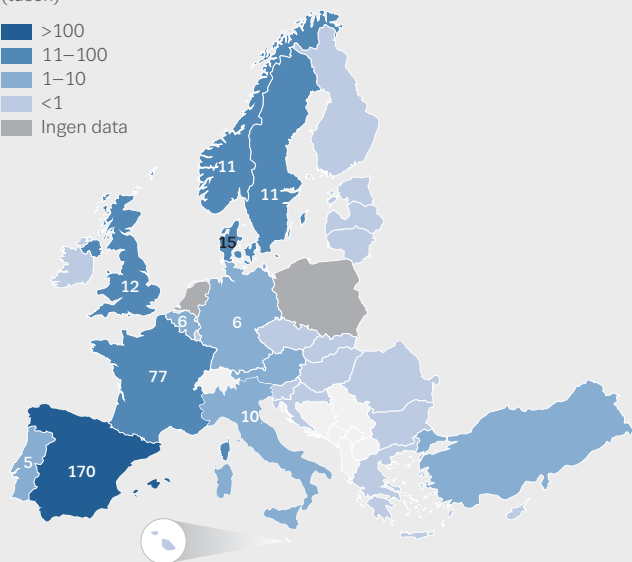
Tyrkia Italia Frankrike Spania Storbritannia Hellas Andre land

FIGUR 1.3

Beslag av hasj og marihuana, 2016 eller siste år med tilgjengelige data

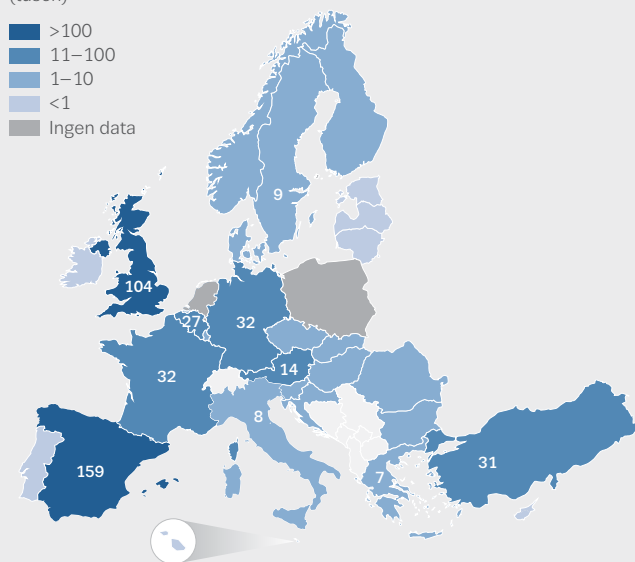
Antall hasjbeslag (tusen)

>100
11–100
1–10
<1
Ingen data



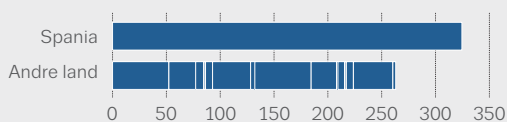
Antall marihuana-beslag (tusen)

>100
11–100
1–10
<1
Ingen data

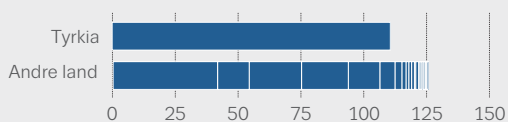


NB: Antall beslag (tusen) for de 10 landene med høyest verdier.

Beslaglagte kvanta av hasj (tonn)



Beslaglagte kvanta av marihuana (tonn)



Analysen av indekserte trender fra landene som det finnes sammenhengende data fra, viser en kraftig økning i styrkegrad (innholdet av tetrahydrocannabinol, THC) i både marihuana og hasj siden 2006. Styrken økte for begge former for cannabis frem til 2013. Etter den tid har styrkegraden for marihuana vært stabil, mens styrkegraden for hasj har fortsatt å øke. Årsakene til denne økende styrken kan være innføringen av intensive produksjonsteknikker i Europa, lanseringen av planter med høy styrke og nye teknikker i Marokko, og nye hasjprodukter basert på flere arter eller hybride planter. Mens hasj i gjennomsnitt er sterkere enn marihuana, tyder dataene på at de ligger nokså likt i pris.

Heroinbeslag: nedgang i mengden


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 EU-landene i 2013. 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. Andre opioider som er tilgjengelige på ulovlige markeder, er opium samt legemidlene morfin, metadon, buprenorfin, tramadol og diverse fentanylderivater. Noen opioider kan være videresolgt fra lovlige farmasøytiske leveranser, mens andre er ulovlig produsert.

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. Ulovlig produksjon av opioider i Europa har inntil nylig vært begrenset til hjemmelagde valmueprodukter produsert i enkelte østlige land. De senere års oppdagelse av flere laboratorier der morfin omdannes til heroin, i Nederland, Spania og Tsjekkia, tyder på at en del heroinproduksjon foregår i Europa. Denne endringen kan skyldes at leverandører prøver å kutte kostnader ved å utføre de siste fasene av heroinproduksjon i Europa, der prekursorer som syreanhydrid kan skaffes til lavere priser enn i de opiumsproduserende landene. Produksjon av stoffet nærmere forbrukermarkedet kan også ha som siktemål å redusere risikoen for beslaglegging.

HEROIN

Beslag

Antall

38 000 EU  **47 000** EU + 2

Mengde

4,3 EU  **9,9** EU + 2

Pris

(euro/g)

140 €
35–65 €
22 €

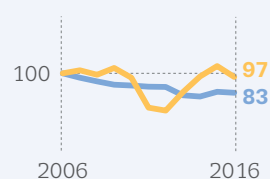
Renhet

(%)

41 %
15–29 %
11 %

Indekserte trender

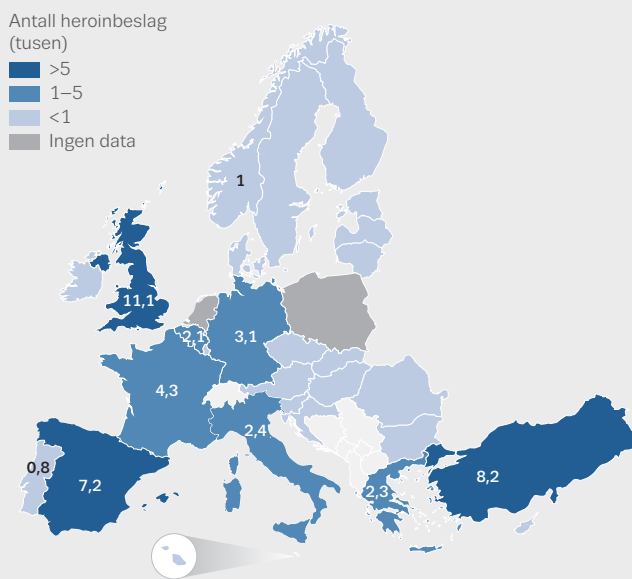
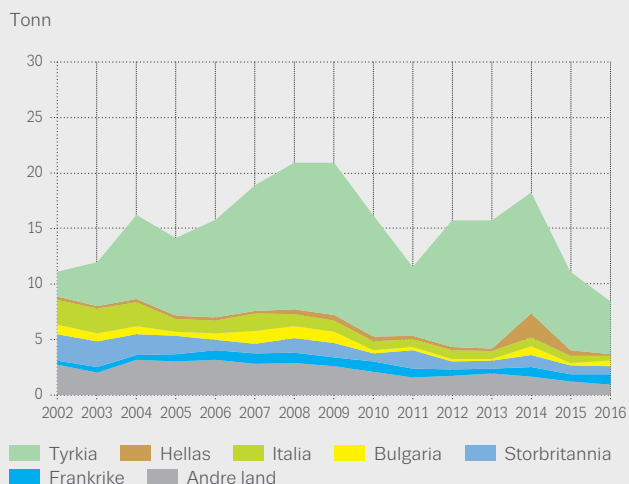
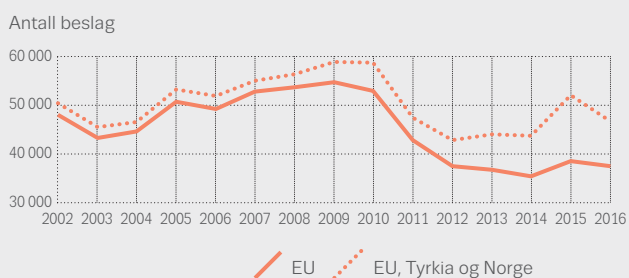
Pris og renhet



NB: 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.

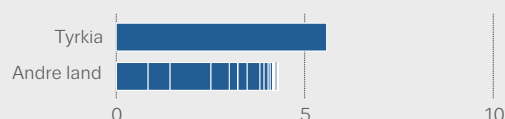
FIGUR 1.4

Antall heroinbeslag og beslaglagte kvanta: trender og 2016 eller siste år med tilgjengelige data



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

Beslaglagte kvanta av heroin (tonn)



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.

Narkotikamarkedet i en rekke europeiske land erfarte en redusert tilgang på heroin i 2010/11. Dette kom til uttrykk i en generell nedgang i antallet beslag fra 2009 til 2014, før markedene stabiliserte seg i 2015 og 2016. Mellom 2002 og 2014 ble mengden beslaglagt heroin halvert innenfor EU, fra 10 til 5 tonn, og den har stabilisert seg i de senere år på 4,3 tonn registrert i 2016. Tyrkia beslaglegger fortsatt

TABELL 1.1

Beslag av andre opioider enn heroin i 2016

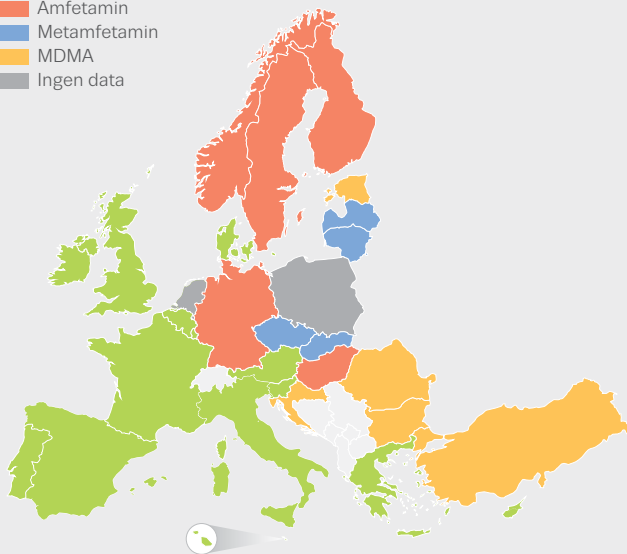
Opioid	Antall	Mengde			Antall land
		kg	liter	tabletter	
Metadon	1 245	21,75	1,84	115 906	16
Buprenorfin	3 523	1,94	0,0005	69 373	16
Tramadol	3 553	2,03		63 412 688	16
Fentanylderivater	738	1,55	1,2	11 792 (*)	12
Morfin	225	11,08		4 201	13
Opium	335	327,5			10
Kodein	339	20,65		9 506	9
Oksykodon	12	0,005		107	6

(*) Papirlapper eller trekkpapper.

FIGUR 1.5

Hyppigst beslaglagte sentralstimulerende middel i Europa, 2016 eller nyeste data

- Kokain
- Amfetamin
- Metamfetamin
- MDMA
- Ingen data



mer heroin enn alle de andre europeiske landene til sammen (figur 1.4), til tross for at mengden heroin som ble beslaglagt i Tyrkia, falt fra 8,3 tonn i 2015 til 5,6 tonn i 2016. Analyser av indekserte trender fra landene det finnes sammenhengende data fra, tyder på at heroinets renhetsgrad etter en periode med rask økning fra et bunnivå i 2012, ble redusert i 2016 sammenlignet med 2015, mens prisen har vært nedadgående de siste ti årene.

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 tramadol, buprenorfin og metadon de vanligste (se tabell 1.1). I 2016 skjedde en stor økning i antallet beslaglagte tramadoltabletter, og det ble også beslaglagt langt større mengder fentanylderivater.

Det europeiske markedet for sentralstimulerende midler: regionale forskjeller

Av illegale sentralstimulerende midler som er tilgjengelig i Europa, er kokain, amfetamin, metamfetamin og MDMA de som er mest utbredt. Omsetningsverdien for sentralstimulerende midler innenfor EU ble i 2013 anslått til 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 vestlige og sørlige land, mens beslag av amfetaminer og MDMA dominerer i det nordlige og østlige Europa.

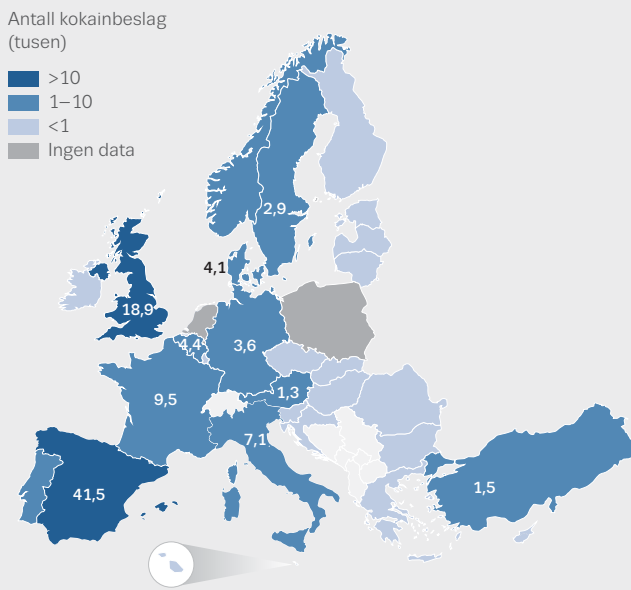
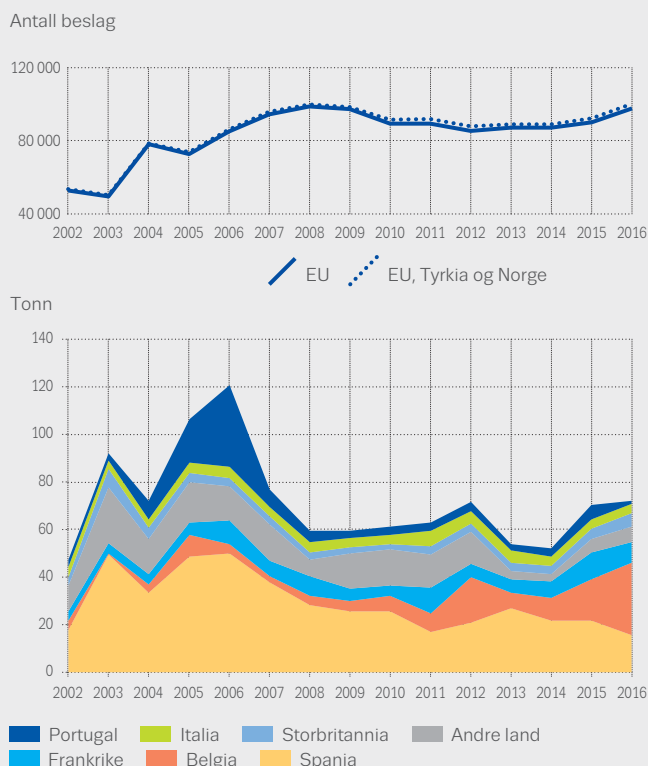
Kokainmarkedet: fortsatt i vekst

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 og privatfly til private yachter og skipscontainere. I 2013 ble det omsatt kokain i EU til en verdi av minst 5,7 milliarder euro.

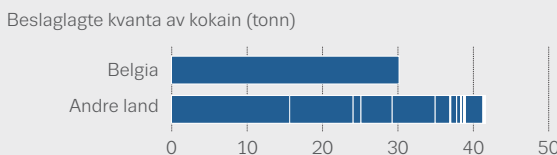
Heroin er det vanligste opioidet på markedet i EU-landene

FIGUR 1.6

Antall kokainbeslag og beslaglagte kvanta: trender og 2016 eller siste år med tilgjengelige data



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

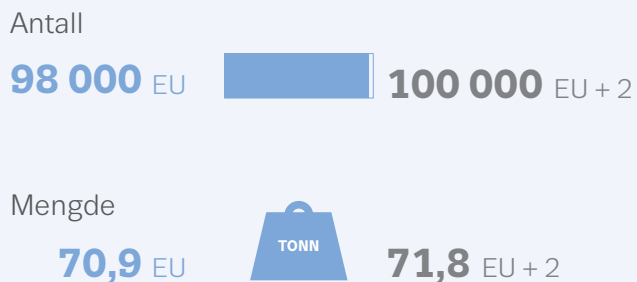


Totalt ble det rapportert 98 000 beslag av kokain i EU i 2016, et kvantum på 70,9 tonn. Sammenlignet med året før var det en liten økning i mengden kokain som ble beslaglagt i 2016 og en mer markant økning i antall beslag (se figur 1.6). Med beslag på rundt 30 tonn kokain, eller 43 % av den anslåtte totale mengden i EU i 2016, var

Belgia landet med den største beslaglagte mengden av stoffet per år, etterfulgt av Spania (15,6 tonn). Det ble også rapportert om beslag på over 5 tonn av stoffet i Frankrike (8,5 tonn) og Storbritannia (5,7 tonn). Alt i alt tyder indekserte trender på at den oppadgående trenden for kokainets renhetsgrad, som har vart siden 2010, har

KOKAIN

Beslag



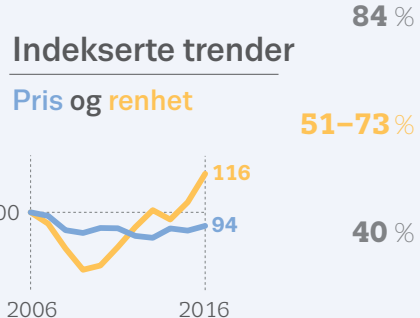
Pris

(euro/g)



Renhet

(%)



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

fortsatt i 2016 og gjort kokainets renhetsgrad til den høyeste som er registrert det siste tiåret.

Det ble også gjort beslag av andre kokaprodukter i Europa i 2016, blant annet 569 kg kokainholdig væske og 3 kg kokablader. I tillegg tyder beslaget av 79 kg kokapasta i Spania og ytterligere 7 kg i Italia på at det finnes illegale laboratorier som produserer kokainhydroklorid i Europa. Denne utviklingen tyder på en omlegging av produksjonstaktikken i enkelte kriminelle organisasjoner, for tidligere har de fleste kokainlaboratoriene som er blitt oppdaget i Europa, vært anlegg for etterekstraksjon, der kokainet trekkes ut av stoffet det har vært blandet i (som vin, klær eller plast).

Narkotikaproduksjon: utviklingen av kjemiske prekursorer

Narkotikapreksursorer er kjemikalier som brukes i fremstillingen av illegale narkotiske stoffer. Ettersom det finnes lovlige formål for bruken av mange av dem, er de ikke forbudte, men omsetningen av dem overvåkes og styres av EU-regelverket, som listefører visse kjemiske

stoffer. Tilgjengeligheten av slike stoffer har stor innvirkning på markedet for syntetiske stoffer og på produksjonsmetodene som brukes i de illegale laboratoriene. Produksjonsteknikkene er i konstant utvikling for å omgå regelverket, og typiske endringer omfatter bruken av ikke-listeførte kjemikalier i produksjonen av syntetiske stoffer eller deres utgangsstoffer, for eksempel det nylig oppdagede stoffet N-t-BOC-MDMA (N-tert-butyloksykarbonyl-MDMA). Den ekstra behandlingen krever flere kjemikalier og produserer mer avfall, noe som kan føre til skader på miljøet.

Data om beslag og forsendelser av narkotikapreksursorer som er blitt stoppet, bekrefter at både listeførte og ikke-listeførte kjemikalier brukes i produksjonen av illegale rusmidler i EU, særlig i amfetaminer og MDMA (tabell 1.2). Listeføringen av BMK (benzylmetylketon)-prekursoren APAAN (alfa-fenylacetoacetonitril) på slutten av 2013 fortsetter å ha virkning, for beslagene gikk ned fra 48 tonn i 2013 til rundt 600 kg i 2016. Beslag av alternative kjemikalier APAA (alfa-fenylacetoacetonitril) og glycidysynderivater av BMK som også enkelt kan omdannes til BMK, og som først ble rapportert i 2015, hadde en kraftig økning i 2016.

TABELL 1.2

Oversikt over beslag og stoppede forsendelser av EU-listeførte utgangsstoffer (prekursorer) og ikke-listeførte kjemikalier til bruk i utvalgte syntetiske stoffer produsert i EU, 2016

Listeførte / ikke-listeførte	Beslag		Stoppede forsendelser		TOTALT	
	Antall	Mengde	Antall	Mengde	Antall	Mengde
MDMA eller beslektede stoffer						
PMK (liter)	8	1 077	0	0	8	1 077
Safrol (liter)	5	63	0	0	5	63
Piperonal (kg)	2	1	4	7 700	6	7 701
Glycidysynderivater av PMK (kg)	16	5 905	1	1 000	17	6 905
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	123	0	0	1	123
Amfetamin og metamfetamin						
Efedrin, bulk (kg)	33	64	0	0	33	64
BMK (liter)	24	2 506	0	0	24	2 506
Pseudoefedrin, bulk (kg)	12	20	0	0	12	20
APAAN (kg)	7	597	0	0	7	597
PAA, fenyleddisyre (kg)	0	0	5	112	5	112
APAA (kg)	27	5 884	2	2 025	29	7 909
Glycidysynderivater av BMK (kg)	19	3 290	0	0	19	3 290

Beslag av både PMK (piperonylmetylketon) og ikke-listeførte kjemikalier til MDMA-produksjon økte i 2016. Beslag av PMK i Frankrike, PMK-glycidsyrederivater i Bulgaria og stoppede forsendelser av utgangsstoffer i Spania tyder på at smuglerrutene er i ferd med å bli flere.

Amfetamin og metamfetamin: beslagene holder seg stabile

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.

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 og Tyskland. Noen av disse landene har rapportert om destruering av laboratorier der siste fase av omdannelsen av amfetaminolje til amfetaminsulfat finner sted. Dette tyder på at denne fasen i produksjonsprosessen er blitt flyttet, noe som antas å henge sammen med at enkelte grupper foretrekker å smugle væsker fremfor det ferdige produktet, for å unngå beslaglegging.

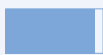
Det fremstilles også en del amfetamin for eksport, særlig til Midtøsten, Asia og Oseania. Beslagene av amfetamintabletter med Captagon-logo har også økt i den senere tid, spesielt i Tyrkia, der over 13 millioner tabletter ble beslaglagt i 2016.

AMFETAMINER



AMFETAMIN

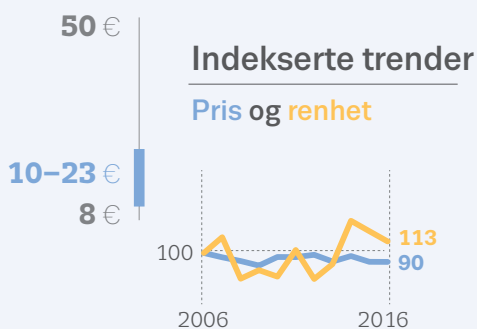
Beslag

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

Mengde
5,7 EU  **9,5** EU + 2

Pris

(euro/g)



Renhet

(%)

METAMFETAMIN

Beslag

Antall
9 000 EU  **14 000** EU + 2

Mengde
0,5 EU  **0,8** EU + 2

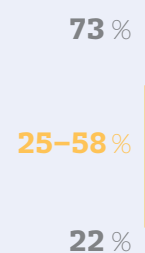
Pris

(euro/g)



Renhet

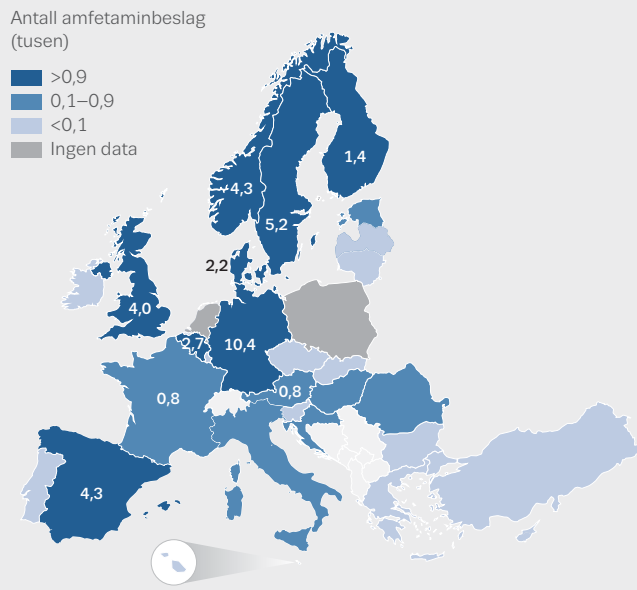
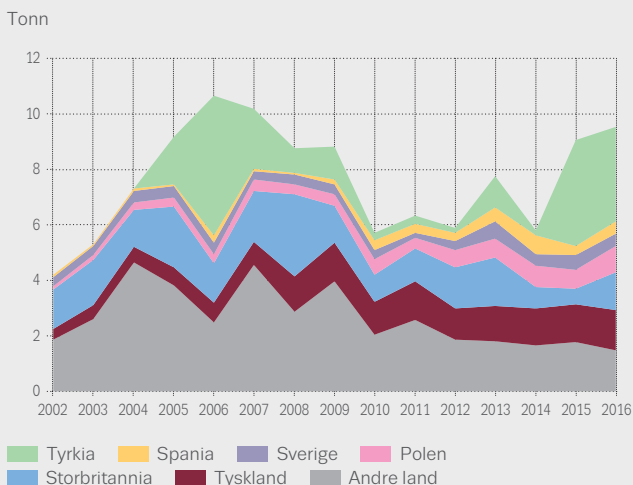
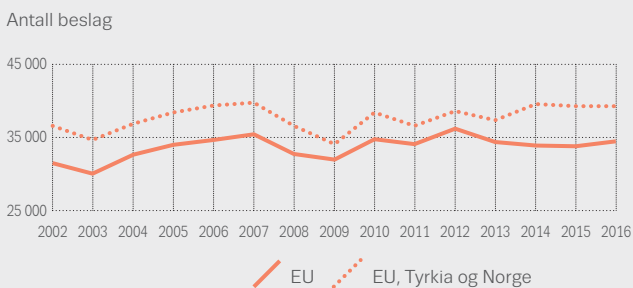
(%)



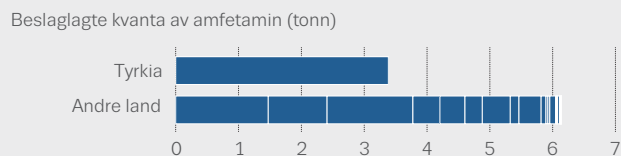
NB: EU + 2 viser til EU-medlemsstatene pluss Tyrkia og Norge. Pris og renhet på amfetaminer: nasjonale middelverdier – minimum, maksimum og interkvartil avstand. De ulike indikatorene dekker ulike land. Indekserte trender er ikke tilgjengelig for metamfetamin.

FIGUR 1.7

Antall amfetaminbeslag og beslaglagte kvanta: trender og 2016 eller siste år med tilgjengelige data



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



Tsjekia har lenge forsynt det europeiske markedet med metamfetamin, men i den senere tid skjer dette også i grensetraktene i Tsjekias naboland. I Tsjekia fremstilles metamfetamin for det meste fra utgangsstoffet pseudoefedrin, som utvinnes fra legemidler importert hovedsakelig fra Polen eller i økende grad fra andre steder gjennom Polen. Stoffet kan også produseres på basis av BMK. I 2016 lå 261 av de 291 illegale metamfetaminlaboratoriene som ble rapportert i Den europeiske union, i Tsjekia. Mindre laboratorier som forsyner hjemmemarkedet, dominerer. Imidlertid ble det også rapportert om storskalaanlegg drevet av organiserte kriminelle grupper, der det ble produsert metamfetamin til andre europeiske land.

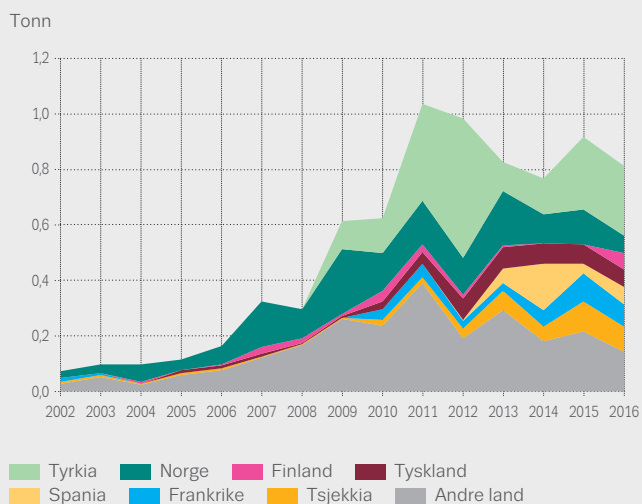
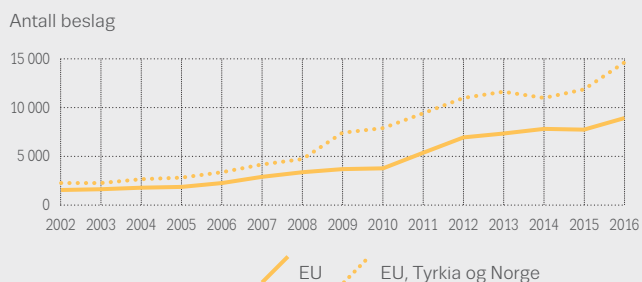
I 2016 rapporterte EU-medlemsstatene om 34 000 beslag av amfetamin, noe som utgjorde 5,7 tonn. Beslaglagte kvanta amfetamin i EU har svingt mellom 5 og 6 tonn siden 2010, men holder seg på et stabilt nivå (figur 1.7). Tallene for beslag av metamfetamin er mye lavere; 9 000 beslag ble gjort i EU i 2016, til sammen 0,5 tonn, og det største beslaget ble gjort i Tsjekia (figur 1.8). Antall beslag av

metamfetamin har vært økende siden 2002, mens mengden som er blitt beslaglagt, har vært relativt stabil siden 2009. I 2016 ble store mengder amfetaminpreparater også beslaglagt i Tyrkia, primært i form av Captagon (1,3 millioner tabletter eller cirka 3,4 tonn amfetamin), i tillegg til 0,25 tonn metamfetamin.

Den gjennomsnittlige renheten er vanligvis høyere for metamfetamin enn for amfetamin.

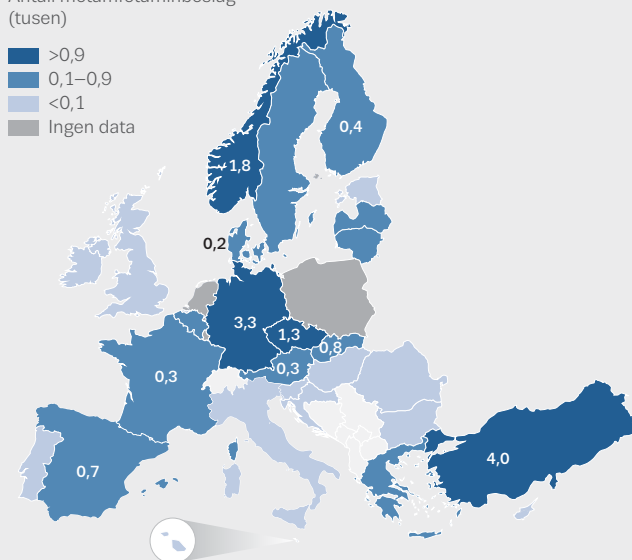
FIGUR 1.8

Antall metamfetaminbeslag og beslaglagte kvanta: trender og 2016 eller siste år med tilgjengelige data



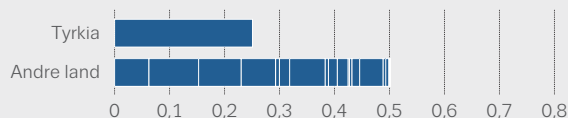
Antall metamfetaminbeslag (tusen)

- >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)



MDMA: økt produksjon og økte beslag

Det syntetiske stoffet MDMA (3,4-metylendioksy-metamfetamin) 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. I 2013 ble markedsverdien av MDMA i EU anslått til rundt 0,7 milliarder euro. Etter en periode med lite MDMA på

MDMA



Beslag

Antall

24 000 EU 31 000 EU + 2

Mengde

5,3 EU MILLIONER TABLETTER 9,1 EU + 2

295 EU KG 306 EU + 2

Pris

(euro/tablett)

16 €
6–11 €
4 €

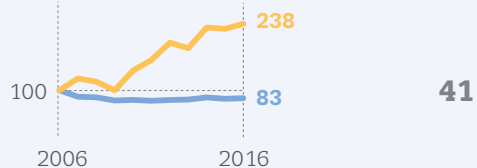
Renhet

(mg MDMA/ tablett)

168
86–152
41

Indekserte trender

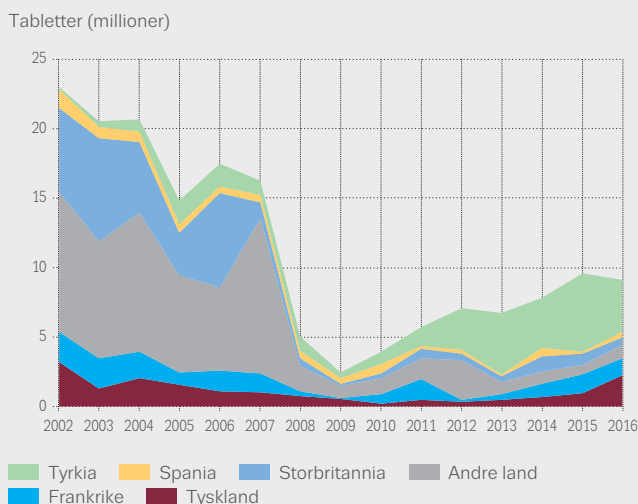
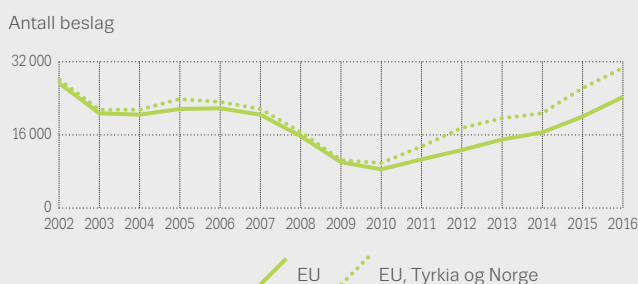
Pris og renhet



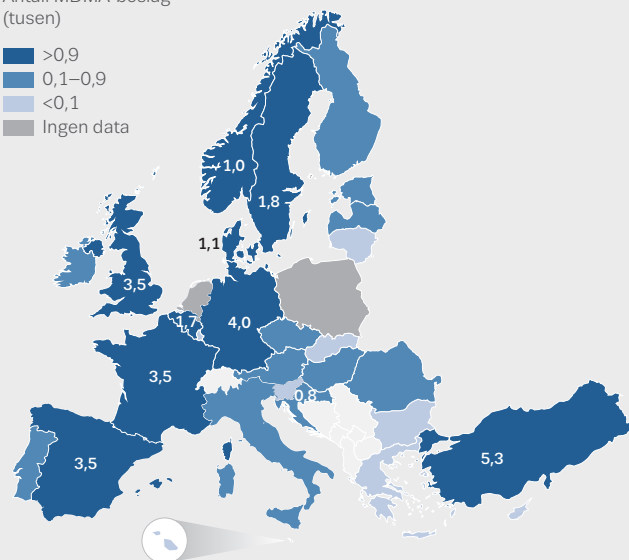
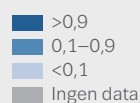
NB: EU + 2 viser til EU-medlemsstatene pluss Tyrkia og Norge. Pris og renhet på MDMA: nasjonale middelerverdier – minimum, maksimum og interkvartil avstand. De ulike indikatorene dekker ulike land.

FIGUR 1.9

Antall MDMA-beslag og beslaglagte kvanta: trender og 2016 eller siste år med tilgjengelige data

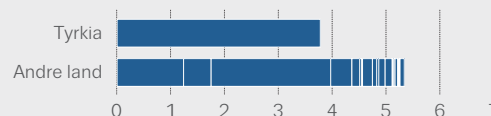


Antall MDMA-beslag (tusen)



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

Beslaglagte MDMA-tabletter (millioner)



markedet på grunn av mangel på de nødvendige kjemiske utgangsstoffene har MDMA-markedet i de senere år tatt seg opp igjen. Gjennomsnittsinholdet av MDMA i tabletter har vært økende siden 2009, 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, og 11 MDMA-laboratorier ble destruert i EU i 2016 (10 i Nederland og 1 i Belgia), mer enn det dobbelte av antallet i 2015. MDMA som produseres i Europa, blir også eksportert til andre deler av verden. For eksempel rapporterte politiet i Australia at det største enkeltbeslaget av MDMA i Australia i 2016 (1,2 tonn) stammet fra Europa.

Det er vanskelig å analysere nyere trender i MDMA-beslag på grunn av mangelen på data fra enkelte land som sannsynligvis ville gitt utslag på totalen. Ingen data fra 2016 er tilgjengelige fra Nederland, og antall beslag i Tyskland og Polen er heller ikke tilgjengelig. I fravær av disse vesentlige bidragene er beslaglagte kvanta av MDMA i EU i 2016 likevel blitt anslått til 5,3 millioner tabletter og 295 kg MDMA-pulver.

Det totale antallet rapporterte MDMA-beslag har fortsatt å stige siden 2010, mens beslaglagte kvanta i samme periode også har økt noe, selv om mengden kan variere fra år til annet. Store kvanta MDMA ble også beslaglagt i Tyrkia i 2016, i form av 3,8 millioner tabletter (figur 1.9). Indekserte trender viser at MDMA-innholdet i beslaglagte tabletter har økt betydelig i de senere år.

Beslag av LSD, GHB, ketamin og mefedron

Det ble også gjort beslag av andre illegale rusmidler i EU i 2016, blant annet om lag 1 700 beslag av LSD (lysergsyredietylamid), eller 97 000 enheter. Totalt antall LSD-beslag er nesten fordoblet siden 2010, men beslaglagte kvanta har variert. Fjorten EU-land rapporterte rundt 1 800 beslag av ketamin, til sammen cirka 83 kg, hvorav det meste i Danmark, Italia og Storbritannia. Også Norge rapporterte om et mindre antall ketaminbeslag – 50 beslag, som utgjorde 0,2 kg. Tretten EU-land pluss Norge og Tyrkia rapporterte om beslag av GHB (gammahydroksybutyrat) eller GBL (gammabutyrolakton) i 2016. Samlet utgjorde den estimerte totalen på 1 700 beslag nærmere 360 kg og 1 400 liter av stoffet, der Norge sto for over en fjerdedel av det totale antallet beslag.

Nye psykoaktive stoffer: et komplekst marked

Ved utgangen av 2017 overvåket EMCDDA over 670 nye psykoaktive stoffer som er blitt identifisert i Europa. Disse stoffene består av alt fra syntetiske cannabinoider og sentralstimulerende midler til opioider og benzodiazepiner og er ikke definert 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 eksperimenterer med slike nye stoffer.

Oftest produseres de i bulk av kjemisk og farmasøytisk industri i Kina. Derfra sendes de til Europa, hvor de blir bearbeidet til produkter og pakket og solgt. En del nye stoffer kan i utgangspunktet være legemidler som blir videregitt, enten fra den lovlige forsyningskjeden eller etter illegal import. 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.

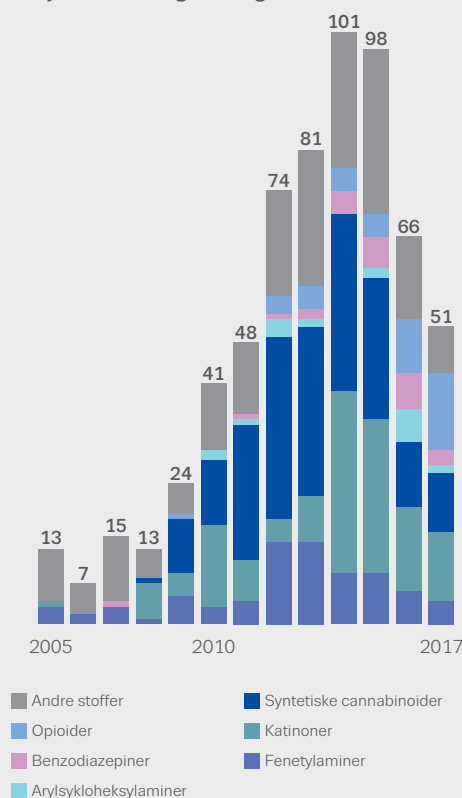
En del nye stoffer selges åpent i spesialiserte butikker og på internett – ofte merket som «legal high»-produkter, eller lovlige rusmidler. I tillegg selges de på markedene på det mørke nettet og på det illegale marked, noen ganger under eget navn, andre ganger påstås de å være illegale rusmidler som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

Nesten 70 % av de nye stoffene som er påvist gjennom EUs system for tidlig varsling, er stoffer som er blitt oppdaget de siste fem årene. I 2017 ble 51 nye stoffer oppdaget for første gang i Europa. Dette er færre enn de siste fem årene, og representerer en nedgang fra toppnivået på rundt 100 nye påvisninger per år i 2014 og 2015. Årsakene til nedgangen er ikke klar, men noe av forklaringen kan ligge i tiltakene nasjonale myndigheter i Europa har iverksatt for å forby nye stoffer, og da spesielt åpent salg av dem. En annen viktig faktor kan også være kontrolltiltakene og politiets innsats i Kina mot laboratorier for produksjon av nye stoffer.

Antallet nye stoffer som påvises for første gang hvert år, er bare én av mange indikatorer EMCDDA bruker for å forstå markedet. Et eksempel som illustrerer hvor komplekst dette markedet er blitt, er at over 50 % (369) av de nye stoffene som for øyeblikket blir overvåket, fremdeles var å finne på det europeiske narkotikamarkedet i 2016.

FIGUR 1.10

Antall og kategorier av nye psykoaktive stoffer rapportert for første gang til EUs system for tidlig varsling, 2005–2017



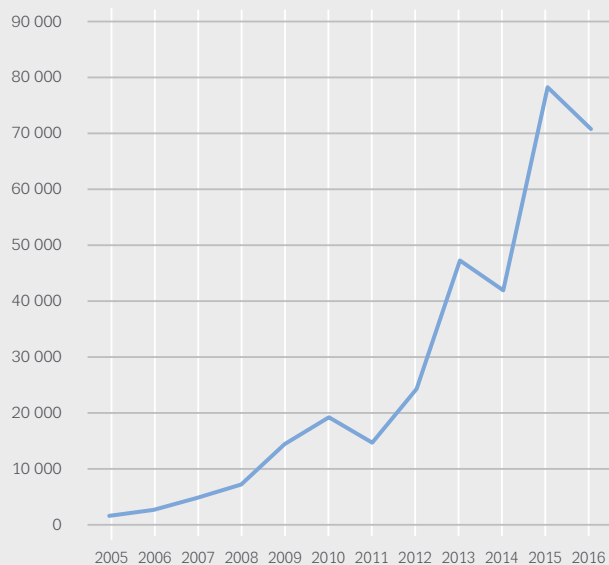
Beslag av nye psykoaktive stoffer: syntetiske katinoner og cannabinoider dominerer fortsatt

I 2016 ble det rapportert nærmere 71 000 beslag av nye psykoaktive stoffer gjennom EUs system for tidlig varsling (figur 1.11). Til sammen utgjorde syntetiske katinoner og syntetiske cannabinoider nærmere 80 % av alle beslag og 80 % av alle kvanta for nye stoffer som ble beslaglagt i 2016. Det ble observert en nedgang i totale beslaglagte kvanta i 2016 sammenlignet med året før. Imidlertid økte de beslaglagte mengdene av syntetiske katinoner, benzodiazepiner og syntetiske opioider. Europeiske beslagstall må imidlertid leses som minimumsverdier, da 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 rettshåndhevingsorganenes rapporteringspraksis.

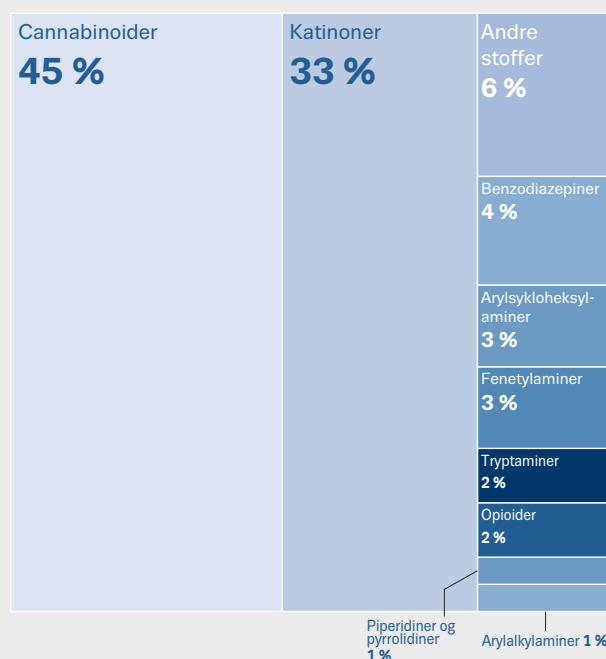
FIGUR 1.11

Antall beslag av nye psykoaktive stoffer rapportert til EUs system for tidlig varsling: trender og fordeling etter kategori i 2016

Antall beslagsrapporter



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



Nye syntetiske opioider

Totalt er 38 nye opioider blitt påvist på narkotikamarkedet i Europa siden 2009, medregnet de 13 som ble rapportert for første gang i 2017. Tallet omfatter 28 fentanylderivater, og av disse ble 10 rapportert for første gang i 2017. Selv om de nye fentanylderivatene spiller en liten rolle i dagens europeiske narkotikamarked, er disse stoffene svært sterke og utgjør en alvorlig helsetrussel både for den enkelte og for folkehelsen.

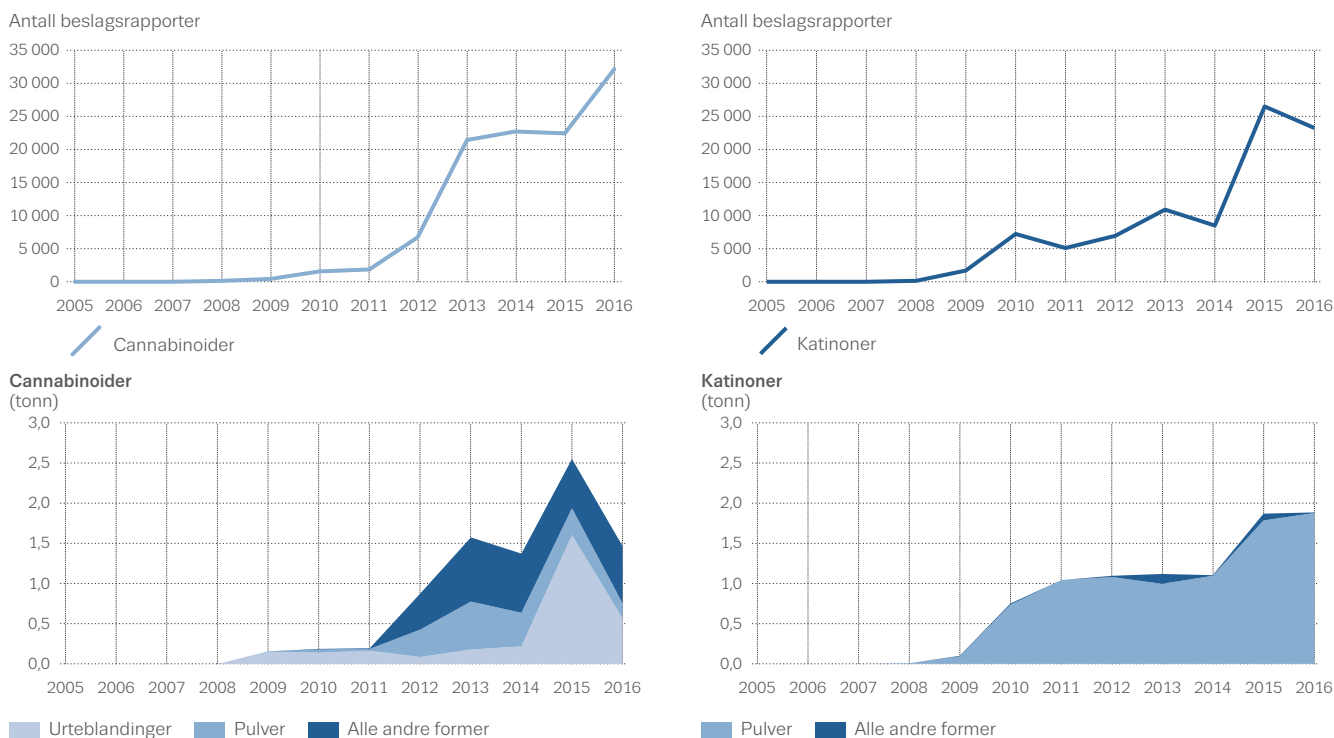
Nye opioider er blitt beslaglagt i flere former: fortrinnsvis som pulver, tabletter og væsker. Det ble beslaglagt i underkant av 4,6 liter syntetiske opioider i 2016, en økning fra de 1,8 l som ble rapportert året før. Over 70 % av de godt og vel 1 600 beslagene av nye syntetiske opioider som ble rapportert i 2016, var fentanylderivater. Fentanylderivater ble påvist i over 96 % av væskene som ble beslaglagt. En ting som bekymrer her, er at det har dukket opp nesenspray som inneholder fentanylderivater som akrylfentanyl og furanylfentanyl, 4-fluoroisobutyrylfentanyl, tetrahydrofuranylfentanyl og karfentanil. Nye opioider utgjorde 2,3 % av det totale antallet beslag av nye stoffer i 2016, en økning fra 0,8 % som ble rapportert for 2015.

Syntetiske cannabinoider

Syntetiske cannabinoider er stoffer som etterligner virkningene av delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), som er den forbindelsen som skaper de viktigste psykoaktive effektene av cannabis. Europeiske produsenter importerer store partier med cannabinoidpulver og blander dem med tørket plantemateriale. Disse blir markedsført som lovlig erstatninger for cannabis og solgt som «urtebaserte røykeprodukter». Syntetiske cannabinoider er fortsatt den største gruppen nye stoffer som blir overvåket av EMCDDA, en kjemisk sett stadig mer variert gruppe – 179 nye syntetiske cannabinoider er påvist siden 2008, inklusive 10 som ble rapportert i 2017.

FIGUR 1.12

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



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

Syntetiske cannabinoider var igjen de hyppigst beslaglagte nye psykoaktive stoffene i 2016, med rett over 32 000 rapporterte beslag (figur 1.12). Dette er en økning på nesten 10 000 beslag fra året før og utgjør nærmere halvparten av det totale antallet beslag av nye psykoaktive stoffer som ble rapportert i 2016. De fem syntetiske cannabinoide som det ble gjort flest beslag av i 2016, var MDMB-CHMICA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 og AMB-FUBINACA.

Beslag av syntetiske cannabinoider utgjorde nesten 1,5 tonn av disse stoffene. Det representerer en betydelig nedgang fra de 2,5 tonn som ble beslaglagt i 2015. Urteblandinger utgjorde 40 % av beslaglagte kvanta i 2016 og pulvere nærmere 13 %.

Beslagene av syntetiske cannabinoider i pulverform og oppdagelsen av produksjonsanlegg i Europa tilsier at det foregår pakking av produkter i Europa. Hvis det beslaglagte pulveret var blitt bearbeidet til «urtebaserte røykeprodukter», kunne det ha utgjort mange millioner doser. Cannabinoide med de største totale mengdene som ble beslaglagt i pulverform i 2016, var AM-6527 5-fluoropentylderivat (54 kg), CUMYL-4CN-BINACA (50 kg), AMB-FUBINACA (27 kg), 5F-MDMB-PINACA (15 kg) og AB-FUBINACA (7 kg).

Syntetiske katinoner

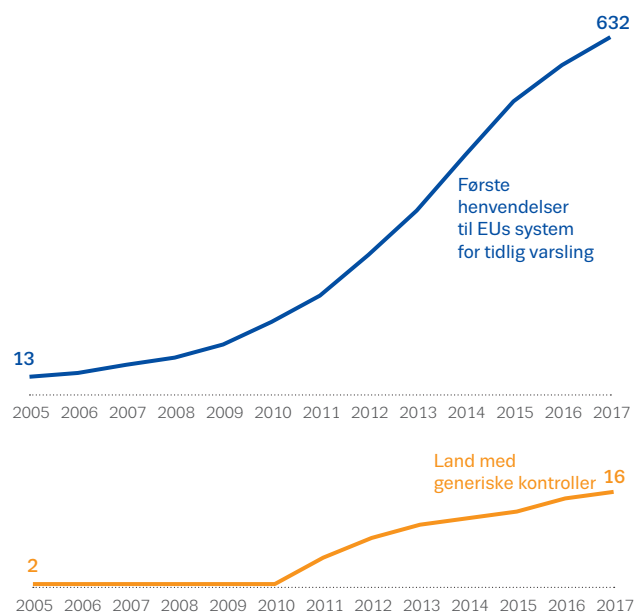
Syntetiske katinoner er kjemisk beslektet med katinon, som er et sentralstimulerende middel som forekommer naturlig i khat-planten (*Catha edulis*). Disse stoffene har virkninger som ligner dem som oppnås med vanlige illegale sentralstimulerende midler som amfetamin, kokain og MDMA. Syntetiske katinoner er den nest største gruppen av nye stoffer som overvåkes av EMCDDA, med til sammen 130 stoffer – inkludert 12 som ble påvist for første gang i 2017.

Syntetiske katinoner var de nye psykoaktive stoffene som nest hyppigst ble beslaglagt i 2016, og med over 23 000 beslag utgjorde de nesten en tredel av det totale antallet. Dette er en svak nedgang fra i fjor. De fem hyppigst beslaglagte katinonene i 2016 var alfa-PVP, 4-CMC, 3-CMC, 4-metyl-N,N-dimetylkatinon og 3-MMC.

Beslag av disse stoffene utgjorde nesten 1,9 tonn og gjør syntetiske katinoner til de mest beslaglagte nye psykoaktive stoffene etter kvantum i 2016 (figur 1.12). Syntetiske katinoner forekommer oftest i pulverform. Katinonene med de største totale mengdene som ble beslaglagt i pulverform, var 4-CMC (890 kg), 4-CEC (247 kg), NEH (186 kg), 3-MMC (126 kg) og meksedron (50 kg).

FIGUR 1.13

Nye psykoaktive stoffer og innføring av generisk gruppe-kontroller i Europa siden 2005



Nye benzodiazepiner

EMCDDA overvåker for tiden 23 nye benzodiazepiner – tre av dem ble påvist for første gang i Europa i 2017. En del av de nye benzodiazepinene selges i form av tabletter, kapsler eller pulver under eget navn. I andre tilfeller brukes disse stoffene til å produsere falske versjoner av vanlig forskrevne angstdempende legemidler som diazepam og alprazolam, som er blitt solgt direkte på det illegale narkotikamarkedet. Til tross for at antall beslag av benzodiazepiner ble redusert i 2016 sammenlignet med 2015, økte det beslaglagte kvantumet betydelig. I løpet av 2016 ble det beslaglagt over en halv million tabletter som inneholdt nye benzodiazepiner som diclazepam, etizolam, flubromazolam, flunitrazolam og fonazepam – en økning på omtrent to tredjedeler sammenlignet med det rapporterte antallet i 2015.

Nye psykoaktive stoffer: nye rettslige reaksjoner

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 beslutningstakere og lovgivere 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.

I mange år listeførte de fleste europeiske land kontrollerte stoffer enkeltvis. Etter hvert som antallet nye stoffer som ble påvist i Europa økte, har flere land forsøkt å kontrollere grupper av stoffer (figur 1.13). De fleste landene har definert grupper etter kjemisk struktur («generiske» grupper), selv om enkelte har definert gruppene etter virkninger. De fleste av landene som har brukt en generisk tilnærming, har lagt gruppedefinisjonene til eksisterende

narkotikalovgivning, men noen har bare tatt med de aktuelle gruppene i lovgivning som gjelder spesifikt for nye psykoaktive stoffer.

På EU-nivå er det juridiske rammeverket for nye psykoaktive stoffer, som ble innført i 2005, blitt revidert med sikte på å etablere et raskere og mer hensiktsmessig system. Den nye lovgivningen beholder tretrinnsstilnærmingen til de nye psykoaktive stoffene – tidlig varsling, risikovurdering og kontrolltiltak – samtidig som den styrker eksisterende prosesser ved å strømlinjeforme og påskynde datainnsamlingen og vurderingsprosedyrene, og ved å innføre kortere tidsfrister. Etter risikovurderingen kan Europakommisjonen utarbeide et forslag til kontrolltiltak for det aktuelle stoffet. Europaparlamentet og Rådet har innen to måneder og under visse forutsetninger rett til å komme med innsigelser til Europakommisjonens forslag. Nasjonale myndigheter får 6 måneders frist (i stedet for 12) til å få stoffet under kontroll på sitt territorium så snart beslutningen trer i kraft.

EMCDDA overvåker

for tiden 23 nye

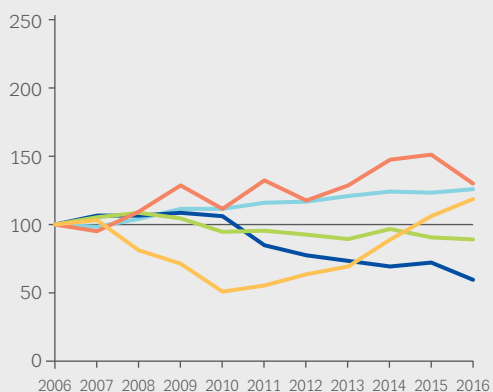
benzodiazepiner

FIGUR 1.14

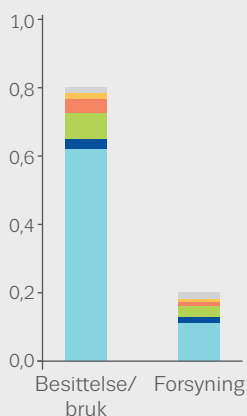
Narkotikalovbrudd i Europa knyttet til narkotikabruk, besittelse til eget bruk eller forsyning: indekserte trender og rapporterte lovbrudd i 2016

Lovbrudd relatert til besittelse/bruk

Indekserte trender

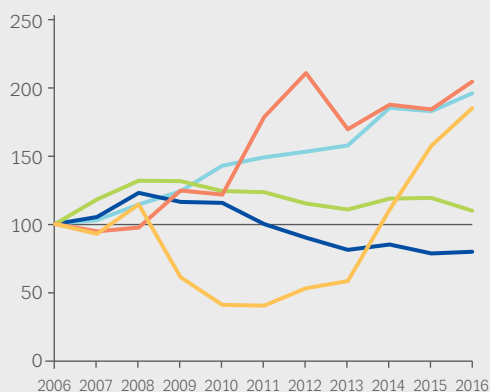


Antall lovbrudd (million)



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 loverket implementeres, overvåkes gjennom data om rapporterte narkotikalovbrudd. I EU ble det i 2016 rapportert cirka 1,5 millioner narkotikalovbrudd, en økning på en tredjedel (33 %) siden 2006. De fleste lovbruddene (74 %) var knyttet til bruk eller besittelse, og utgjorde cirka 1 million lovbrudd i 2016. Det er en økning på 28 % sammenlignet med 2006. Mer enn tre fjerdedeler av lovbruddene knyttet til bruk eller besittelse av narkotika dreide seg om cannabis (77 %). Den stigende trenden for lovbrudd knyttet til bruk eller besittelse av MDMA har fortsatt i 2016, selv om disse lovbruddene fortsatt bare utgjør 2 % av de brukerrelaterte lovbruddene (figur 1.14).

Samlet sett har antallet lovbrudd som gjelder forsyning av narkotika i EU, økt med 14 % siden 2006 til anslagsvis over 200 000 tilfeller i 2016. 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 1.14).

FINN UT MER

Publikasjoner fra EMCDDA

2018

Country Drug Reports 2018.

Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation. An update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

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

Drug squads: units specialised in drug law enforcement in Europe. Situation in the EU Member States, Norway and Turkey in 2015, EMCDDA Papers.

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

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

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

2015

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

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

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2014

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

Felles publikasjoner fra EMCDDA og Europol

2018

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (methoxyacetylfentanyl), Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (cyclopropylfentanyl), Joint Reports.

2017

Drugs and the darknet: perspectives for enforcement, research and policy.

EMCDDA–Europol Joint Report on 4-fluoroisobutyrylfentanyl; 4F-iBF.

EMCDDA–Europol Joint Report on 5F-MDMB-PINACA; 5F-ADB.

EMCDDA–Europol Joint Report on AB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acryloylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on ADB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on carfentanil.

EMCDDA–Europol Joint Report on CUMYL-4CN-BINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on furanylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on tetrahydrofuranylfentanyl; THF-F.

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.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on α -PVP.

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

2

**Narkotikabruken
i Europa omfatter nå
et bredere spekter
av stoffer enn tidligere**

Prevalens og trender for narkotikabruk

Narkotikabruken i Europa omfatter nå et bredere spekter av stoffer enn tidligere. Blandingsbruk er vanlig blant narkotikabrukere, og bruksmønstrene varierer fra eksperimentell bruk til regelmessig bruk og avhengighet. 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. All rusmiddelbruk er generelt vanligere blant menn, og forskjellen blir gjerne større ved mer intensiv eller regelmessig bruk.

Overvåking av narkotikabruk

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

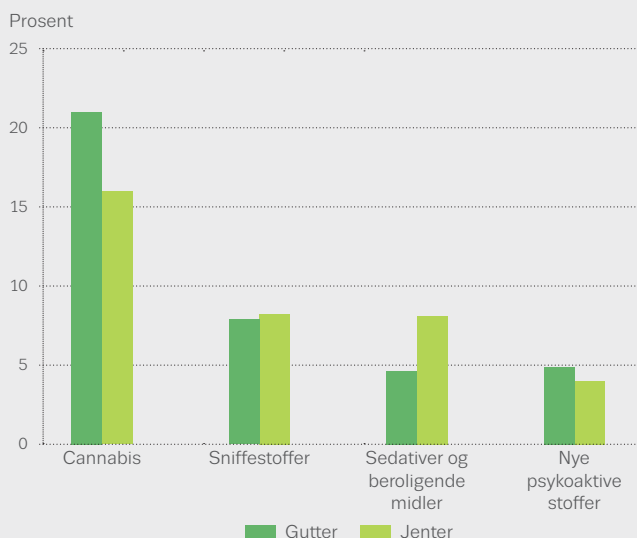
Data fra undersøkelser blant skoleungdom og i den generelle befolkningen kan gi et innblikk i forekomsten av eksperimentering og rekreasjonsbruk av narkotika. Resultatene av disse undersøkelsene kan suppleres av analyser av narkotikarester i det kommunale avløpsvannet, som utføres lokalt i byer over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

Fullstendige datasett og metodeopplysninger finnes i [Statistical Bulletin](#).

FIGUR 2.1

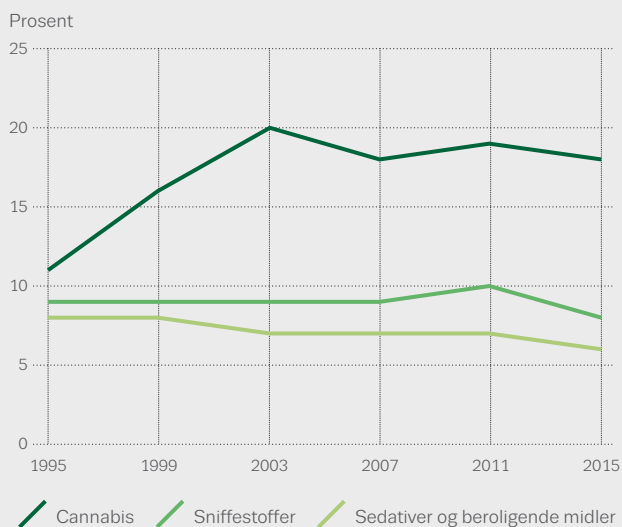
Livstidsbruk av stoffer blant 15–16 år gamle europeiske skoleelever, etter kjønn



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

FIGUR 2.2

Trender i livstidsprevalens for bruk av cannabis, sniffestoffer og legemidler (ikke reseptbelagte sedativer og beroligende midler) blant 15–16 år gamle europeiske skoleelever



NB: Basert på data fra 21 EU-medlemsstater og Norge som har deltatt i minst fire ESPAD-undersøkelser.

Rusmiddelbruk blant skoleungdom: stabile eller nedadgående trender

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 %), og 8 % rapporterte om bruk i løpet av de siste 30 døgn. Bruken av andre illegale rusmidler enn cannabis (MDMA, ecstasy, amfetamin, kokain, metamfetamin og hallusinogener) var mye lavere, med en gjennomsnittlig livstidsprevalens på 5 %.

Undersøkelsen inneholdt også spørsmål om andre stoffer, for eksempel inhalasjonsmidler, medisiner og nye psykoaktive stoffer. Blant deltakerne fra EU og Norge var gjennomsnittlig livstidsprevalens for bruk av inhalasjonsmidler på 8 % (varierende fra 3 % i Belgia (Flandern) til 25 % i Kroatia). Livstidsbruk av reseptfrie sedativer eller beroligende midler ble rapportert av gjennomsnittlig 6 % av elevene (varierende fra 2 % i Romania til 17 % i Polen), og livstidsbruk av nye psykoaktive stoffer ble rapportert av gjennomsnittlig 4 % av

elevene (varierende fra 1 % i Belgia (Flandern) til 10 % i Estland og Polen) (figur 2.1). Blant brukere av nye psykoaktive stoffer i løpet av de siste 12 månedene (3,2 % av deltakerne) var urtebaserte røykeprodukter den hyppigst brukte formen for stoff (rapportert av 2,6 % av alle deltakerne), der bruk av pulver- eller krystallform, tabletter, væsker eller nye psykoaktive stoffer i andre former var mindre vanlig.

Blant de 22 landene med tilstrekkelige analysedata nådde rapportert livstidsbruk av cannabis en topp i 2003 og ble deretter fulgt av en svak nedgang i 2007-undersøkelsen (figur 2.2). Etter den tid har prevalensen vært relativt stabil. Det var en økning i rapportert livstidsbruk av inhalasjonsmidler mellom 2011 (10 %) og 2015 (8 %), men den langsiktige trenden mellom 1995 og 2015 har vært relativt stabil (figur 2.2). For sedativer og beroligende midler gikk livstidsbruken noe ned mellom 1995 og 2015, med en konsistent høyere prevalens blant jenter enn blant gutter i dette tidsrommet. Trenddata for nye psykoaktive stoffer er ikke tilgjengelig fra ESPAD, ettersom spørsmål om bruken av disse stoffene ble inkludert for første gang i 2015.

Over 92 millioner voksne har prøvd illegale rusmidler

Det er anslått at over 92 millioner voksne, eller litt over en fjerdedel av befolkningen i aldersgruppen 15–64 år i Den europeiske union, har prøvd et illegalt rusmiddel på et eller annet tidspunkt i livet. Erfaring med bruk av narkotika rapporteres oftere av menn (56,0 millioner) enn av kvinner (36,3 millioner). Det stoffet som er prøvd oftest, er cannabis (53,5 millioner menn og 34,3 millioner kvinner), mens estimatene er mye lavere for livstidsbruk av kokain (11,8 millioner menn og 5,2 millioner kvinner), MDMA (9,0 millioner menn og 4,5 millioner kvinner) og amfetaminer (8,0 millioner menn og 4,0 millioner kvinner). Tallene for livstidsbruk av cannabis varierer mye fra land til land, fra cirka 41 % av voksne i Frankrike til under 5 % i Malta.

Tallene for bruk siste år gir et godt bilde på nylig narkotikabruk og er i hovedsak konsentrert blant unge voksne. Anslagsvis 18,9 millioner unge voksne (15–34 år) har brukt narkotika i løpet av det siste året; dette er rapportert av dobbelt så mange menn som kvinner.

Cannabisbruk: stabil, men med store nasjonale variasjoner

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 87,6 millioner voksne i EU (15–64 år), eller 26,3 % av denne aldersgruppen, har prøvd cannabis en eller flere ganger i løpet av livet. Av disse har anslagsvis 17,2 millioner unge voksne (15–34 år) eller 14,1 % av denne aldersgruppen brukt cannabis det siste året. Av disse igjen var 9,8 millioner i aldersgruppen 15–24 år (17,4 % av aldersgruppen). Tall for siste års prevalens i aldersgruppen 15–34 år varierer fra 3,5 % i Ungarn til 21,5 % i Frankrike. Blant unge som har brukt cannabis det siste året, er det dobbelt så mange menn som kvinner.

Ifølge den nyeste undersøkelsen rapporterer de fleste land om enten stabil eller økt bruk av cannabis blant unge voksne det siste året. Av de landene som har gjennomført undersøkelser siden 2015 og rapportert konfidensintervaller, rapporterte 8 om høyere estimater, 9 om stabile estimater og 2 om lavere estimater enn i den forrige sammenlignbare undersøkelsen.

CANNABISBRUKERE SOM PÅBEGYNNER BEHANDLING



Karakteristika

16% 84%



16 Gjennomsnittsalder ved førstegangs bruk

25 Gjennomsnittsalder ved første inntak til behandling

83 000 Førstegangsklienter



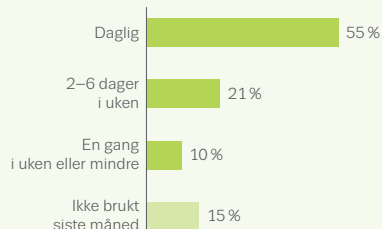
57 000 Klienter med tidligere behandlingshistorie

59%

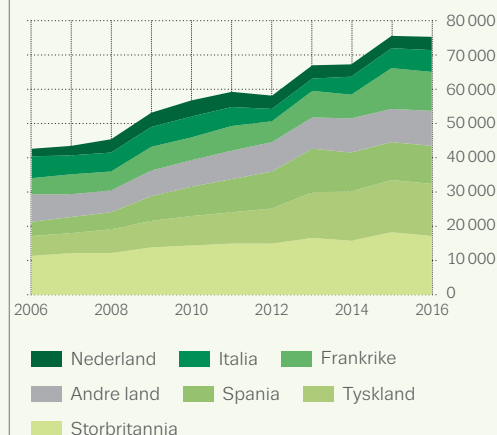
41%

Bruksfrekvens siste måned

Gjennomsnittlig bruk 5,5 dager i uken



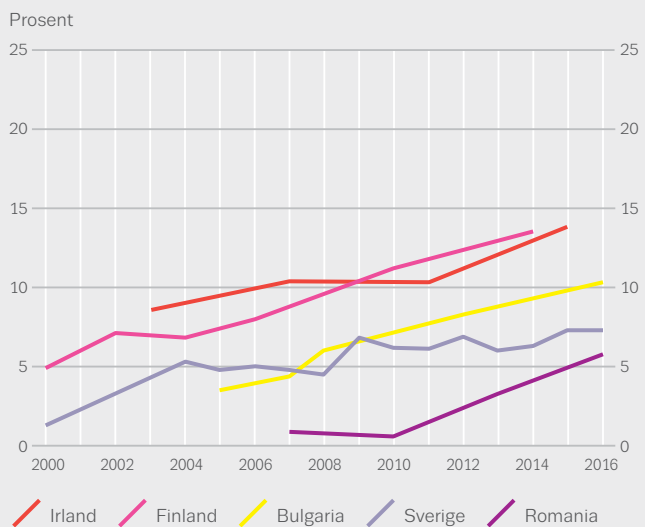
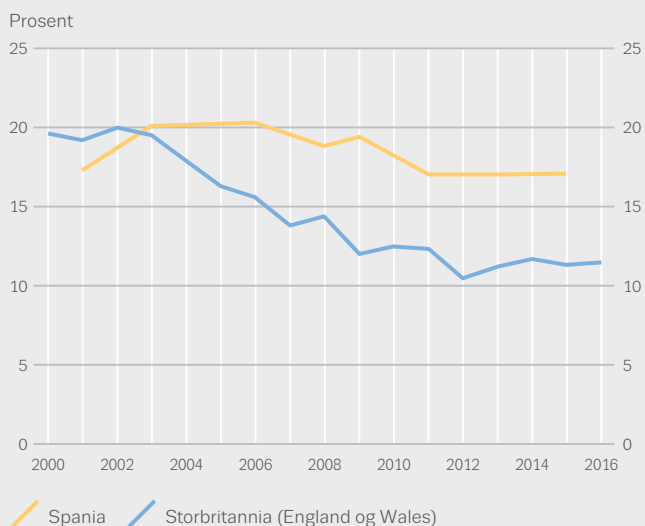
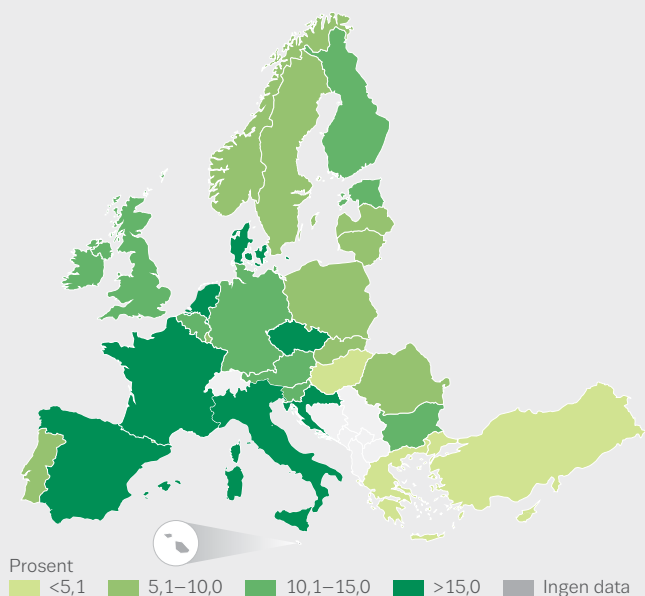
Trender blant førstegangsklienter



NB: Bortsett fra trender gjelder dataene alle klienter inntatt til behandling med cannabis som primærusmiddel. Trendene for førstegangsklienter er basert på data fra 25 land. Bare land med data for minst 9 av de 11 årene er tatt med i trendgrafen. Manglende verdier er interpolert fra nærmeste år. Grunnet endringer i dataflyten på nasjonalt plan kan data fra Italia fra og med 2014 ikke sammenlignes med tidligere år.

FIGUR 2.3

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



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 langvarige nedadgående trenden som er blitt observert i Spania og Storbritannia det siste tiåret, nå har stabilisert seg (figur 2.3).

Det siste tiåret er økende trender for utbredelsen av cannabisbruk blant unge voksne året før observert i en rekke land. Disse omfatter Irland og Finland, der de nyeste dataene peker i retning av nivåer som nærmer seg EU-gjennomsnittet på 14,1 %, og om enn på lavere nivåer, Bulgaria, Romania og Sverige. Blant land som rapporterer nyere undersøkelsesdata, bekreftet en tredje sammenlignbar årlig undersøkelse i Nederland i 2016 en prevalens på rett under 16 %. I Danmark meldte en undersøkelse fra 2017 om en av de få nedgangene: 15,4 prosent mot estimatene på 17,6 prosent fra 2013.

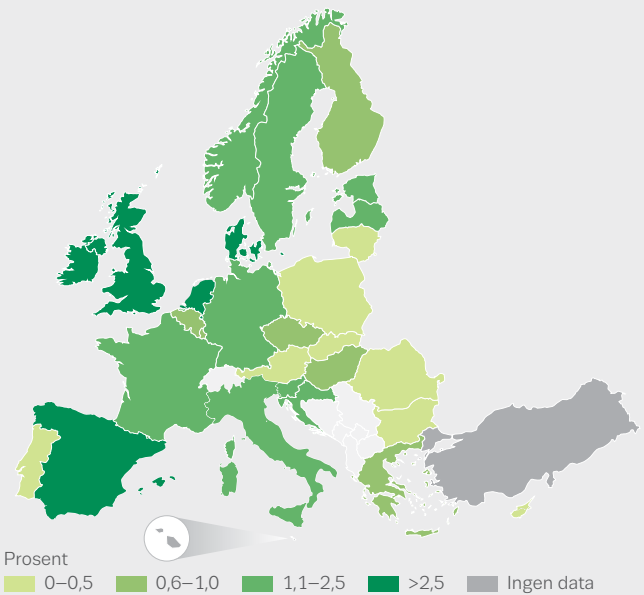
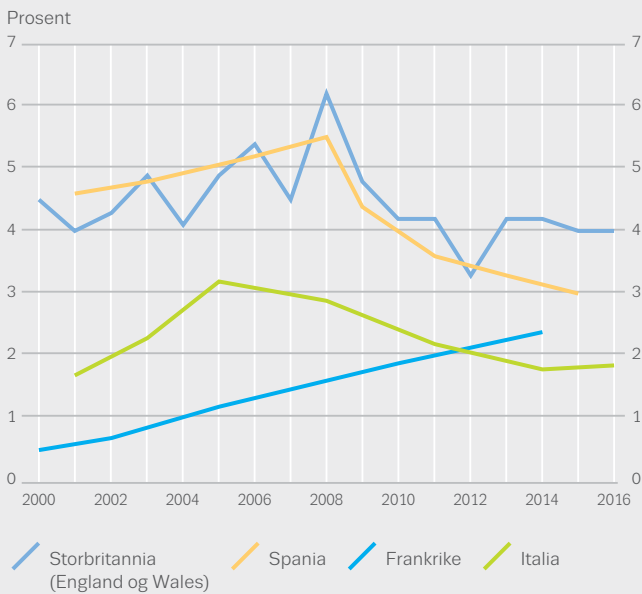
Høyrisikobruk av cannabis: en økende trend

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. Cirka 37 % av disse er eldre brukere i aldersgruppen 35–64 år, og rundt tre fjerdedeler er menn.

Sett i sammenheng med andre indikatorer kan data om personer som inntas til behandling for cannabisproblemer, gi oss en bedre forståelse av hvordan høyrisikobruk av cannabis arter seg og hvor utbredt det er i Europa. I 2016 ble over 150 000 mennesker i Europa inntatt til narkotikabehandling for problemer knyttet til bruk av cannabis. Av disse startet 83 000 behandling for første gang i sitt liv. I de 25 landene med tilgjengelige data økte det totale antallet førstegangsklienter for cannabisproblemer med 76 % mellom 2006 og 2016, noe som for flertallet (18) av landene representerte en økning i løpet av denne perioden. Flere faktorer kan ligge til grunn for denne økningen, blant annet større utbredelse av cannabisbruk i befolkningen generelt; en økning i antallet intensivbrukere; økt tilgang på produkter med høyere styrkegrad; endrede oppfatninger av risikoen; økte behandlingstilbud og flere henvisninger til behandling, spesielt fra strafferettssystemet. Generelt rapporterte 50 % av primærbrukerne av cannabis som ble inntatt til behandling i 2016, om daglig bruk av stoffet den siste måneden. Andelen daglige brukere varierer imidlertid sterkt landene imellom, fra 10 % eller færre i Latvia, Ungarn og Romania, til 60 % eller flere i Spania, Frankrike, Nederland og Tyrkia.

FIGUR 2.4

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



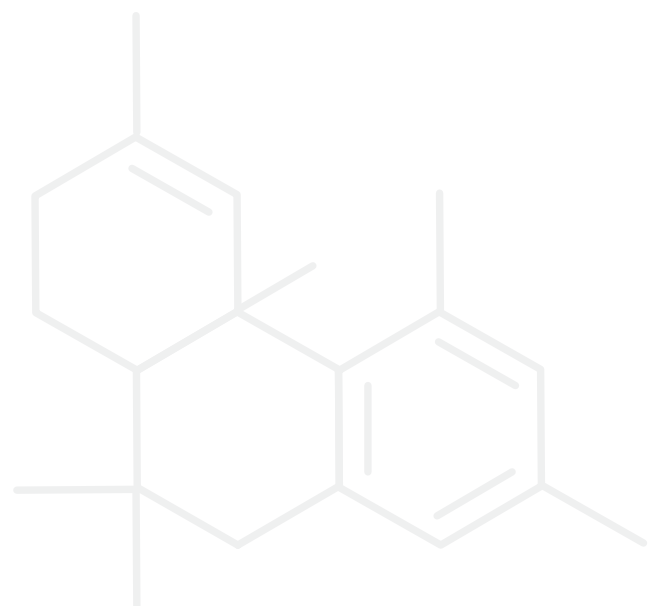
Bruk av kokain: stabil, men tegn til økning

Kokain er det mest brukte illegale sentralstimulerende rusmiddelet 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. I mange datasett er det ikke mulig å skille mellom de to formene for kokain (kokainpulver og crack), og termen kokainbruk dekker begge former.

Det er anslått at 17,0 millioner voksne europeere (15–64 år), eller 5,1 % av denne aldersgruppen, har prøvd kokain i løpet av livet. 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.

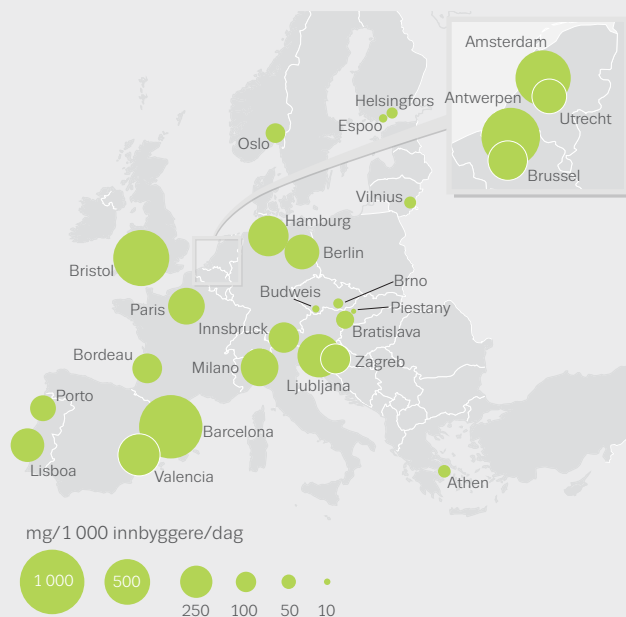
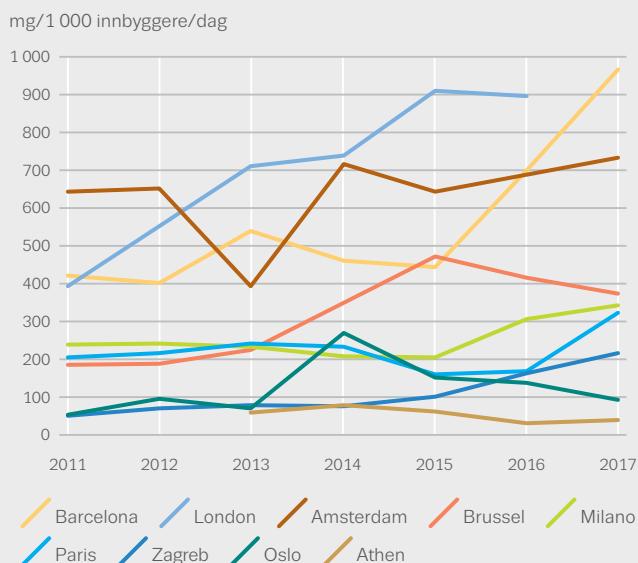
Bare Danmark, Irland, Spania, Nederland og Storbritannia rapporterer tall på 2,5 % eller høyere for siste års prevalens av kokainbruk blant unge voksne. For Europa sett under ett kan man si at nedgangen i kokainbruk som ble rapportert de siste årene, ikke er observert i de nyeste undersøkelsene. Av de landene som har gjennomført undersøkelser siden 2015 og rapportert konfidensintervaller, har 3 rapportert høyere estimater, 14 en stabil trend og 1 et lavere estimat enn i den forrige sammenlignbare undersøkelsen.

Det er bare noen få land som har mulighet til å foreta en statistisk analyse av langsiktige trender for siste års bruk av kokain blant unge voksne, og de nyeste dataene bekrefter disse trendene. Spania og Storbritannia rapporterte om økende prevalens frem til 2008, etterfulgt av stabilisering eller nedgang (figur 2.4). Mens Italia har opplevd en nedgang siden toppåret 2005, tyder den nyeste undersøkelsen på at nivået nå er stabilisert. En stigende trend ble observert i 2014 i Frankrike, da utbredelsen for første gang steg til over 2 %.



FIGUR 2.5

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



NB: Gjennomsnittlig daglig mengde bensoylekgonin i mg per 1 000 innbyggere. Prøvetakingen ble utført i utvalgte europeiske byer i løpet av en uke hvert år fra 2011 til 2017.

Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

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 i et samfunn, og resultatene er ikke direkte sammenlignbare med prevalensestimater fra nasjonale befolkningsundersøkelser. Funnene oppgis i milligram narkotika per dag pr. 1 000 innbyggere.

En analyse for 2017 fant de høyeste konsentrasjonene av bensoylekgonin – den viktigste kokainmetabolitten – i byer i Belgia, Spania, Nederland og Storbritannia, mens de påviste nivåene i de fleste østeuropeiske byene som ble studert, var svært lave (se figur 2.5). Av de 31 byene som har data for både 2016 og 2017, ble det rapportert en økning i 19, en nedgang i 6 og en stabil situasjon i 6 byer. Økende langsiktige trender ble rapportert for de fleste av de 13 byene med data for 2011 og 2017.

Høyriskobruk av kokain: flere søker behandling

Det er vanskelig å måle hvor utbredt høyriskobruk av kokain er blant voksne europeere, ettersom bare 4 land har nyere estimater. Dessuten er det brukt ulike definisjoner og metoder. I Spania brukte en ny undersøkelse høy bruksfrekvens for å anslå høyriskobruken av kokain til 0,43 % blant personer i aldersgruppen 14–18 år i 2016/17. I 2015, basert på spørsmål om avhengighetens

alvorlighetsgrad, estimerte Tyskland at høyriskobruk av kokain blant voksne lå på 0,20 %. Italia fremla i 2015 et estimat på 0,65 % for personer med behov for behandling for kokainbruk. I Portugal anslo en undersøkelse ved hjelp av indirekte statistiske metoder at høyriskobruk av kokain lå på 0,98 % for den voksne andelen av befolkningen i 2015.

Spania, Italia og Storbritannia sto for nesten tre fjerdedeler (73 %) av alle rapporterte kokainrelaterte inntak til det spesialiserte behandlingsapparatet i Europa. Totalt ble kokain oppgitt som primærrusmiddel av over 67 000 klienter som ble inntatt til behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet i 2016, og av cirka 30 000 førstegangsklienter.

Etter en periode med nedgang har antallet førstegangsklienter som inntas til behandling for kokainbruk, økt med over en femtedel mellom 2014 og 2016. Mens Italia og Storbritannia står for en stor del av denne økningen, rapporterte nesten samtlige land om økning i det samme tidsrommet.

Flertallet av dem som inntas til behandling for kokainrelaterte problemer, bruker primært kokain i pulverform (51 000 eller 10 % av alle narkotikaklienter i 2016). De fleste primære kokainklienter søker behandling for bruk av stoffet alene (31 % av alle klienter som bruker kokain i pulverform) eller i kombinasjon med cannabis



(26 %), alkohol (31 %) eller andre stoffer (12 %). Denne gruppen rapporteres generelt å være sosialt veltilpassede personer med stabile leveforhold og fast arbeid. En annen gruppe, som består av mer marginaliserte brukere, inntas til behandling for primær bruk av crack (8 300 klienter eller 2 % av alle narkotikaklienter i 2016), og mange av dem bruker trolig heroin som sekundærrusmiddel. En økning i antallet crack-klienter er i den senere tid rapportert i Italia og Storbritannia.

Bruken av kokain i kombinasjon med heroin eller andre opioider er rapportert av 53 000 klienter som ble inntatt til behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet i Europa i 2016. Dette tallet utgjør 15 % av alle som påbegynte behandling, og for hvem opplysninger om både primær- og sekundærrusmiddel er tilgjengelig.



KOKAINBRUKERE SOM PÅBEGYNNER BEHANDLING

Karakteristika

14%  86% 

23 Gjennomsnittsalder ved førstegangs bruk

34 Gjennomsnittsalder ved første inntak til behandling

30 300 Førstegangsklienter

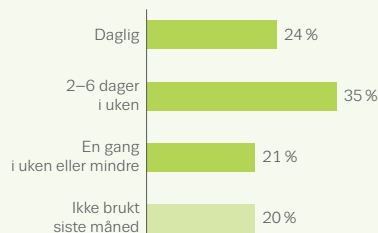
47%

34 400 Klienter med tidligere behandlingshistorie

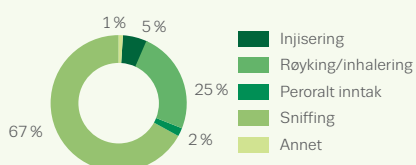
53%

Bruksfrekvens siste måned

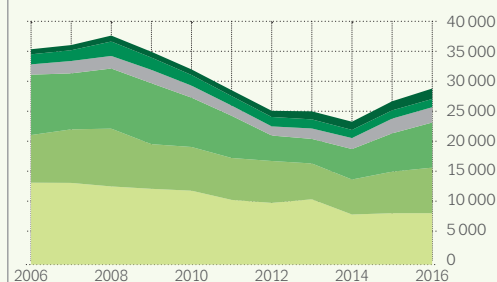
Gjennomsnittlig bruk **4,1** dager i uken



Inntaksmåte



Trender blant førstegangsklienter

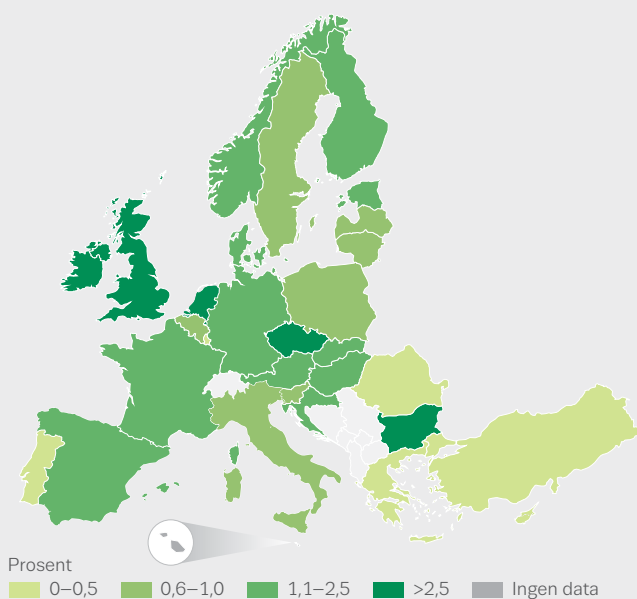
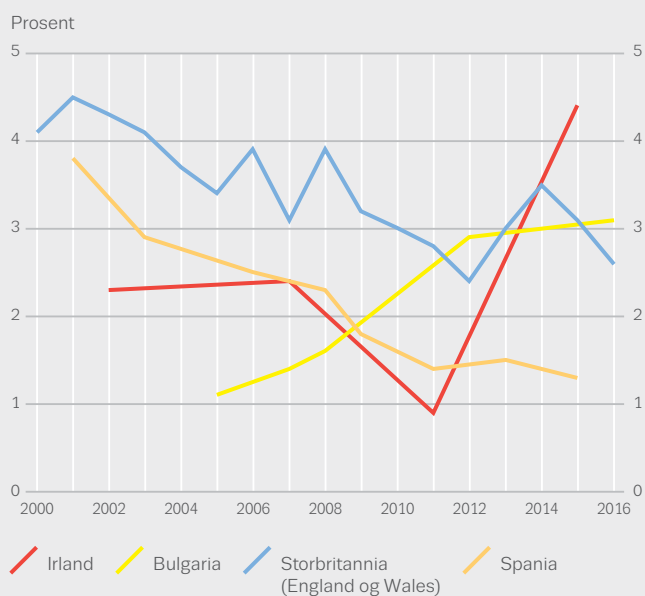


■ Tyskland ■ Nederland ■ Andre land
■ Italia ■ Storbritannia ■ Spania

NB: Bortsett fra trender gjelder dataene alle klienter inntatt til behandling med kokain som primærrusmiddel. Trendene for førstegangsklienter er basert på data fra 25 land. Bare land med data for minst 9 av de 11 årene er tatt med i trendgrafen. Manglende verdier er interpolert fra nærmeste år. Grunnet endringer i dataflyten på nasjonalt plan kan data fra Italia fra og med 2014 ikke sammenlignes med tidligere år.

FIGUR 2.6

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



MDMA: bruken ser ut til å stabiliseres

MDMA (3,4-metylendioksymetamfetamin) inntas i tablettform (ofte kalt ecstasy), men også som krystaller og pulver. Tabletter svelges vanligvis, mens stoffet i krystall- og pulverform kan inntas peroralt og sniffes.

Det er anslått at 13,5 millioner voksne i Europa (i alderen 15–64 år), eller 4,1 % av alle i denne aldersgruppen, har prøvd MDMA/ecstasy i løpet av livet. Når det gjelder nyligere bruk, viser tallene for den aldersgruppen i befolkningen der bruk av narkotika er mest utbredt (15–34 år), at 2,2 millioner unge voksne har brukt MDMA i løpet av det siste året (1,8 % av denne aldersgruppen), mens nasjonale estimater varierer fra 0,2 % for Portugal og Romania til 7,4 % 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 viser datakildene som brukes til overvåking, imidlertid at bruken av MDMA er i ferd med å stabiliseres eller øke i enkelte land. Blant de landene som har gjennomført nye undersøkelser etter 2015 og rapportert konfidensintervaller, rapporterte 5 høyere estimater, 12 en stabil trend, mens 1 land rapporterte et lavere estimat enn i den forrige sammenlignbare undersøkelsen.

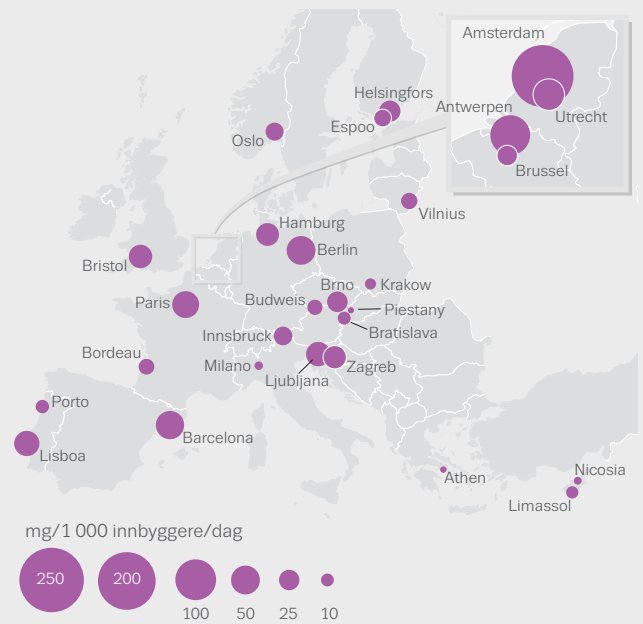
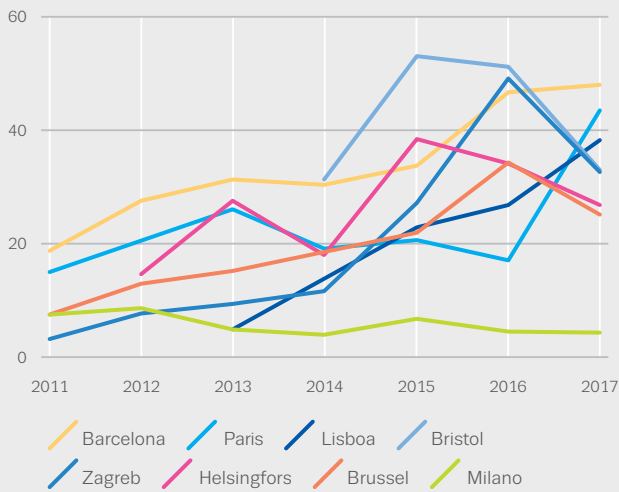
Der det finnes data til å foreta en statistisk analyse av trender for siste års bruk av MDMA blant unge voksne, tyder de nyeste dataene på at det foregår en endring (figur 2.6). Etter en nedadgående trend er den økningen som



FIGUR 2.7

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 hvert år fra 2011 til 2017.

Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

kunne observeres i Storbritannia mellom 2012 og 2014, blitt reversert i de nyere dataene. I Spania er den langsiktige trenden fortsatt nedadgående, selv om nye verdier er stabile. De nyeste dataene viser en markant økt prevalens i Irland siden 2011, og en fortsatt stigende trend i Bulgaria. Data fra 2016-undersøkelsen i Nederland bekrefter de høye nivåene rapportert i de foregående to årlige undersøkelsene.

En analyse som ble gjennomført i en rekke byer i 2017, viser at de høyeste konsentrasjonene av MDMA ble funnet i avløpsvannet i byer i Belgia, Nederland og Tyskland (se figur 2.7). Av de 33 byene som har data for både 2016 og 2017, ble det rapportert økning i 11, en stabil situasjon i 7 og nedgang i 15 byer. Når vi ser på de mer langsiktige trendene, var konsentrasjonene av MDMA i avløpsvannet i de fleste byer med data for både 2011 og 2017 (12 byer) høyere i 2017 enn i 2011. Imidlertid later den kraftige

økningen som ble observert i tidsrommet 2011–2016, til å ha stabilisert seg i 2017 i de fleste byer.

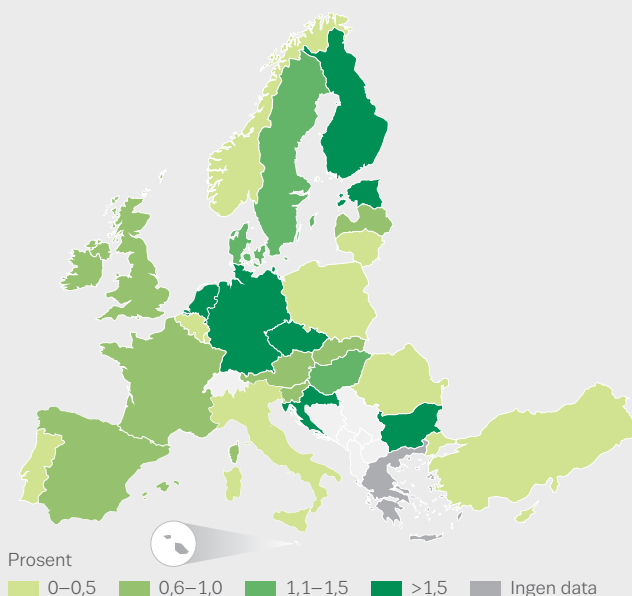
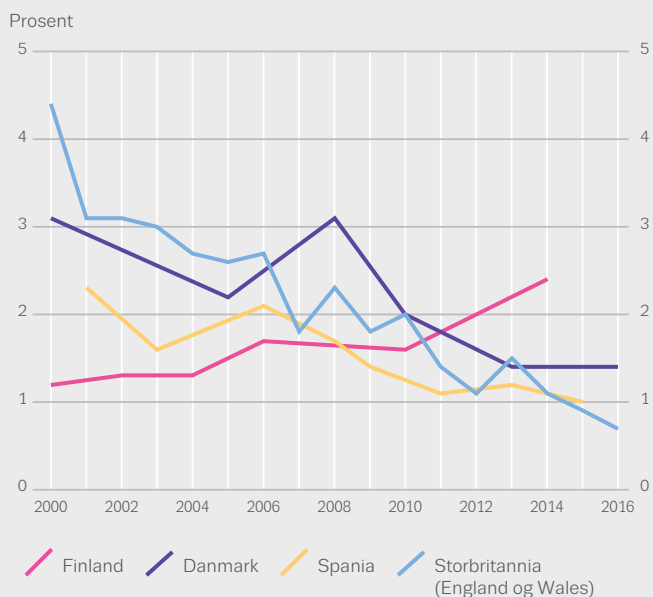
MDMA brukes ofte i kombinasjon med andre rusmidler, inkludert alkohol. I land med høye prevalensnivåer er det indikasjoner på at MDMA ikke lenger er et «nisjestoff» som brukes i subkulturer. Det er ikke lenger begrenset til klubber og fester, men brukes av en mer sammensatt gruppe unge mennesker i helt vanlige settinger som på barer og hjemmefester.

Det er sjelden MDMA-bruk oppgis som årsak til behandling for narkotikabruk i det spesialiserte behandlingsapparatet. I 2016 ble MDMA rapportert av under 1 % (rundt 1 000 tilfeller) av førstegangsklienter som inntas til behandling i Europa, hovedsakelig i Spania, Frankrike, Storbritannia og Tyrkia.

Kildene som brukes til overvåking, viser stabilisering eller økning i bruken av MDMA

FIGUR 2.8

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

| **Amfetaminer: varierende bruk, men stabile trender**

Både amfetamin og metamfetamin, to nært beslektede sentralstimulerende midler, brukes i Europa, men amfetamin er det klart mest brukte av de to. Historisk har bruken av metamfetamin vært begrenset til Tsjekia, 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 gjennom munnen eller nesen. I tillegg utgjør bruk gjennom injisering en betydelig del av narkotikaproblemet i noen land. Metamfetamin kan også røykes, men denne inntaksmåten er ikke vanlig i Europa.

Det er anslått at 11,9 millioner voksne europeere (15–64 år), eller 3,6 % av denne aldersgruppen, har prøvd amfetaminer i løpet av livet. Når det gjelder nyligere bruk, viser tallene for den aldersgruppen i befolkningen der bruk av narkotika er mest utbredt (15–34 år), at 1,2 millioner (1,0 %) unge voksne har brukt amfetaminer i løpet av det siste året. De nyeste nasjonale estimatene varierer fra under 0,1 % for Portugal til 3,6 % for Nederland. Tilgjengelige data tyder på at situasjonen i de fleste europeiske land har vært relativt stabil når det gjelder trender for bruk av amfetaminer siden rundt år 2000. Av de landene som har gjennomført nye undersøkelser etter 2015 og rapportert konfidensintervaller, rapporterte 2 høyere estimater, 13 en stabil trend og 2 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. Langsiktige nedadgående trender kan observeres i Danmark, Spania og Storbritannia (figur 2.8). I Finland økte derimot utbredelsen av amfetaminbruk blant unge voksne mellom 2000 og 2014.

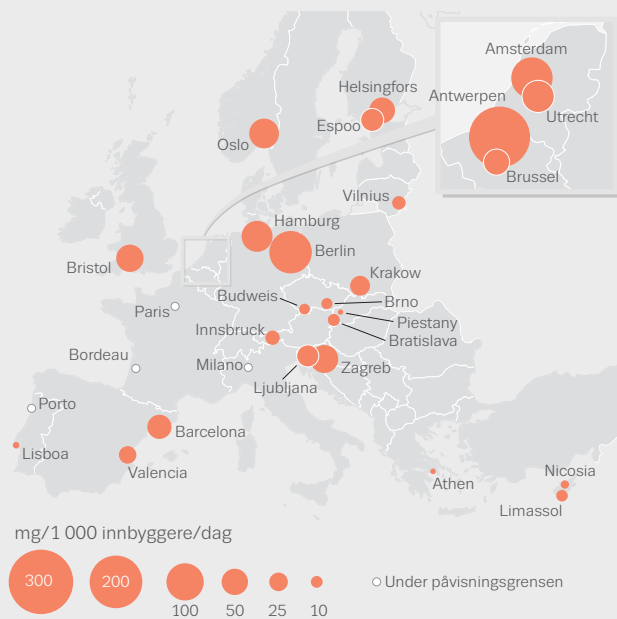
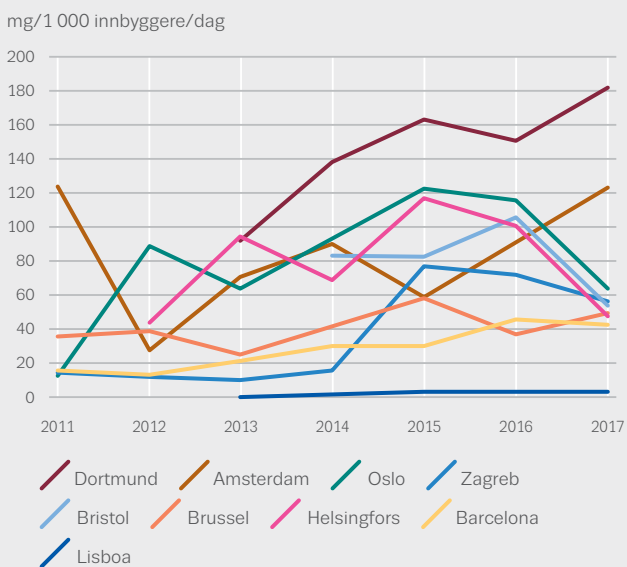
Analysene av avløpsvann i 2017 viste store variasjoner i konsentrasjonen av amfetamin i Europa. De høyeste nivåene ble rapportert i byer i Nord- og Øst-Europa (se figur 2.9). Mye lavere nivåer ble funnet i byer sør i Europa.

Av de 33 byene som har data for både 2016 og 2017, ble det rapportert en økning i 9, en stabil situasjon i 11 og en nedgang i 13 byer. Alt i alt ga dataene fra 2011 til 2017 et sprikende bilde, men med relativt stabile trender for amfetamin i de fleste byer.

Bruk av metamfetamin, som generelt har vært lav og historisk sett konsentrert til Tsjekia og Slovakia, synes nå å forekomme også i Kypros, den østlige delen av Tyskland, Spania og Nord-Europa (se figur 2.10). Av de 34 byene som har innrapportert data for metamfetamin i avløpsvann i 2016 og 2017, ble det rapportert en økning i 12, en stabil situasjon i 10 og nedgang i 12 byer.

FIGUR 2.9

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

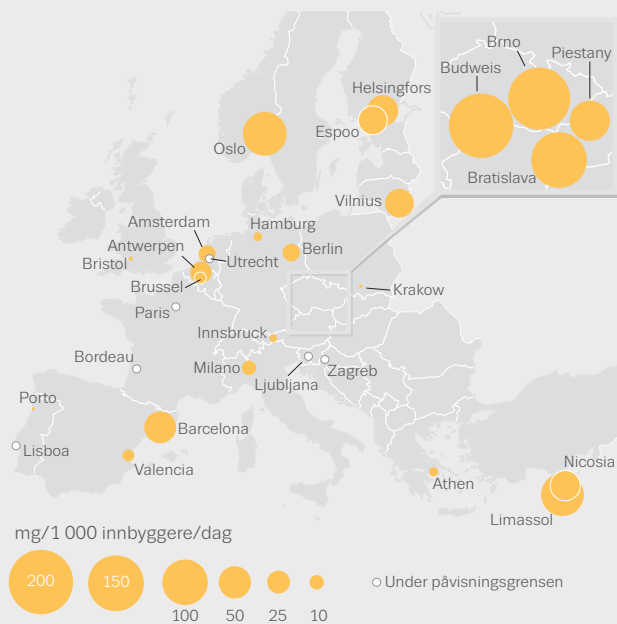
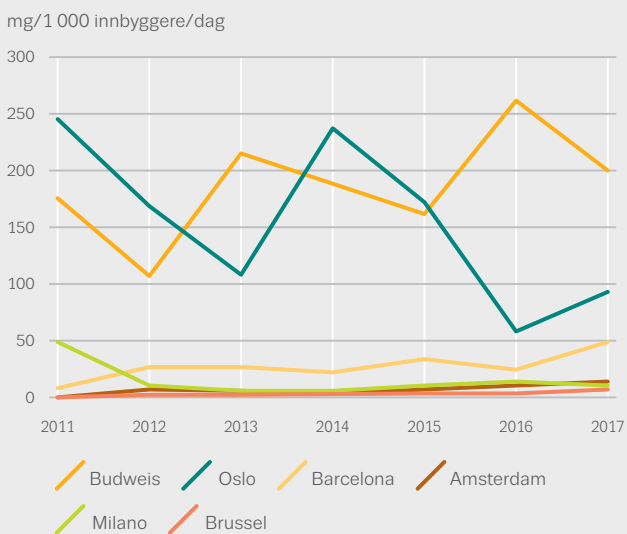


NB: Gjennomsnittlig daglig mengde amfetamin i mg per 1 000 innbyggere. Prøvetakingen ble utført i utvalgte europeiske byer i løpet av en uke hvert år fra 2011 til 2017.

Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

FIGUR 2.10

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 hvert år fra 2011 til 2017.

Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Høyrisikobruk av amfetaminer: fortsatt stor etterspørsel etter behandling

Problemer som skyldes langvarig, kronisk sprøytebruk av amfetamin, har tradisjonelt vært mest utbredt i nordeuropeiske land. Metamfetaminproblemer har derimot vært mest fremtredende i Tsjekkia og Slovakia. Det foreligger estimater 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 til 0,19 % eller 102 000 brukere i 2015. Amfetaminbrukere utgjør trolig flertallet av anslaget på 2 230 (0,18 %) høyrisikobrukere av sentralstimulerende midler rapportert av Latvia i 2016, en nedgang 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) estimert til rundt 0,50 % i 2016 (tilsvarende 34 300 brukere). Dette utgjør en økning fra 20 900 brukere i 2007, selv om tallene har vært relativt stabile i de senere år. Anslaget for Kypros var 0,02 % eller 105 brukere i 2016.

Cirka 35 000 klienter som ble inntatt til behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet i Europa i 2016, oppga amfetaminer som primærrusmiddel. Av disse var om lag 15 000 førstegangsklienter. I Tyskland, Latvia, Polen og Finland utgjør brukere med amfetamin som primærrusmiddel over 15 % av klientene som inntas til behandling for første gang. Klienter som oppgir

metamfetamin som primærrusmiddel, er konsentrert til Tsjekkia og Slovakia. Til sammen utgjør disse 90 % av de 9 200 metamfetaminklientene i det spesialiserte behandlingsapparatet i Europa.

AMFETAMINBRUKERE SOM PÅBEGYNNER BEHANDLING



Karakteristika

27% 73%



20 Gjennomsnittsalder ved førstegangs bruk

29 Gjennomsnittsalder ved første inntak til behandling

15 500 Førstegangsklienter

19 900 Klienter med tidligere behandlingshistorie

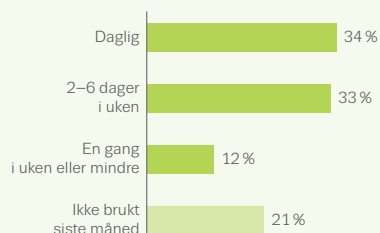
43%

57%

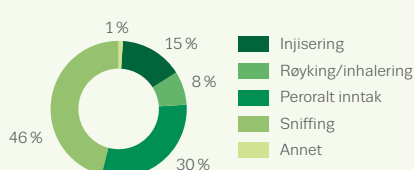


Bruksfrekvens siste måned

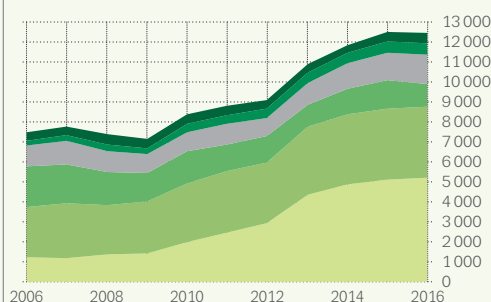
Gjennomsnittlig bruk 4,4 dager i uken



Inntaksmåte



Trender blant førstegangsklienter



Nederland Slovakia Andre land
Storbritannia Tsjekkia Tyskland

NB: Bortsett fra trender gjelder dataene alle klienter inntatt til behandling med amfetaminer som primærrusmiddel. Trendene for førstegangsklienter er basert på data fra 25 land. Bare land med data for minst 9 av de 11 årene er tatt med i trendgrafene. Manglende verdier er interpolert fra nærmeste år.

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 2016 rapporterte Norge en siste års prevalens av GHB-bruk på 0,1 % blant voksne (16–64 år). I 2016 ble siste års prevalens av ketaminbruk blant unge voksne (15–34 år) anslått til 0,1 % i Tsjekkia og Romania, og 0,8 % i Storbritannia.

Prevalensnivåene for bruk av LSD og hallusinogene sopper i Europa har generelt vært lave og stabile i en årrekke. Nasjonale undersøkelser rapporterer prevalensestimater på under 1 % for begge stoffene for siste års bruk blant unge voksne (15–34 år) i 2016, bortsett fra for hallusinogene sopper i Nederland (1,9 %), Finland (1,9 %) og Tsjekkia (3,1 %), og LSD i Finland (1,3 %) og Tsjekkia (1,4 %).

Nye psykoaktive stoffer: høyrisikobruk i marginaliserte grupper

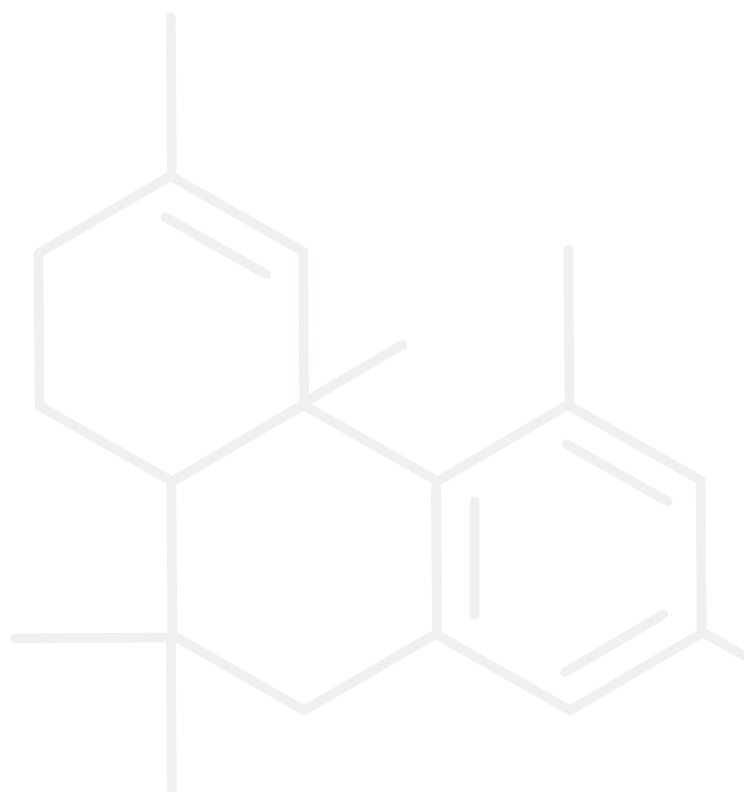
En rekke land tar nå med spørsmål om nye psykoaktive stoffer i sine befolkningsundersøkelser, selv om forskjeller i metoder og spørsmål begrenser muligheten til å sammenligne resultatene landene imellom. Siden 2011 har 13 europeiske land rapportert nasjonale estimater for bruken av nye psykoaktive stoffer (ikke medregnet ketamin og GHB). For unge voksne (15–34 år) varierer prevalensen for siste års bruk av disse stoffene fra 0,2 % i Italia og Norge til 1,7 % i Romania. Fra undersøkelser i Storbritannia (England og Wales) har vi også data tilgjengelig om bruk av mefedron. I den nyeste undersøkelsen (2016/17) ble siste års bruk av stoffet blant unge i alderen 16–34 år anslått til 0,3 %, ned fra 1,1 % i 2014/15. I de nyeste undersøkelsene varierte siste års bruk av syntetiske cannabinoider i aldersgruppen 15–34 år fra 0,2 % i Spania til 1,5 % i Latvia.

Mens konsumet av nye psykoaktive stoffer ligger på et generelt lavt nivå i Europa, rapporterte over to tredjedeler

av landene i en EMCDDA-undersøkelse fra 2016 om bruk av disse stoffene blant høyrisikobrukere av narkotika. Det er spesielt bruken av syntetiske katinoner blant sprøytebrukere av opioider og sentralstimulerende midler som er blitt knyttet til helsemessige og sosiale problemer. I tillegg er røyking av syntetiske cannabinoider i marginaliserte grupper, herunder hjemløse og innsatte, blitt identifisert som et problem i mange europeiske land.

Generelt er tallet på personer som inntas til behandling for problemer forbundet med bruk av nye psykoaktive stoffer lavt i Europa. Disse stoffene utgjør imidlertid et betydelig problem i enkelte land. I de nyeste dataene ble bruk av syntetiske cannabinoider rapportert som den viktigste årsaken til inntak til behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet for 17 % av klientene i Tyrkia og for 7 % i Ungarn. Syntetiske katinoner ble oppgitt som primærrusmiddel av 0,3 % av dem som ble inntatt til behandling i Storbritannia.

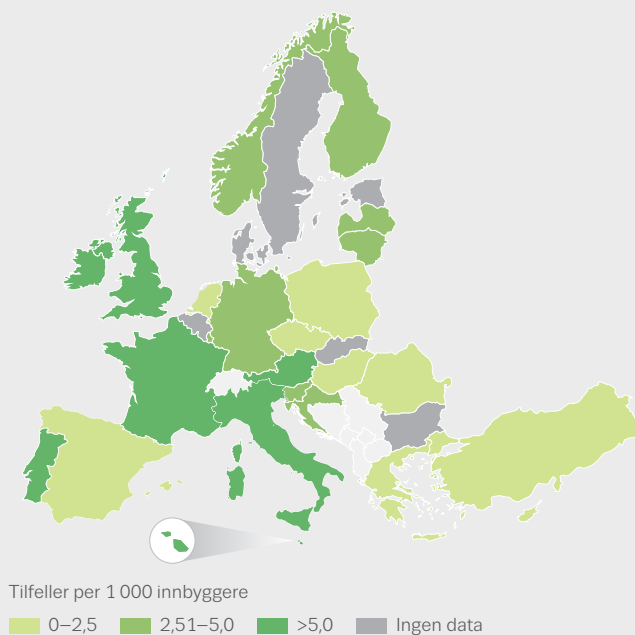
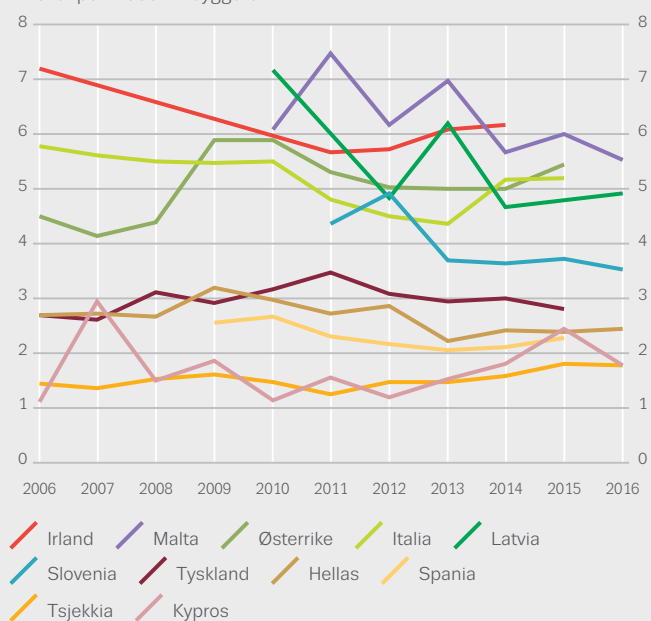
I Storbritannia er bruken av syntetiske cannabinoider blant innsatte spesielt urovekkende. En undersøkelse som ble gjennomført i britiske fengsler i 2016, fant at 33 % av de 625 innsatte rapporterte om bruk av «Spice» i løpet av den siste måneden. Til sammenligning rapporterte 14 % om bruk av cannabis siste måned.



FIGUR 2.11

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

Tilfeller per 1 000 innbyggere



Høyriskobruk av opioider: heroin dominerer fortsatt

Heroin er det mest brukte illegale opioidet i Europa og 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.

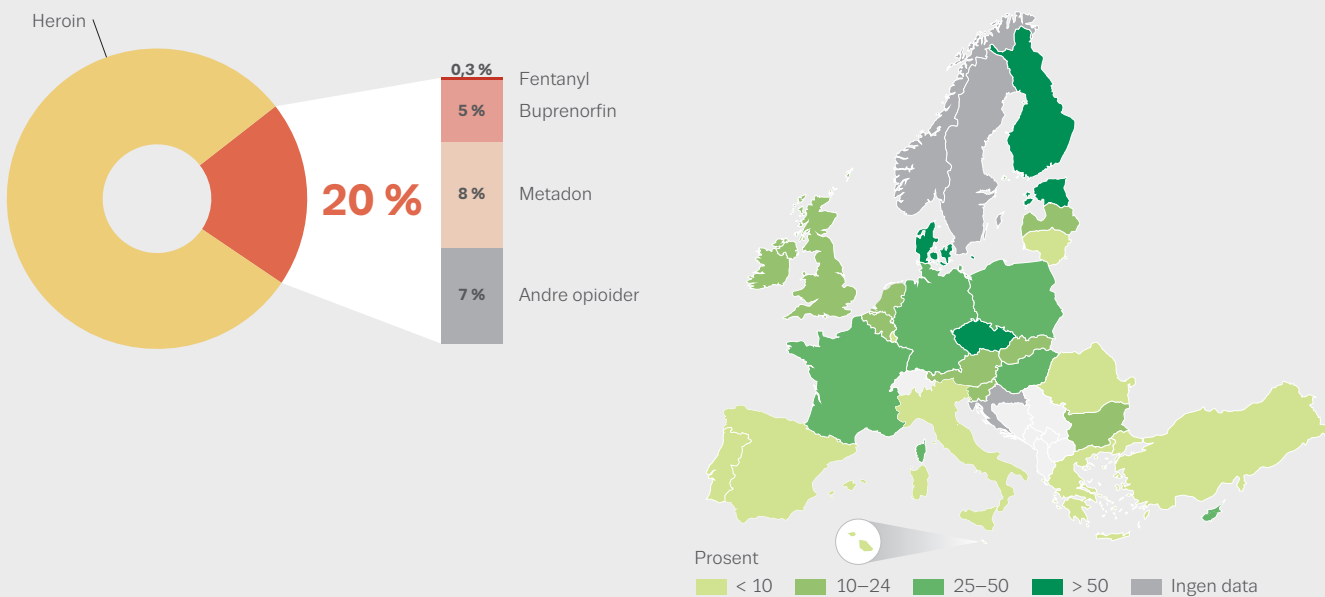
Prevalensen av høyriskobruk av opioider blant voksne (15–64 år) er anslått til 0,4 % av EUs befolkning. Det vil si at det var 1,3 millioner høyriskobrukere av opioider i 2016. Nasjonale estimater for prevalensen av høyriskobruk av opioider varierer fra under 1 til over 8 tilfeller per 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64 år. De fem mest folkerike EU-landene, som utgjør 62 % av unionens befolkning, har tre fjerdedeler (76 %) av det estimerte antallet høyriskobrukere av opioider (Tyskland, Spania, Frankrike, Italia, Storbritannia). Av de 11 landene som leverte estimater av høyriskobruk av opioider jevnlig mellom 2006 og 2016, viser Spania og Italia en statistisk signifikant reduksjon, mens Tsjekia viser en statistisk signifikant økning (figur 2.11).

I 2016 ble bruk av opioider rapportert som hovedårsaken til inntak til behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet av 177 000 klienter eller 37 % av alle som ble inntatt til behandling i Europa. Av disse var 35 000 førstegangsklienter. Brukere som har heroin som primærrusmiddel, utgjorde 82 % av alle brukere som ble inntatt til behandling for første gang, og der opioider var primærrusmiddel.

Ifølge tilgjengelige trenddata ble tallet på førstegangsklienter med heroin som primærrusmiddel mer enn halvert fra toppnivået i 2007 til et bunnivå i 2013, før det stabiliserte seg i de senere 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)



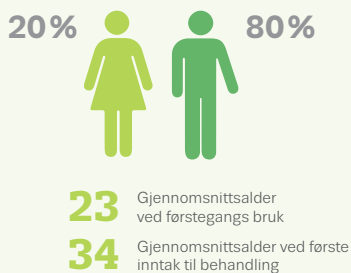
Syntetiske opioider: variasjon i stoffer i de europeiske landene

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. Opioider oppgitt av

klienter ved inntak til behandling innbefatter 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 i det spesialiserte behandlingsapparatet. I 2016 rapporterte 18 europeiske land at over 10 % av alle opioidklienter inntatt til spesialisert behandling ble

HEROINBRUKERE SOM PÅBEGYNNER BEHANDLING

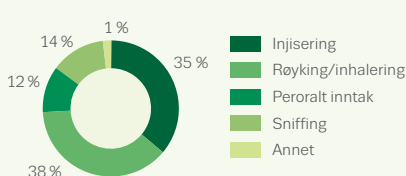
Karakteristika



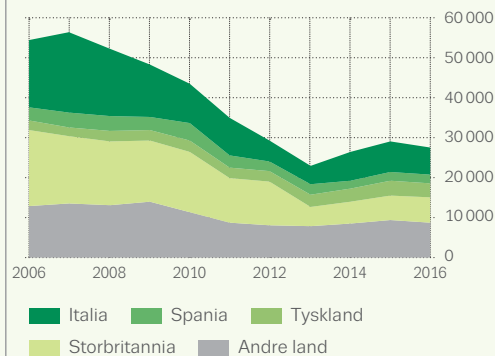
Bruksfrekvens siste måned



Inntaksmåte



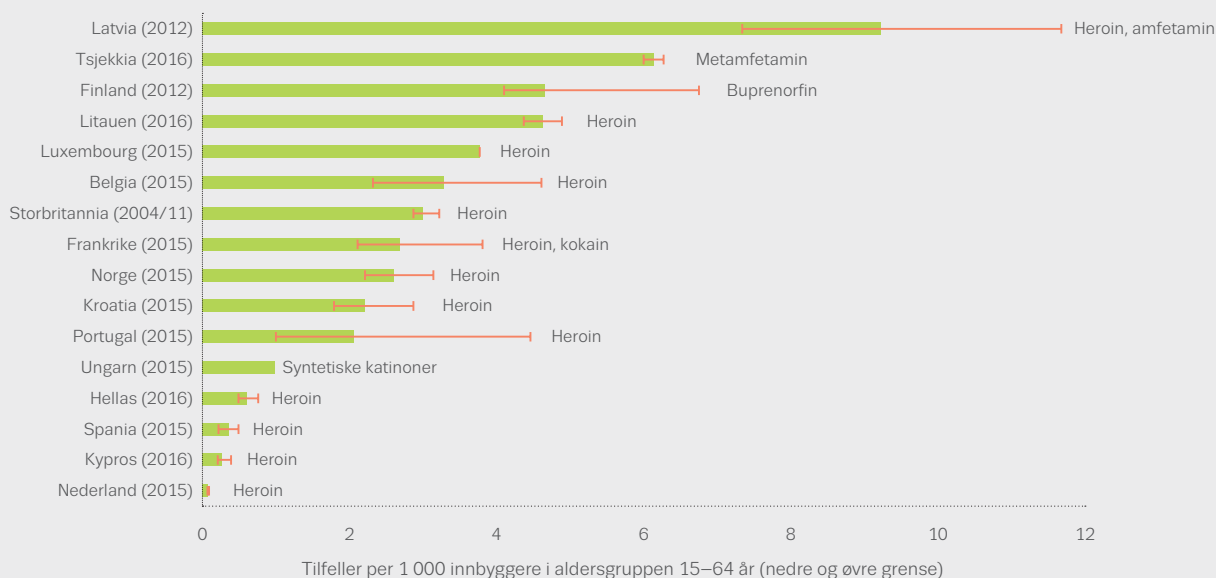
Trender blant førstegangsklienter



NB: Bortsett fra trender gjelder dataene alle klienter inntatt til behandling med heroin som primærrusmiddel. Data for Tyskland gjelder klienter inntatt til behandling med «opioider» som primærrusmiddel. Trendene for førstegangsklienter er basert på data fra 25 land. Bare land med data for minst 9 av de 11 årene er tatt med i trendgrafen. Manglende verdier er interpolert fra nærmeste år. Grunnet endringer i dataflyten på nasjonalt plan kan data fra Italia fra og med 2014 ikke sammenlignes med tidligere år.

FIGUR 2.13

Sprøytebruk av narkotika: nyeste estimater for prevalens og hyppigst injiserte stoff



behandlet for problemer som hovedsakelig var knyttet til andre opioider enn heroin (figur 2.12). I Estland rapporterte flertallet av klientene med et opioid som primærrusmiddel bruk av fentanyl, mens det i Finland var buprenorfin som hyppigst ble oppgitt som primæropioid blant dem som ble inntatt til behandling. Misbruk av buprenorfin oppgis av cirka 30 % av opioidklienter i Tsjekkia, mens misbruk av metadon oppgis av 22 % av opioidklienter i Danmark. I Kypros og Polen inntas mellom 20 % og 30 % av opioidklientene til behandling for problemer knyttet til bruk av andre opioider, for eksempel oksykodon (Kypros) og «polsk heroin» – heroin fremstilt fra valmustrå (Polen). I tillegg kan de som inntas til behandling for problemer knyttet til nye psykoaktive stoffer med opioidlignende virkninger, rapporteres under den generelle overskriften «opioider».

Injeksjonsbruk: fortsatt nedgang 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.

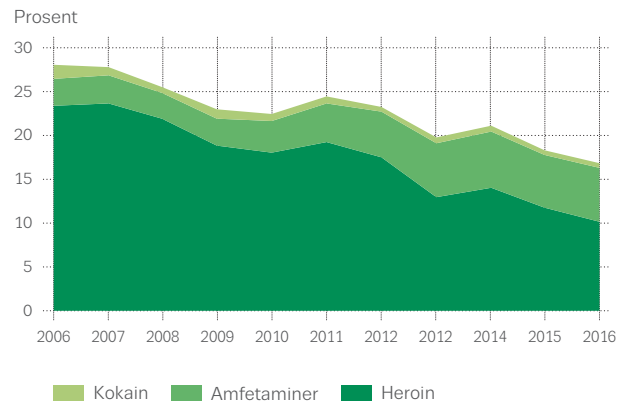
Bare 16 land har estimater for prevalensen av sprøytebruk av narkotika siden 2011, og der varierer tallene fra under 1 til 9 tilfeller per 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64 år. I de fleste av disse landene kan stoffet som hyppigst injiseres identifiseres, selv om to stoffer i enkelte land brukes i omtrent like høy grad. Opioider rapporteres som det hyppigst injiserte rusmiddelet i flertallet (14) av landene (se figur 2.13). Heroin oppgis i 13 av de samme landene, mens buprenorfin oppgis i Finland. Sentralstimulerende midler rapporteres som det hyppigst injiserte rusmiddelet i 4 land, der stoffene som brukes, omfatter syntetiske katinoner (Ungarn), kokain (Frankrike), amfetamin (Latvia) og metamfetamin (Tsjekkia).

FIGUR 2.14

Blant førstegangsklienter inntatt i det spesialiserte behandlingsapparatet i 2016 med heroin som primærrusmiddel, oppga 27 % injisering som vanligste inntaksmåte, ned fra 43 % i 2006. Andelen sprøytebrukere varierer landene imellom, fra 8 % i Spania til 90 % eller mer i Latvia, Litauen og Romania. Injisering rapporteres som vanligste inntaksmåte av 1 % av førstegangsklienter med kokain som primærrusmiddel, og 47 % av førstegangsklienter med amfetaminer som primærrusmidler. Det store bildet for amfetaminer er imidlertid sterkt påvirket av Tsjekia, som står for 87 % av Europas nye amfetaminklienter som injiserer stoffet. Hvis vi ser de tre stoffene som vanligvis injiseres, under ett, har injisering som vanligste inntaksmåte blant førstegangsklienter gått ned fra 28 % i 2006 til 17 % i 2016 (figur 2.14).

Injisering av syntetiske katinoner er ikke noe utbredt fenomen. Likevel kommer det rapporter om slik bruk i spesifikke grupper, blant annet hos sprøytebrukere av opioider, klienter i narkotikabehandling i enkelte land og blant klienter i sprøyteutdelingsprogrammer i Ungarn. I en fersk EMCDDA-undersøkelse 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.

Sprøytebruk blant førstegangsklienter som inntas til behandling med heroin, kokain eller amfetaminer som primærrusmiddel: prosentandel som oppgir injisering som vanligste inntaksmåte



NB: Trender er basert på de 21 landene med data for minst 9 av de 11 årene.



**Det rapporteres
fortsatt om injisering
av syntetiske katinoner
i bestemte grupper**

FINN UT MER

Publikasjoner fra EMCDDA

2018

Country Drug Reports 2018.

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

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

2017

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

2016

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

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

2015

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

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

2013

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

2012

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

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

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

3

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

Narkotikarelaterte helseskader og tiltak

Det er allment kjent at bruk av illegale rusmidler bidrar til den globale sykdomsbyrden. 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 overdoser. 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 sett mindre helseproblemer forbundet med cannabisbruk, kan den høye prevalensen av cannabisbruk ha implikasjoner for folkehelsen. Variasjoner 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 i 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 problemene dette medførte, da særlig spredning av smittsomme sykdommer og overdosedødsfall.

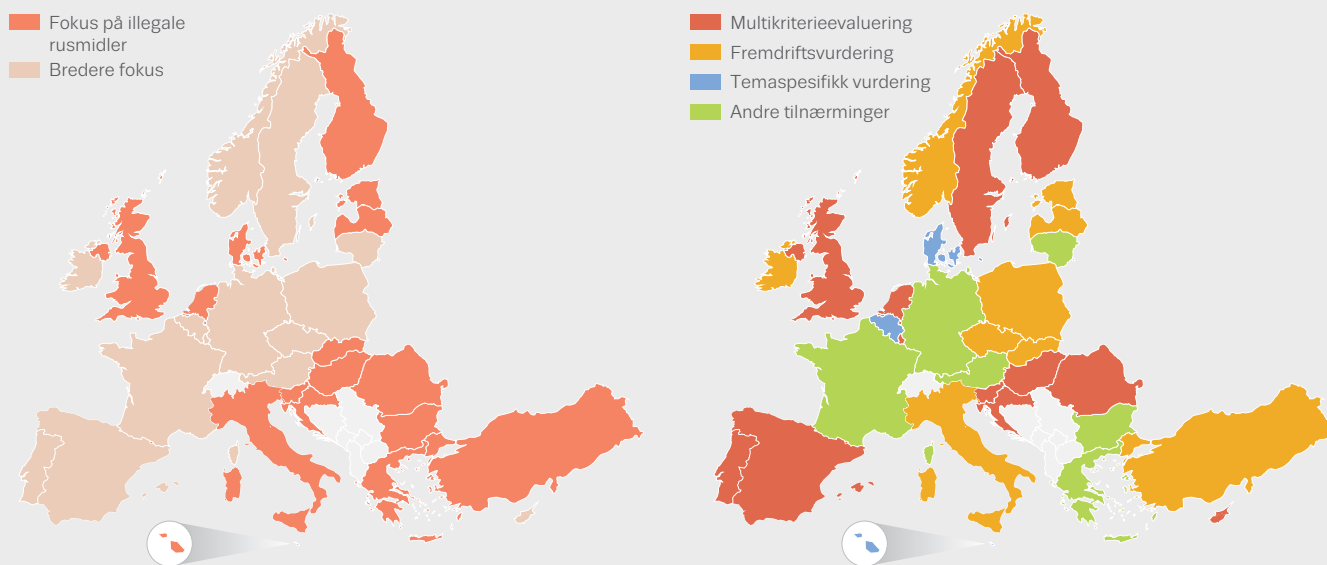
Overvåking av narkotikarelaterte helseskader og tiltak

EMCDDA mottar informasjon om helsemessige og sosiale tiltak mot narkotikabruk og relaterte helseskader fra de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettverket og ekspertgrupper. Dersom formaliserte datasett mangler, hentes tilleggsinformasjon om tilbudet av intervensjoner fra ekspertvurderinger. Kapittelet baserer seg også på gjennomgang av vitenskapelig dokumentasjon på hvor effektive folkehelseintervensjoner er. Underlagsdokumentasjon finnes på EMCDDAs nettsted under temaene [Health and social responses to drug problems: a European GUIDE](#) og [Best practice portal](#).

Narkotikarelaterte smittsomme sykdommer, 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 varslings, 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](#).

FIGUR 3.1

Fokus for nasjonale rusmiddelpolitiske strategidokumenter (venstre) og tilnæringsmetode for evaluering (høyre) i 2017



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.

Narkotikastrategier: bredere tilnærming

De nasjonale rusmiddelstrategiene til nærmere halvparten av de 30 landene som overvåkes av EMCDDA, inkluderer nå forskjellige kombinasjoner av rusrelaterte og atferdsmessige avhengighetsspørsmål sammen med bruk av illegale rusmidler. Disse planleggingsverktøyene brukes av myndigheter for å utarbeide den generelle tilnærmingen og de spesifikke tiltakene rettet mot de ulike helse- og sikkerhetsproblemene som følger i kjølvannet av narkotikaproblemer. Danmark har en nasjonal rusmiddelpolitikk som kommer til uttrykk gjennom en rekke strategidokumenter, lovgivning og konkrete tiltak, mens alle de andre landene har et nasjonalt rusmiddelpolitisk strategidokument. I 16 land fokuserer rusmiddelstrategien hovedsakelig på illegale rusmidler. De 14 andre landene har en bredere politisk tilnærming og vier andre avhengighetsskapende stoffer og avhengighetspreget atferd større oppmerksomhet (se figur 3.1). I Storbritannia har selvstyremyndighetene i Wales og Nord-Irland bredt anlagte strategidokumenter. Tas disse to dokumentene med, kommer det totale antallet brede rusmiddelpolitiske strategier opp i 16. Slike brede strategier omhandler hovedsakelig illegale rusmidler, og det varierer i hvilken grad de også tar for seg andre stoffer og annen avhengighet. Samtlige dokumenter tar for seg alkohol, 10 tobakk, 9 legemidler, 3 doping innen idrett (f.eks. prestasjonsfremmende midler) og 8 avhengighetspreget atferd (f.eks. gambling). Uansett satsingsområde, understøtter alle de nasjonale rusmiddelstrategiene en

balansert tilnærming til politikken fastsatt i EUs narkotikastrategi (2013–2020) og tiltaksplan (2017–2020), som legger like stor vekt på å redusere både etterspørselen etter og tilbudet av narkotika.

Alle de europeiske landene evaluerer sine nasjonale narkotikastrategier, men har en rekke forskjellige tilnærminger. Målet med evalueringene er vanligvis å finne ut hvor langt gjennomføringen er kommet, og hvordan narkotikasituasjonen generelt har endret seg. I 2017 ble det rapportert at det var gjennomført 12 multikriterieevalueringer, 9 fremdriftsvurderinger og 3 temaspesifikke vurderinger, mens 6 land hadde brukt andre metoder, for eksempel en blanding av indikatorbaserte vurderinger og forskningsprosjekter (se figur 3.1). Trenden som peker i retning av et bredere repertoar av strategier, blir gradvis gjenspeilet i bruken av evalueringer med en bredere tilnærming. For øyeblikket har Frankrike, Luxembourg, Sverige og Norge publisert evalueringer av strategier med bredere tilnærming. Dette bredere repertoaret av strategier innebærer en mulighet for å komme frem til en mer integrert folkehelsemessig tilnærming, men det byr også på utfordringer når det gjelder å koordinere gjennomføringen, overvåkingen og evalueringen.

Evidensbasert forebygging: støtte til gjennomføring

Forebygging av narkotikabruk og narkotikarelaterete problemer blant unge er en sentral målsetting i europeiske nasjonale narkotikastrategier og 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, mens indisert forebygging fokuserer på risikoutsatte enkeltpersoner.

Interessen for innføring av kunnskapsbaserte programmer for forebygging i Europa har vært økende i de senere år, støttet av etableringen av registre, opplæringstiltak og kvalitetsstandarder. I 2018 ble det etablert eller satt i gang utarbeidelse av registre i over en tredjedel av de 30 EMCDDA-landene. Registerne har oppførings- og vurderingskriterier for programmenes effektivitet. Det europeiske registeret Xchange er knyttet til nasjonale registre og inneholder rundt 20 veilederbaserte programmer som er blitt strengt evaluert og vurdert. Det inneholder også legers erfaringer med organisatoriske og kulturelle hindringer for gjennomføring (rekruttering, timing, tilpasningsutfordringer), og hvordan disse ble overvunnet.

Profesjonell opplæring er avgjørende for å lykkes med innføringen av forebyggende tiltak. Mulighetene for formell opplæring i forebyggingsvitenskap er imidlertid begrensede. Et nytt tiltak, Universal Prevention Curriculum, som er basert på internasjonale evidensstandarder, er nylig blitt tilpasset til et europeisk publikum, både med et 9-ukers universitetskurs og et komprimert 3–5-dagers opplæringskurs (UPC-Adapt) for regionale eller lokale beslutningstakere. Kortversjonen blir implementert i en tredjedel av EU-medlemsstatene i 2018.

Miljøbasert forebygging: utelivsprogrammer med flere komponenter

Den økte bruken av miljøbaserte forebyggingstiltak i utelivsmiljøer rapporteres av flere land, hovedsakelig i Nord-Europa. De fleste miljøbaserte tilnærminger er primært innrettet mot alkohol, men de felles (kontekstuelle) risikofaktorene for problematisk bruk av

alkohol og andre rusmidler gjør slike tilnærminger nyttige for forebygging av bruk av andre stoffer også. Realiseringen av dem er imidlertid fortsatt begrenset. En interessant tilnærming er koalisjoner av flere komponenter i utelivsmiljøene, der opplæring av serveringspersonale, inngangskontroller, veiledning og mobilisering i lokalsamfunn kombineres. Det er ting som tyder på at denne tilnærmingen kan være hensiktsmessig for å redusere alkohol- og stoffrelaterete skader. Et eksempel er STAD-prosjektet i Sverige, som nå blir lansert i 6 andre EU-land. Likevel er det i 2016 bare 2 land (Finland, Storbritannia) som rapporterer om omfattende tilgjengelighet av intervensjoner med flere komponenter.

M-helse: utvidet tilgang til intervensjoner

Stadig flere intervensjoner mot narkotika tilbys også på nettet, inkludert gjennom mobile helseapplikasjoner på smarttelefoner (m-helse). Nettbaserte og m-helse-intervensjoner kan øke rekkevidden og den geografiske dekningen for forebyggende tiltak og behandlingsprogrammer slik at man når ut til personer som det spesialiserte hjelpeapparatet ellers ikke ville ha kommet i kontakt med. Intervensjoner som er tilgjengelige via smarttelefoner, omfatter alt fra e-læringsverktøy for fagpersoner, verktøy for forebygging og skadereduksjon og digital kontakt via sosiale medier til pasientovervåking, veiledning og behandling av narkotikaproblemer.

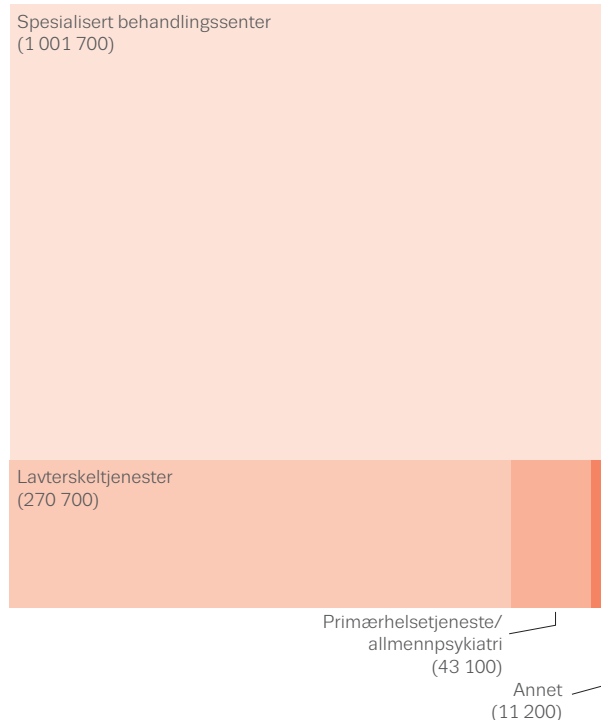
En nyere EMCDDA-undersøkelse identifiserte over 60 rusmiddelrelaterete m-helseapplikasjoner (eller «apper») tilgjengelige på nettet, og nesten halvparten av dem hadde sin opprinnelse i Europa. De fleste appene ga rusmiddelrelatert informasjon, kombinert med en eller annen form for intervensjon. Europeiske m-helse-intervensjoner var primært rettet mot å begrense skadevirkninger blant unge og andre som gikk mye ut. Blant teknikkene som ble brukt i appene, var etablerte internetbaserte behandlingsmetoder, som forbruksdagbøker, personlig tilpassede tilbakemeldinger på egendefinerte mål om å redusere stoffbruken og samhandling med fagpersoner innenfor behandlingsapparatet, for eksempel via krypterte meldingstjenester. Noen apper bruker også effektive forebyggingsteknikker for å redusere misoppfatninger om venners bruk av rusmidler (metoder basert på sosiale normer). Fraværet av kvalitetsstandarder for m-helse-apper på rusfeltet, bekymringer omkring personvern og et mangelfullt evidensgrunnlag er utfordringer for den fremtidige utviklingen på dette feltet. Ikke desto mindre kommer m-helse-applikasjoner sannsynligvis til å bli viktige rusmiddelrelaterete intervensjonsverktøy for både brukere og fagpersoner over hele Europa.

Profesjonell opplæring er avgjørende for å lykkes med innføringen av forebyggende tiltak

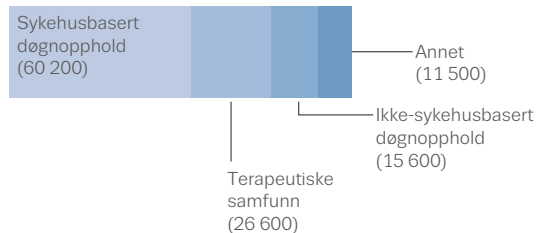
FIGUR 3.2

Antall klienter som mottar narkotikabehandling i Europa i 2016, etter behandlingsmiljø

Poliklinisk



Døgnbehandling



Fengsler



**Det meste av
narkotikabehandlingen
i Europa er poliklinisk**

Narkotikabehandling: tjenester i lokalmiljøet

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.

Narkotikabehandling i Europa gis oftest ved polikliniske behandlingssentre, og regnet i antall narkotikabrukere behandles de fleste ved spesialiserte poliklinikker (figur 3.2). Lavterskeltjenester er det nest største behandlingstilbudet, etterfulgt av primærhelsetjenesten og allmennpsykiatriske klinikker. Den sistnevnte kategorien omfatter allmennlegekontorer, og i noen store land som Frankrike og Tyskland er allmennlegene viktige som forskrivere av substitusjonsbehandling med opioider. Andre steder, for eksempel i Slovenia, spiller psykiatriske poliklinikker en rolle i behandlingstilbudet.

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

Narkotikabehandling: inntaksveier og behandlingsforløp

Anslagsvis 1,3 millioner mennesker fikk behandling for bruk av illegale rusmidler i EU i 2016 (1,5 millioner medregnet Norge og Tyrkia). Egenhenvvisning er fortsatt den vanligste veien inn i det spesialiserte behandlingsapparatet. Denne formen for henvisning, som også inkluderer henvisning av familie eller venner, sto for nesten halvparten (48 %) av inntakene i det spesialiserte behandlingsapparatet i Europa i 2016. Rundt en fjerdedel (26 %) av klientene ble henvist av helse-, utdannings- eller sosialetaten, herunder andre behandlingssentre, mens 16 % ble henvist 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 behandlingsopplegg 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.

FIGUR 3.3

Praksis for henvisning til behandling er sterkt varierende, både etter land og etter primærrusmiddel. Strafferettssystemet spiller en spesielt viktig rolle i henvisningen av cannabisbrukere til behandling. I Europa sett under ett henvises 26 % av cannabis klientene til behandling av strafferettssystemet. Andelen varierer imidlertid betydelig landene imellom. I land der over 100 nye cannabis klienter ble inntatt i behandling i 2016, varierte andelen som ble henvist av rettssystemet, kriminalomsorgen eller politiet fra 2 % i Nederland til over 80 % i Ungarn og Romania.

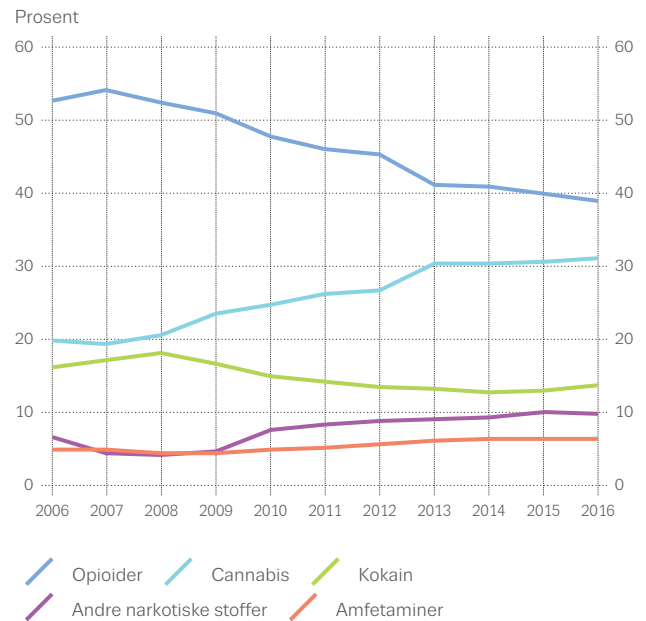
Klientenes forløp gjennom behandlingsapparatet preges ofte av at flere etater er koblet inn, av flere inntak i behandling og av varierende lengde på oppholdet. Opioidbrukere utgjør den største gruppen som får spesialisert behandling, og de bruker størsteparten av tilgjengelige behandlingsressurser, hovedsakelig i form av substitusjonsbehandling. Resultatene av en analyse av data fra spesialisert behandling i ni europeiske land i 2016 gir et innblikk i ulike behandlingsforløp. Av de 370 000 klientene som ifølge rapportene var i behandling i disse landene det året, var knappe 20 % førstegangsklienter; 27 % var inne på nytt etter å ha fått behandling et tidligere år; og over halvparten hadde vært i kontinuerlig 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.

Substitusjonsbehandling av opioidbrukere: varierende tilbud

Substitusjonsbehandling, ofte kombinert med psykososiale tiltak, 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. Cannabis- og kokainbrukere er den henholdsvis nest største og tredje største gruppen som inntas i behandlingsapparatet (figur 3.3). Psykososiale tiltak er de viktigste behandlingsformene for disse klientene.

I 2016 fikk anslagsvis 628 000 opioidbrukere substitusjonsbehandling i EU (636 000 medregnet Norge). Trenden i antall klienter var økende og nådde en topp i 2010, men falt deretter med 10 % frem mot 2016. I tiden mellom 2010 og 2016 ble det observert nedgang i 12 land. Størst nedgang (mer enn 25 %) ble rapportert av Spania, Nederland og Portugal. Denne nedgangen kan forklares med faktorer knyttet til etterspørsel eller forsyning,

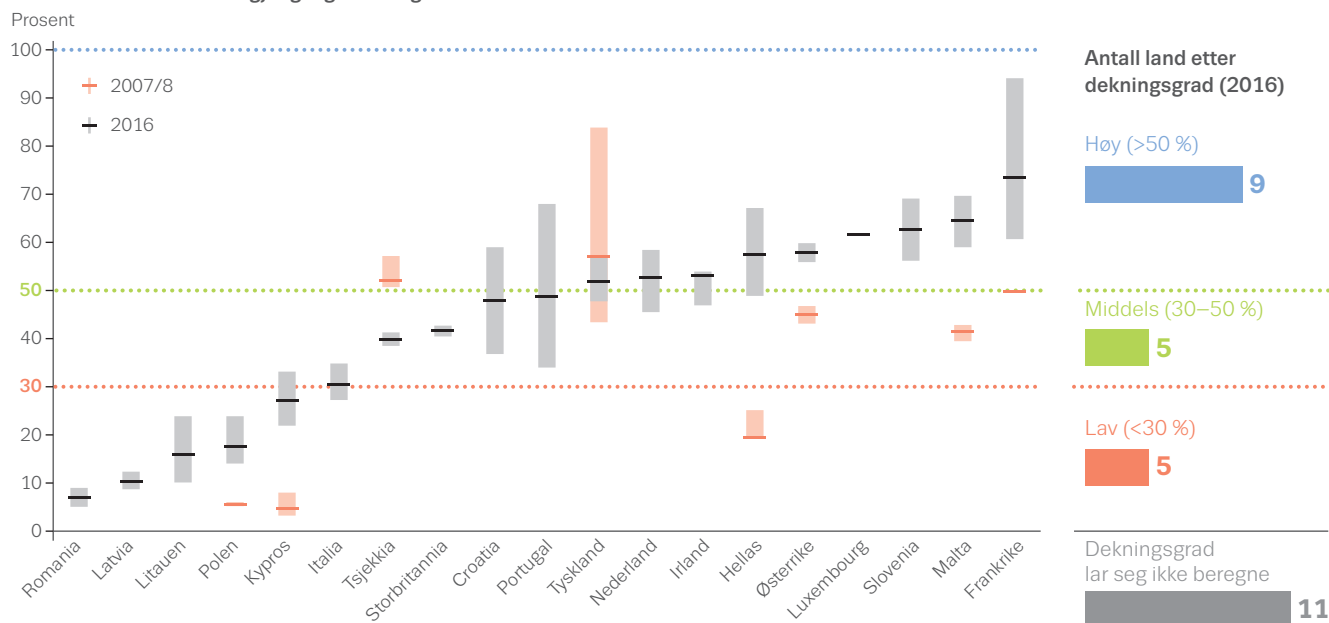
Trender for andel klienter som inntas i det spesialiserte behandlingsapparatet, etter primærrusmiddel



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 dekningen. 16 land rapporterer om økning i antallet som mottok substitusjonsbehandling i perioden 2010–2016, blant annet Latvia (173 %), Romania (167 %) og Hellas (57 %).

FIGUR 3.4

Dekning for substitusjonsbehandling av opioidklienter (prosentandel estimerte høyrisikobrukere av opioider som mottok intervensjonen) i 2016 eller siste år med tilgjengelige data og i 2007/2008



Sammenholdes disse tallene med de siste estimatene over antall høyrisikobrukere av opioider i Europa, ser vi at om lag halvparten får substitusjonsbehandling. Det er imidlertid variasjoner landene imellom (figur 3.4). I de landene som har data fra 2007 eller 2008 tilgjengelige for sammenligning, var det en generell økning i behandlingstilbud. Dekningsnivået er imidlertid fortsatt lavt i enkelte land.

Metadon er det hyppigst forskrevne substitusjonsmedikamentet og mottas av nærmere to tredjedeler (63 %) av alle substitusjonsklienter i Europa. Ytterligere 35 % av klientene behandles med buprenorfinbaserte legemidler, som i 8 land er det viktigste substitusjonsmedikamentet (figur 3.5). Andre stoffer, som morfin eller diacetylmorfin (heroin) i depotform, forskrives bare sjelden i Europa, til anslagsvis ca. 2 % av alle som får substitusjonsbehandling. Majoriteten av dem som får substitusjonsbehandling i Europa, er over 35 år og har mottatt behandling i mer enn 2 år. Opioidbrukere i Europa har også tilgang til alternative behandlingstilbud. I de 13 landene det foreligger data for, mottar mellom 3 % og 28 % av alle opioidbrukere i behandlingsapparatet annen behandling enn substitusjonsbehandling med opioider.

Behandlingsutfall: kvalitetsstandardenes rolle

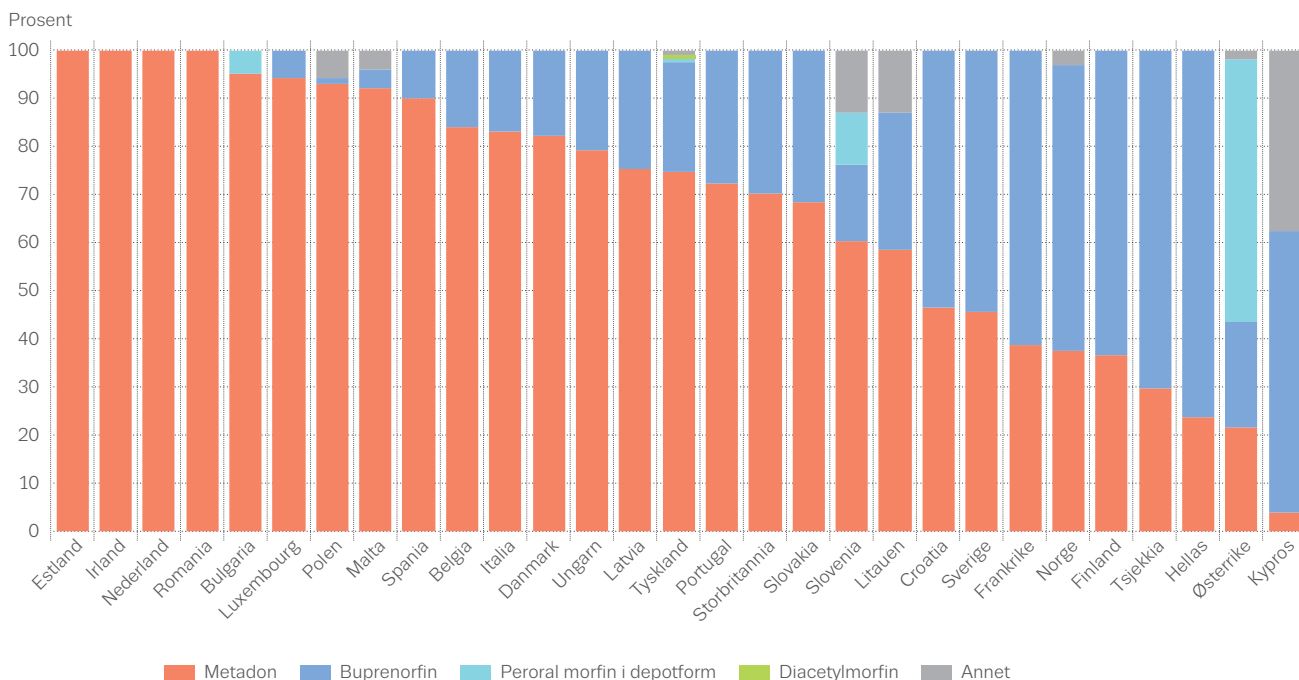
Kartlegging av behandling utfall er viktig for å kunne forbedre behandlingsforløpene for pasientene og tilpasse

tjenestene bedre til behovene som observeres. Etableringen av kartleggingsrutiner heftes av at det ikke foreligger enighet om målene for behandlingen og egnede tiltak for å nå disse. En nyere EMCDDA-gjennomgang belyste den store variasjonen i målte resultater og identifiserte åtte forskjellige kategorier av resultater: «Narkotikabruk», «kriminalitet», «helse», «behandlingsrelaterte utfall», «sosialt funksjonsnivå», «skadevirkninger», «dødelighet» og «økonomiske estimater».

Bruk av kvalitetsstandarder er et middel til å sikre at gjennomføringen av tiltak og anbefalt praksis i retningslinjene skjer på en hensiktsmessig måte. Generelt skjer gjennomføringen i henhold til standarder på lokalt nivå, men det finnes også internasjonale standarder som brukes til å oppnå enighet om generelle prinsipper for tiltak. For eksempel fastsetter de europeiske minstestandardene for kvalitet i etterspørselsreduksjon som ble vedtatt av Rådet, generelle prinsipper som håndheves ulikt på nasjonalt nivå.

FIGUR 3.5

Andel klienter som mottar forskjellige typer reseptbelagte legemidler til substitusjonsbehandling av opioidbrukere i europeiske land



NB: Data for Storbritannia omfatter England, Wales og Nord-Irland.

OPIOIDKLIENTER I SUBSTITUSJONSBEHANDLING

Gruppe

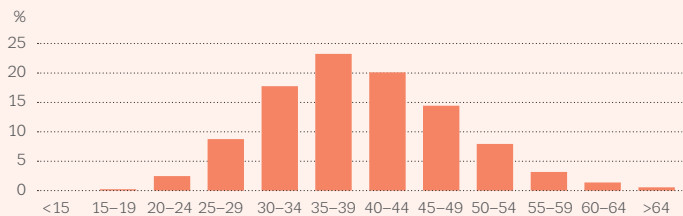
628 000 EU

636 000 EU + Norge

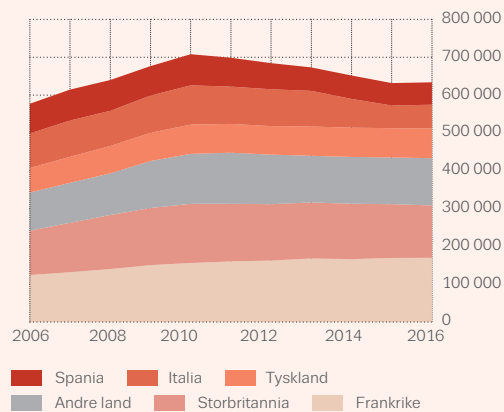
26% 74%



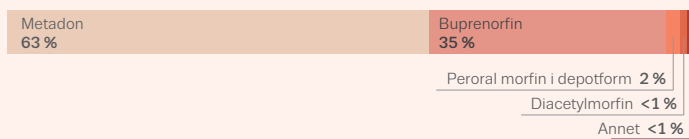
Aldersfordeling



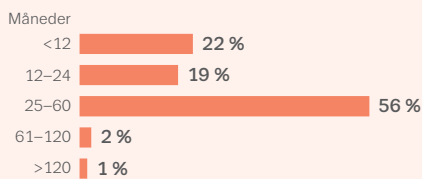
Trender i antall i substitusjonsbehandling



Type legemiddel



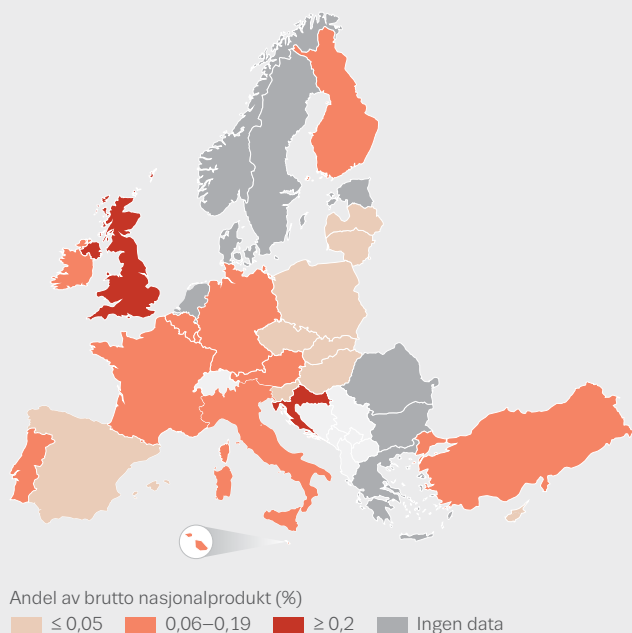
Behandlings varighet



NB: Bare land med data for minst 8 av de 11 årene er tatt med i trendgrafen. Manglende verdier er interpolert fra nærmeste år.

FIGUR 3.6

Nyeste estimater av det offentlige narkotikarelaterte utgifter (% BNP)



Tiltak mot narkotika: kostnadsaspektet

Å forstå utgiftene knyttet til narkotikarelaterte tiltak er viktig både når politikken skal utformes og når den 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. Det siste tiåret har 22 land utarbeidet fullstendige estimater av offentlige utgifter knyttet til narkotikabruk (figur 3.6). Estimaten varierer fra 0,01 % til 0,5 % av bruttonasjonalproduktet (BNP), og om lag halvparten av estimatene ligger mellom 0,05 % og 0,2 % av BNP.

Det er store variasjoner landene imellom når det gjelder hvor stor andel av det totale narkotikarelaterte budsjettet som brukes på å redusere etterspørselen. Utgiftene utgjorde alt fra 21 % til 75 % av det offentlige samlede narkotikarelaterte utgifter, ifølge estimater som er blitt rapportert til EMCDDA i løpet av de siste ti årene. Narkotikabehandling og andre helseutgifter utgjør en stor andel av de estimerte utgiftene knyttet til tiltak for å redusere etterspørselen. Selv om nasjonale forskjeller til dels kan tilskrives varierende politiske og behandlingmessige valg, samt forskjeller i narkotikaproblemene og organiseringen av de offentlige tjenestene, har også de forskjellige metodene som brukes i estimeringen, stor betydning for resultatene.

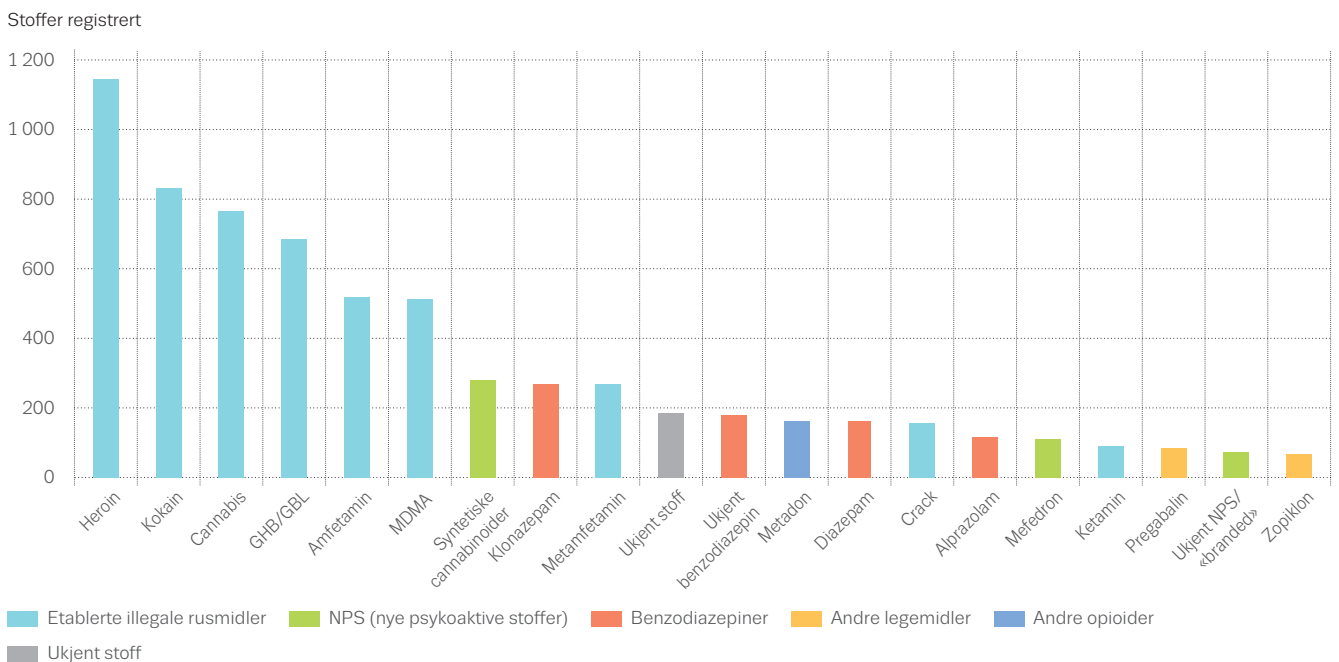
Akutte narkotikarelaterte helseskader: heroin og kokain dominerer

Data fra sykehusenes akuttavdelinger kan gi innsikt i akutte narkotikarelaterte helseskader og øke vår forståelse av narkotikabrukens innvirkning på folkehelsen i Europa. Bare et fåtall av landene overvåker narkotikarelaterte akuttinnleggelser på nasjonalt nivå. Blant disse rapporterte Litauen og Storbritannia om en økning i heroinrelaterte akuttinnleggelser. Tsjekia og Danmark kunne imidlertid rapportere om en synkende trend for heroinrelaterte akuttinnleggelser. I Spania var kokain involvert i nesten halvparten av de rapporterte narkotikarelaterte akuttinnleggelsene i 2015, og andelen er i ferd med å stabilisere seg etter en nedgang. Samtidig har andelen cannabisrelaterte akuttinnleggelser fortsatt å øke. Slovenia rapporterte også om en stigende trend i 2016 for akuttinnleggelser knyttet til kokain, amfetaminer og GHB. I 2016 rapporterte utvalgte regioner i Nederland om 272 akuttinnleggelser knyttet til 4-fluoroamfetamin (4-FA), et nytt sentralstimulerende middel. Flertallet av disse tilfellene ble observert ved førstehjelpsstasjoner i utelivsmiljøer, mens nesten en tredjedel av narkotikarelaterte ambulanseutrykninger var knyttet til bruken av GHB.

Innleggelser som følge av narkotikarelaterte akutte forgiftninger ved 19 (utvalgte) sykehus i 13 europeiske land overvåkes av European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus). I 2016 ble det registrert 4 874 pasienter. Gjennomsnittsalderen var 32 år, og de fleste pasientene var menn (77 %). Nærmere tre fjerdedeler av pasientene ankom sykehuset i ambulanse. Flertallet (78 %) ble utskrevet fra sykehuset i løpet av 12 timer. Et lite mindretall (6 %) ble innlagt på intensivavdeling eller psykiatrisk avdeling (4 %). Det ble i alt registrert 22 dødsfall, og i 13 av dem var opioider involvert.

FIGUR 3.7

De 20 hyppigst registrerte stoffene ved akuttinnleggelser ved utvalgte sykehus i 2016



NB: Tall fra 4 874 akuttinnleggelser ved 19 utvalgte sykehus i 13 europeiske land.
 Kilde: European Drugs Emergencies Network (Euro-DEN plus).

I snitt ble det rapportert 1,5 stoffer per innleggelse (til sammen 7 423). Stoffene som forekom hyppigst, var heroin, kokain, cannabis, GHB/GBL, amfetamin og MDMA (figur 3.7). En femtedel (21 %) av innleggelsene gjaldt misbruk av legemidler som var reseptbelagte eller i fritt salg (hyppigst opioider og benzodiazepiner), og 7 % gjaldt nye psykoaktive stoffer (sammenlignet med 9 % i 2015 og 6 % i 2014). Antallet innleggelser knyttet til syntetiske katinoner, viste en markert nedgang fra 400 i 2014 til 160 i 2016, mens tallet på innleggelser knyttet til syntetiske cannabinoider steg fra 28 til 282. Økningen i antall innleggelser som gjaldt syntetiske cannabinoider, skyldes i hovedsak sentrene i London og Polen.

De stedvise forskjellene i stoffer knyttet til akuttinnleggelser kan gjenspeile variasjoner i sykehusområder og lokale bruksmønstre. For eksempel var det flest akuttinnleggelser relatert til heroin i Dublin (Irland) og Oslo (Norge), mens innleggelser relatert til GHB/GBL, kokain og MDMA dominerte i London (Storbritannia).

Nye stoffer: høy styrke og stort skadepotensial

Nye psykoaktive stoffer, herunder syntetiske opioider, syntetiske cannabinoider og syntetiske katinoner, er forbundet med en rekke alvorlige helseskader i Europa og representerer en utfordring for narkotikapolitikken. Syntetiske opioider og syntetiske cannabinoider er to grupper av stoff som gir spesielt stor grunn til bekymring.

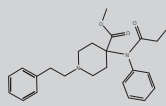
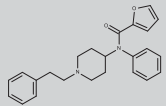
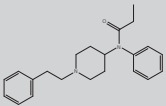
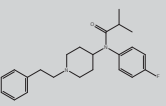
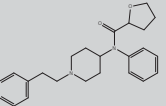
Selv om de spiller en liten rolle på Europas narkotikamarked, utgjør nye opioider en alvorlig trussel både for den enkeltes helse og for folkehelsen. Spesielt urovekkende er fentanylderivatene, som utgjør hovedtyngden av de nye opioidene som overvåkes av EMCDDA. Disse stoffene kan være ekstra sterke, slik at ørsmå mengder kan føre til livstruende forgiftning med hurtig og alvorlig lammelse av åndedrettet. Dette gjør dem spesielt farlige, ikke minst for intetanende brukere som tror de kjøper heroin, andre illegale stoffer eller smertestillende

medikamenter. Under slike omstendigheter kan det være nødvendig å vurdere om ikke opioidmotgiften nalokson bør være tilgjengelig. I tillegg til den akutte risikoen for overdose ser fentanylderivater også ut til å ha et stort misbruks- og avhengighetspotensial som kan bidra til å forverre de folkehelsemessige og sosiale problemene som vanligvis forbindes med høyrisikobruk av opioider.

Felles granskninger og risikovurderinger

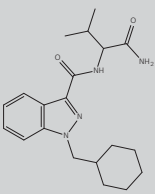
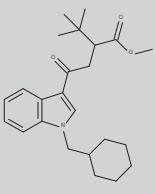
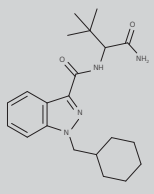
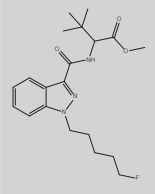
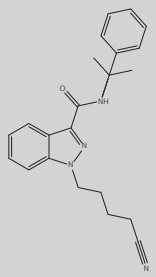
Etter de to felles granskningene av akrylfentanyl og furanylfentanyl som ble utført av EMCDDA og Europol i 2016, ble ytterligere fem fentanylderivater undersøkt i 2017 da EUs system for tidlig varsling mottok rapporter om dødsfall. Stoffene (4-fluoroisobutyrylfentanyl, tetrahydrofuranfentanyl, karfentanil, metoxyacetylfentanyl, cyklopropylfentanyl) var involvert i mer enn 160 dødsfall, og mange av dem ble direkte tilskrevet disse stoffene. Fem av disse syv fentanylderivatene ble også gjenstand for en formell risikovurdering av EMCDDA i 2017 (tabell 1). De to siste stoffene skal vurderes i 2018. Så langt har akrylfentanyl og furanylfentanyl vært underlagt kontrolltiltak på EU-nivå på grunn av trusselen de utgjør mot folkehelsen i Europa.

Tabell 1. De viktigste funnene fra risikovurderingen av fem fentanylderivater

Generisk navn	Karfentanil	Furanylfentanyl	Akrylfentanyl	4F-iBF (4-fluoroisobutyryl-fentanyl)	THF-F (tetrahydrofuran-fentanyl)
Kjemisk struktur					
Formell henvendelse til EUs system for tidlig varsling	12. februar 2013	3. november 2015	7. juli 2016	26. august 2016	23. desember 2016
Antall dødsfall	61	23	47	20	14
Antall land der tilknyttede dødsfall har funnet sted	8	6	3	2	1
Antall politibeslag	801	143	162	24	53
Antall land der beslag er gjort (EU, Tyrkia og Norge)	7	14	5	4	1

I 2017 ble også fire syntetiske cannabinoider undersøkt, noe som førte til risikovurderinger (tabell 2). Stoffene (AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, CUMYL-4CN-BINACA) var involvert i over 80 dødsfall. Disse følger i kjølvannet av MDMB-CHMICA, det første syntetiske cannabinoidet som ble risikovurdert av EMCDDA. Blant årsakene til de alvorlige giftvirkningene disse stoffene kan medføre, er styrkegraden og de dårlige produksjonsrutinene. 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 produkter vil ha et toksisk innhold av stoffet og dermed gi økt risiko for forgiftning.

Tabell 2. De viktigste funnene fra risikovurderingen av fem syntetiske cannabinoider

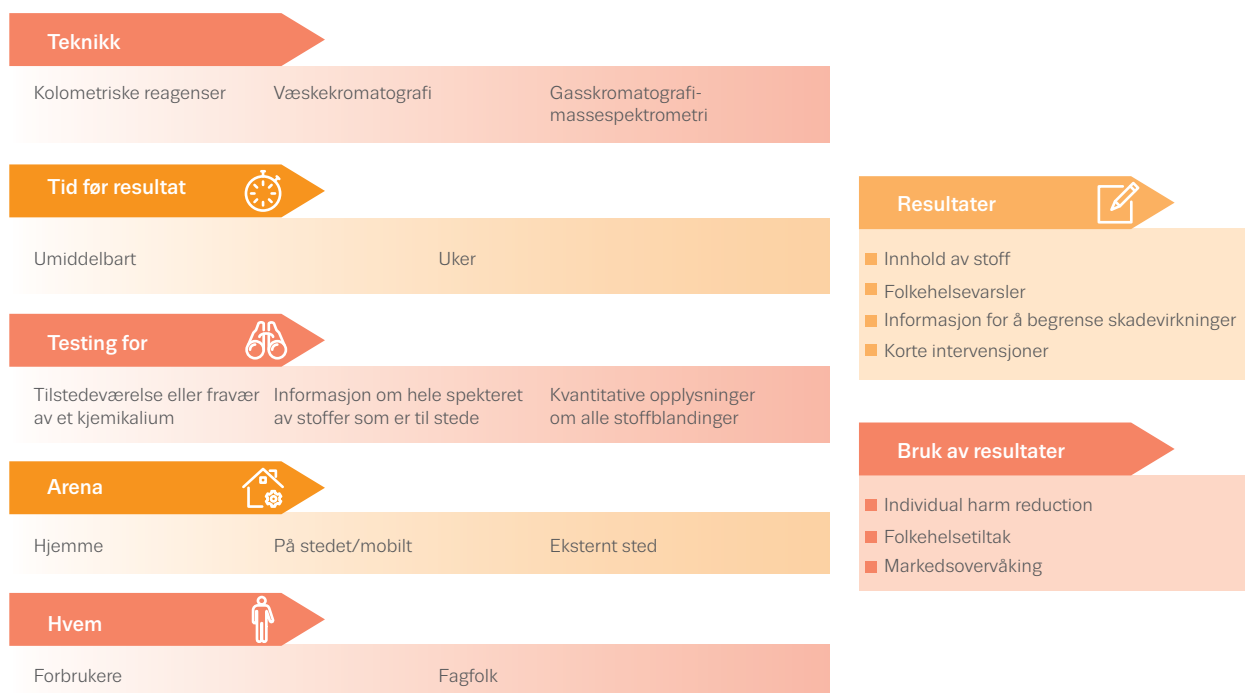
Generisk navn	AB-CHMINACA	MDMB-CHMICA	ADB-CHMINACA	5F-MDMB-PINACA	CUMYL-4CN-BINACA
Kjemisk struktur					
Formell henvendelse til EUs system for tidlig varsling	10. april 2014	12. september 2014	24. september 2014	8. januar 2015	4. mars 2016
Antall dødsfall	31	29	13	28	11
Antall land der tilknyttede dødsfall har funnet sted	6	6	3	2	2
Antall politibeslag	6422	> 3600	3794	1986	2461
Antall land der beslag er gjort (EU, Tyrkia og Norge)	26	25	19	27	12

Nye opioider utgjør en alvorlig trussel både for den enkeltes helse og for folkehelsen



FIGUR 3.8

Eksempler på teknikker for innholdstesting av narkotika og bruken av dem



Innholdstesting av narkotika: tilgjengelighet i Europa

Tjenester for innholdstesting gjør at brukere kan få analysert rusmidlene for å skaffe seg informasjon om hva stoffblandingen inneholder. Formålet med slike tjenester er alt fra å redusere skadevirkninger ved å gi råd og informasjon til narkotikabrukere til overvåking av nåværende og fremvoksende narkotikatrender. I noen land er innholdstesting av narkotika en integrert del av nasjonale systemer for tidlig varsling og støtter især identifisering og overvåking av nye psykoaktive stoffer.

Tjenester for narkotikakontroll er tilgjengelig i 10 EU-land. Tjenestene varierer på flere måter, blant annet med hensyn til hvor de utføres, hvilke metoder som brukes, hvor snart resultatene foreligger, hvordan resultatene formidles og til hvilket formål (figur 3.8). Innholdstesting kan utføres ved faste laboratorier, eller ved mobile laboratorier, for eksempel på musikkfestivaler og utesteder. Metodene som brukes, varierer fra gjør-det-selv-tester som viser tilstedeværelse eller fravær av et gitt stoff eller forfalskningsmiddel, til avansert utstyr som kan identifisere og kvantifisere flere stoffer. Tiden det tar å få resultatet, kan også variere, fra noen få sekunder til noen dager.

Formidlingen av resultatene er viktig for innholdstestingstjenestene, og funnene ledsages ofte av råd eller kortvarige tiltak. Formidlingsmetoder som brukes, omfatter allmenne forbrukervarsler, informasjonstavler på

klubber/i utelivet, publisering på nettet, eller at resultatene gis direkte til enkeltpersoner.

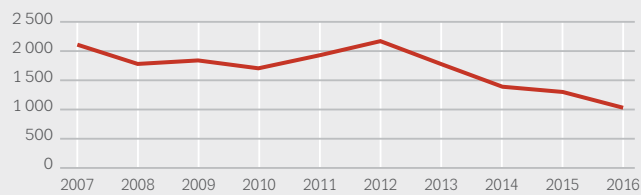
Kroniske narkotikarelaterte helseskader: mindre HIV, men fortsatt sen diagnostisering

Personer som bruker narkotika, og særlig sprøytebrukere, er utsatt for risiko for smittsomme sykdommer gjennom deling av brukerutstyr og gjennom ubeskyttet sex. Risikoatferd knyttet til 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 2016 ble det i EU meldt 1 027 nye HIV-tilfeller som tilskrives sprøytebruk (figur 3.9). Dette er 5 % av alle tilfeller med denne diagnosen der smitteveien er kjent. Denne andelen har holdt seg stabilt lav det siste tiåret. Antallet nye HIV-tilfeller blant sprøytebrukere av narkotika har sunket i de fleste landene i Europa. Totalt har det vært en nedgang på 51 % mellom 2007 og 2016. I en del land er imidlertid sprøytebruk av narkotika fortsatt en viktig smittevei: Ifølge dataene som ble rapportert til Europeisk senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC) i 2016, ble mer enn en fjerdedel av nydiagnostiserte HIV-tilfeller tilskrevet sprøytebruk i Litauen (47 %), Luxembourg (29 %) og Latvia (27 %). I Romania og i Hellas har tallet på nye HIV-smittede som følge av sprøytebruk av narkotika fortsatt å synke i 2016, men det ligger fremdeles over nivået som ble rapportert før utbruddene i 2012.

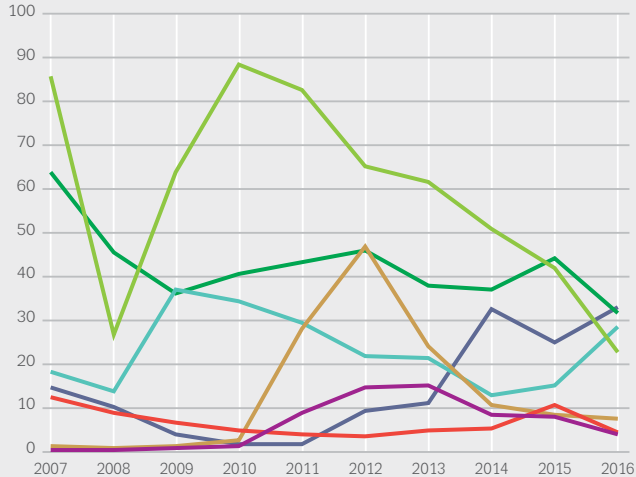
FIGUR 3.9

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

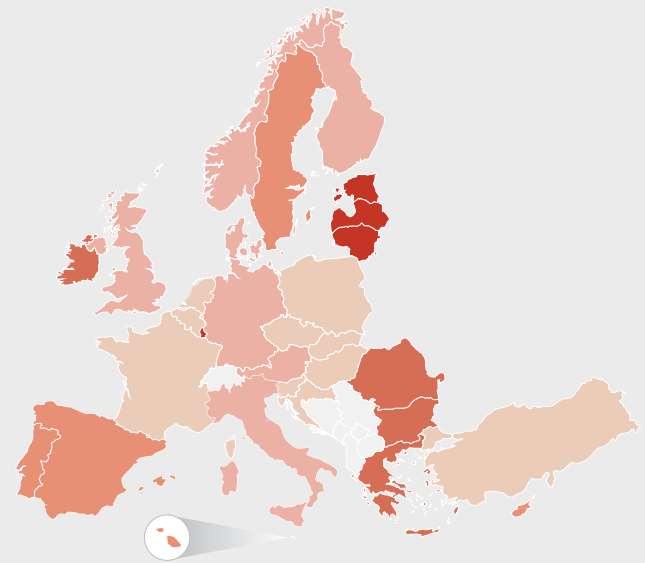
Tilfeller i Den europeiske union



Tilfeller pr. million innbyggere



Luxembourg Latvia Litauen Estland
 Hellas Irland Romania



Tilfeller pr. million innbyggere

■ <1 ■ 1,0–2 ■ 2,1–3 ■ 3,1–8 ■ >8

Kilde: ECDC. Data for 2016.

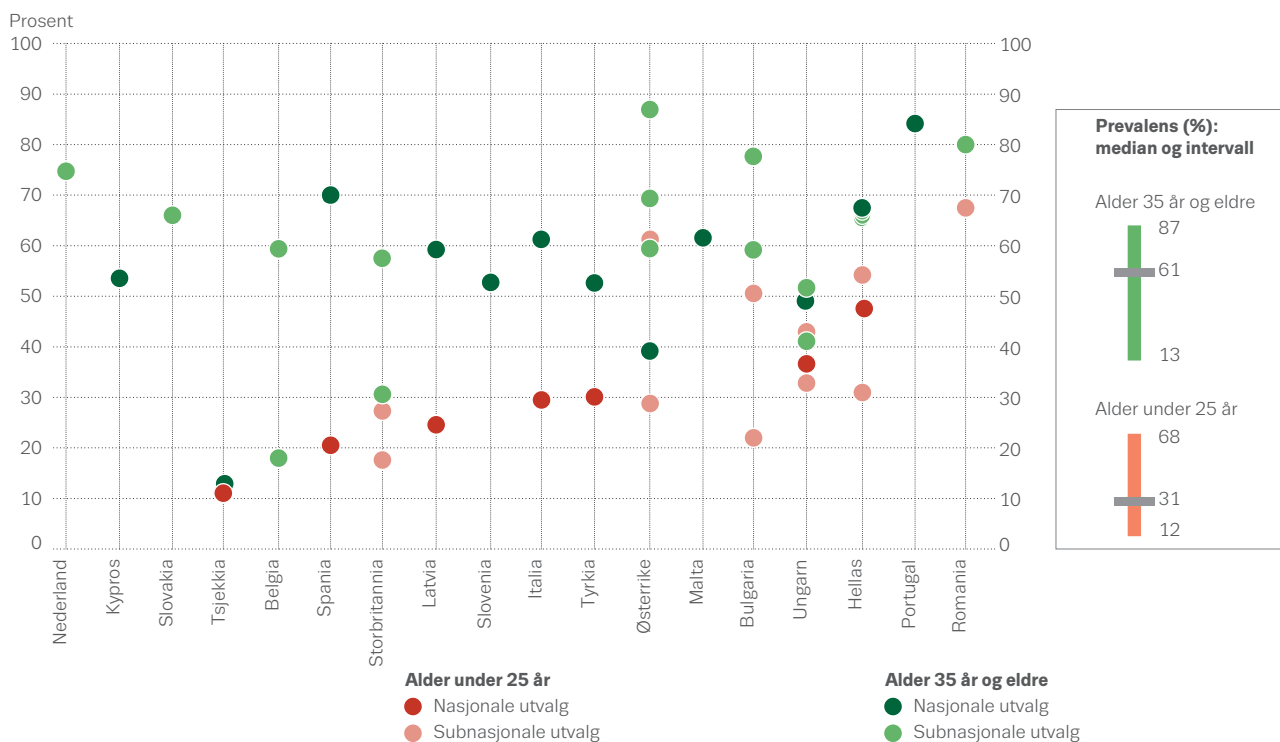
De fleste landene rapporterte et lavere antall injeksjonsrelaterte HIV-tilfeller fra 2015 til 2016, inkludert Irland og Storbritannia, som hadde rapportert en økning i 2015. I Irland og Storbritannia hang dette til dels sammen med lokale utbrudd. Utbruddet som ble rapportert i Luxembourg i 2014, har vedvart gjennom 2016, og økt sprøytebruk av sentralstimulerende midler og en høyere grad av marginalisering av brukere er faktorer i dette utbruddet. Litauen rapporterte en sterk økning i antall nye HIV-tilfeller blant sprøytebrukere av narkotika i 2016, da tallet på tilfeller ble nesten doblet fra 44 til 83 tilfeller. Praksisen med «slamming», der sentralstimulerende midler injiseres i en seksuell sammenheng i små grupper av menn som har sex med menn, har også vært forbundet med økt risiko for å overføre smitte.

I 2016 skyldtes 13 % av nyrapporterte AIDS-tilfeller i EU der smitteveien var kjent, sprøytebruk av narkotika. De 422 nye injeksjonsrelaterte tilfellene som ble meldt, utgjør mindre enn en fjerdedel av antallet tilfeller som ble rapportert for et tiår siden.

Der det forelå opplysninger, ble halvparten av de nye HIV-diagnosene som skyldtes sprøytebruk av narkotika i EU i 2016, diagnostisert sent – det vil si, etter at viruset allerede hadde begynt å skade immunsystemet. I Hellas og Romania ble om lag 2 av 3 nye sprøyte-relaterte HIV-tilfeller diagnostisert sent. En sen HIV-diagnose fører til forsinket iverksettelse av antiretroviral behandling og økt sykkelighet og dødelighet. «Test-and-treat»-strategien, der antiretroviral behandling igangsettes umiddelbart når HIV er diagnostisert, reduserer smitterisikoen og er spesielt viktig i grupper med høyere risikoatferd, som sprøytebrukere. Med tidlig diagnose og antiretroviral behandling kan HIV-smittede forvente å oppnå normal levealder.

FIGUR 3.10

Prevalens av hepatitt C-smitte blant sprøytebrukere av narkotika, etter alder, 2015 til 2016



NB: Prøver mindre enn 10 er ikke vist. Landenes rekkefølge følger dataene for aldersgruppen under 25 år.

HCV-prevalens: nasjonale forskjeller

Virushepatitt, særlig infeksjon forårsaket av hepatitt C-viruset (HCV), er svært utbredt blant sprøytebrukere i hele Europa. Av 100 mennesker som smittes med HCV, 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.

Prevalensen av HCV-antistoffer, som tyder på nåværende eller tidligere infeksjon, varierte i nasjonale utvalg av sprøytebrukere i 2015–2016 fra 15 % til 82 %, og 6 av de 13 landene med nasjonale data rapporterte et nivå på over 50 %. Blant landene med nasjonale trenddata for perioden 2010–2016 rapporterte 4 land om synkende HCV-prevalens blant sprøytebrukere, mens 2 land rapporterte om økt prevalens.

HCV er mer utbredt blant eldre sprøytebrukere av narkotika enn blant de yngre, hvilket understreker at risikoen øker med årene, og at de eldre aldersgruppene er hardest rammet (figur 3.10).

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, var mellom 1,5 % og 11 % av sprøytebrukerne av narkotika smittet med HBV.

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

Forebygging av smittsomme sykdommer: effektive tiltak

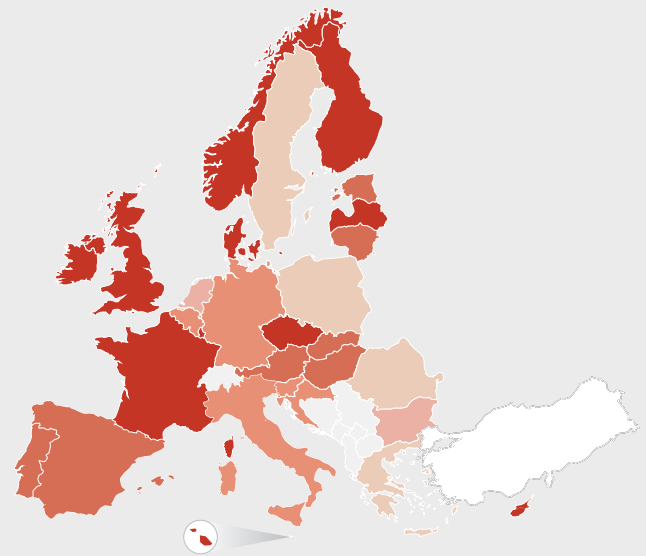
Anbefalte tiltak for å redusere forekomsten av narkotikarelaterte smittsomme sykdommer blant sprøytebrukere av narkotika omfatter substitusjonsbehandling av opioidbrukere, utdeling av sterilt sprøyteutstyr, vaksiner, testing for smittsomme sykdommer, behandling av hepatitt og HIV, i tillegg til helsefremmende tiltak med satsing på tryggere sprøytebruk og redusert seksuell risikoatferd.

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 betydelige forskjeller mellom landene når det gjelder den geografiske fordelingen av sprøyteutdelingssteder (se figur 3.11). Landene er også forskjellige med hensyn til tiltakets dekning av målgruppen (figur 3.12). Opplysninger om sprøyteutdeling gjennom spesialiserte programmer er tilgjengelig fra 25 land, som til sammen rapporterer å ha delt ut nærmere 54 millioner sprøyter i det siste året det finnes tilgjengelige data for (2015/2016). Dette tallet er altfor lavt, da store land som Tyskland, Italia og Storbritannia ikke har lagt fram noen fullstendig nasjonal oversikt over sprøyteutdeling.

Europeiske land rapporterer også om distribusjon av annet materiale enn sprøyter og sprøytespisser ved spesialiserte tiltak. Mer enn halvparten av landene rapporterer for eksempel om skriftlig informasjon om sikrere bruk, kondomer, desinfeksjonsservietter og sitronsyre. Utdeling av folie eller piper som gjør det mulig og enklere å inhalere rusmidler fremfor å injisere dem, rapporteres av 8 land. I Tsjekia deles gelatinkapsler ut for å oppmuntre til peroralt inntak av metamfetamin (pervitin).

FIGUR 3.11

Geografisk tilgjengelighet av sprøytebytteprogrammer i Den europeiske union, Norge og Tyrkia



Prosentandel territoriale enheter med 1 eller flere byttepunkter

0 <20 20–39 40–59 60–79 >80

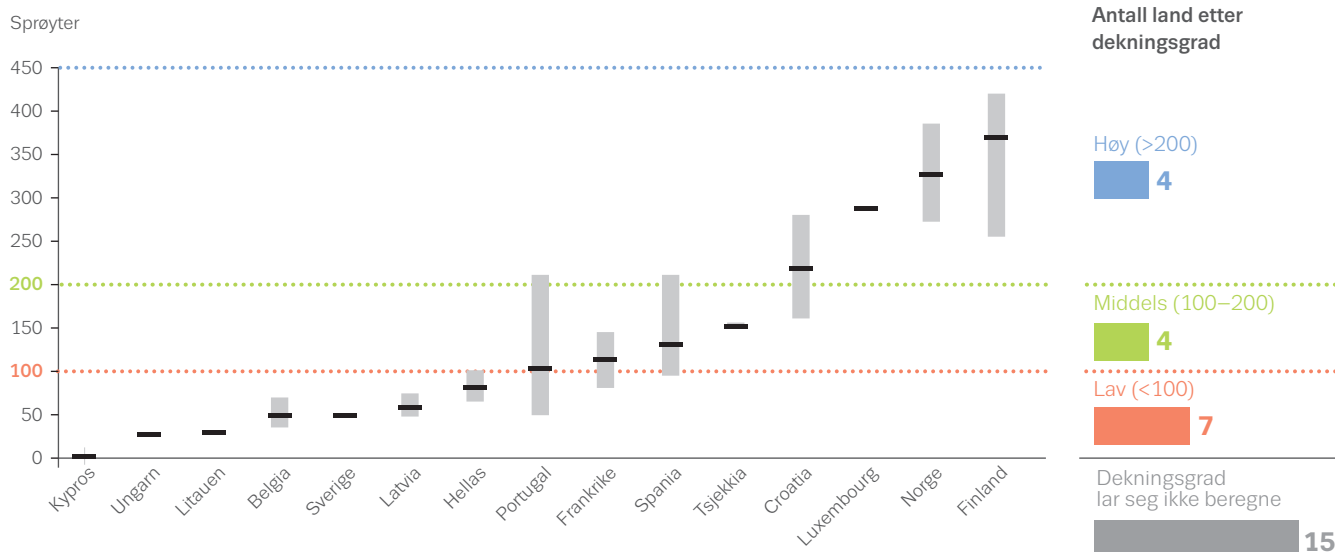
NB: Basert på Eurostat NUTS-3 territoriale enheter. Verdier for Spania, Tyskland og Italia er basert på faglige estimater. Geografisk tilgjengelighet gjenspeiler ikke nødvendigvis andelen av målgruppen som nås av tiltaket.

Utryddelse av HCV: tilgang til testing og behandling

I henhold til EUs minstestandarder for kvalitet på etterspørselsreducerende tiltak skal kommuner tilby frivillig testing for blodbårne infeksjonssykdommer, rådgivning om risikoatferd og dessuten tilby hjelp for å håndtere sykdom. Stigmatisering og marginalisering av narkotikabrukere er imidlertid faktorer som bidrar til å begrense hvor mange som tester seg og får behandling. Det kreves innovative metoder for å overvinne disse utfordringene, ikke minst mer utstrakt bruk av rådgivning og testing utført av kvalifiserte tilbydere i lokalmiljøene. I tillegg bør enhver utvidelse av tilbudet om testing ledsages av tiltak som sikrer et hensiktsmessig tilbud om behandling av infeksjoner.

FIGUR 3.12

Dekningsgrad for spesialiserte sprøyteprogrammer: antall sprøyter utdelt per estimert sprøytebruker



NB: Data vist som punktestimater og konfidensintervaller.

Europeiske faglige retningslinjer anbefaler å vurdere omgående HCV-behandling av personer med høy risiko for å smitte andre med viruset – blant andre sprøytebrukere av narkotika og innsatte i fengsler.

Nye effektive, bedre tolererte, perorale interferonfrie behandlingsopplegg med direktevirkende antivirale midler kan kurere 95 % av tilfellene. Ubegrenset tilgang til behandling hører fortsatt med til sjeldenhetene på grunn av det høye prisnivået på de aktuelle legemidlene. Per oktober 2017 hadde halvparten av europeiske land nedfelt sin tilnærming til forebygging og behandling av hepatitt i et policydokument. Imidlertid inneholdt kliniske retningslinjer i 9 land kriterier som begrenser tilgangen til HCV-behandling for personer som bruker rusmidler (f.eks. ved å kreve avholdenhet fra rusmidler i 3–12 måneder).

Tiltak i fengsler: varierende nasjonal tilgjengelighet

Innsatte rapporterer høyere livstidsprevalens av narkotikabruk og mer skadelige bruksmønstre (herunder injisering) enn befolkningen generelt. Dermed blir fengslene en viktig arena for narkotikarelaterte tiltak. Mange innsatte har sammensatte helsebehov, og i mange land er vurderinger av narkotikabruk og narkotikarelaterte problemer en del av helsekartleggingen idet soningen

begynner. Analyser av data om HIV- og HCV-prevalens blant sprøytebrukere av narkotika fra 17 europeiske land fra perioden 2006 til 2017 viste at prevalensen av disse infeksjonene i de fleste landene var betydelig høyere blant personer som hadde sonet fengselsstraffer: 10 av 17 land når det gjaldt HIV, 14 av 17 når det gjaldt HCV.

Testing for smittsomme sykdommer (HIV, HBV, HCV og tuberkulose) er tilgjengelig i de fleste lands fengsler, selv om dette kan være begrenset til testing idet soningen påbegynnes, eller testing av personer som viser symptomer. Tilbud om behandling for hepatitt C rapporteres bare av 11 land. 16 land rapporterer at de har programmer for hepatitt B-vaksinasjon. Utdeling av rent sprøyteutstyr er mindre vanlig. Sprøyteprogrammer i fengsler rapporteres av 5 land, og bare 3 av dem rapporterer at tiltaket faktisk er iverksatt.

To viktige prinsipper for gjennomføringen av helseintervensjoner i kriminalomsorgen er at de innsatte skal ha et helsetilbud som er likeverdig det som finnes utenfor murene, og at det skal være kontinuitet i helsetilbudet etter løslatelse. I 28 land er det anledning til å gi substitusjonsbehandling til opioidbrukere i fengsler, men dekningen er lav for de fleste lands vedkommende. Tiltak som tilbys innsatte, omfatter avrusning, rådgivning på individ- og gruppenivå, behandling i terapeutiske samfunn

og på spesielle avdelinger for døgnbasert behandling. Nesten alle landene rapporterer at ett eller flere av disse behandlingsoptionsene blir tilbudt. De fleste landene i Europa har etablert tverrinstitusjonelle 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 løslatelse. Alle landene driver aktive forberedelser av de innsatte med tanke på løslatelse, inkludert sosial rehabilitering. Programmer for å forhindre faren for overdose, som er spesielt høy blant dem som injiserer opioider i perioden rett etter at de er løslatt fra fengsel, rapporteres i 5 land og omfatter da opplæring og informasjon samt utdeling av nalokson ved løslatelse.

ulike innbyrdes forbundne tilstander, er vanlig. Kroniske lunge- og leversykdommer samt hjerte- og karsykdommer forekommer hyppig og forårsaker en stadig større andel av dødsfallene blant eldre og kroniske narkotikabrukere.

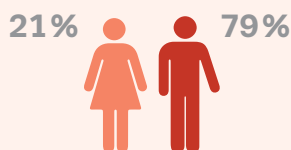
I Europa er overdose fortsatt den viktigste dødsårsaken hos høyrisikobrukere av narkotika. Over tre fjerdedeler av overdoseofrene er menn (79 %). Overdosedata må tolkes med varsomhet, særlig totalen for EU, blant annet på grunn av systematisk underreportering i enkelte land og registreringsprosesser som fører til forsinkelser i rapporteringen. De årlige anslagene representerer derfor foreløpige minsteverdier.

Overdosedødsfall: økende blant høyrisikobrukere

Det er allment kjent at narkotikabruk fører til unngåelige dødsfall 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

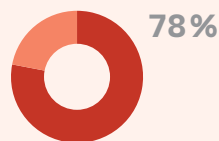
NARKOTIKAINDUSERTE DØDSFALL

Karakteristika

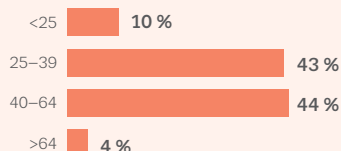


Gjennomsnittlig alder ved dødsfall **39** år

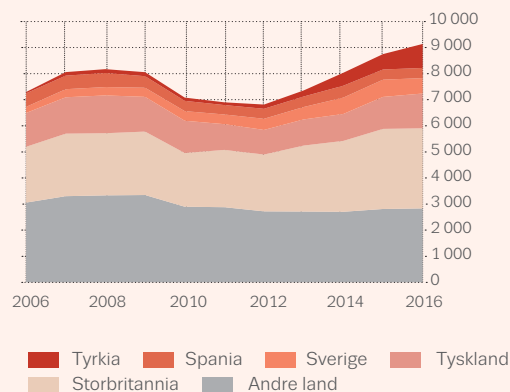
Dødsfall der opioider er påvist



Alder ved dødsfall



Trender for overdosedødsfall



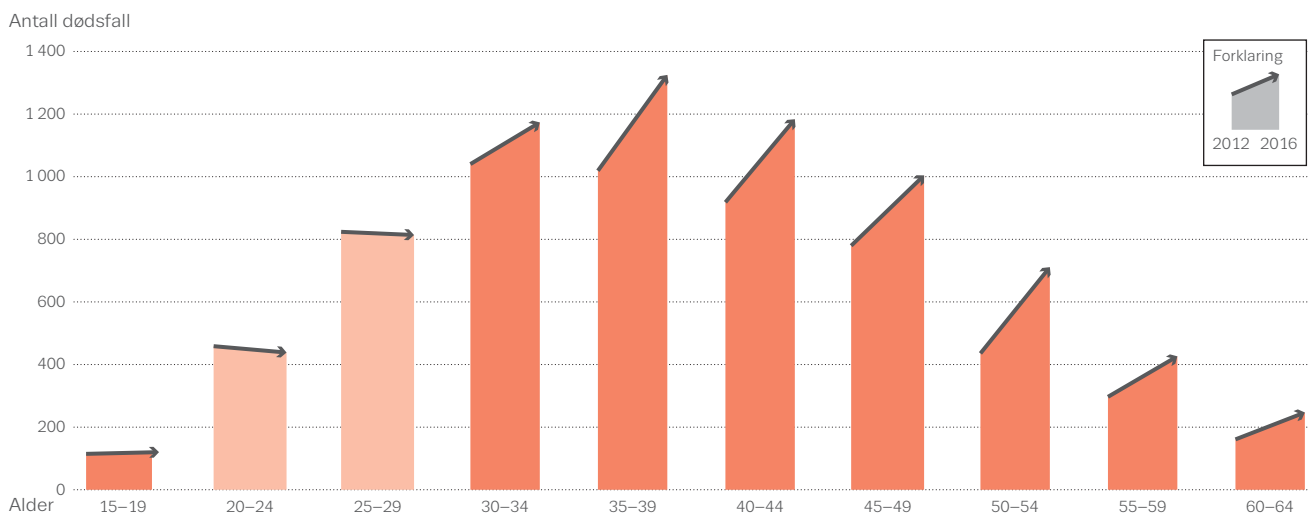
Antall dødsfall



NB: Data for EU-medlemsstatene pluss Tyrkia og Norge (EU + 2).

FIGUR 3.13

Antall narkotikainduserte dødsfall rapportert i Europa i 2012 og 2016 eller siste år med tilgjengelige data, etter aldersgruppe



Det anslås at EU i 2016 hadde minst 7 929 overdosedødsfall som var relatert til ett eller flere illegale rusmidler. Tar vi med Norge og Tyrkia, kommer vi opp i 9 138 dødsfall, en økning på 4 % i forhold til det reviderte tallet for 2015 på 8 749. Situasjonen i EU som helhet er stabil sammenlignet med 2015. Som i foregående år står Storbritannia (34 %) og Tyskland (15 %) til sammen for cirka 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 konsentrerer oss om land med relativt robuste rapporteringssystemer og med tilgjengelige data for 2016, ble det observert en økning i antall overdosedødsfall i Estland og Tyskland. I Nederland er det ennå ikke avklart om en stor økning i antall rapporterte overdosedødsfall (opp 91 % sammenlignet med 2014) representerer en reell økning i tallet på narkotikainduserte dødsfall eller har andre årsaker, for eksempel endrede registreringsrutiner. I Storbritannia ble det rapportert en økning i 2015, med 13 % flere dødsfall enn i 2014 og 21 % flere enn i 2013. Foreløpige data tyder på at denne økningen fortsatte i 2016. Den økende trenden som gjorde seg gjeldende i Sverige noen år, snudde i 2016. Tyrkia rapporterer fremdeles om en betydelig økning, idet tallet for 2016 var nesten dobbelt så høyt som for 2014, men dette ser i hovedsak ut til å skyldes forbedrede rutiner for datainnsamling og rapportering.

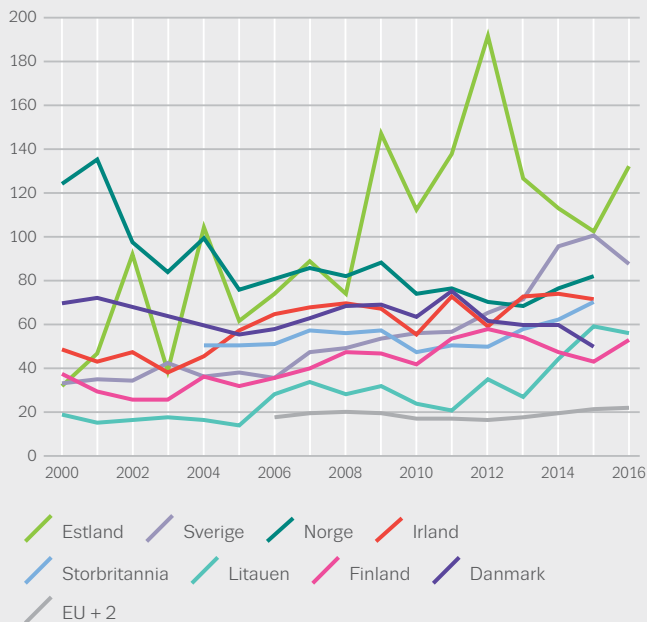
Den økende trenden for rapporterte overdosedødsfall i høyere aldersgrupper gjenspeiler at Europas opioidbrukere er i ferd med å eldes, og disse har høyest risiko for dødsfall som følge av overdose. Fra 2012 til 2016 økte tallet på overdosedødsfall i EU for samtlige alderskategorier over 30 år (figur 3.13). Dødsfall i aldersgruppen 50+ økte med 55 % totalt, sammenlignet med en økning i dødsraten på 25 % for aldersgruppen 30-49 år. Antallet overdosedødsfall i de yngre aldersgruppene har holdt seg på et generelt stabilt nivå i EU-landene. En analyse av dødelige overdoser som ble rapportert av Tyrkia i 2016, viser en yngre profil enn for EU, med en gjennomsnittlig alder på 31 år (sammenlignet med 39 år). En tredjedel av tilfellene var yngre enn 25 år.

Overdose er fortsatt den viktigste dødsårsaken hos høyrisikobrukere av narkotika

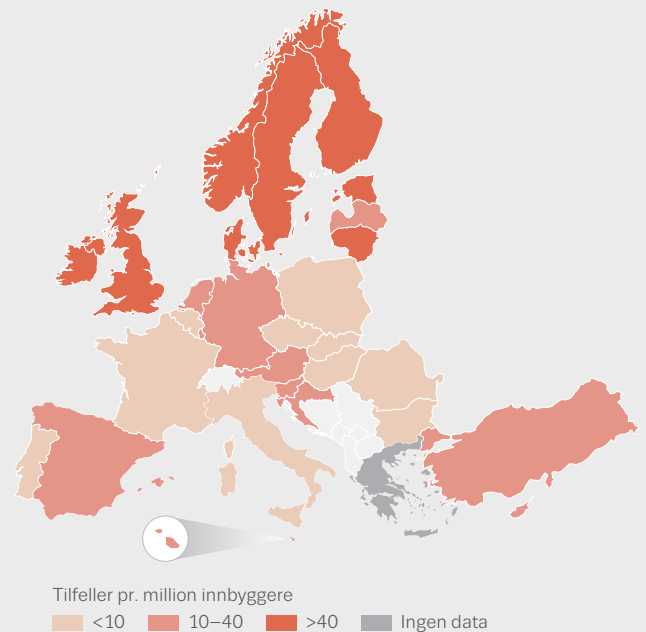
FIGUR 3.14

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

Tilfeller pr. million innbyggere



NB: Trender for de 8 landene som rapporterte de høyeste tallene i 2016 eller 2015, og samlet europeisk trend. EU + 2 viser til EU-medlemsstatene pluss Tyrkia og Norge.



Narkotikaindusert dødelighet: de høyeste rapporterte tallene fra Nord-Europa

Dødelighet som følge av overdose i Europa i 2016 er anslått til 21,8 dødsfall per million innbyggere i aldersgruppen 15–64 år. Dødeligheten blant menn (34,7 tilfeller per million menn) er nesten fire ganger høyere enn blant kvinner (8,9 tilfeller per million kvinner). Tallet på dødsfall som skyldes overdose, er høyest i aldersgruppen 35–39 år for menn, med 57,4 dødsfall per million, og i aldersgruppen 40–44 år for kvinner, med 12,4 dødsfall per million. Gjennomsnittlig alder for dødsfall er imidlertid 39 år for både menn og kvinner. Nasjonale dødelighetstall og -trender varierer betraktelig (figur 3.14) og påvirkes av faktorer som prevalens og mønstre for narkotikabruk, nasjonal praksis for rapportering, registrering av informasjon og koding av overdoser (herunder varierende grader av underreportering) i nasjonale mortalitetsdatabaser. Ifølge siste tilgjengelige data rapporterte 8 land i Nord-Europa over 40 dødsfall per million innbyggere. Høyest dødelighet ble rapportert av Estland (132 per million), Sverige (88 per million), Norge (81 per million), Irland (70 per million) og Storbritannia (70 per million) (figur 3.14).

Overdosedødsfall: opioidrelaterte dødsfall dominerer

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 tallet på heroinrelaterte dødsfall i Europa, især i Storbritannia, der flertallet av overdosedødsfallene (87 %) involverte en eller annen form for opioid. I England og Wales ble heroin eller morfin nevnt i 1 177 registrerte dødsfall i 2015, noe som er 18 % opp i forhold til året før og 44 % opp i forhold til 2013. Dødsfall knyttet til heroin eller morfin økte også i Skottland (Storbritannia), med 473 slike dødsfall registrert i 2016. Det er en økning på 37 % i forhold til året før. I Frankrike var heroin involvert i 30 % av overdosedødsfallene i 2015, sammenlignet med 15 % i 2012. Toksikologiske rapporter nevner også jevnlig andre opioider. I en del land er en betydelig andel av overdosedødsfallene forbundet med disse stoffene, primært metadon, men også buprenorfin (Finland), fentanyl og fentanylderivater (spesielt i Estland) og tramadol.

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 340 i 2015, men mange av disse antas å være heroinoverdoser hos personer som også brukte crack. Av alle dødsfall relatert til sentralstimulerende midler i Tyrkia

i 2016, var 100 forbundet med kokain, 98 med amfetaminer og 252 med MDMA. Tyrkia rapporterte også en stor økning i antall dødsfall relatert til syntetiske cannabinoider: fra 137 i 2015 til 373 i 2016. I Storbritannia ligger antallet dødsfall som involverer nye psykoaktive stoffer, fortsatt på et relativt lavt nivå, selv om det har økt siden 2010, og da spesielt i Skottland.

Overdoser og narkotikarelaterte dødsfall: forebyggende tiltak

Å redusere omfanget av sykkelighet og dødsfall som følge av overdoser er en stor folkehelsepolitisk utfordring i Europa. En bredere folkehelsemessig respons på dette området tar sikte på å redusere sårbarheten blant brukerne av narkotika, spesielt ved å fjerne hindringer og gjøre tjenester tilgjengelige og ved å hjelpe narkotikabrukerne til å utsette seg for mindre risiko (figur 3.15). Vurderinger av risikoen for overdose blant narkotikabrukere og styrking av deres bevissthet omkring overdoser, kombinert med effektiv narkotikabehandling, bidrar til å forebygge forekomsten av overdoser. Perioder med forhøyet risiko, for eksempel ved løslatelse fra fengsel og utskrivning eller avbrytelse av behandling, krever særskilt oppmerksomhet. Tiltak som brukerrom/sprøyterom med tilsyn og programmer med nalokson til hjemmebruk er sterkt målrettede tiltak som tar sikte på å bedre sjansene for å overleve en overdose.

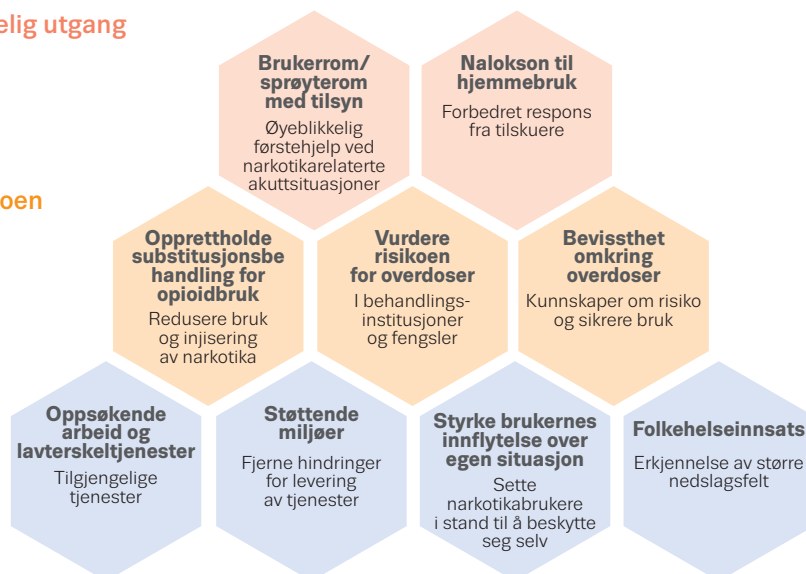
FIGUR 3.15

Viktigste tilnærminger for å redusere opioid-relaterte dødsfall

Redusere dødelig utgang av overdose

Redusere risikoen for overdose

Redusere sårbarhet



Brukerrom/sprøyterom med tilsyn er steder der narkotikabrukere kan innta stoffene i mer hygieniske og tryggere forhold. Denne intervensjonen har som formål både å forebygge overdoser og å sørge for at fagpersonell er tilgjengelig dersom en overdose skulle inntreffe. Disse fasilitetene har som regel tilgang til et bredt spekter av medisinske og sosiale tjenester og kan henvise til narkotikabehandling, samt nå frem til brukergrupper som ellers er vanskelige å få i tale. Hvert enkelt brukerrom/sprøyterom tar imot et stort antall brukere, som ellers ville ha vært henvist til gaten eller andre utrygge omgivelser. Det er økende dokumentasjon på fordelene ved slike fasiliteter, blant annet redusert risikoatferd, færre overdosedødsfall og redusert smitte av infeksjoner. I tillegg gir det narkotikabrukerne bedre tilgang til behandling og andre helse- og sosiale tjenester. Samtidig kan de bidra til å redusere den synlige narkotikabruken og gjøre offentlige rekreasjonsområder i nærheten av urbane narkotikamarkeder hyggeligere. Et slikt tilbud er nå tilgjengelig i 56 byer i 6 EU-land og Norge, 78 tiltak i alt. I Tyskland, der slike fasiliteter har vært i drift siden tidlig på 1990-tallet, er juridiske forskrifter nylig blitt revidert slik at bruk med lavere risiko, som sniffing, røyking og inhalering, nå tillates. I tillegg har to av de 16 føderale statene begynt å tillate at personer i substitusjonsbehandling også benytter seg av tilbudet.

| Nalokson: programmer for hjemmebruk

Nalokson er en opioidantagonist, det vil si et legemiddel som kan brukes som motgift ved opioidoverdoser. Det brukes på sykehusenes akuttavdelinger, av ambulanspersonell og av medarbeidere i andre tjenester som jevnlig kommer i kontakt med narkotikabrukere. Den senere tid har tilbudet om nalokson til hjemmebruk blitt utvidet, og legemiddelet er nå tilgjengelig gjennom programmer for opioidbrukere og deres partnere, venner og familie, sammen med opplæring i hvordan de skal kjenne igjen en overdose og iverksette relevante tiltak. I 2017 var seksten programmer for nalokson til hjemmebruk iverksatt i 10 europeiske land. En [systematisk vurdering](#) av effektiviteten av programmer for nalokson til

hjemmebruk fant bevis for at opplysnings- og opplæringstiltak med tilbud om nalokson til hjemmebruk reduserer overdoserelatert dødelighet. Enkelte grupper med en forhøyet risiko for overdose, for eksempel nylig løslatte fra fengsel, kan ha særlig nytte av et slikt tilbud. Innsatte i fengsler er tatt inn i programmer for nalokson til hjemmebruk i Estland, Frankrike og Storbritannia, og fengselsbasert utdeling av nalokson skal startes i Norge i 2018.

De fleste naloksonpakker som leveres via helsevesenet, inneholder generisk injiserbar nalokson (0,4 eller 1 mg/1 ml) enten i ampuller eller sprøyter som er fylt med legemiddelet på forhånd. I Frankrike fikk en mer konsentrert blanding som skal inntas gjennom nesene (0,9 mg/0,1 ml), og som var blitt utprøvd siden 2016, markedsføringstillatelse i 2017, noe som åpner for en mer utstrakt bruk. I november 2017 godkjente Europakommisjonen en nesespray for markedsføring i EU, Norge, Island og Liechtenstein. Sprayen doserer 1,8 mg nalokson i 0,1 ml oppløsning.



Å redusere omfanget av sykkelighet og dødsfall som følge av overdoser er en stor folkehelsepolitisk utfordring

FINN UT MER

Publikasjoner fra EMCDDA

2018

Country Drug Reports 2018.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical report.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs (update).

2017

Health and social responses to drug problems: a European guide.

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

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

Report of the risk assessment on acryloylfentanyl, Risk assessments.

Report of the risk assessment on furanfentanyl, Risk assessments.

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

2016

Health responses to new psychoactive substances, Rapid communications.

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

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

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

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

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

2015

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

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

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

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

2014

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

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

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

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Felles publikasjoner fra EMCDDA og ECDC

2017

Systematic review on active case finding of communicable diseases in prison settings.

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.

Alle publikasjonene er tilgjengelige på 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 2018, som inneholder merknader og metadata. Året dataene viser til, er angitt.**

TABELL A1

OPIOIDER

Land	Estimat for problematisk bruk 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	Første-gangsklienter	Klienter med tidligere behandlings-historie	Alle klienter inntatt til behandling	Første-gangsklienter	Klienter med tidligere behandlings-historie	
År for estimat	Tilfeller pr. 1 000	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	antall	
Belgia	–	–	25 (2625)	9,4 (366)	34,3 (2114)	14,1 (331)	10,1 (35)	14,3 (272)	16 560
Bulgaria	–	–	73,5 (1261)	52,5 (93)	92,7 (531)	68,2 (542)	56,5 (52)	67,6 (356)	3 338
Tsjekkia	2016	1,7–1,9	17 (1720)	7 (333)	25,9 (1387)	82,6 (1412)	79,8 (264)	83,2 (1148)	5 000
Danmark	–	–	12,7 (543)	6,7 (134)	18,5 (396)	22,4 (103)	3,3 (4)	29,9 (99)	7 050
Tyskland	2015	2,6–3,0	31,9 (27 702)	13,5 (3 614)	40,1 (24 088)	31,3 (9 956)	29,6 (1 546)	31,6 (8 410)	78 500
Estland	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 248
Irland	2014	6,1–7,0	46,9 (4 202)	26,9 (947)	60,5 (3 070)	34,2 (1 375)	24,6 (229)	37,4 (1 100)	10 087
Hellas	2016	2,1–2,9	66,4 (2 833)	48,1 (833)	78,8 (1 986)	29,3 (824)	28 (232)	29,8 (589)	9 851
Spania	2015	1,6–3,0	25,7 (12 146)	11,5 (2 727)	42,2 (8 239)	12,7 (1 456)	7,1 (191)	14,4 (1 146)	59 264
Frankrike	2015	4,4–6,9	26,1 (12 111)	12,3 (1 830)	44,6 (7 640)	17,6 (1 830)	11,5 (193)	20,1 (1 325)	169 750
Kroatia	2015	2,5–4,0	–	22,1 (170)	–	–	37,7 (61)	–	4 256
Italia	2015	4,6–5,9	48,5 (23 556)	33,3 (7 190)	60,7 (16 366)	47,5 (9 654)	35,6 (2 103)	52,3 (7 551)	62 868
Kypros	2016	1,5–2,2	24,3 (212)	10,7 (49)	44,3 (132)	53,8 (112)	54,2 (26)	55,8 (72)	229
Latvia	2016	4,1–5,9	50,6 (445)	29,4 (136)	74,3 (309)	91,7 (399)	85,6 (113)	94,4 (286)	647
Litauen	2016	2,7–6,5	86,4 (2 059)	53,4 (175)	92,1 (1 877)	85 (1 746)	83,4 (146)	83,9 (146)	1 231
Luxembourg	2015	4,46	48,7 (129)	15,4 (10)	55,2 (80)	46,4 (58)	55,6 (5)	52,6 (41)	1 085
Ungarn	2010–11	0,4–0,5	4,8 (198)	1,6 (44)	13,5 (146)	46,5 (87)	42,9 (18)	48,6 (69)	669
Malta	2016	5,1–6,0	71,7 (1 290)	27,4 (72)	79,3 (1 218)	61,1 (738)	47,7 (21)	61,7 (717)	1 030
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	51,3 (1 884)	32,1 (515)	66 (1 369)	36,7 (502)	22 (78)	41,9 (424)	18 222
Polen	2014	0,4–0,7	17,3 (1 151)	6,3 (192)	27,8 (951)	57,9 (658)	30,4 (58)	63,7 (598)	2 564
Portugal	2015	3,8–7,6	43,5 (1 198)	26,5 (459)	72,1 (739)	17,8 (194)	15,4 (61)	19,1 (133)	16 368
Romania	2016	1,1–1,8	27,2 (963)	12,9 (312)	58,7 (650)	88,9 (855)	80,8 (252)	92,9 (603)	1 480
Slovenia	2016	3,2–3,9	82,2 (221)	55,3 (26)	88,2 (195)	52 (115)	23,1 (6)	55,9 (109)	3 042
Slovakia	–	–	28,6 (869)	13,5 (181)	42,1 (672)	71,4 (609)	42,5 (76)	79,5 (527)	642
Finland	2012	3,8–4,5	47,8 (317)	27,2 (67)	60 (250)	73,2 (230)	68,2 (45)	74,6 (185)	3 329
Sverige (¹)	–	–	23,7 (8 602)	15,6 (1 976)	28,1 (6 626)	–	–	–	4 136
Storbritannia	2010–11	7,9–8,4	49,6 (57 673)	22,4 (8 591)	63 (48 936)	31,1 (12 428)	16,4 (827)	33,2 (11 555)	138 422
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)	–
Norge (²)	2013	2,0–4,2	18,1 (1 033)	12,6 (343)	23 (690)	–	–	–	7 554
Den europeiske union	–	–	36,1 (167 443)	17,9 (31 520)	49,1 (130 977)	33,8 (46 440)	26,2 (6 709)	35,3 (37 608)	628 289
EU, Tyrkia og Norge	–	–	36,8 (176 549)	19,2 (35 490)	49,5 (136 113)	33,3 (48 434)	24,9 (7 270)	35,2 (39 041)	635 843

Data for klienter inntatt til behandling gjelder 2016 eller siste år med tilgjengelige data: Tsjekkia 2014; Danmark, Spania, Nederland og Tyrkia 2015.

Data for klienter i substitusjonsbehandling gjelder 2016 eller siste år med tilgjengelige data: Danmark, Spania, Ungarn, Polen og Finland 2015; Nederland 2014; Tyrkia 2011. Tallet for Sverige representerer ikke alle klienter.

(¹) Data for klienter inntatt til behandling gjelder bare sykehusbasert behandling og spesialiserte polikliniske behandlingsfasiliteter.

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

TABELL A2

KOKAIN

Land	Prevalensestimater				Klienter inntatt til behandling i løpet av året					
	Befolkningen generelt			Skole- elever	Andel kokainklienter i prosent av alle klienter inntatt til behandling			Prosentandel av kokainklienter med injisering som hovedinntaksmåte		
	År for undersø- kelse	Livstids- prevalens, voksne (15–64 år)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34 år)	Livstids- prevalens, skoleelever (15–16 år)	Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangs- klienter	Klienter med tidligere behandlings- historie	Alle klienter	Første- gangsklien- ter	Klienter med tidligere behand- lingshistorie
	%	%	%	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)
Belgia	2013	–	0,9	2	21,7 (2 277)	21,8 (851)	21,0 (1 299)	4,7 (95)	1,1 (8)	7,1 (80)
Bulgaria	2016	0,9	0,5	5	2 (34)	5,1 (9)	0,7 (4)	6,7 (1)	0 (0)	0 (0)
Tsjekia	2016	1,4	0,7	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danmark ⁽¹⁾	2017	6,4	3,9	2	7,1 (306)	7,2 (144)	7,4 (158)	3,3 (8)	1,7 (2)	5 (6)
Tyskland ⁽²⁾	2015	3,8	1,2	3	6,7 (5 855)	6,4 (1 713)	6,9 (4 142)	14,3 (2 376)	7 (301)	16,9 (2 075)
Estland	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Irland	2015	7,8	2,9	3	12,2 (1 096)	16,1 (565)	9,9 (502)	1,3 (14)	0,2 (1)	2,2 (11)
Hellas ⁽²⁾	2015	1,3	0,6	1	6,8 (292)	8,8 (152)	5,5 (139)	10,7 (31)	2 (3)	20,3 (28)
Spania	2015	9,1	3,0	3	36,6 (17 327)	35,5 (8 445)	37,1 (7 248)	1 (167)	0,4 (30)	1,6 (116)
Frankrike	2014	5,4	2,4	4	6,7 (3 108)	5,9 (878)	8,3 (1 418)	8,5 (243)	2,6 (21)	13,7 (178)
Kroatia	2015	2,7	1,6	2	–	2,9 (22)	–	–	–	–
Italia	2017	6,8	1,9	3	29,2 (14 197)	34,3 (7 417)	25,1 (6 780)	2,9 (394)	2,2 (154)	3,7 (240)
Kypros	2016	1,4	0,4	3	12,7 (111)	11,8 (54)	16,4 (49)	2,8 (3)	0 (0)	6,1 (3)
Latvia	2015	1,5	1,2	2	0,7 (6)	1,1 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litauen	2016	0,7	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,4 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Luxembourg	2014	2,5	0,6	3	17 (45)	12,3 (8)	19,3 (28)	39,5 (17)	14,3 (1)	46,4 (13)
Ungarn ⁽²⁾	2015	1,2	0,9	2	2,7 (112)	3 (83)	1,8 (20)	1,8 (2)	0 (0)	10 (2)
Malta	2013	0,5	–	3	14,6 (263)	34,2 (90)	11,3 (173)	10,7 (28)	3,3 (3)	14,6 (25)
Nederland	2016	5,9	3,7	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	0,4	2	8,5 (311)	11,2 (180)	6,3 (131)	6,5 (19)	1,7 (3)	13,6 (16)
Polen	2014	1,3	0,4	4	2,3 (155)	2,4 (73)	2,3 (77)	0,7 (1)	0 (0)	1,3 (1)
Portugal	2016	1,2	0,3	2	13,3 (366)	15,7 (272)	9,2 (94)	4,3 (14)	3,8 (9)	5,9 (5)
Romania	2016	0,7	0,2	3	1 (36)	1,3 (31)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	2,1	1,2	2	6,3 (17)	14,9 (7)	4,5 (10)	11,8 (2)	–	20 (2)
Slovakia	2015	0,7	0,3	2	1,2 (36)	2,1 (28)	0,4 (7)	9,7 (3)	8,3 (2)	14,3 (1)
Finland	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	– (0)	– (0)	– (0)
Sverige ^(1,3)	2013	–	1,2	1	1,2 (438)	2,4 (300)	0,6 (138)	–	–	–
Storbritannia ^(1,4)	2016	9,7	4,0	2	15,5 (18 008)	19,5 (7 492)	13,5 (10 490)	1,4 (174)	0,5 (28)	2,1 (141)
Tyrkia	–	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norge ⁽¹⁾	2016	3,8	1,3	1	1,2 (66)	1,7 (45)	0,7 (21)	–	–	–
Den europeiske union	–	5,1	1,9	–	14,5 (67 113)	17,1 (30 195)	12,8 (34 253)	5,3 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)
EU, Tyrkia og Norge	–	–	–	–	14 (67 377)	16,4 (30 319)	12,5 (34 393)	5,2 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)

Prevalensestimater for skoleelever er hentet fra ESPAD-undersøkelsen 2015, unntatt for Belgia (2016; bare Flandern), Spania (2016), Tyskland (2011), Italia (2016), Luxembourg (2010; aldersgruppen 15 år), Sverige (2016) og Storbritannia (2014; bare England, aldersgruppen 15 år). Usikkerhet omkring prosedyrer for datainnsamling gjør at data fra Latvia ikke nødvendigvis er sammenlignbare.

Data for klienter inntatt til behandling gjelder 2016 eller siste år med tilgjengelige data: Tsjekia 2014; Danmark, Spania, Nederland og Tyrkia 2015.

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

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

(3) Data for klienter inntatt til behandling gjelder bare sykehusbasert behandling og spesialiserte polikliniske behandlingstilbud.

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

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 undersø- kelse	Livstidspre- valens, voksne (15–64 år)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34 år)	Livstids- prevalens, skoleelever (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	2013	–	0,5	2	9,3 (978)	7,2 (282)	10,9 (672)	11,1 (88)	2,5 (6)	14,8 (80)
Bulgaria	2016	1,5	1,8	6	11,4 (195)	15,3 (27)	3 (17)	17,6 (9)	7,4 (2)	23,5 (4)
Tsjekkia	2016	3,0	1,7	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 (¹)	2017	7,0	1,4	1	6,4 (275)	6,5 (131)	6,5 (139)	1,6 (4)	0,8 (1)	2,4 (3)
Tyskland (²)	2015	3,6	1,9	4	16,9 (14 714)	19,4 (5 210)	15,8 (9 504)	2,1 (706)	1,6 (189)	2,4 (517)
Estland	2008	–	2,5	2	3,8 (11)	6,9 (6)	2,5 (4)	50 (5)	66,7 (4)	33,3 (1)
Irland	2015	4,1	0,6	3	0,6 (55)	0,7 (24)	0,6 (29)	12,7 (7)	16,7 (4)	10,3 (3)
Hellas	–	–	–	2	0,7 (28)	0,8 (14)	0,6 (14)	10,7 (3)	14,3 (2)	7,1 (1)
Spania	2015	3,6	1,0	2	1,4 (674)	1,6 (382)	1,2 (243)	1,1 (7)	0,8 (3)	1,7 (4)
Frankrike	2014	2,2	0,7	2	0,4 (182)	0,4 (57)	0,4 (68)	11,6 (18)	–	13,6 (8)
Kroatia	2015	3,5	2,3	3	–	4,8 (37)	–	–	–	–
Italia	2017	2,4	0,3	2	0,3 (126)	0,4 (87)	0,1 (39)	2,5 (3)	1,2 (1)	5,7 (2)
Kypros	2016	0,5	0,1	3	5,1 (44)	3,9 (18)	6,7 (20)	4,5 (2)	0 (0)	5 (1)
Latvia	2015	1,9	0,7	3	15,8 (139)	19,2 (89)	12 (50)	63,6 (77)	57,7 (45)	74,4 (32)
Litauen	2016	1,2	0,5	1	2,7 (64)	5,2 (17)	2,2 (44)	30 (18)	41,2 (7)	41,2 (7)
Luxembourg	2014	1,6	0,1	1	0,8 (2)	3,1 (2)	–	–	–	–
Ungarn (²)	2015	1,7	1,4	3	12,4 (507)	13,1 (366)	10,5 (114)	6,3 (31)	6,1 (22)	7,2 (8)
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (4)	0,8 (2)	0,1 (2)	25 (1)	–	50 (1)
Nederland	2016	5,3	3,6	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	5,5 (203)	7,3 (117)	4,1 (86)	3,8 (7)	3,7 (4)	3,9 (3)
Polen	2014	1,7	0,4	4	27,7 (1 841)	29,9 (915)	26 (889)	3,9 (70)	1,8 (16)	5,8 (51)
Portugal	2016	0,4	0,0	1	0,2 (5)	0,3 (5)	–	0 (0)	0 (0)	–
Romania	2016	0,3	0,1	1	0,6 (22)	0,6 (14)	0,7 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	0,9	0,8	1	1,9 (5)	4,3 (2)	1,4 (3)	40 (2)	–	66,7 (2)
Slovakia	2015	1,4	0,8	1	40,5 (1 231)	44,2 (592)	36,3 (579)	30,1 (350)	27,6 (157)	33,3 (182)
Finland	2014	3,4	2,4	1	20,4 (135)	25,2 (62)	17,5 (73)	70,8 (92)	49,2 (29)	88,7 (63)
Sverige (¹,³)	2013	–	1,3	1	5,9 (2 152)	7,4 (937)	5,1 (1 215)	–	–	–
Storbritannia (¹,⁴)	2016	9,2	0,7	1	2,4 (2 828)	3 (1 144)	2,2 (1 679)	20 (353)	14,6 (99)	23,3 (253)
Tyrkia	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norge (¹)	2016	3,4	0,5	1	13,2 (756)	9,4 (254)	16,7 (502)	–	–	–
Den europæiske union	–	3,6	1,0	–	7,4 (34 270)	8,3 (14 576)	7,2 (19 304)	15,1 (7 303)	16,7 (3 179)	14,1 (4 088)
EU, Tyrkia og Norge	–	–	–	–	7,3 (35 222)	8,1 (14 963)	7,2 (19 869)	15,1 (7 304)	16,6 (3 180)	14 (4 088)

Prevalensestimater for skoleelever er hentet fra ESPAD-undersøkelsen 2015, unntatt for Belgia (2016; bare Flandern), Spania (2016), Tyskland (2011), Italia (2016), Luxembourg (2010; aldersgruppen 15 år), Sverige (2016) og Storbritannia (2014; bare England, aldersgruppen 15 år). Usikkerhet omkring prosedyrer for datainnsamling gjør at data fra Latvia ikke nødvendigvis er sammenlignbare.

Data for klienter inntatt til behandling gjelder 2016 eller siste år med tilgjengelige data: Tsjekkia 2014; Danmark, Spania, Nederland og Tyrkia 2015. Data for Tyskland, Sverige og Norge viser til brukere av «andre sentralstimulerende stoffer enn kokain».

(¹) Prevalensestimaterne for befolkningen generelt gjelder aldersgruppen: 16–64, 16–34.

(²) Prevalensestimaterne for befolkningen generelt gjelder aldersgruppen: 18–64, 18–34.

(³) Data for klienter inntatt til behandling gjelder bare sykehusbasert behandling og spesialiserte polikliniske behandlingstilbud.

(⁴) Prevalensestimaterne for befolkningen generelt viser bare til England og Wales.

TABELL A4

MDMA

Land	Prevalensestimater				Klienter inntatt til behandling i løpet av året		
	Befolkningen generelt			Skoleelever	Andel MDMA-klienter 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	2013	–	0,8	2	0,5 (48)	0,8 (31)	0,3 (16)
Bulgaria	2016	2,1	3,1	5	0,7 (12)	1,1 (2)	0 (0)
Tsjekkia	2016	7,1	4,1	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Danmark ⁽¹⁾	2017	3,2	1,5	1	0,7 (28)	1 (21)	0,3 (7)
Tyskland ⁽²⁾	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estland	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irland	2015	9,2	4,4	4	0,6 (51)	1,1 (39)	0,2 (11)
Hellas ⁽²⁾	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Spania	2015	3,6	1,3	2	0,3 (157)	0,6 (131)	0,1 (19)
Frankrike	2014	4,2	2,3	2	0,4 (187)	0,6 (85)	0,3 (53)
Kroatia	2015	3,0	1,4	2	–	1 (8)	–
Italia	2017	2,8	0,9	2	0,2 (79)	0,2 (40)	0,1 (39)
Kypros	2016	1,1	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)	0,3 (1)
Latvia	2015	2,4	0,8	3	0,1 (1)	0,2 (1)	0 (0)
Litauen	2016	1,7	1,0	2	0,2 (4)	0,6 (2)	0,1 (2)
Luxembourg	2014	1,9	0,4	1	0,8 (2)	1,5 (1)	0,7 (1)
Ungarn ⁽²⁾	2015	4,0	2,1	2	1,8 (73)	1,8 (50)	1,7 (18)
Malta	2013	0,7	–	2	1 (18)	–	1,2 (18)
Nederland	2016	9,2	7,4	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Østerrike	2015	2,9	1,1	2	0,9 (34)	1,4 (22)	0,6 (12)
Polen	2014	1,6	0,9	3	0,3 (17)	0,2 (5)	0,4 (12)
Portugal	2016	0,7	0,2	2	0,2 (6)	0,3 (5)	0,1 (1)
Romania	2016	0,5	0,2	2	0,6 (21)	0,8 (19)	0,2 (2)
Slovenia	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Slovakia	2015	3,1	1,2	3	0,2 (6)	0,4 (5)	0,1 (1)
Finland	2014	3,0	2,5	1	0,3 (2)	0,8 (2)	0 (0)
Sverige ⁽¹⁾	2013	–	1,0	1	–	–	–
Storbritannia ^(1,3)	2016	9,0	2,6	3	0,5 (599)	1,1 (404)	0,2 (193)
Tyrkia	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norge ⁽¹⁾	2016	2,7	1,6	1	–	–	–
Den europeiske union	–	4,1	1,8	–	0,3 (1 442)	0,5 (951)	0,2 (424)
EU, Tyrkia og Norge	–	–	–	–	0,3 (1 548)	0,6 (1 028)	0,2 (453)

Prevalensestimater for skoleelever er hentet fra ESPAD-undersøkelsen 2015, unntatt for Belgia (2016; bare Flandern), Spania (2016), Tyskland (2011), Italia (2016), Luxembourg (2010; aldersgruppen 15 år), Sverige (2016) og Storbritannia (2014; bare England, aldersgruppen 15 år). Usikkerhet omkring prosedyrer for datainnsamling gjør at data fra Latvia ikke nødvendigvis er sammenlignbare.

Data for klienter inntatt til behandling gjelder 2016 eller siste år med tilgjengelige data: Tsjekkia 2014; Danmark, Spania, Nederland og Tyrkia 2015.

⁽¹⁾ Prevalensestimaterne for befolkningen generelt gjelder aldersgruppen: 16–64, 16–34.

⁽²⁾ Prevalensestimaterne for befolkningen generelt gjelder aldersgruppen: 18–64, 18–34.

⁽³⁾ Prevalensestimaterne for befolkningen generelt viser bare til England og Wales.

TABELL A5

CANNABIS

Land	Prevalensestimater				Klienter inntatt til behandling i løpet av året		
	Befolkningen generelt			Skoleelever	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	2013	15,0	10,1	18	33,9 (3 565)	51,7 (2 016)	23,7 (1 456)
Bulgaria	2016	8,3	10,3	27	4,7 (80)	8,5 (15)	2,1 (12)
Tsjekkia	2016	26,6	19,4	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Danmark ⁽¹⁾	2017	38,4	15,4	12	69,6 (2 983)	76 (1 529)	62,9 (1 345)
Tyskland ⁽²⁾	2015	27,2	13,3	19	39,5 (34 292)	56,2 (15 097)	32 (19 195)
Estland	2008	–	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irland	2015	27,9	13,8	19	26,6 (2 381)	41,2 (1 450)	16,8 (852)
Hellas ⁽²⁾	2015	11,0	4,5	9	23 (984)	39,7 (687)	11,7 (295)
Spania	2015	31,5	17,1	31	33,1 (15 676)	47 (11 185)	17,7 (3 448)
Frankrike	2016	41,4	21,5	31	62,5 (28 998)	77,9 (11 601)	42,3 (7 240)
Kroatia	2015	19,4	16,0	21	-	59,5 (458)	-
Italia	2017	33,1	20,7	19	20,3 (9 872)	29,6 (6 394)	12,9 (3 478)
Kypros	2016	12,1	4,3	7	57,5 (501)	73 (333)	32,2 (96)
Latvia	2015	9,8	10,0	17	22,1 (194)	34,1 (158)	8,7 (36)
Litauen	2016	10,8	6,0	18	6,7 (159)	27,1 (89)	3,2 (66)
Luxembourg	2014	23,3	9,8	16	32,8 (87)	67,7 (44)	24,8 (36)
Ungarn ⁽²⁾	2015	7,4	3,5	13	56,7 (2 323)	63 (1 763)	40,7 (441)
Malta	2013	4,3	–	13	10,7 (193)	31,2 (82)	7,2 (111)
Nederland	2016	25,2	15,7	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Østerrike	2015	23,6	14,1	20	30,9 (1 136)	45,8 (734)	19,4 (402)
Polen	2014	16,2	9,8	24	30 (1 995)	38 (1 164)	22,8 (780)
Portugal	2016	11,0	8,0	15	38,7 (1 066)	53,5 (925)	13,8 (141)
Romania	2016	5,8	5,8	8	48,5 (1 719)	64,6 (1 564)	13,4 (149)
Slovenia	2012	15,8	10,3	25	4,1 (11)	14,9 (7)	1,8 (4)
Slovakia	2015	15,8	9,3	26	24,3 (739)	35,9 (481)	15 (239)
Finland	2014	21,7	13,5	8	19,8 (131)	35,4 (87)	10,6 (44)
Sverige ^(1,3)	2016	15,1	7,3	5	10,9 (3 958)	16,7 (2 112)	7,8 (1 846)
Storbritannia ^(1,4)	2016	29,6	11,5	19	25,2 (29 350)	45,2 (17 342)	15,3 (11 916)
Tyrkia	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norge ⁽¹⁾	2016	20,6	8,6	7	29 (1 660)	37,6 (1 021)	21,3 (639)
Den europeiske union	–	26,3	14,1	–	32,1 (148 793)	46,3 (81 720)	20,9 (55 625)
EU, Tyrkia og Norge							

Prevalensestimater for skoleelever er hentet fra ESPAD-undersøkelsen 2015, unntatt for Belgia (2016; bare Flandern), Spania (2016), Tyskland (2011), Italia (2016), Luxembourg (2010; aldersgruppen 15 år), Sverige (2016) og Storbritannia (2014; bare England, aldersgruppen 15 år). Usikkerhet omkring prosedyrer for datainnsamling gjør at data fra Latvia ikke nødvendigvis er sammenlignbare.

Data for klienter inntatt til behandling gjelder 2016 eller siste år med tilgjengelige data: Tsjekkia 2014; Danmark, Spania, Nederland og Tyrkia 2015.

⁽¹⁾ Prevalensestimaterne for befolkningen generelt gjelder aldersgruppen: 16–64, 16–34.

⁽²⁾ Prevalensestimaterne for befolkningen generelt gjelder aldersgruppen: 18–64, 18–34.

⁽³⁾ Data for klienter inntatt til behandling gjelder bare sykehusbasert behandling og spesialiserte polikliniske behandlingstilbud.

⁽⁴⁾ Prevalensestimaterne for befolkningen generelt viser bare til England og Wales.

TABELL A6

ANDRE INDIKATORER

Land	Narkotikainduserte dødsfall (aldersgruppen 15–64)	HIV-diagnoser 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	8 (60)	0,3 (3)	2015	2,3–4,6	1 131 324
Bulgaria	4 (21)	3,1 (22)	–	–	214 865
Tsjekkia	4 (30)	0,7 (7)	2016	6,1–6,4	6 477 941
Danmark	49 (181)	1,6 (9)	–	–	–
Tyskland	24 (1 274)	1,5 (127)	–	–	–
Estland	132 (113)	22,8 (30)	–	–	2 070 169
Irland (¹)	70 (215)	4,4 (21)	–	–	393 275
Hellas	– (–)	7,4 (80)	2016	0,5–0,8	335 903
Spania (²)	13 (390)	2,4 (113)	2015	0,2–0,5	1 435 882
Frankrike (¹)	7 (291)	0,7 (49)	2015	2,1–3,8	12 314 781
Kroatia	20 (56)	0 (0)	2015	1,8–2,9	278 791
Italia	7 (263)	1,6 (96)	–	–	–
Kypros	10 (6)	2,4 (2)	2016	0,2–0,4	22
Latvia	14 (18)	31,5 (62)	2012	7,3–11,7	720 494
Litauen	56 (107)	28,7 (83)	2016	4,4–4,9	240 061
Luxembourg	13 (5)	33 (19)	2015	3,8	424 672
Ungarn	4 (26)	0,3 (3)	2015	1	171 097
Malta	17 (5)	2,3 (1)	–	–	333 135
Nederland	19 (209)	0,1 (1)	2015	0,07–0,09	–
Østerrike	28 (163)	1,7 (15)	–	–	6 205 356
Polen	9 (237)	0,8 (30)	–	–	53 028
Portugal	4 (26)	2,9 (30)	2015	1,0–4,5	1 350 258
Romania (³)	1 (19)	4,2 (83)	–	–	1 495 787
Slovenia	29 (40)	0,5 (1)	–	–	567 233
Slovakia	5 (19)	0,2 (1)	–	–	357 705
Finland	53 (184)	1,1 (6)	2012	4,1–6,7	5 781 997
Sverige	88 (543)	2,6 (26)	–	–	386 953
Storbritannia (⁴)	70 (2 942)	1,6 (107)	2004–11	2,9–3,2	–
Tyrkia	15 (779)	0,1 (8)	–	–	–
Norge	81 (278)	1,5 (8)	2015	2,2–3,1	2 919 344
Den europeiske union	22,4 (7 443)	2,0 (1 027)	–	–	–
EU, Tyrkia og Norge	21,8 (8 500)	1,8 (1 043)	–	–	–

Statistikker over narkotikainduserte dødsfall må sammenlignes med varsomhet på grunn av forskjellig praksis for koding, dekningsgrad og underrapportering i noen land.

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

(²) Antall sprøyter utdelt gjennom spesialiserte programmer viser til 2015.

(³) Narkotikainduserte dødsfall: subnasjonale utvalg.

(⁴) Sprøytedata for Storbritannia: England ingen data, Skottland 4 742 060 og Wales 3 100 009 (begge i 2016); Nord-Irland 309 570 (2015).

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	99	2 098	30 295	4 369	43	2 833	179 393 (29)	1 692
Bulgaria	582	30	84	19	94	30	283 (181)	16
Tsjekkia	19	73	40	131	94	1 403	47 256 (3)	255
Danmark	16	568	119	4 115	387	2 445	13 810 (7)	1 104
Tyskland	330	3 061	1 871	3 592	1 533	13 680	2 218 050 (0)	4 015
Estland	<0,01	2	3	111	33	403	36 887 (13)	449
Irland	–	758	–	364	–	63	– (–)	204
Hellas	219	2 306	166	526	3	132	9 522 (2)	74
Spania	253	7 205	15 629	41 531	520	5 004	394 211 (–)	3 486
Frankrike	1 080	4 312	8 532	9 480	352	1 152	1 236 649 (–)	3 461
Kroatia	120	148	13	400	23	772	– (10)	847
Italia	497	2 436	4 136	7 101	15	244	12 587 (10)	378
Kypros	3	6	182	111	0,3	54	1 248 (0,4)	19
Latvia	0,2	103	34	93	18	741	2 232 (0,5)	180
Litauen	28	296	3	67	10	253	– (8)	101
Luxembourg	3	132	2	207	0,5	6	17 639 (–)	20
Ungarn	2	34	25	229	25	840	79 702 (2)	461
Malta	0,3	46	21	202	0,4	28	3 739 (–)	73
Nederland	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Østerrike	69	677	86	1 316	92	1 162	29 485 (6)	754
Polen	9		449		961	–	149 921 (0,3)	–
Portugal	57	774	1 047	1 127	7	64	124 813 (3)	279
Romania	4	342	2 321	138	2	112	14 871 (0,2)	355
Slovenia	7	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Slovakia	0,06	48	1	36	5	762	8 705 (0,02)	84
Finland	0,3	146	19	263	192	1 814	127 680 (–)	745
Sverige	34	599	106	2 939	450	5 365	80 559 (15)	1 848
Storbritannia	844	11 075	5 697	18 875	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Tyrkia	5 585	8 179	845	1 476	3 631	4 048	3 783 737 (–)	5 259
Norge	13	998	104	1 233	465	6 051	38 353 (12)	1 030
Den europeiske union	4 275	37 548	70 883	97 520	6 221	43 405	5 305 409 (295)	24 383
EU, Tyrkia og Norge	9 874	46 725	71 832	100 229	10 317	53 504	9 127 499 (306)	30 672

Amfetaminer omfatter amfetamin og metamfetamin.

Alle data gjelder 2016 eller siste år med tilgjengelige data.

TABELL A7

BESLAG (forts.)

Land	Hasj		Marihuana		Cannabisplanter	
	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag
	kg	antall	kg	antall	planter (kg)	antall
Belgia	723	5 706	686	26 587	328 611 (-)	1 046
Bulgaria	220	8	1 624	62	2 740 (26 088)	122
Tsjekia	7	96	722	4 777	57 660 (-)	518
Danmark	3 819	15 364	346	1 589	14 719 (532)	450
Tyskland	1 874	6 059	5 955	32 353	98 013 (-)	2 167
Estland	548	22	46	575	- (79)	28
Irland	-	192	-	1 049	- (-)	182
Hellas	155	248	12 863	7 076	39 151 (-)	735
Spania	324 379	169 538	21 138	158 810	724 611 (-)	2 675
Frankrike	52 735	77 466	18 206	31 736	126 389 (-)	737
Kroatia	7	566	1 321	6 459	10 051 (-)	256
Italia	23 896	9 623	41 647	8 148	464 723 (-)	1 689
Kypros	2	20	171	753	311 (-)	37
Latvia	3	96	44	872	- (50)	22
Litauen	551	54	68	654	- (-)	0
Luxembourg	1	173	21	875	359 (-)	16
Ungarn	4	149	494	2 673	6 482 (-)	153
Malta	109	193	12	146	88 (-)	6
Nederland	-	-	-	-	883 000 (-)	-
Østerrike	166	2 598	913	14 030	24 166 (-)	508
Polen	33		2 569		108 516 (-)	-
Portugal	7 068	4 676	264	620	4 634 (-)	231
Romania	35	212	143	2 140	- (2 846)	97
Slovenia	3	109	458	3 103	14 006 (-)	167
Slovakia	0,5	15	40	1 303	376 (-)	17
Finland	78	298	254	1 179	18 900 (127)	607
Sverige	1 489	10 972	1 327	8 828	- (-)	-
Storbritannia	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Tyrkia	36 046	4 659	110 855	31 189	- (-)	3 318
Norge	3 026	10 912	563	3 190	- (48)	216
Den europeiske union	424 186	316 546	123 947	420 092	3 268 037 (29 723)	22 049
EU, Tyrkia og Norge	463 258	332 117	235 365	454 471	3 268 037 (29 771)	25 583

Alle data gjelder 2016 eller siste år med tilgjengelige data.

Getting in touch with the EU

In person

All over the European Union there are hundreds of Europe Direct information centres. You can find the address of the centre nearest you at: https://europa.eu/european-union/contact_en

On the phone or by email

Europe Direct is a service that answers your questions about the European Union. You can contact this service:

- by freephone: 00 800 6 7 8 9 10 11 (certain operators may charge for these calls),
- at the following standard number: +32 22999696 or
- by email via: https://europa.eu/european-union/contact_en

Finding information about the EU

Online

Information about the European Union in all the official languages of the EU is available on the Europa website at: https://europa.eu/european-union/index_en

EU publications

You can download or order free and priced EU publications at: <https://publications.europa.eu/en/publications>. Multiple copies of free publications may be obtained by contacting Europe Direct or your local information centre (see https://europa.eu/european-union/contact_en).

EU law and related documents

For access to legal information from the EU, including all EU law since 1952 in all the official language versions, go to EUR-Lex at: <http://eur-lex.europa.eu>

Open data from the EU

The EU Open Data Portal (<http://data.europa.eu/euodp/en>) provides access to datasets from the EU. Data can be downloaded and reused for free, both for commercial and non-commercial purposes.

Om denne rapporten

Rapporten *Trender og utviklinger* gir en oversikt over narkotikasituasjonen i Europa og tar opp aspekter som forsyning og bruk, folkehelseproblemer, narkotikapolitikk og tiltak. Sammen med de nettbaserte ressursene [Statistical Bulletin](#) og [30 Country Drug Reports](#) utgjør den pakken [Europeisk narkotikarapport 2018](#).

Om EMCDDA

Europeisk overvåkingssenter 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 svært viktig 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.

