



Europeisk overvåkingscenter for
narkotika og narkotikamisbruk

NO

ISSN 2314-923X

Europeisk narkotika- rapport

Trender og utviklinger

2014



Europeisk overvåkingssenter for
narkotika og narkotikamisbruk

Europeisk narkotika- rapport

Trender og utviklinger

2014

Juridisk meddelelse

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

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

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

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

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

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

Bibliografiske opplysninger finnes bakerst i publikasjonen.

Luxembourg: Den europeiske unions publikasjonskontor, 2014

ISBN: 978-92-9168-705-3

doi:10.2810/36919

© Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, 2014
Gjengivelse er tillatt med kildeangivelse.

Printed in Spain

TRYKT PÅ KLORFRITT BLEKET PAPIR (ECF)



Europeisk overvåkingssenter for
narkotika og narkotikamisbruk

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

| Innhold

5	Forord
9	Innledende note og bidragsytere
11	Sammendrag Kartlegging av betydningen av narkotika for folkehelsen i et europeisk narkotikamarked i endring
17	KAPITTEL 1 Forsyningssituasjonen
33	KAPITTEL 2 Narkotikabruk og narkotikarelaterte problemer
53	KAPITTEL 3 Helsemessige og sosiale tiltak mot narkotikaproblemer
67	KAPITTEL 4 Narkotikapolitikk
73	VEDLEGG Tabeller med nasjonale data

Forord

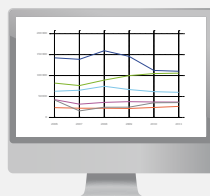
I Europeisk narkotikarapport 2014 presenterer EMCDDA en ny analyse av narkotikasituasjonen sammen med en oversikt over den seneste utviklingen innen tiltak og politikk. Rapporten med tilhørende dokumentasjon er forankret i både europeiske og nasjonale data og utgjør en sammenhengende produktpakke der rapporten om trender og utviklinger står i sentrum. Tilnærmingen er flerdimensjonal slik at samtidig som sentrale temaer blir inngående analysert, får man også en overordnet oversikt over store utfordringer og langsiktige trender. Et slikt perspektiv er viktig, for det gjør det mulig å se ulike nasjonale erfaringer i en større europeisk sammenheng. Uansett hvilke aspekter av narkotikasituasjonen i Europa du er interessert i, er vi overbevist om at den nye rapportpakken vil gi deg lett tilgang til informasjon og analyser av høy kvalitet i en form som egner seg for dine bestemte behov.

EUROPEISK NARKOTIKARAPPORT 2014

En pakke av innbyrdes forbundne elementer som gir full tilgang til tilgjengelige data om og analyser av narkotikaproblemet i Europa



Trender og utviklinger
en overordnet analyse av sentrale utviklingstrekk (i trykt utgave og på nett)



Data og statistikk
fullstendige datasett, grafer og opplysninger om metodene som er brukt (på nett)



Landoversikter
tilgang til nasjonale data og analyser med et tastetrykk (på nett)



Perspektiver på narkotika
interaktive innblikk i viktige temaer (på nett)

Et viktig budskap fra årets analyse er at vi faktisk har kommet langt når det gjelder å utvikle balanserte politiske tiltak mot narkotikaproblemene i Europa. Hva folkehelsen angår, er de generelle trendene på visse sentrale områder nå positive, og sett i forhold til verden for øvrig, synes den europeiske modellen å være vellykket. Men narkotikafenomenet er dynamisk og i kontinuerlig utvikling. Nye trusler vokser fram samtidig som problemene vi har hatt i lang tid, og ettervirkningene av dem, fortsatt er der. Det er altså all grunn til fortsatt årvåkenhet. Stoffene vi ser i dag, er på mange måter annerledes enn dem vi kjente tidligere. Når det gjelder etablerte stoffer, som cannabis, har for eksempel nye produksjonsteknikker gitt økt styrkegrad for både hasj og marihuana. Vi ser dette også i produksjonen av syntetiske stoffer, der det stadig dukker opp nye stoffer. Det vekker alvorlig bekymring når vi i den senere tid har vært vitne til framveksten av både nye syntetiske opioider og hallusinogene stoffer som er så farmakologisk virksomme at selv svært små mengder er nok til mange doser. Hvilke alvorlige konsekvenser denne utviklingen kan få for både folkehelsen og kontrollen med narkotika, kan vi foreløpig bare ane, men mye tyder på at problemene vi står overfor, faktisk kan endre karakter.

Det er store omveltninger på det europeiske narkotikamarkedet, forandringene skjer stadig raskere, og de finner sted i en stadig tettere sammenvevd verden. EMCDDA er klar over problemets globale og dynamiske natur og de utfordringer det fører med seg. Denne utviklingen setter økt press på overvåkingssystemene våre, og det er avgjørende at vi sikrer at overvåkingsverktøyene fortsatt er egnet for formålet. Europa var først ute, for ikke fullt 20 år siden, med å etablere et system for tidlig varsling for å kunne identifisere potensielle nye trusler på dette området. Selv om systemet har bevist hva det er verdt, er vår tekniske kapasitet fortsatt utilstrekkelig til å identifisere folkehelsekonsekvenser av både etablerte og nye stoffer og til å rapportere dem. Vi kan bare påpeke hvor viktig det er å ha tilstrekkelige ressurser til å opprettholde og styrke arbeidet på dette området, og understreke hvilken merverdi dette tilfører det europeiske samfunn som helhet.

Vi er veldig stolte over den omfattende analysen som presenteres i rapportpakken, og over at vårt arbeid fremdeles utgjør det vitenskapelige grunnfjellet som europeisk politikk og tiltak hviler på. Vi er mer enn noen gang overbevist om at dette er viktig, og vi vil fortsette våre anstrengelser for å utarbeide aktuelle, objektive og balanserte analyser av dagens sammensatte og skiftende narkotikaproblem.

João Goulão

Styreleder, EMCDDA

Wolfgang Götz

Direktør, EMCDDA

| Innledende note

Denne rapporten er basert på informasjon EMCDDA har mottatt i form av en nasjonal rapport fra EU-medlemsstatene, søkerlandet Tyrkia og Norge.

De statistiske dataene som presenteres her, gjelder for 2012 eller for siste år med tilgjengelige data. Europeiske totaltall og trender er basert på de landene som har lagt frem tilstrekkelige og relevante data for den aktuelle tidsperioden. Dataanalysen legger hovedvekt på nivåer, trender og geografisk distribusjon. De nødvendige tekniske forbeholdene og begrensningene for dataene er beskrevet i den engelskspråklige internettutgaven av denne rapporten og på nettområdet *Europeisk narkotikarapport: Data og statistikk*, som inneholder informasjon om metodene som er benyttet, samt rapporterende land og år. Internettutgaven av rapporten inneholder også lenker til ytterligere ressurser.

For deres bidrag til denne rapporten ønsker EMCDDA å takke:

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

Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet

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

Sammen drag

**Denne rapporten gir en overordnet
oversikt over langsiktige trender
og utviklinger i Europa,
samtidig som den også fokuserer
på fremvoksende
narkotikarelaterte problemer**

Kartlegging av betydningen av narkotika for folkehelsen i et europeisk marked i endring

Hovedfunnene i EMCDDAs nye analyse av det europeiske narkotikaproblemet er i tråd med rapporten for 2013:

Situasjonen sett under ett er generelt stabil, med positive tendenser i noen områder, men nye utfordringer dukker stadig opp. Den tradisjonelle todelingen mellom relativt få svært problematiske brukere, ofte injeksjonsbrukere, og et stort antall rekreasjonsbrukere og eksperimentelle brukere, er i ferd med å løse seg opp og bli erstattet av en mer nyansert, sammensatt situasjon. I dag spiller heroin en mindre rolle enn tidligere i Europas narkotikaproblem, mens sentralstimulerende midler, syntetiske stoffer, cannabis og legemidler blir stadig viktigere.

Hvis vi ser på det store bildet, er det gjort fremskritt i forhold til en rekke viktige folkehelsepolitiske mål. Et europeisk perspektiv kan imidlertid overskygge viktige nasjonale forskjeller. Det går frem av data for overdosedødsfall og narkotikarelaterte HIV-tilfeller, to av de mest alvorlige konsekvensene av narkotikabruk. Her står den generelle europeiske trenden i skarp kontrast til en bekymringsfull utvikling i enkelte land. Denne rapporten gjenspeiler denne sammensatte situasjonen og gir en overordnet oversikt over langsiktige trender og utviklinger i Europa, samtidig som den også fokuserer på fremvoksende narkotikarelaterte problemer.

Heroin på vei ned, men erstatningsstoffer gir grunn til bekymring

Selv om vi ser at estimatene for den global heroinproduksjonen fortsatt er høye, og beslag i Tyrkia delvis har tatt seg opp igjen, viser indikatorene for heroin generelt en stabil eller nedadgående trend. Dette omfatter data som viser en fortsatt reduksjon i inntak til behandling knyttet til heroin, sammen med generelle, langsiktige nedadgående trender for overdosedødsfall og HIV-smitte fra injeksjonsbruk av narkotika — begge historisk sett forbundet med injeksjonsbruk av heroin. Nasjonale data fra enkelte land danner imidlertid en motsetning til denne positive utviklingen. Utbrudd av HIV blant narkotikabrukere i Hellas og Romania den senere tid, sammen med vedvarende problemer i enkelte av de baltiske statene, har bremset fremgangen i arbeidet med å redusere nye tilfeller av narkotikarelaterte infeksjoner i Europa. Dette kan delvis ses i sammenheng med at heroin byttes ut med andre

stoffer, inkludert syntetiske opioider og sentralstimulerende midler. I tillegg er mangelen på tilstrekkelige etterspørselsreducerende tiltak, særlig tilgjengeligheten av behandling, og skadereduserende tiltak trolig også en viktig medvirkende faktor. En risikovurdering som nylig ble gjennomført av EMCDDA og ECDC, gir grunn til bekymring. Den identifiserte en rekke andre europeiske land der atferds- eller responsindikatorer tydet på betydelig økt risiko for fremtidige skader og helseproblemer.

Flere rusmidler påvist i narkotikainduserte dødsfall

Selv om narkotikaoverdoser fortsatt er en av hovedårsakene til unngåelige dødsfall blant unge europeere, har man de senere år imidlertid lyktes med å redusere problemet. Dette kan delvis forklares av både en styrking av tiltak og en nedgang i medvirkende risikoatferd. I motsetning til den generelle trenden er antallet overdoser fortsatt relativt høyt, og økende, i en rekke land, hovedsakelig i Nord-Europa.

Mens antallet dødsfall knyttet til heroin generelt er på vei ned, er dødsfall knyttet til syntetiske opioider økende, og i noen land overgår de nå antallet som tilskrives heroin. De uvanlig høye tallene for overdosedødsfall som rapporteres av for eksempel Estland, tilskrives bruken av fentanyl, en gruppe svært sterke syntetiske opioider. EMCDDA fortsatte å motta rapporter om både kontrollerte og ikke-kontrollerte fentanyl på det europeiske narkotikamarkedet i 2013. Blant stoffene som ble rapportert til EUs system for tidlig varsling (Early Warning System) i 2013, var et fentanyl som

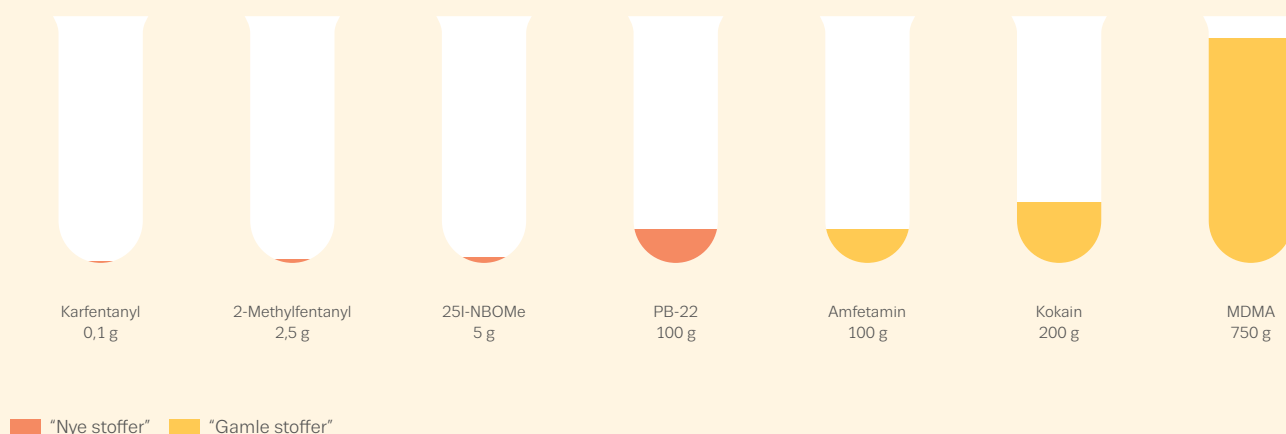
aldri tidligere var registrert på det europeiske narkotikamarkedet. Disse stoffene er vanskelige å identifisere ettersom de kan opptre i svært små mengder i toksikologiske prøver.

Nye psykoaktive stoffer: ingen tegn på at trenden avtar

De fleste overdoser inntreffer blant personer som har inntatt flere stoffer, og det er ofte vanskelig å få klarhet i årsakssammenheng. Etter hvert som nye psykoaktive stoffer slippes på narkotikamarkedet, øker bekymringen for at nye eller mer obskure stoffer som har bidratt til dødsfall, ikke blir oppdaget. Det at enkelte syntetiske stoffer er svært sterke, gjør det vanskeligere å påvise dem, ettersom de kun finnes i svært små konsentrasjoner i blodet. Fremveksten av svært sterke syntetiske stoffer har også betydning for rettshåndhevelsen, siden selv svært små mengder av disse stoffene kan gjøres om til flere doser (figur).

I 2013 ble 81 nye psykoaktive stoffer meldt inn til EUs system for tidlig varsling, og antallet stoffer som overvåkes, har nå passert 350. Formelle risikovurderinger gjennomføres for substanser som man mistenker har forårsaket betydelig skade på europeisk plan. Det ble gjennomført risikovurderinger for to stoffer i 2013, ytterligere fire vil være gjennomført innen april 2014, og flere er ventet. Samtidig som ny EU-lovgivning på området drøftes, utsettes systemet for tidlig varsling for stadig større press på grunn av mengden og mangfoldet av stoffer som dukker opp på markedet.

HVOR MYE RENT STOFF TRENGS FOR Å LAGE 10 000 DOSER?



Rapporter om alvorlige hendelser, hovedsakelig dødsfall og akutt forgiftning, er sentralt i arbeidet med tidlig varslings. Det er imidlertid bare noen få land som har robuste overvåkingssystemer for narkotikarelaterte akuttmedisinske situasjoner. Det foregår ingen standardisert rapportering knyttet til dette emnet på EU-plan, og mangelen på systematisk overvåking på området utgjør et svakt punkt i Europas overvåking av fremvoksende helsetrusler. For eksempel er det vanskelig å fastslå implikasjonene på europeisk plan av rapporter fra enkelte land om alvorlige reaksjoner i forbindelse med bruk av syntetiske cannabinoider.

Cannabis: kontroverser, kontraster og motsetninger

Holdningsdata fra Den europeiske union tyder på at cannabis er det stoffet folkeopinionen har mest delte meninger om. Det bidrar til en aktiv offentlig debatt, som nylig har fått ny næring på grunn av utvikling internasjonalt i måten tilgjengelighet og bruk av cannabis kontrolleres, nærmere bestemt regelverksendringer i deler av USA og Latin-Amerika.

I motsetning til andre steder synes bruken av cannabis i Europa generelt å være stabil eller til og med dalende, særlig i yngre aldersgrupper. Bildet er imidlertid ikke ensartet. En rekke land som generelt har lave prevalensnivåer, har nylig opplevd økt bruk.

Mens den politiske debatten kjennetegnes av diskusjoner om ulike reguleringsalternativer, har det praktiske fokuset primært ligget på tiltak som tar tak i sosiale problemer og skader forbundet med cannabisproduksjon og -bruk. Vi er i ferd med å få en bedre forståelse av de helsemessige implikasjonene av ulike bruksmønstre for cannabis. Tilgjengeligheten av og inntaket til behandling for cannabisproblemer, har økt, selv om antallet cannabis klienter som inntas til spesialisert narkotikabehandling, har stabilisert seg. Cannabis er nå det stoffet som rapporteres hyppigst av klienter som påbegynner behandling for første gang. Vi har fått økt forståelse for hva som utgjør effektive tiltak på området, og flere land investerer i et bredt spekter av tjenester, fra intensive støtteopplegg som involverer familiemedlemmer, til korte nettbaserte intervensjoner.

Siden rundt år 2000 har mange land redusert straffenivået for mindre alvorlige lovbrudd som gjelder bruk og besittelse. På et mer generelt plan har diskusjoner om cannabis kontroll gjerne fokusert mer på forsyning og smugling enn på bruk. Til tross for dette har det totale antallet lovbrudd som gjelder besittelse og bruk av cannabis, økt regelmessig de siste ti årene.

Anslag over narkotikabruk i Den europeiske union — nøkkeltall

Cannabis

73,6 millioner eller 21,7 % av voksne (15–64) har brukt cannabis minst én gang
18,1 millioner eller 5,3 % av voksne (15–64) har brukt cannabis det siste året
14,6 millioner eller 11,2 % av unge voksne (15–34) har brukt cannabis det siste året
0,4 % og 18,5 % – det laveste og høyeste nasjonale anslaget over bruk av cannabis det siste året blant unge voksne

Kokain

14,1 millioner eller 4,2 % av voksne (15–64) har brukt kokain minst én gang
3,1 millioner eller 0,9 % av voksne (15–64) har brukt kokain det siste året
2,2 millioner eller 1,7 % av unge voksne (15–34) har brukt kokain det siste året
0,2 % og 3,6 % – det laveste og høyeste nasjonale anslaget over bruk av kokain det siste året blant unge voksne

Amfetaminer

11,4 millioner eller 3,4 % av voksne (15–64) har brukt amfetaminer minst én gang
1,5 millioner eller 0,4 % av voksne (15–64) har brukt amfetaminer det siste året
1,2 millioner eller 0,9 % av unge voksne (15–34) har brukt amfetaminer det siste året
0,0 % og 2,5 % – det laveste og høyeste nasjonale anslaget over bruk av amfetaminer det siste året blant unge voksne

Ecstasy

10,6 millioner eller 3,1 % av voksne (15–64) har brukt ecstasy minst én gang
1,6 millioner eller 0,5 % av voksne (15–64) har brukt ecstasy det siste året
1,3 millioner eller 1,0 % av unge voksne (15–34) har brukt ecstasy det siste året
0,1 % og 3,1 % – det laveste og høyeste nasjonale anslaget over bruk av ecstasy det siste året blant unge voksne

Opioider

1,3 millioner problembrukere av opioider (15–64)
3,5 % av alle dødsfall blant europeere i aldersgruppen 15–39 år skyldes narkotikaoverdoser
Opioider ble påvist i om lag tre firedeler av overdosedødsfallene
Oppgitt som primærrusmiddel i ca. 45 % av alle søknader om narkotikabehandling i Den europeiske union
700 000 opioidbrukere mottok substitusjonsbehandling i 2012

NB: For fullstendige datasett og informasjon om metodene som er benyttet, gå til nettområdet *Europeisk narkotikarapport: Data og statistikk*.

Produksjon og tilførsel av narkotika: kjernevirksomhet for organisert kriminalitet

Størrelsen på cannabismarkedet samt en økning i innenlands produksjon har ført til økt bevissthet om hvor viktig stoffet er som inntektskilde for organiserte kriminelle

grupper. Det er også større fokus på de sosiale kostnadene denne aktiviteten medfører, som vold og andre typer problemer, og hvor ressurskrevende det er for rettshåndhevsorganene å bekjempe narkotikaproduksjon.

Både internasjonalt og i EU er organiserte kriminelle grupper med opphav i Sørøst-Asia, blant flere andre, blitt knyttet til cannabisproduksjon. Det vekker bekymring at vi ser tegn på at de nå utvider virksomheten til produksjon og salg av metamfetamin i deler av Sentral-Europa. Dette gjenspeiler en mer generell utvikling som ble fanget opp i analysen av narkotikamarkedet som EMCDDA og Europol nylig utførte: at kriminelle grupper har inntatt en mer diversifisert, opportunistisk og sammenhengende tilnærming. Dette kommer blant annet til uttrykk hos kriminelle grupper som tradisjonelt har vært involvert i heroinhandel, og som nå rapporteres å smugle kokain og metamfetamin inn til Den europeiske union ved bruk av etablerte heroinruter.

Rapporten for 2014 viser også at det er grunn til ny bekymring for økt tilgjengelighet av metamfetamin i Europa. I tillegg til innenlands produksjon i Sentral- og Nord-Europa produseres dette stoffet også i Midtøsten, og noen ganger importeres det også herfra til EU for deretter å eksporteres til land i Sørøst-Asia. Noe av denne produksjonen bidrar imidlertid til økt tilgjengelighet av stoffet i Europa. Nye rapporter om fremveksten av røyking av metamfetamin i Hellas og Tyrkia gir særlig grunn til bekymring, med tanke på hvilke helserisikoen slik bruk av dette stoffet kan medføre.

At dagens narkotikamarked er blitt mer dynamisk, globalt og innovativt vises også gjennom at ecstasypulver og -piller av høy kvalitet igjen har dukket opp

At dagens narkotikamarked er blitt mer dynamisk, globalt og innovativt vises også gjennom at ecstasypulver og -piller av høy kvalitet igjen har dukket opp i EU og andre steder. Dette synes å stamme fra illegale produsenter som importerer ikke-kontrollerte eller "maskerte" kjemikalier for produksjon av stoffet. Ifølge Europol ble to av de største produksjonsanleggene som noen gang er oppdaget i Den europeiske union, med kapasitet til å produsere store mengder MDMA (3,4-metylendiksyymetamfetamin) på kort tid, nylig destruert i Belgia. Beslag og rapporter om alvorlige hendelser har også ført til at Europol og EMCDDA har utstedt en felles advarsel om at ekstremt sterke produkter som inneholder MDMA, er i omløp.

Ustabil marked for sentralstimulerende midler

Det gjenstår å se om den observerte økningen i innholdet av MDMA i ecstasypulver fører til økt interesse for stoffet blant brukerne. Det europeiske markedet for illegale sentralstimulerende midler virker å være relativt stabilt. Kokain er fortsatt det foretrukne valget i Sør- og Vest-Europa, mens amfetamin er mer utbredt i Nord- og Øst-Europa. Indikatorer for både kokain og amfetamin tyder på en generelt nedadgående trend.

Betydningen av geografiske forskjeller i det europeiske markedet for sentralstimulerende midler støttes av nye studier av avløpsvann, som i stadig større grad er i stand til å gi oss data om narkotikabruk i bestemte byer og miljøer.

Tilgjengelighet er en nøkkelfaktor for bruken av sentralstimulerende midler. Mangel på et stoff kan få brukere til å prøve et annet stoff, og pris og oppfatning av kvalitet kan være viktige faktorer. Dette er observert i rekreasjonsmiljøer og blant injeksjonsbrukere. Samtidig ser vi at et stadig økende antall produkter nå er tilgjengelig på markedet for sentralstimulerende midler, herunder syntetiske katinoner, metamfetamin, amfetamin, ecstasy og kokain.

De langsiktige kostnadene ved å behandle narkotikaproblemer

Europa står overfor en dobbel utfordring som består i å utvikle effektive tiltak mot fremvoksende problemer samtidig som man fortsatt skal møte behovene til narkotikabrukere under langtidsbehandling.

Denne rapporten setter fokus på endringer og nye mønstre med hensyn til epidemiologi og tiltak. Brorparten av kostnadene knyttet til behandling av narkotikabruk stammer fremdeles fra problemer som har sitt utspring i

“heroinepidemien” på 1980- og 1990-tallet. Selv om det kan synes som om færre begynner å bruke heroin, er heroinavhengighet, som kjennetegnes av en kronisk sykdomsmodell med periodevis tilbakefall og gjentatt behandling, fortsatt et hovedfokus for intervensjoner. Den europeiske union har investert betydelige midler for å tilby denne gruppen behandlingsmuligheter, og for tiden får anslagsvis 750 000 personer substitusjonsbehandling med opioider. Det er gode argumenter for folkehelsegevinsten ved denne intervensjonen og for dens bidrag til å svekke det illegale markedet. Europa står nå overfor utfordringen med å ta seg av en aldrende kohort av tidligere heroinbrukere, der mange er sosialt vanskeligstilte og ekskluderte. I denne sammenheng er det økende politisk interesse for faktorene som bidrar til rehabilitering og sosial reintegrasjon. Etter hvert som denne gruppen blir eldre, vil de også bli mer sårbare for en rekke helseproblemer.

1

**Rundt en million
narkotikabeslag rapporteres
årlig i Europa**

Forsyning av narkotika

Europa er en viktig destinasjon for kontrollerte stoffer og spiller dessuten en mer begrenset rolle som transittområde for stoffer som transporteres til andre regioner. Latin-Amerika, Vest-Asia og Nord-Afrika er viktige opprinnelsesområder for stoffer som kommer til Europa. Europa er også en produksjonsregion for cannabis og syntetiske stoffer. Mens praktisk talt all cannabis som produseres i Europa, er ment for lokalt forbruk, blir enkelte av de syntetiske stoffene produsert for eksport til andre regioner.

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

Overvåking av forsyningssituasjonen

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

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

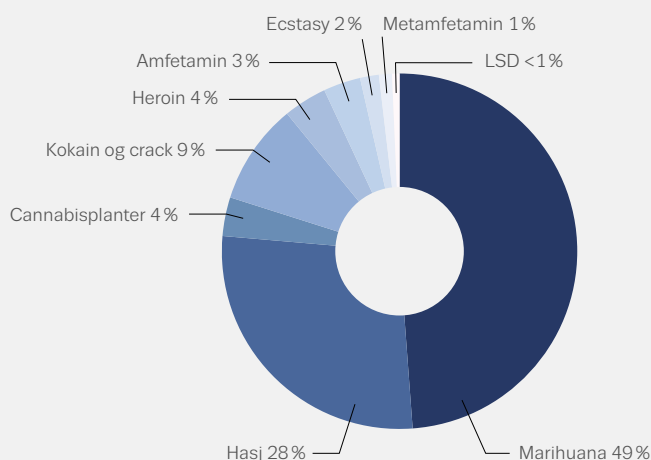
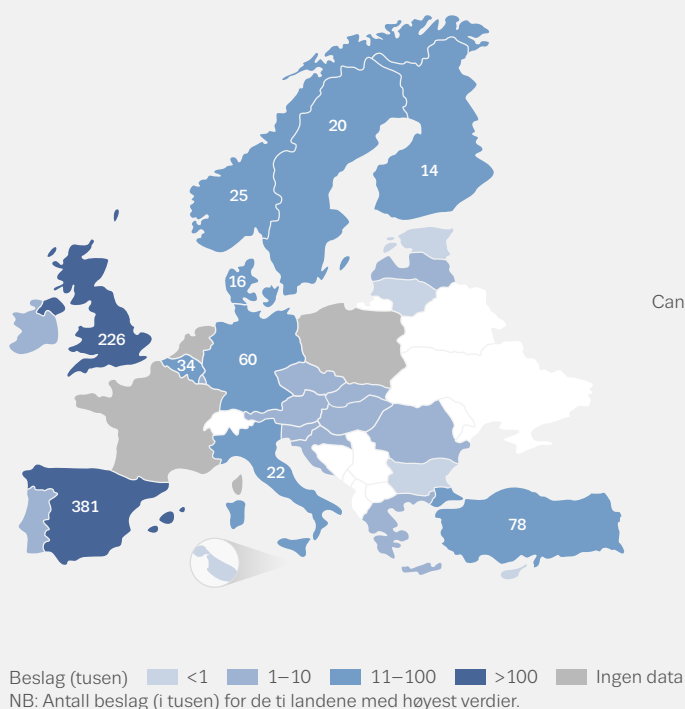
Åtti prosent av beslag i Europa gjelder cannabis

Rundt en million narkotikabeslag rapporteres årlig i Europa. De fleste av disse er beslag av mindre kvanta hos brukere, men totalantallet inkluderer også beslag på flerfoldige kilo gjort hos smuglere og produsenter.

To land – Spania og Storbritannia – sto alene for to tredeler av alle beslagene som ble gjort i Den europeiske union i 2012. Tyskland, Belgia, Italia og fire nordiske land rapporterte om mindre men likevel vesentlige beslag (figur 1.1). Det anføres at nyere data ikke er tilgjengelige for tre av landene som tidligere har rapportert om et betydelig

FIGUR 1.1

Antall rapporterte beslag etter land (venstre), og andel av beslagene for de viktigste stoffene (høyre), 2012



antall beslag. Et annet viktig land når det gjelder narkotikabeslag er Tyrkia, der en del av narkotikaen som fanges opp, er ment for bruk i andre land, både i Europa og i Midtøsten.

Over 80 % av beslagene som gjøres i Europa, gjelder cannabis (figur 1.1), noe som gjenspeiler den relativt høye prevalensen av cannabisbruk. Kokain inntar andreplassen med omtrent dobbelt så mange beslag som det som er rapportert for enten amfetaminer eller heroin. Antallet ecstasybeslag er lavere, men har økt de senere årene.

Over 80 % av beslagene som gjøres i Europa, gjelder cannabis, noe som gjenspeiler den høye prevalensen av cannabisbruk

Cannabis: økt tilgjengelighet av marihuana

Det er i hovedsak to forskjellige cannabisprodukter som tilbys på det europeiske narkotikamarkedet: marihuana og hasj. Det årlige forbruket av disse produktene kan grovt anslås til rundt 2 000 tonn.

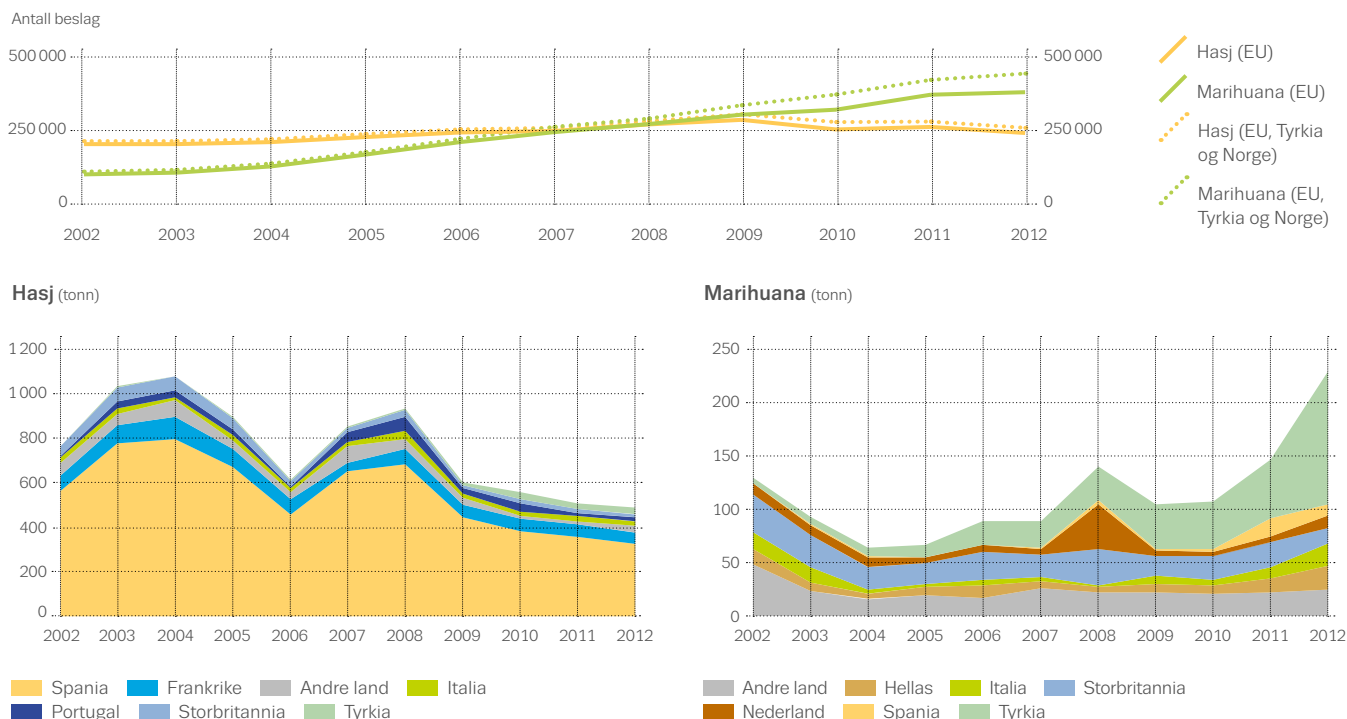
Marihuanaen som finnes i Europa, blir både dyrket lokalt og smuglet inn fra andre land. Det meste av hasjen importeres sjøveien eller med fly fra Marokko.

I løpet av de siste ti årene har marihuanabeslag gått forbi hasjbeslag i antall og utgjør nå nesten to tredeler av alle cannabisbeslag (figur 1.2). Dette henger sammen med den økende tilgjengeligheten av lokalprodusert marihuana i mange land. Selv om kvantaene av hasj som er beslaglagt i Den europeiske union, har gått ned de siste årene, er de imidlertid fremdeles langt større enn de beslaglagte kvantaene av marihuana (457 tonn kontra 105 tonn i 2012). Dette skyldes trolig at hasj oftere flyttes i store mengder over større avstander og på tvers av landegrenser, og dermed er mer utsatt for å bli oppdaget.

Når det gjelder mengdene som beslaglegges, har noen få land uforholdsmessig høye tall, delvis fordi de ligger langs en av de store smuglerrutene (figur 1.2 og 1.3). For eksempel sto Spania, med sin nærhet til Marokko og et stort nasjonalt marked, for rundt to tredeler av de totale beslaglagte kvantaene av hasj som ble rapportert i Europa

FIGUR 1.2

Antall cannabisbeslag og beslaglagte kvanta i tonn: hasj og marihuana, 2002-12



CANNABIS

Hasj

457 tonn beslaglagt **240 000** beslag
486 tonn beslaglagt (EU + 2) **258 000** beslag (EU + 2)

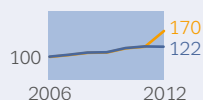
24 €

11 €

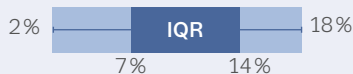
7 €

3 €

Pris (EUR/g)



Pris- og styrkeindekser



Styrke (% THC)

Marihuana

105 tonn beslaglagt **395 000** beslag
230 tonn beslaglagt (EU + 2) **457 000** beslag (EU + 2)



Styrke (% THC)

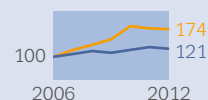
25 €

12 €

8 €

5 €

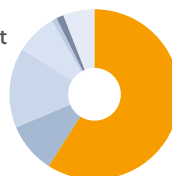
Pris (EUR/g)



Pris- og styrkeindekser

121 000 rapporterte lovbrudd relatert til forsyning av cannabis

59% av rapporterte forsyningslovbrudd

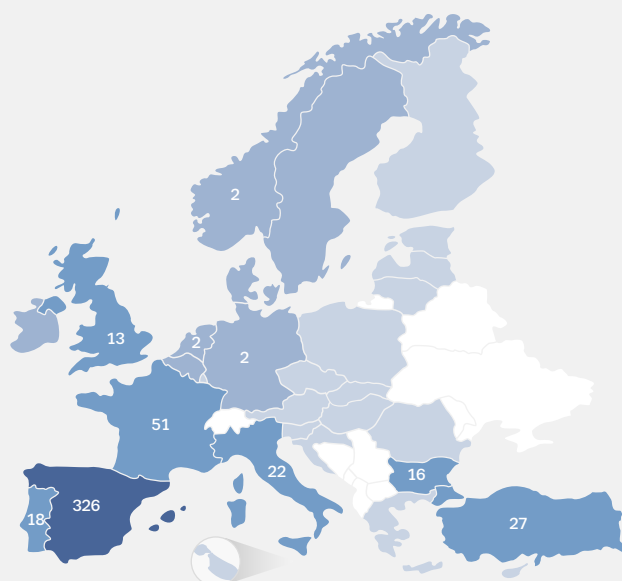


EU + 2 viser til EU-medlemsstatene pluss Tyrkia og Norge. Pris og styrke på cannabisprodukter: nasjonale middelværdier – minimum, maksimum og interkvartilavstand (IQR). De ulike indikatorene dekker ulike land.

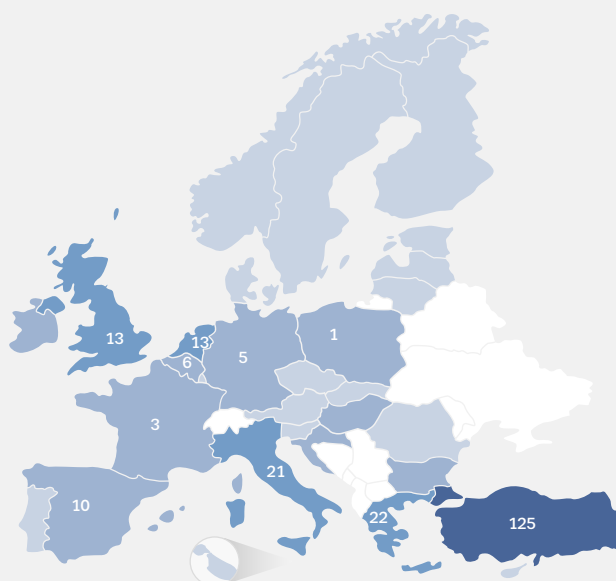
FIGUR 1.3

Beslaglagte kvanta av hasj og marihuana, 2012

Hasj



Marihuana



Tonn ■ <1 ■ 1–10 ■ 11–100 ■ >100

NB: Beslaglagte kvanta (i tonn) for de ti landene med høyest verdier.

i 2012. Når det gjelder marihuana, rapporterer både Hellas og Italia om betydelige økninger i beslaglagte kvanta de senere årene. Siden 2007 har Tyrkia beslaglagt større mengder marihuana enn noen av EU-medlemsstatene, og mengdene som ble rapportert i 2012, var mer enn dobbelt så store som i 2011.

Beslag av cannabisplanter kan ses som en indikator på innenlandsk produksjon, selv om kvaliteten på dataene som er tilgjengelige på dette området, gjør sammenligning vanskelig. I 2012 ble det rapportert 33 000 beslag av cannabisplanter i Europa. Mellom 2011 og 2012 økte antallet beslag av cannabisplanter fra 5 til 7 millioner, noe som hovedsakelig skyldes en nesten firedobling i beslag rapportert av Italia. I samme periode økte de beslaglagte mengdene fra 33 til 45 tonn.

Indekserte trender på europeisk plan viser at både detaljprisen og styrken (innholdet av tetrahydrocannabinol

– THC) på marihuana og hasj økte mellom 2006 og 2012. Styrkegraden på begge typer cannabis har økt siden 2006. Når det gjelder hasj, ble imidlertid brorparten av denne økningen observert mellom 2011 og 2012.

Fremveksten av syntetiske cannabinoider – kjemikalier som etterligner effekten av cannabis – har tilført cannabismarkedet en ny dimensjon. Det virker som de fleste syntetiske cannabinoidpulvere fremstilles i Kina for så å sendes i store partier ved hjelp av etablerte, lovlige transport- og distribusjonsnettverk. Når de ankommer EU, blir kjemikaliene vanligvis blandet med eller sprayet på urter og emballert som "legal high"-produkter for salg på internett eller via andre utsalgssteder. Atten land rapporterte om mer enn 1 800 beslag av syntetiske cannabinoider i løpet av de første seks månedene av 2013. De største beslagene ble gjort i Spania (20 kg) og Finland (7 kg).

Heroin: generell nedgang i beslag, men økning i Tyrkia

Tradisjonelt har to former for importert heroin vært tilgjengelig i Europa. Den vanligste er den brune heroinen (heroin i baseform), som hovedsakelig kommer fra Afghanistan. Hvit heroin (heroin i saltform), som tradisjonelt har kommet fra Sørøst-Asia men nå også produseres andre steder, er mindre vanlig. Det foregår dessuten fremdeles en viss produksjon av opioider i Europa, fremfor alt hjemmeproduserte valmueprodukter som rapporteres fra deler av Øst-Europa.

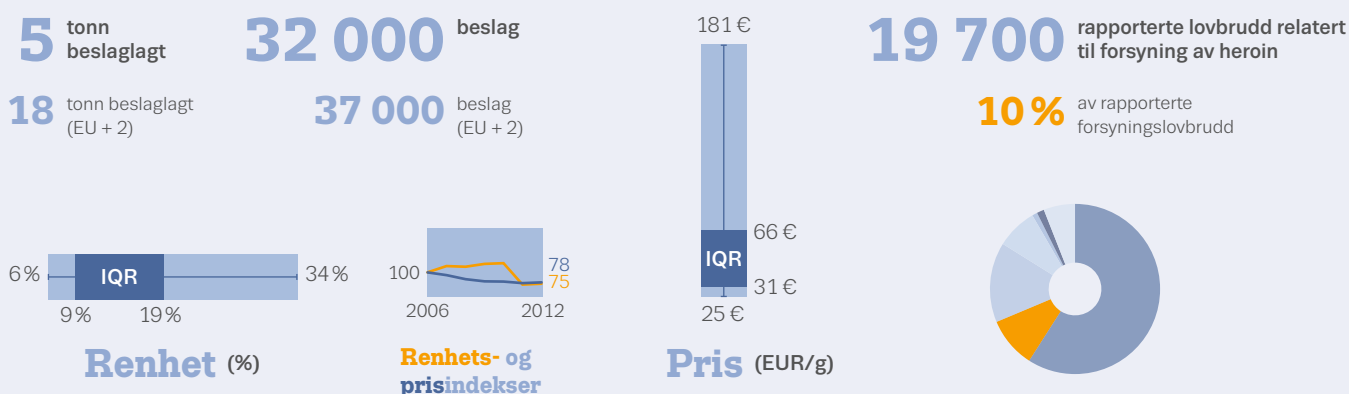
Afghanistan er fremdeles verdens største produsent av illegalt opium, og det antas at mesteparten av heroinen som finnes i Europa er produsert der eller, i mindre utstrekning, i nabolandene Iran og Pakistan. Stoffet kommer inn i Europa via flere ulike smuglerruter. En av disse rutene går gjennom Tyrkia, inn i Balkan (Bulgaria, Romania eller Albania) og videre til Sentral-, Sør- eller Vest-Europa. En annen rute går gjennom Russland via de tidligere sovjetrepublikkene i Sentral-Asia.

Heroinforsendelser fra Iran og Pakistan kommer også til Europa med fly eller sjøveien, enten direkte eller gjennom land i Vest- og Øst-Afrika.

Mellom 2002 og 2010 holdt antallet heroinbeslag i Europa seg ganske stabilt, på rundt 50 000 årlig. Siden 2010 har imidlertid antallet heroinbeslag falt betraktelig, til anslagsvis 32 000 beslag i 2012. Mengden heroin som ble beslaglagt i 2012 (5 tonn), var den minste som er rapportert i løpet av de siste ti årene, og tilsvarer bare halvparten av mengden som ble beslaglagt i 2002 (10 tonn). Nedgangen i beslag i Den europeiske union er ledsaget av en økning i beslag i Tyrkia. Her har mer heroin blitt beslaglagt hvert år siden 2006 enn i alle EU-statene til sammen (figur 1.4 og 1.5).

Siden 2010 har antallet rapporterte heroinbeslag falt betraktelig, til anslagsvis 32 000 beslag i 2012

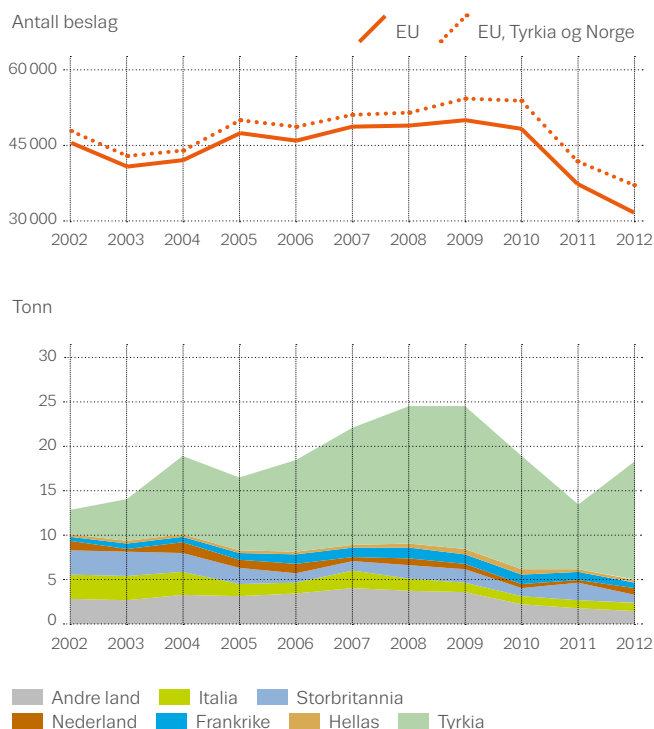
HEROIN



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

FIGUR 1.4

Antall heroinbeslag og beslaglagte kvanta, 2002–2012



Nedgangen i heroinbeslag siden 2010/11 gjenspeiles både i trender for renhet og forsyningsrelaterte lovbrudd knyttet til stoffet (se kapittel 4). Flere land opplevde en betydelig tørke på markedet på denne tiden, og få markeder synes å ha tatt seg helt opp igjen. I Tyrkia sank imidlertid de beslaglagte mengdene heroin i 2011, før de igjen nådde høyere nivåer i 2012.

EUs system for tidlig varsling har fått meldinger om syntetiske opioider som kan brukes som et alternativ til heroin. De omfatter svært sterke fentanyl, som kan utledes av legemidler, herunder depotplaster som ikke er forsvarlig deponert eller produseres spesifikt for det illegale markedet. Mellom 2012 og 2013 ble det rapportert om 28 beslag av et nytt syntetisk opioid, AH-7921, som har lignende farmakologiske egenskaper som morfin (se side 28).

FIGUR 1.5

Beslaglagte kvanta av heroin, 2012



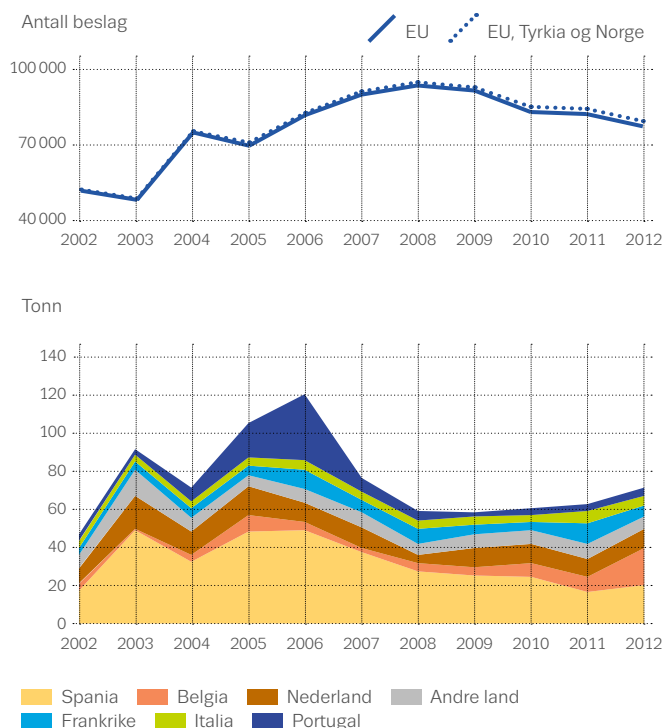
Kokain: antallet beslag fortsetter å synke

To former for kokain er tilgjengelig i Europa, og den mest utbredte er kokainpulver (HCl, et hydrokloridsalt). Crack (kokain som røykes) er mindre vanlig. Kokain utvinnes fra bladene på kokaplanten. Stoffet produseres nesten utelukkende i Bolivia, Colombia og Peru, og transporteres til Europa både med fly og sjøveien. Smuglingen av kokain inn til Europa – og rettshåndhevingstiltak mot denne smuglingen – synes hovedsakelig å være rettet mot land i Vest- og Sør-Europa. Spania, Belgia, Nederland, Frankrike og Italia sto til sammen for 85 % av de 71 tonnene som ble beslaglagt i 2012 (figur 1.6). Store individuelle beslag gjort i havner i Bulgaria, Hellas, Romania og baltiske land er imidlertid tegn på at smuglerrutene for kokain til Europa finner stadig nye veier.

Det ble i 2012 rapportert ca. 77 000 beslag av kokain i Den europeiske union, og til sammen ble det beslaglagt 71 tonn av stoffet. Antallet kokainbeslag som ble rapportert i 2012, er fortsatt høyt sammenlignet med 2002. Det har

FIGUR 1.6

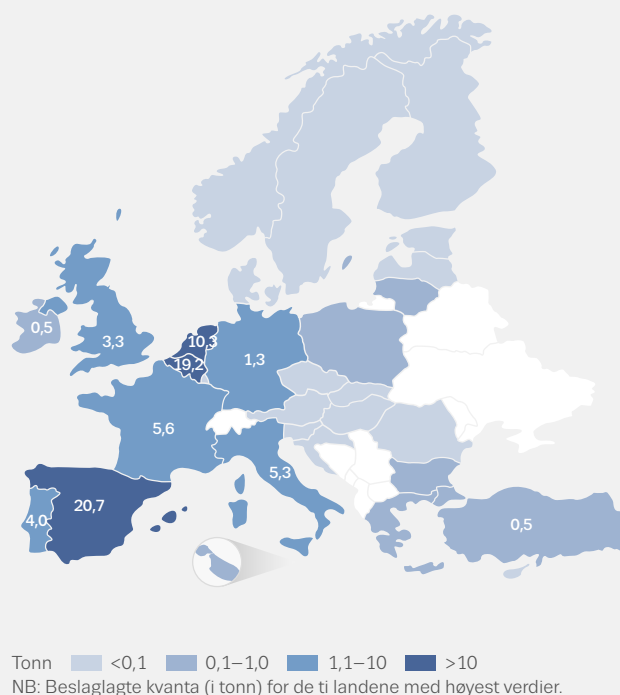
Antall kokainbeslag og beslaglagte kvanta, 2002–2012



imidlertid sunket fra et antatt toppnivå på rundt 95 000 beslag i 2008. Mengden kokain som ble beslaglagt i 2012, økte med rundt 10 tonn fra året før, men er fortsatt godt under toppnivået på 120 tonn fra 2006 (figur 1.6). Nedgangen i mengdene kokain som beslaglegges, er aller

FIGUR 1.7

Beslaglagte kvanta av kokain, 2012



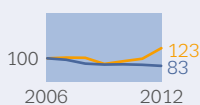
tydeligst på den iberiske halvøy, særlig i Portugal mellom 2006 og 2007 og mer gradvis i Spania mellom 2006 og 2011. Det ble rapportert rekordbeslag av kokain fra Belgia (19 tonn) i 2012 (figur 1.7).

KOKAIN

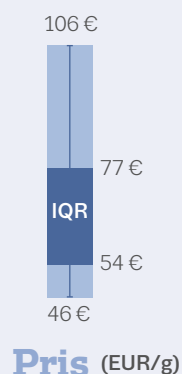
71 tonn beslaglagt **77 000** beslag
72 tonn beslaglagt (EU + 2) **80 000** beslag (EU + 2)



Renhet (%)

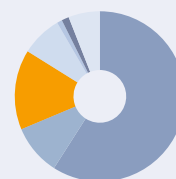


Renhets- og prisindekser



Pris (EUR/g)

31 000 rapporterte lovbrudd relatert til forsyning av kokain
15% av rapporterte forsyningslovbrudd



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

Amfetaminer: tegn på økt produksjon av metamfetamin

Amfetamin og metamfetamin er nært beslektede syntetiske sentralstimulerende midler som går under samlebetegnelsen amfetaminer. I Europa har amfetamin alltid vært det mest utbredte av de to, men det er kommet tegn på at metamfetamin blir stadig mer tilgjengelig.

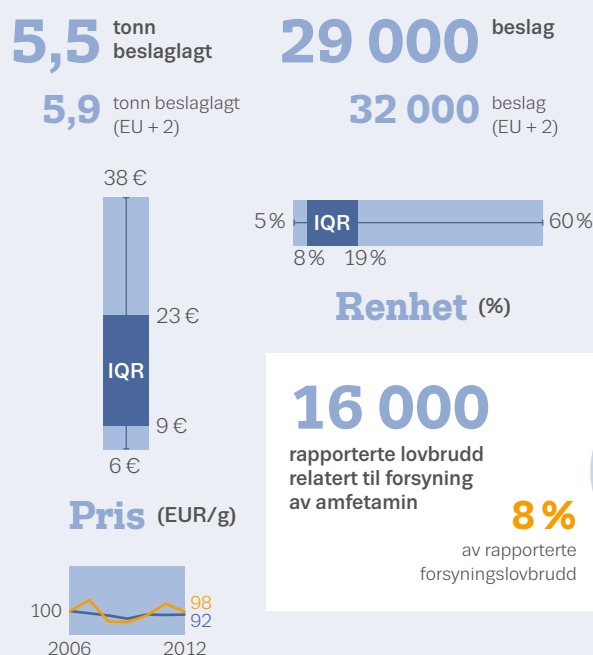
Begge stoffene blir produsert i Europa for salg på det europeiske markedet, men noe amfetamin blir også produsert for eksport, hovedsakelig til Midtøsten. Produksjon av amfetamin er kjent for å foregå i Belgia og Nederland, men også i Polen og de baltiske statene. To hovedområder for framstilling av metamfetamin kan identifiseres. Det første er i Baltikum, hvor produksjonen er sentrert rundt Litauen for eksport til Norge, Sverige og Storbritannia. I dette området brukes BMK (benzylmetylketon) som hovedprekursor. I det andre området, som hovedsakelig er fokusert rundt Tsjekkia og nabolandene Slovakia og Tyskland, er produksjonen for det meste basert på efedrin og pseudoefedrin og finner sted i småskala "kjøkkenlaboratorier". Produktet som produseres her, er

hovedsakelig ment for distribusjon innad i landet. De to siste årene er det tegn på at vietnamesiske organiserte kriminelle grupper er blitt mer involvert i det tsjekkiske metamfetaminmarkedet, og at produksjonen oppskaleres. Det ble rapportert om destruering av 350 produksjonsanlegg for metamfetamin i Europa i 2011. De fleste var imidlertid småskalaanlegg rapportert av Tsjekkia (338).

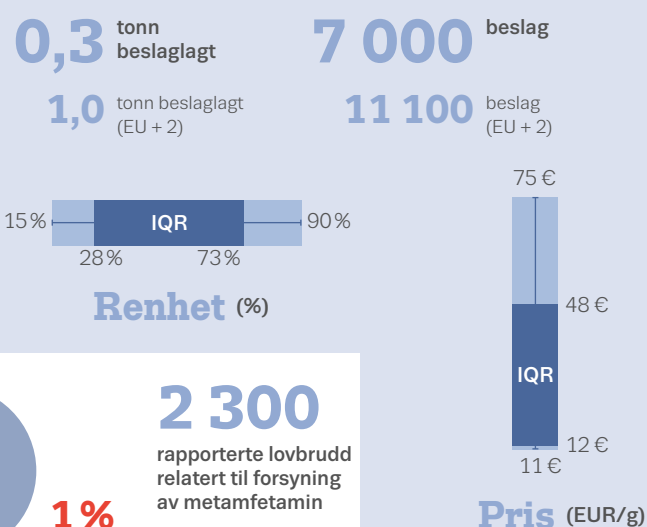
I 2012 rapporterte medlemsstatene i EU om 29 000 beslag av amfetamin, som utgjorde 5,5 tonn. Tyskland, Nederland og Storbritannia sto for mer enn halvparten av den totale mengden amfetamin som ble beslaglagt (figur 1.8). Etter en periode med høyere nivåer, både med hensyn antall beslag og kvanta, er amfetaminbeslagene i 2012 tilbake på omtrent det samme nivået som ble observert i 2003 (figur 1.9). Beslagene av metamfetamin har økt i samme periode, selv om de fremdeles er beskjedne både med hensyn til antall og kvanta (figur 1.10). I 2012 ble 7 000 beslag, som utgjorde 0,34 tonn metamfetamin, rapportert i EU. Ytterligere 4 000 beslag, som utgjorde 0,64 tonn, ble rapportert fra Tyrkia og Norge – en mengde som til sammen utgjorde omtrent det dobbelte av mengden som ble beslaglagt i EU.

AMFETAMINER

Amfetamin



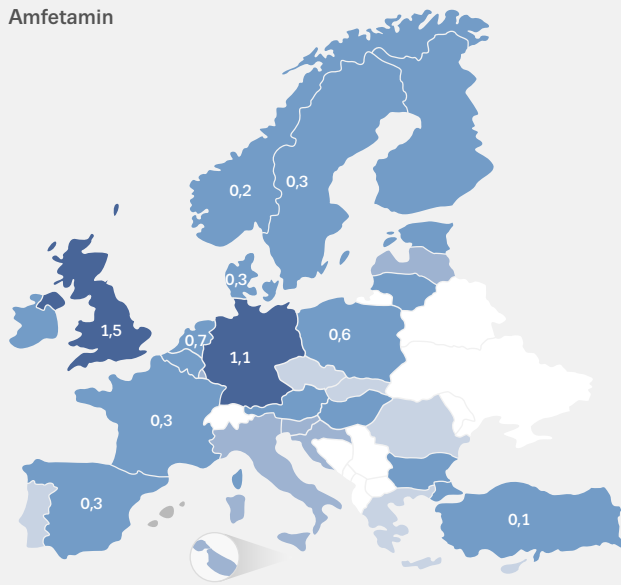
Metamfetamin



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

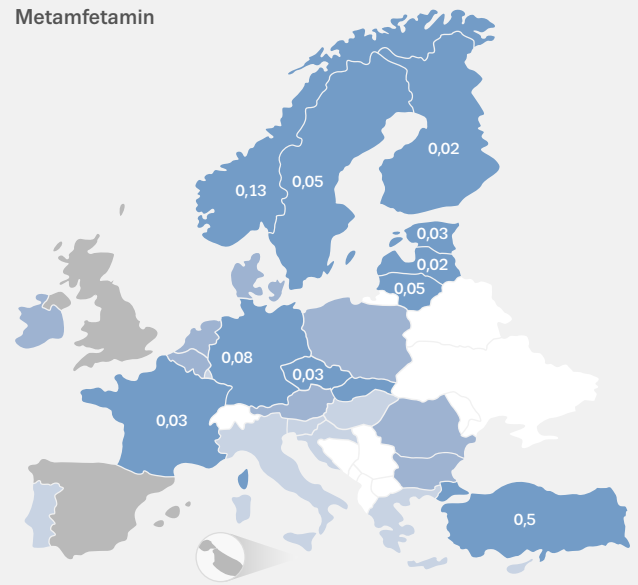
FIGUR 1.8

Beslaglagte kvanta av amfetamin og metamfetamin, 2012



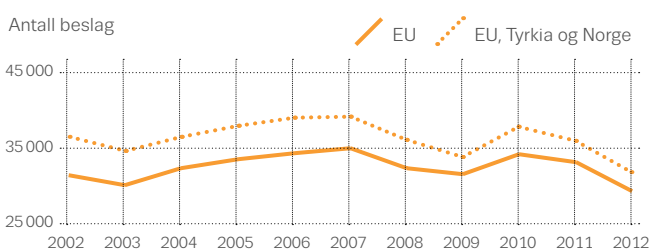
Tonn  <0,001  0,001–0,010  0,011–1,0  >1,0  Ingen data
NB: Beslaglagte kvanta (i tonn) for de ti landene med de høyeste verdiene.

Metamfetamin

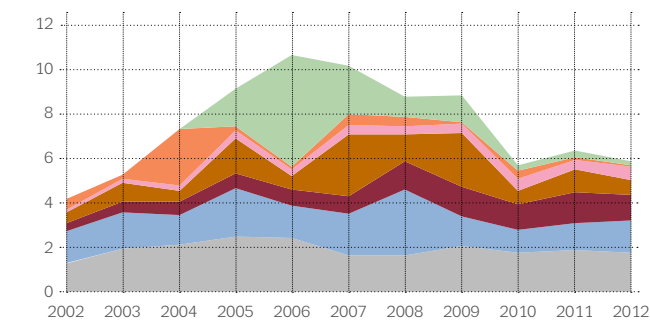


FIGUR 1.9

Antall amfetaminbeslag og beslaglagte kvanta, 2002–2012



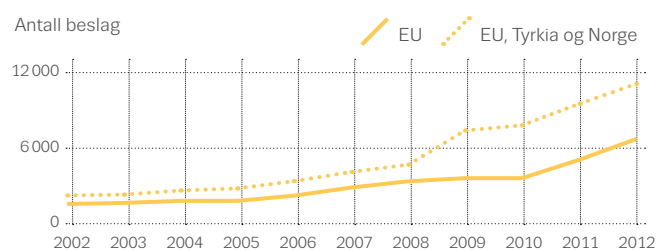
Tonn



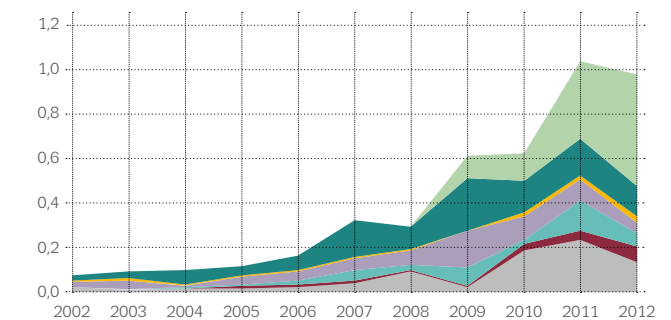
Andre land
 Storbritannia
 Tyskland
 Nederland
 Polen
 Belgia
 Tyrkia

FIGUR 1.10

Antall metamfetaminbeslag og beslaglagte kvanta, 2002–2012



Tonn



Andre land Tyskland Litauen Sverige
Tsjekkia Norge Tyrkia

Ecstasy: pulver med høy renhet tilgjengelig

Ecstasy viser som regel til det syntetiske stoffet MDMA (3,4-metylendioksymetamfetamin), som er kjemisk beslektet med amfetamin, men med til dels andre virkninger. Imidlertid kan tabletter som selges som ecstasy, også inneholde forskjellige MDMA-lignende stoffer og urelaterte kjemikalier. MDMA i både pulver- og krystallisert form synes å ha blitt mer vanlig, og pulver med høy renhetsgrad er tilgjengelig i deler av Europa.

Produksjonen av ecstasy i Europa virker å være konsentrert i Belgia og Nederland, noe som gjenspeiles i antallet laboratorier som er blitt destruert i disse landene det siste tiåret. Antallet ecstasylaboratorier som ble destruert i Europa, falt fra 50 i 2002 til 3 i 2010, noe som tyder på en markert nedgang i produksjonen av stoffet. I den senere tid har det kommet tegn på at ecstasymarkedet er i ferd med å ta seg opp, og flere store produksjonsanlegg for MDMA ble destruert i Belgia og Nederland i 2013.

Fire millioner ecstasytabletter ble beslaglagt i EU i 2012, hovedsakelig i Nederland (2,4 millioner), etterfulgt av Storbritannia (0,5 millioner) og Tyskland (0,3 millioner). I tillegg beslagla Tyrkia 3,0 millioner ecstasytabletter samme år (figur 1.11 og 1.12). Mengden ecstasytabletter som ble beslaglagt i EU i 2012, utgjør mindre enn en femdel av mengden som ble beslaglagt i 2002 (23 millioner). Samlet sett gikk ecstasybeslagene ned mellom 2002 og 2009, før de tok seg sakte opp igjen de påfølgende årene (figur 1.11). Trenden gjenspeiles også i de tilgjengelige dataene for MDMA-innhold i analyserte ecstasytabletter, som sank frem til 2009 og deretter økte de tre siste rapporteringsårene.

De nedadgående trendene i forsyningen av ecstasy kan delvis tilskrives styrket kontroll og målrettede beslag av

MDMA i både pulver- og krystallisert form synes å ha blitt mer vanlig, og pulver med høy renhet er tilgjengelig i deler av Europa

ECSTASY

4 millioner tabletter
beslaglagt

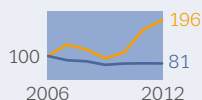
7 millioner tabletter
beslaglagt (EU + 2)

11 200 beslag

16 000 beslag (EU + 2)



Renhet (mg MDMA/tablett)



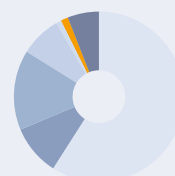
Renhets- og prisindekser



Pris (EUR/tablett)

3 000 rapporterte lovbrudd relatert til forsyning av ecstasy

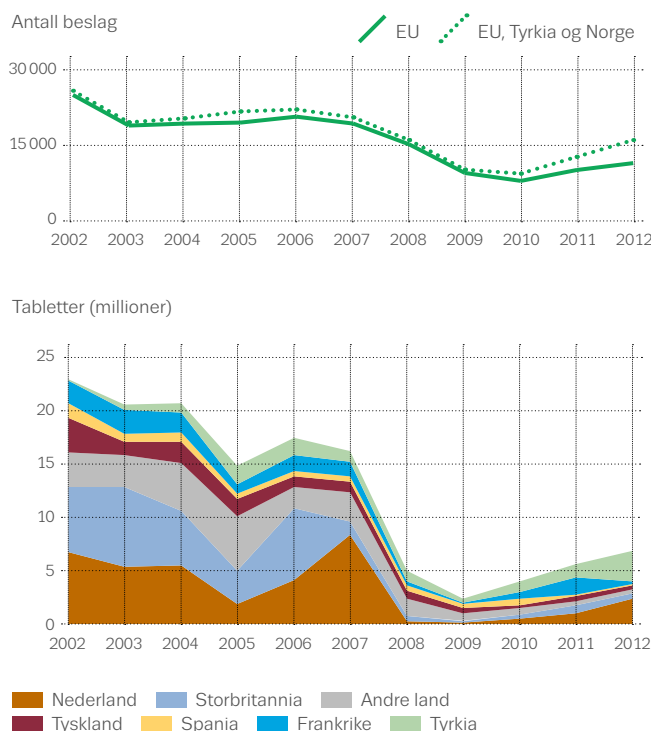
1% av rapporterte forsyningslovbrudd



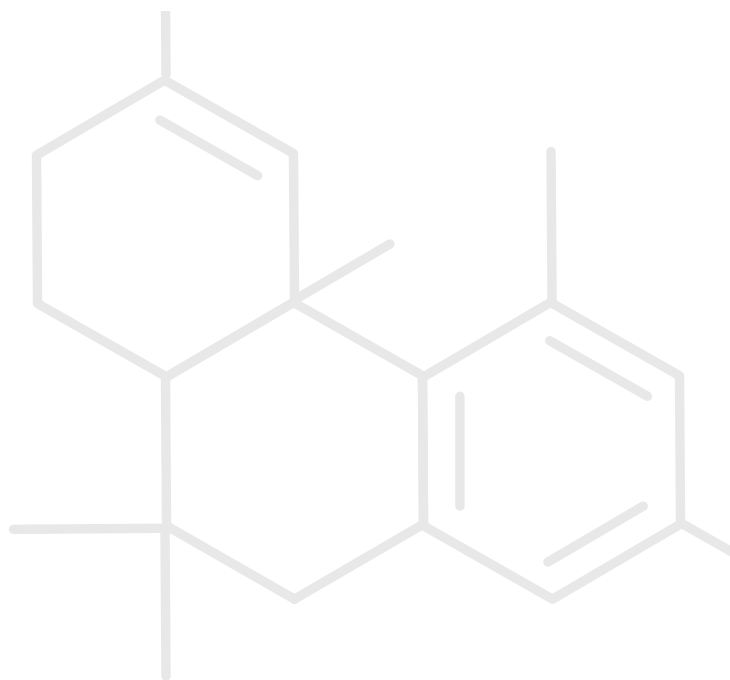
EU + 2 viser til EU-medlemsstatene pluss Tyrkia og Norge. Pris og renhet på ecstasy: nasjonale middelerverdier – minimum, maksimum og interkvartil avstand (IQR). De ulike indikatorene dekker ulike land.

FIGUR 1.11

Antall ecstasybeslag og beslaglagte tabletter, 2002–2012

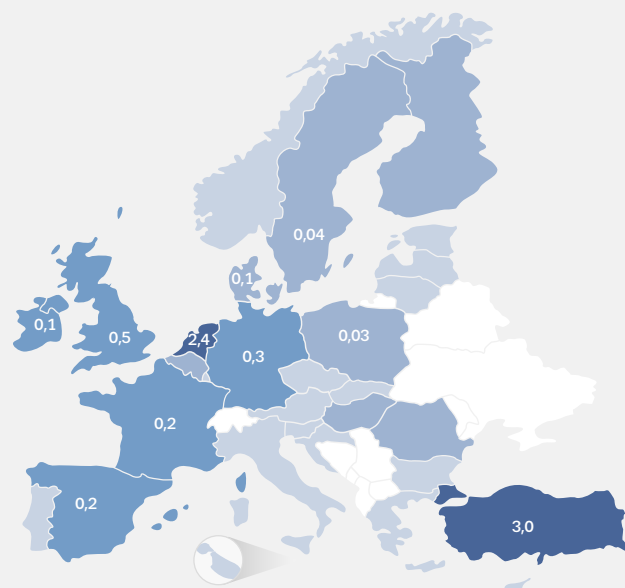


PMK (piperonylmetylketon), det viktigste utgangsstoffet i produksjonen av MDMA. Ecstasy-produsenter sies å ha respondert på kontrolltiltak rettet mot utgangsstoffer ved å bruke såkalte "pre-prekursorer" eller "maskerte utgangsstoffer" – dvs. kjemikalier som kan importeres lovlig som ikke-kontrollerte stoffer, og deretter omdannes til utgangsstoffene som inngår i produksjonen av MDMA.



FIGUR 1.12

Beslaglagte kvanta av ecstasy, 2012



Tabletter (millioner) <0,010 0,011–0,10 0,11–1,0 >1,0
NB: Beslaglagte kvanta (i millioner tabletter) for de ti landene med de høyeste verdiene.

Katinoner: en ny klasse sentralstimulerende midler i Europa

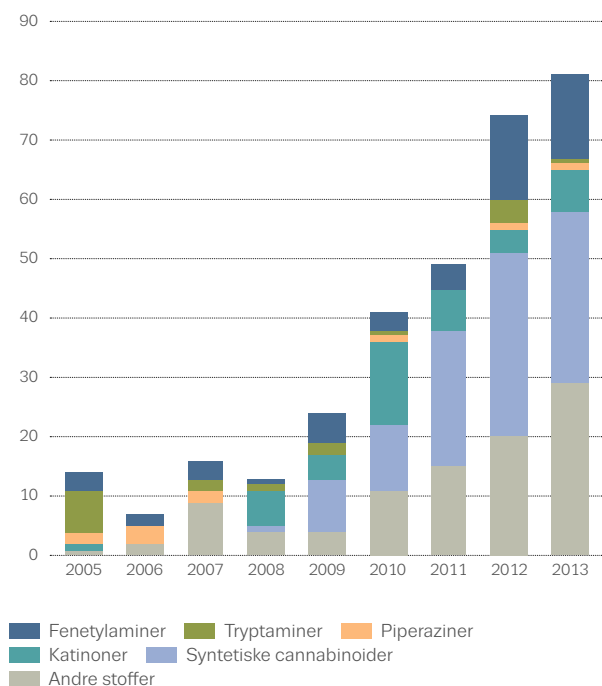
Mer enn 50 substituerte derivater av katinon er identifisert i Europa de senere år. Det mest kjente eksempelet, mefedron, har etablert seg på markedet for sentralstimulerende midler i enkelte land. Et annet katinon, MDPV (3,4-metylendioksypropylovaleron), selges på det europeiske markedet hovedsakelig i pulver- og tablettform som en "legal high", men også direkte på det illegale markedet. Det ble rapportert om mer enn 5 500 beslag av MDPV-pulver fra 29 land mellom 2008 og 2013, i mengde til sammen mer enn 200 kg.

Større mangfold av nye stoffer identifisert

Analyser av narkotikamarkedet kompliseres av at det dukker opp nye stoffer (nye psykoaktive substanser) – syntetiske eller naturlig forekommende stoffer som ikke er kontrollert i henhold til internasjonalt regelverk, og som er produsert med det formål å imitere effektene av kontrollerte narkotiske stoffer. I noen tilfeller blir de nye stoffene produsert i hemmelige laboratorier i Europa og deretter solgt direkte på markedet. Andre kjemikalier blir importert fra leverandører, ofte i Kina eller India, og deretter pakket i attraktiv emballasje og solgt som "legal highs" i Europa. Betegnelsen "legal highs" er misvisende ettersom stoffene kan være kontrollert i enkelte medlemsstater eller

FIGUR 1.13

Antall nye psykoaktive stoffer meldt til EUs system for tidlig varslings, etter hovedgruppe, 2005–13



være i strid med forbrukervern- eller markedsføringsregelverket dersom de blir solgt for menneskelig konsum. For å omgå kontroll blir produktene ofte merket på en villedende måte, for eksempel som "forskningskjemikalier" eller "plantenæring", med erklæringer om at produktet ikke er ment for menneskelig konsum.

I 2013 ble 81 nye psykoaktive stoffer innrapportert for første gang av medlemsstatene gjennom EUs system for tidlig varslings (figur 1.13). 29 av disse stoffene var syntetiske cannabinoider. I tillegg samsvarte 30 forbindelser ikke med noen av de kjente kjemiske hovedgruppene (herunder planter og legemidler). Det ble også rapportert om funn av 13 nye substituerte fenetylaminer, syv syntetiske katinoner, et tryptamin og et piperazin.

I 2013 ble 81 nye psykoaktive stoffer innrapportert for første gang av medlemsstatene gjennom EUs system for tidlig varslings

Risikovurdering av nye stoffer

Risikovurderinger på europeisk plan ble gjennomført for 4-metylamfetamin (i 2012) og 5-(2-aminopropyl)indol (i 2013), som respons på fremkomne bevis for skadevirkninger (inkludert over 20 dødsfall som var blitt knyttet til hvert av stoffene i løpet av en kort tidsperiode). Begge stoffene ble underlagt kontrolltiltak i hele Europa. Fire nye psykoaktive stoffer (25I-NBOMe, AH-7921, MDPV, metoxetamin) ble risikovurdert i april 2014.

25I-NBOMe er et substituert fenetylamin og en kraftig full agonist på serotoninreseptoren 5-HT_{2A}, som synes å ha en hallusinogen virkning. Det har vært tilgjengelig på narkotikamarkedet i EU minst siden mai 2012. Fire medlemsstater har rapportert om alvorlige giftvirkninger forbundet med bruken av dette stoffet, herunder ett dødsfall der stoffet ble påvist.

AH-7921 er et syntetisk opioid som har vært tilgjengelig i EU minst siden juli 2012. I de fleste tilfeller er det beslaglagt i små mengder i pulverform. Dette opioidet er påvist i seks ikke-dødelige forgiftninger og femten dødsfall i Sverige, Storbritannia og Norge.

MDPV er et syntetisk derivat av katinon nært beslektet med pyrovaleron. MDPV har vært til stede på narkotikamarkedet i EU minst siden november 2008, og det er påvist i inntil 107 ikke-dødelige forgiftninger og 99 dødsfall, særlig i Finland og Storbritannia. Det er ting som tyder på at det er blitt solgt som en "lovlig" eller syntetisk versjon av kokain, og det er også funnet i tabletter som ligner på ecstasy.

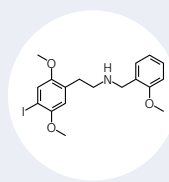
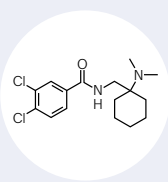
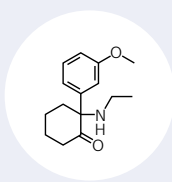
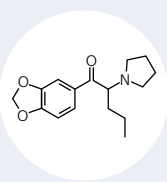
Metoxetamin er et arylsykloheksylamin som er nært beslektet med ketamin, og som har vært tilgjengelig på narkotikamarkedet i EU minst siden september 2010. Det er gjort beslag av stoffet i pulverform på flere kilo. Det er rapportert om 20 dødsfall og 110 ikke-dødelige forgiftninger forbundet med stoffet.

Nye psykoaktive stoffer kan dukke opp på markedet enten under dekke av et kontrollert stoff eller presentert som et alternativ til et kontrollert stoff. For eksempel ble 4-metylamfetamin solgt direkte på det illegale narkotikamarkedet som amfetamin, mens metoxetamin er blitt markedsført som et lovlig alternativ til ketamin og 25I-NBOMe som et "lovlig" alternativ til LSD.

Internett en stadig viktigere markeds plass

Internett spiller en stadig viktigere rolle i hvordan narkotika selges og gir betydelige utfordringer i forhold til å stanse forsyningen av både "nye" og "gamle" stoffer. Det at

FIRE STOFFER RISIKOVURDERT I 2014



MDPV	Metoxetamin	AH-7921	25I-NBOMe	Stoff
Katinoner	Arylsykloheksylaminer	Opioider	Fenetylaminer	Stoffgruppe
2008	2010	2012	2012	År for første melding til EUs system for tidlig varsling
99	20	15	1	Antall dødsfall forbundet med stoffet
107	110	6	15	Antall ikke-dødelige forgiftninger
29	24	8	24	Antall land der det er påvist (EU, Tyrkia og Norge)
22	9	1	6	Antall land der det er underlagt kontrolltiltak i henhold til narkotikalongivning (EU, Tyrkia og Norge)

produsenter, leverandører, selgere, nettverter og betalingstjenester kan befinne seg i hvert sitt land, gjør kontrollen særlig vanskelig. Utfordringene øker ved at anonyme nettverk — såkalte “darknets” — i stadig større grad brukes til salg av narkotika til langere og brukere. Teknologien for å få tilgang til disse nettverkene blir stadig oftere inkorporert i forbrukerprogramvare, noe som åpner opp markedsplassene for flere. I tillegg virker det som om det åpne salget av “legal highs” på internett har gjort disse stoffene mer tilgjengelige for distributører og forbrukere. EMCDDAs overvåking identifiserte i 2013 651 nettsteder som solgte “legal highs” til europeere.

diazepam, og fenibut, et legemiddel mot angst som brukes til å behandle alkoholavhengighet i Russland, og som selges på nett som et “kosttilskudd”. Disse legemidlene kan stamme fra ulike kilder: Godkjente legemidler kan avledes fra det regulerte markedet, og ikke-godkjente legemidler kan importeres fra land utenfor EU. I tillegg kan stoffets bestanddeler importeres i store mengder fra land som Kina, for så å bearbeides og pakkes i europeiske land og selges direkte på det illegale narkotikamarkedet, på markedet for “legal highs” eller på e-handelsnettsteder.

Flere legemidler påvises

Flere og flere nye stoffer som oppdages på narkotikamarkedet, har legitimert bruk som legemidler. De markedsføres noen ganger som legemidler, mens de i andre tilfeller selges fordekt som illegale stoffer som heroin, eller som “legal highs”, “forskningskjemikalier” eller til og med som “kosttilskudd”. Nyere eksempler, hvor alle rapporteres å bli injisert av opioidbrukere, inkluderer: pregabalin, som brukes til å behandle nevropatisk smerte, epilepsi og generell angst, tropikamid, som brukes i forbindelse med øyeundersøkelser for å utvide pupillene, og karfentanyl, et opioid som brukes til å bedøve store dyr.

Andre legemidler som nylig er rapportert til Systemet for tidlig varsling, inkluderer: fenazepam, et benzodiazepin som er blitt solgt som et “lovlig” benzodiazepin, som et “forskningskjemikalium” og som det kontrollerte stoffet

**Flere og flere nye stoffer
som oppdages på
narkotikamarkedet,
kan brukes legitimt
som legemidler**

FINN UT MER

Publikasjoner fra EMCDDA

2014

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

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

2013

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on drugs.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications, rapport fra "trendspottermøte".

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

Tiltak mot nye psykoaktive stoffer, Fokus på narkotika.

2010

Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines.

2007

Early-warning system on new psychoactive substances — operating guidelines.

Felles publikasjoner fra EMCDDA og Europol

2014

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

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: AH-7921 (3,4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: methoxetamine (2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 25I-NBOMe (4-iodo-2,5-dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl)phenethylamine).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: MDPV (3,4-methylenedioxypyrovalerone).

2013

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

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

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

2

**Mer enn 80 millioner
voksne europeere,
dvs. rundt en firedel av Europas
voksne befolkning, har på et eller
annet tidspunkt brukt
et illegalt rusmiddel**

Narkotikabruk og narkotikarelaterte problemer

Begrepet “narkotikabruk” dekker mange ulike bruksmønstre som spanner over hele spekteret fra engangstilfeller av eksperimentell bruk til regelmessig bruk og avhengighet. Ulike bruksmønstre forbindes med ulike risikonivåer og skadepotensial. Generelt vil risikoene den enkelte bruker utsettes for gjennom sin bruk av narkotika, avhenge av en rekke ulike faktorer, som hvilken kontekst stoffet inntas i, hvilken dose som er inntatt, måten stoffet tas på, samtidig bruk av andre rusmidler, antall og varighet av bruksepisodene og den enkeltes sårbarhet.

Overvåking av narkotikabruk og narkotikarelaterte problemer

En felles tilnærming til overvåking av narkotikabruk i Europa er basert på EMCDDAs fem epidemiologiske nøkkelindikatorer. Disse datasettene dekker brukerundersøkelser, anslag over problematisk bruk, narkotikarelaterte dødsfall, smittsomme sykdommer og inntak til behandling for narkotikabruk. Sammen utgjør de en viktig ressurs for EMCDDAs analyse av trender og utviklinger. Teknisk informasjon om indikatorene finnes på EMCDDAs nettsted under *Key indicators gateway* (Nøkkelindikatorer) og på nettområdet *Europeisk narkotikarapport: Data og statistikk*.

Mer enn 80 millioner europeere har brukt et illegalt rusmiddel

Mer enn 80 millioner voksne europeere, dvs. rundt en firedel av Europas voksne befolkning, har på et eller annet tidspunkt brukt et illegalt rusmiddel. De fleste har brukt cannabis (73,6 millioner), mens anslagene er lavere for livstidsbruk av kokain (14,1 millioner), amfetaminer (11,4 millioner) og ecstasy (10,6 millioner). Tallene for livstidsbruk varierer betraktelig fra land til land, fra rundt en tredel av voksne i Danmark, Frankrike og Storbritannia, til færre enn én av ti i Bulgaria, Hellas, Kypros, Ungarn, Portugal, Romania og Tyrkia.

Narkotikabruk blant skoleelever

Kartlegging av rusmiddelbruk blant elever gir viktig informasjon om risikoatferd blant dagens ungdom og en pekepinn på mulige fremtidige trender. I Europa er ESPAD-undersøkelsen en viktig ressurs for å spore langtidstrender for rusmiddelbruk blant 15–16-årige skoleelever. De nyeste dataene (fra 2011) anslår at én av fire 15–16-åringer har brukt et illegalt rusmiddel noen gang i livet, selv om prevalensnivåene varierer betydelig fra land til land. Cannabis står for mesteparten av den illegale rusmiddelbruken i denne gruppen, der rundt 24 % rapporterer om bruk minst én gang, 20 % om bruk det siste året og 12 % om bruk siste måned før undersøkelsen fant sted. Sammenlignet med jenter har gutter 1,5 ganger større sannsynlighet for å rapportere om bruk av cannabis siste måned.

De fleste som rapporterer å ha brukt cannabis noen gang, har bare brukt stoffet en eller to ganger. En liten gruppe elever rapporterer imidlertid om mer intensive bruksmønstre: Rundt 2 % av elevene rapporterer å ha brukt stoffet mer enn ti ganger i måneden før undersøkelsen fant sted.

Bruk av andre illegale rusmidler enn cannabis er mye mindre utbredt, selv om bruk av ecstasy og amfetaminer er mer fremtredende i enkelte land. Totalt rapporterer rundt 7 % av elevene å ha brukt flere enn ett illegalt rusmiddel noen gang. ESPAD-undersøkelsen tar også for seg bruk av alkohol og tobakk. Begge disse rusmidlene er mer vanlige

**Det anslås at én av fire
15–16-åringer har brukt
et illegalt rusmiddel noen
gang i livet**

enn cannabis blant elever, og de som hadde brukt cannabis, hadde også større sannsynlighet for å bruke alkohol og tobakk regelmessig. Totalt 19 % av elevene rapporterte å ha røykt en eller to sigaretter pr. dag i måneden før undersøkelsen fant sted, og 4 % hadde røykt mer enn 10 pr. dag. Nesten to tredeler av elevene rapporterte å ha drukket alkohol minst én gang siste måned, og 20 % hadde vært beruset minst én gang i løpet av denne perioden.

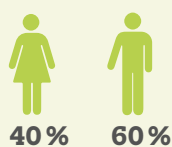
Cannabis: divergerende nasjonale trender

Cannabis blir for det meste røykt og i Europa ofte blandet med tobakk. Bruksmønstrene for cannabis varierer fra det sporadiske eller eksperimentelle til det regelmessige og avhengighetspregede, og problemer er sterkt forbundet med mer hyppig bruk og større doser.

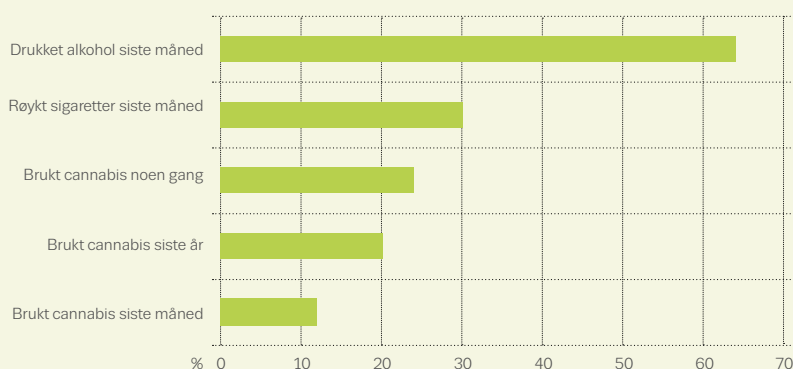
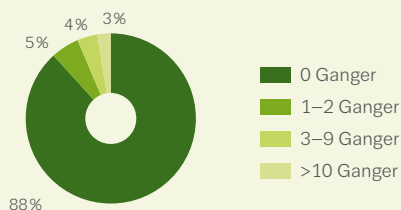
Cannabis er det illegale rusmiddelet som har høyest sannsynlighet for å bli prøvd av alle aldersgrupper. Anslagsvis 14,6 millioner unge europeere (15–34) eller

RUSMIDDELBRUK BLANT EUROPEISKE SKOLEELEVER I ALDEREN 15–16 (ESPAD, 2011)

Cannabisbruk siste måned etter kjønn

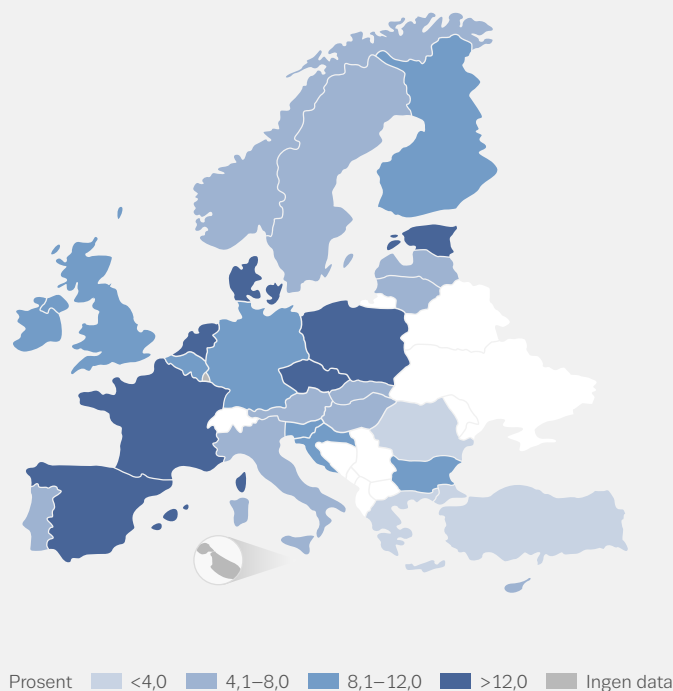
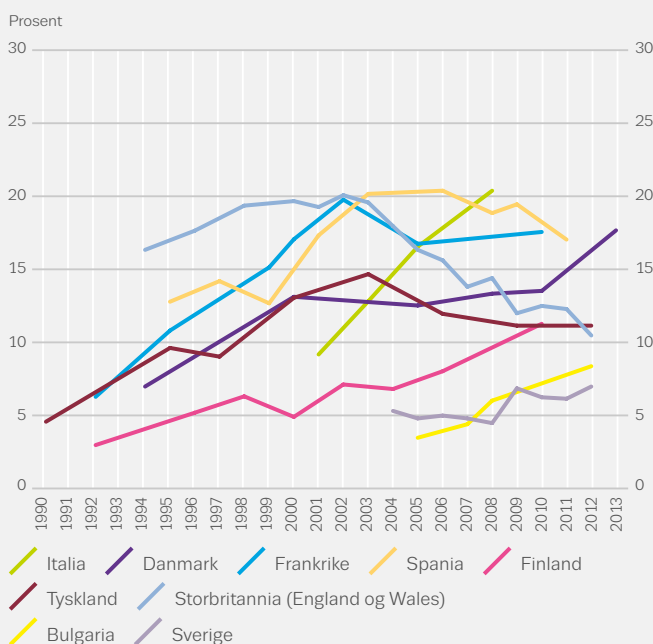


Cannabisbruk siste måned



FIGUR 2.1

Prevalens av cannabisbruk siste år blant unge voksne (15–34): land med statistisk signifikante trender (venstre) og nyeste data (høyre)



11,2 % av denne aldersgruppen brukte cannabis det siste året. Av disse var 8,5 millioner i aldersgruppen 15–24 år (13,9 %). Cannabisbruk er generelt mer vanlig blant gutter, og denne forskjellen er ofte særlig fremtredende når det gjelder mer intensive eller regelmessige bruksmønstre. Aktuelle brukstrender synes å være sprikende. Dette illustreres av at åtte av landene som rapporterte nye undersøkelser siden 2011, rapporterte om en nedgang, mens fem rapporterte om en økning i siste års prevalens. Få av de nasjonale undersøkelsene rapporterer om bruk av syntetiske cannabinoidreseptor-agonister, og i de som gjør det, er prevalensnivåene generelt lave.

Flere og flere land har nå tilstrekkelige data til å foreta en statistisk analyse av langtidstrender for cannabisbruk blant unge voksne (15–34). Danmark, Finland og Sverige rapporterer om en oppadgående trend i siste års bruk av cannabis blant unge voksne, med ulike prevalensnivåer (figur 2.1), mens prevalenstillene i Norge har holdt seg relativt stabile. Det er interessant å merke seg at Tyskland, Frankrike og Storbritannia har opplevd enten en stabil eller fallende trend for bruk det siste tiåret, etter en forutgående periode med økninger. Spania har også rapportert om lavere prevalens det siste tiåret. Til sammen utgjør disse fire landene nesten halvparten av befolkningen i EU. Både Bulgaria og Italia har oppadgående trender for kortere tidsserier. Italia har i den senere tid rapportert om lavere prevalensnivåer, selv om metodologiske faktorer gjør at undersøkelsene ikke er direkte sammenlignbare.

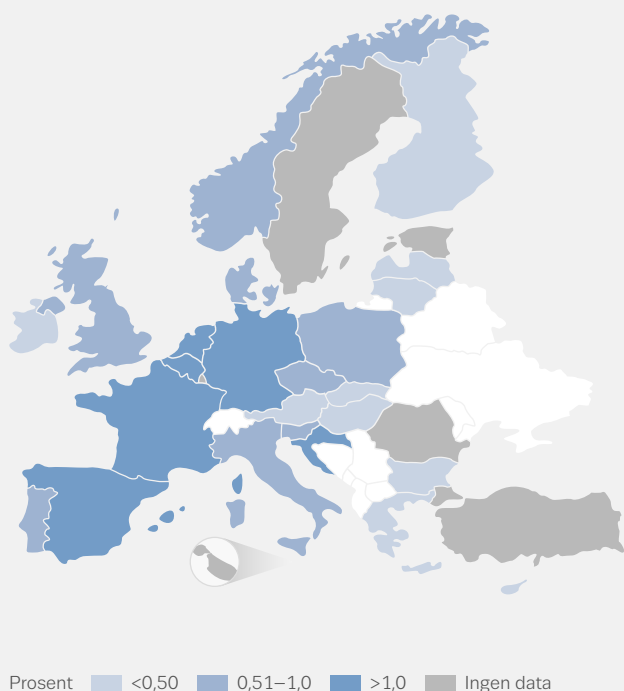
Bekymring for cannabisbrukere

Et mindretall av cannabisbrukerne bruker stoffet intensivt. Daglig eller nesten daglig bruk defineres som bruk 20 eller flere dager den siste måneden. I henhold til disse kriteriene kan vi anslå at i underkant av 1 % av Europas voksne befolkning er daglige eller nesten daglige cannabisbrukere. Mer enn to tredeler av daglige eller nesten daglige cannabisbrukere er i aldersgruppen 15–34 år, og blant disse igjen er mer enn tre firedeler menn. Blant landene som har lagt frem data, varierer anslagene over daglig eller nesten daglig bruk blant unge voksne (15–34) fra 0,1 % i Slovakia til 4,4 % i Spania (figur 2.2).

I 2012 var cannabis det stoffet som oftest ble rapportert som hovedårsaken til å påbegynne behandling for narkotikabruk blant førstegangsklienter. Etter å ha økt fra 45 000 til 61 000 mellom 2006 og 2011, stabiliserte det totale antallet rapporterte nye klienter seg i 2012 (59 000). Cannabis var det nest hyppigst rapporterte stoffet blant alle som påbegynte behandling i 2012 (110 000). Det er imidlertid store variasjoner landene imellom: 2 % av alle som påbegynner behandling i Bulgaria, oppgir cannabis som primærusmiddel, mot 66 % i Ungarn. Forskjellen kan forklares med nasjonale forskjeller i henvisningspraksis, lovgivning, typen behandlingstilbud som finnes, og prevalensnivåer for cannabis.

FIGUR 2.2

Prevalens av daglig og tilnærmet daglig bruk av cannabis blant unge voksne (15–34 år)

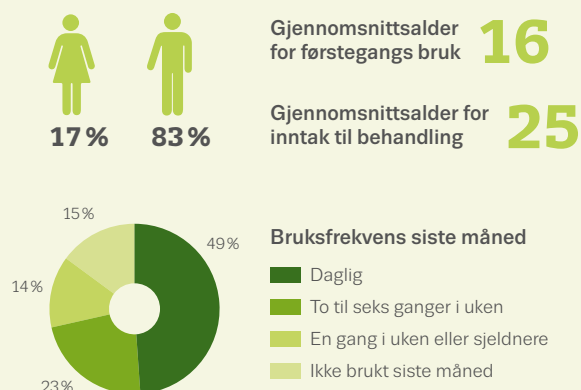


Akuttsituasjoner forbundet med cannabis og syntetiske cannabinoidprodukter

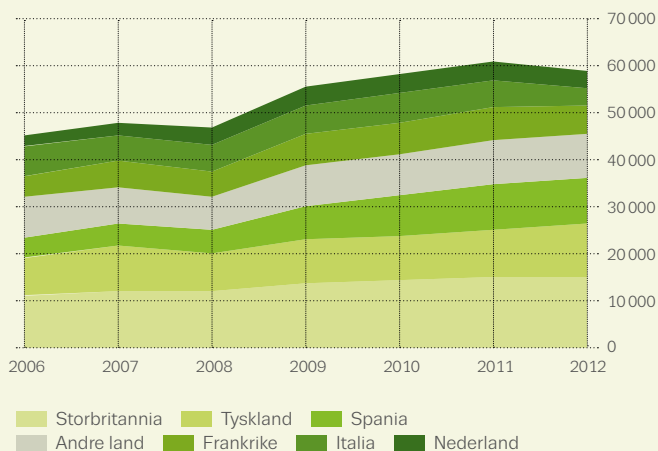
Selv om det riktignok forekommer sjelden, kan bruk av cannabis føre til medisinske akuttsituasjoner, særlig ved høye doser. Cannabisrelaterte akuttsituasjoner synes å være et økende problem i land med høyere prevalensnivåer. Tsjekkia, Danmark og Spania rapporterer om en økning i akuttsituasjoner knyttet til cannabisbruk. De fleste cannabisrelaterte akuttsituasjoner oppstår hos unge menn og er ofte forbundet med alkoholrus. Symptomene kan være angst, psykose eller andre psykiatriske symptomer, og i de fleste tilfeller er sykehusinnleggelse ikke nødvendig. En annen bekymringsverdig utvikling er fremveksten av syntetiske cannabinoider. Disse stoffene kan vært svært sterke, men ligner ikke kjemisk på cannabis, og de kan derfor medføre andre og potensielt mer alvorlige helsekonsekvenser. Selv om det foreløpig er begrenset kunnskap om helsefarene ved å bruke disse stoffene, vekker rapporter om akutte alvorlige konsekvenser forbundet med bruk av slike stoffer stadig større bekymring.

CANNABISBRUKERE SOM PÅBEGYNNER BEHANDLING

Karakteristika



Trender for klienter som påbegynner behandling for første gang



NB: Karakteristikaene gjelder alle klienter som påbegynner behandling med cannabis som primærrusmiddel. Trendene gjelder førstegangsklienter med cannabis som primærrusmiddel. De ulike indikatorene dekker ulike land.

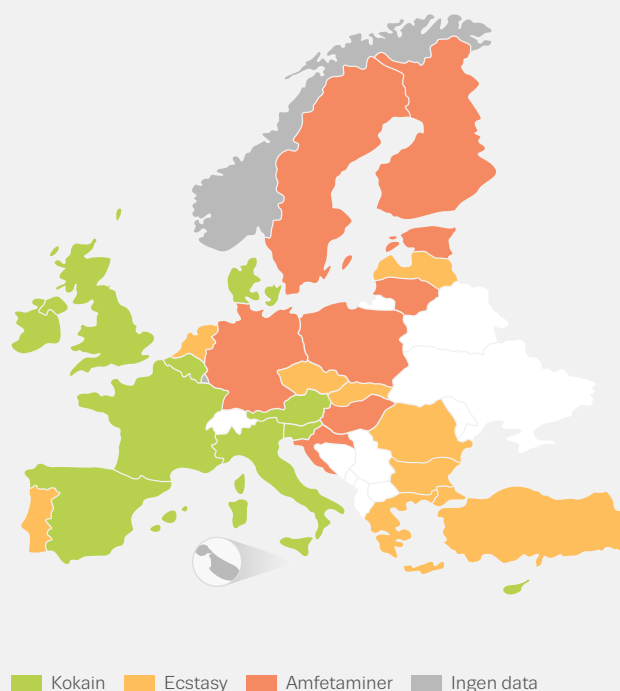
Geografisk variasjon i mønstre for bruk av sentralstimulerende midler

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

Undersøkellesdata viser geografiske forskjeller i bruksmønstre for sentralstimulerende midler i Europa. Kokain er mer utbredt i Sør- og Vest-Europa, amfetaminer i Sentral- og Nord-Europa, og ecstasy – selv om prevalensnivåene er lave – i land i Sør- og Vest-Europa (figur 2.3). Data fra analyser av avløpsvann utført i forbindelse med en europeisk studie gjennomført i flere byer, viser også forskjeller i regionale bruksmønstre. Det ble funnet relativt høye konsentrasjoner av amfetamin i prøver av avløpsvann fra en rekke byer i Nord- og Nordvest-

FIGUR 2.3

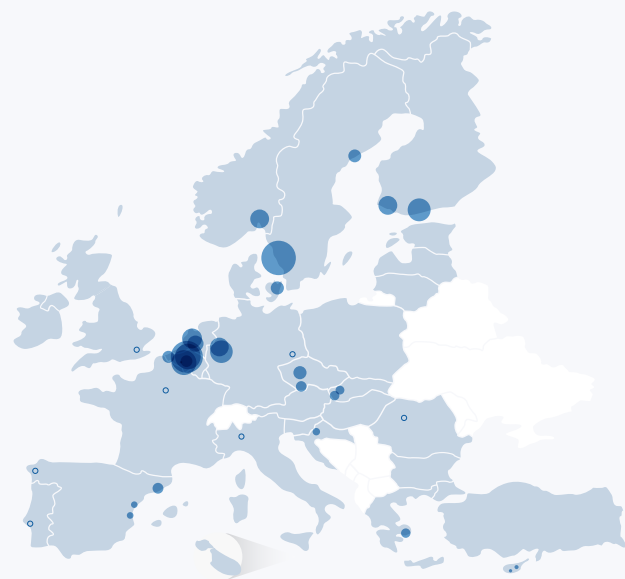
Dominerende sentralstimulerende middel etter siste års prevalens blant unge voksne (15–34)



FIGUR 2.4

Amfetaminer i avløpsvann i utvalgte europeiske byer

Amfetamin



Metamfetamin

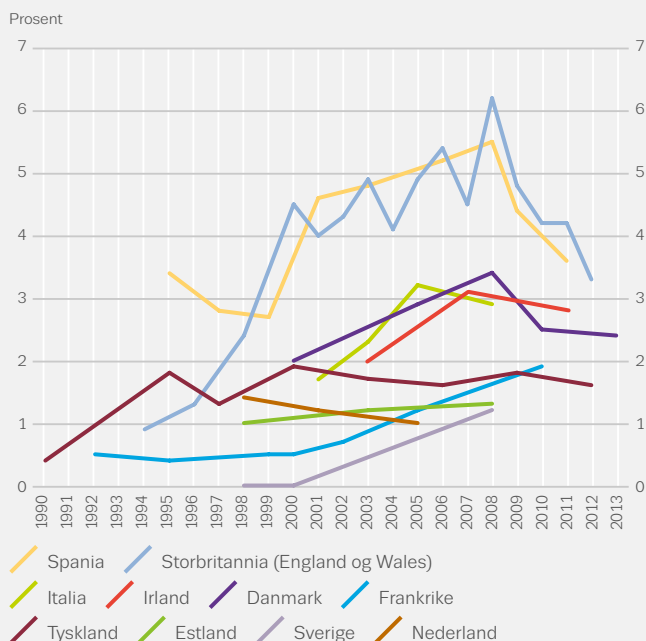


mg/1 000 innbyggere/dag 0 10 50 100 200 300

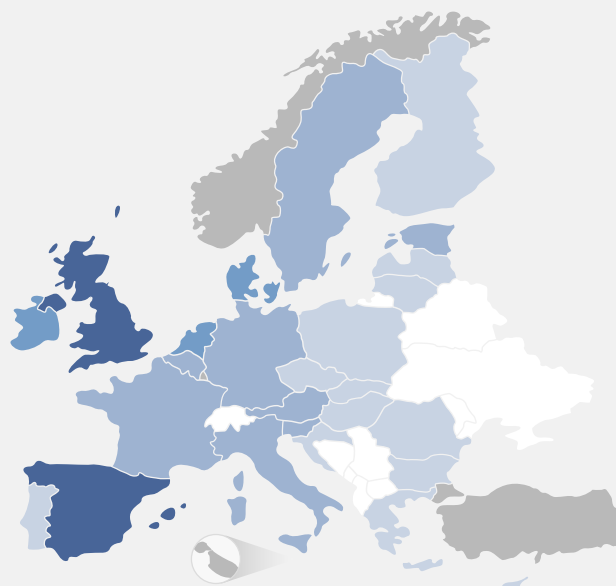
NB: Gjennomsnittlig daglig mengde amfetaminer i milligram pr. 1 000 innbyggere, fra prøvetaking over en én-ukers periode i 2013.
Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

FIGUR 2.5

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



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



Prosent 0,1–1,0 1,1–2,0 2,1–3,0 >3,0 Ingen data

Europa, mens de høyeste nivåene av metamfetamin ble funnet i byer i Tsjekkia og Slovakia (figur 2.4).

Kokain: stadig fallende prevalens

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

Kokain er det mest brukte illegale sentralstimulerende middelet i Europa, selv om flesteparten av brukerne befinner seg i et begrenset antall land. Det er anslått at rundt 2,2 millioner unge voksne i aldersgruppen 15–34 år (1,7 % av denne aldersgruppen) har brukt kokain det siste året.

Når det gjelder mer langsiktige trender for kokainbruk, har Danmark, Spania og Storbritannia, som alle rapporterer relativt høye prevalenstall, observert en nedgang etter et toppnivå i 2008 (figur 2.5). De fleste andre land viser en stabil eller nedadgående trend.

En nedgang i kokainbruk ble også observert i de nyeste dataene, der 11 av de 12 landene som gjennomførte undersøkelser mellom 2011 og 2013, rapporterte om en nedgang i prevalens.

**Kokain er det mest brukte
illegale sentralstimulerende
middelet i Europa**

Fortsatt synkende etterspørsel etter behandling for kokainbruk

Bare fire land har relativt ferske estimater over intensiv eller problematisk kokainbruk, og disse lar seg vanskelig sammenligne ettersom definisjonene som legges til grunn er forskjellige. I 2012, blant den voksne befolkningen, ble "kokainavhengighet" estimert til 0,20 % i Tyskland, "behov for behandling for kokainbruk" estimert til 0,26 % i Italia, mens "høyrisiko kokainbruk" ble anslått til 0,4 % i Spania i 2011. Storbritannia har for 2010/11 estimert crack-bruken blant den voksne befolkningen i England til 0,49 %, selv om de fleste av disse også var opioidbrukere.

Kokain ble oppgitt som primærrusmiddel av 14 % av alle klienter som påbegynte behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet i 2012 (55 000), og av 18 % av de som påbegynte behandling for første gang (26 000). Det er forskjeller landene imellom. Om lag 90 % av alle kokainklienter rapporteres av bare fem land (Tyskland, Spania, Italia, Nederland og Storbritannia). Til sammen utgjør disse fem landene litt over halvparten av befolkningen i EU. Antallet klienter med kokain som primærrusmiddel som påbegynte behandling for første gang, har sunket noe de senere år, fra en topp på 38 000 i 2008 til 26 000 i 2012. Mye av nedgangen kan forklares av

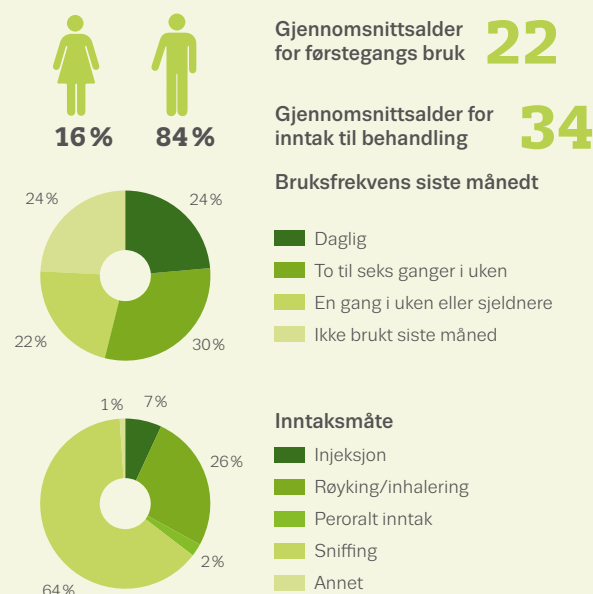
et fall i antallet rapportert fra Italia. Bare et fåtall (2 300) av klientene som påbegynte behandling for første gang i Europa i 2012, oppga crack som primærrusmiddel. Storbritannia stod for rundt to tredeler av disse og Spania og Nederland for det meste av den siste tredelen.

Kokain forårsaker også akutte sykehusinnleggelser og dødsfall. Stoffet kan også være medvirkende i en del dødsfall som tilskrives kardiovaskulære problemer. I 2012 rapporterte 19 land om kokainrelaterte dødsfall, til sammen mer enn 500 tilfeller, selv om dataene på dette området er begrenset.

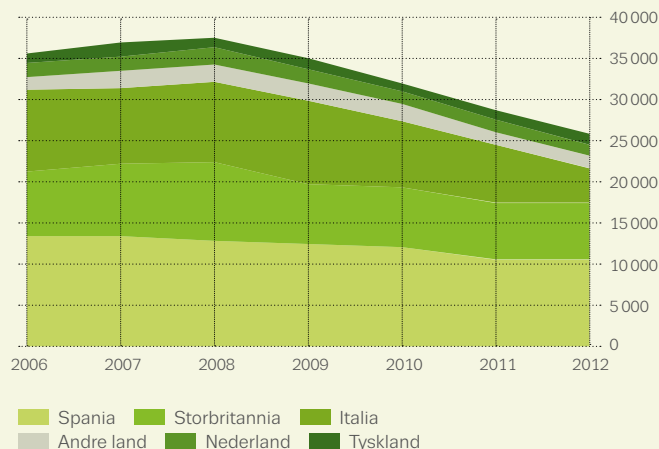
I 2012 rapporterte 19 land om kokainrelaterte dødsfall i 2012, til sammen mer enn 500 tilfeller

KOKAINBRUKERE SOM PÅBEGYNNER BEHANDLING

Karakteristika



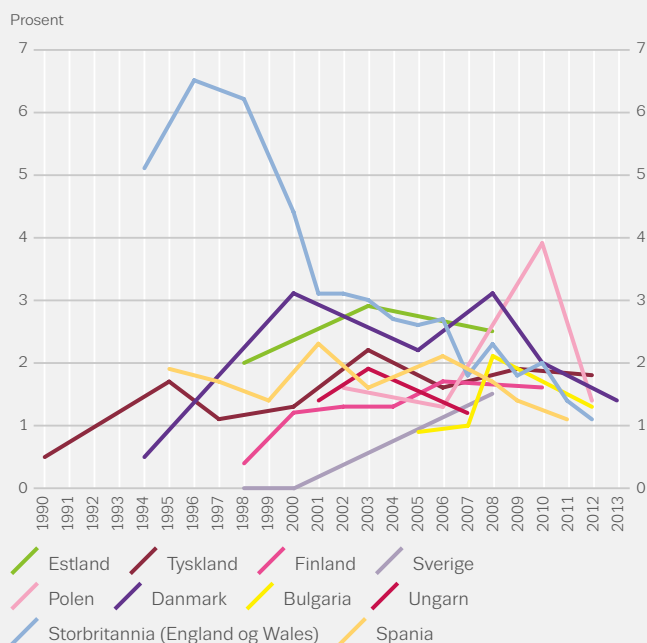
Trender blant klienter som påbegynder behandling for første gang



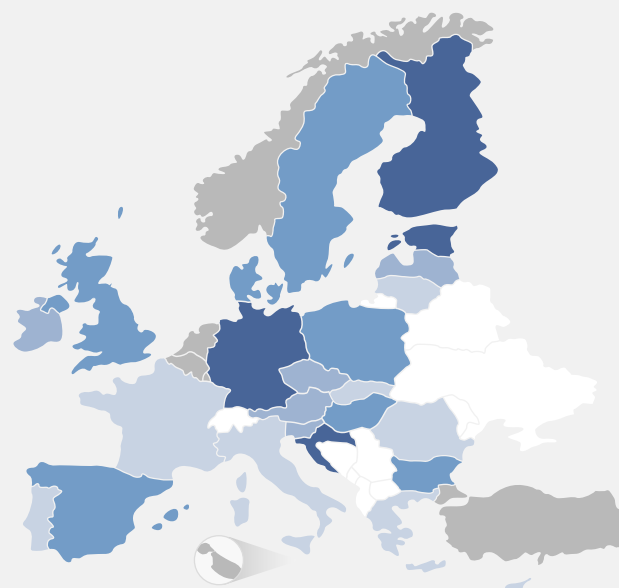
NB: Karakteristikaene gjelder alle klienter inntatt til behandling med kokain/crack som primærrusmiddel. Trendene gjelder klienter med kokain/crack som primærrusmiddel som påbegynte behandling for første gang. De ulike indikatorene dekker ulike land.

FIGUR 2.6

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



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



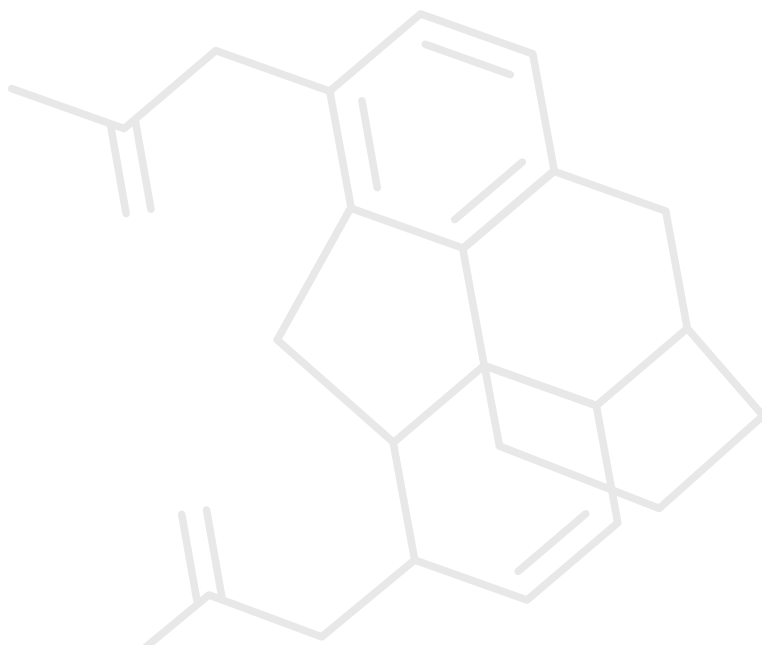
Amfetaminer: nedgang i bruk men vedvarende helserisiko

Både amfetamin og metamfetamin, to nært beslektede sentralstimulerende midler, brukes i Europa, selv om amfetamin er klart lettest tilgjengelig. Historisk har bruken av metamfetamin vært begrenset til Tsjekia, og mer nylig Slovakia, selv om dette nå er i ferd med å endre seg.

Begge stoffene kan inntas peroralt eller sniffes, i tillegg til at injeksjon er relativt vanlig blant problembrukere i enkelte land. Metamfetamin kan også røykes, men det er bare i den senere tid at denne inntaksmåten er blitt rapportert i Europa.

Amfetaminer kan gi alvorlige helseproblemer som lungeproblemer og kardiovaskulære, neurologiske og psykiske helseproblemer, samtidig som injeksjon (som ved andre stoffer) også er en risikofaktor for smittsomme sykdommer. I likhet med andre sentralstimulerende midler kan dødsfall knyttet til amfetaminer være vanskelig å identifisere. Det rapporteres imidlertid om et lite antall hvert år, vanligvis fra land med høye prevalensnivåer.

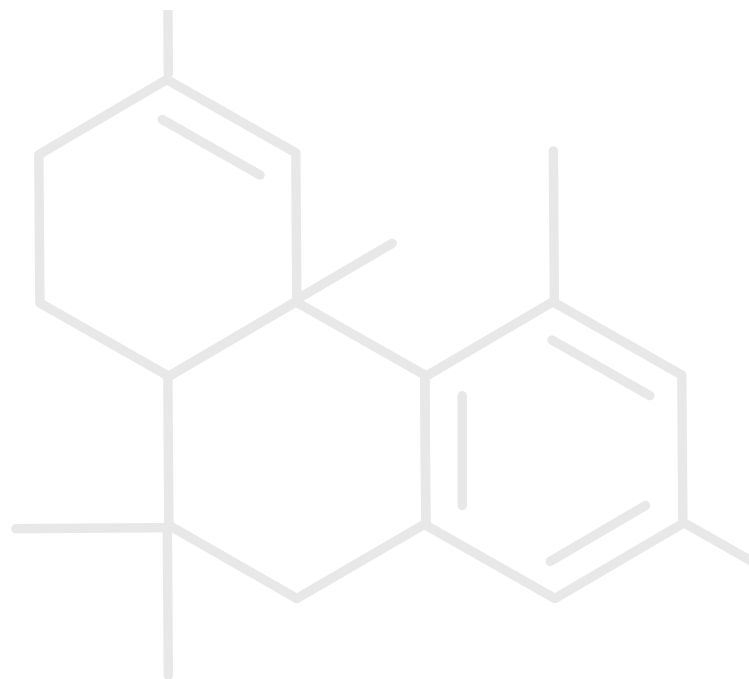
Anslagsvis 1,2 millioner (0,9 %) unge voksne (15–34) brukte amfetaminer i løpet av det siste året. Mellom 2007 og 2012 var anslagene over bruk siste år blant unge voksne relativt lave og stabile i de fleste landene i Europa, med prevalensnivåer på 2,5 % eller lavere i alle rapporterende land. Blant de 12 landene som har gjennomført undersøkelser siden 2011, rapporterte 11 om synkende prevalensnivåer for amfetamin (figur 2.6).



Bruk av amfetaminer: et sammensatt problem

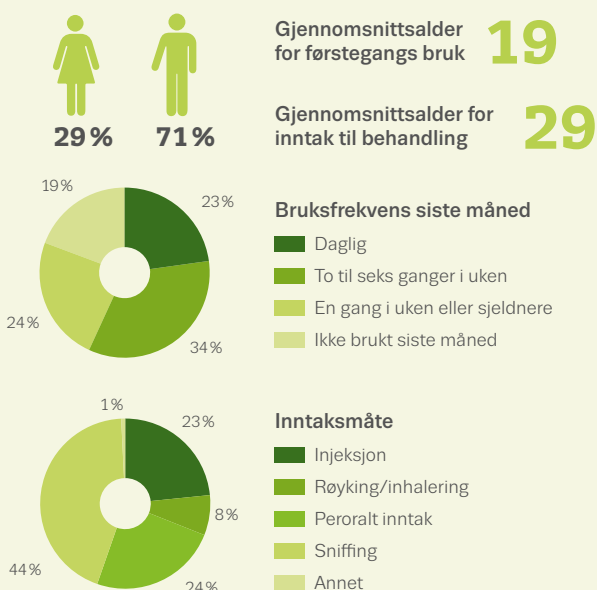
Både Tsjekkia og Slovakia rapporterer om langvarige, fast forankrede mønstre for metamfetaminbruk. De nyeste anslagene for bruk blant voksne (15–64) ligger på rundt 0,42 % for Tsjekkia (2012) og 0,21 % i Slovakia (2007). Den senere tiden har det også blitt rapportert om tegn på problembruk av metamfetamin blant høyrisikobrukere i enkelte deler av Tyskland og i Hellas, Kypros, Latvia og Tyrkia. Dette omfatter bekymringsfulle indikasjoner på røyking av krystallisert metamfetamin blant undergrupper av injeksjonsbrukere av opioider i land i Sør-Europa. I tillegg er nye injeksjonstrender påvist blant en liten gruppe menn som har sex med menn, i enkelte store europeiske byer.

Om lag 6 % av klientene som påbegynte behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet i Europa i 2012, oppga amfetaminer som primærrusmiddel (ca. 25 000 klienter, hvorav 10 000 påbegynte behandling for første gang). Bare i Tyskland, Latvia og Polen utgjør brukere med amfetamin som primærrusmiddel en betydelig andel av dem som påbegynner behandling for første gang, mens metamfetamin oppgis som primærrusmiddel av en stor andel av klientene som påbegynner behandling for første gang i Tsjekkia og Slovakia. En økning den senere tid i antallet klienter som påbegynner behandling for amfetaminer, kan hovedsakelig tilskrives Tyskland samt en økning i inntaket til førstegangsbehandling for metamfetaminbruk i Tsjekkia og Slovakia.

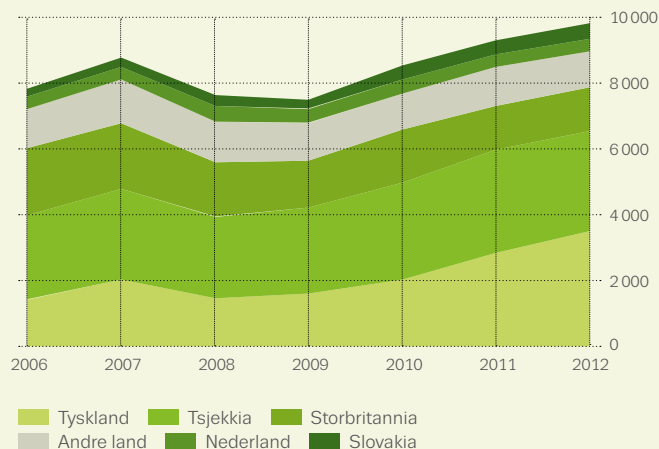


AMFETAMINBRUKERE SOM PÅBEGYNNER BEHANDLING

Karakteristika



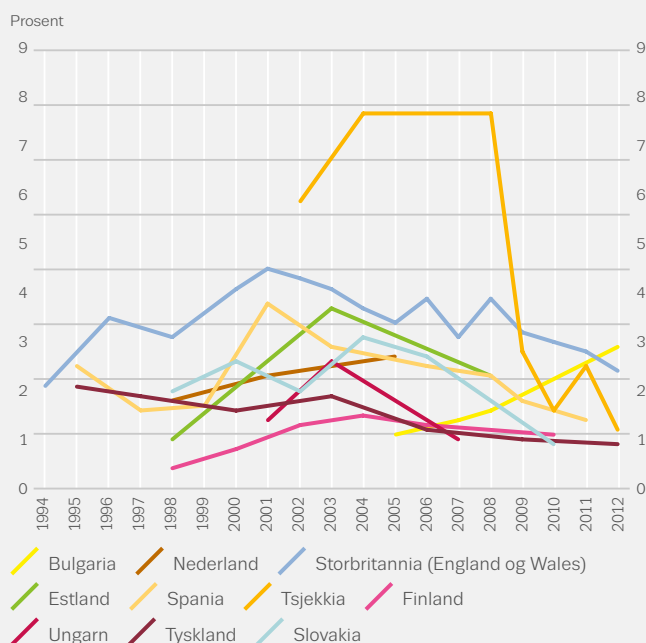
Trender blant klienter som påbegynner behandling for første gang



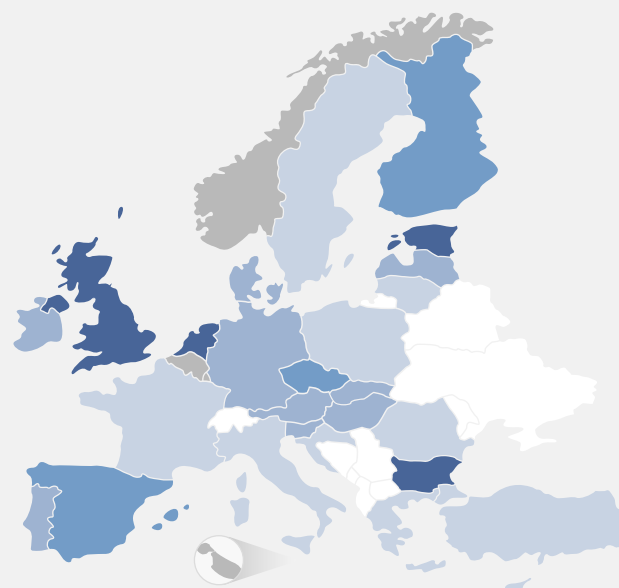
NB: Karakteristikaene gjelder alle klienter inntatt til behandling med amfetaminer som primærrusmiddel. Trendene gjelder klienter med amfetaminer som primærrusmiddel som påbegynte behandling for første gang. De ulike indikatorene dekker ulike land.

FIGUR 2.7

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



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



Ecstasybruk: lave og stabile trender i befolkningen generelt

Med ecstasy menes vanligvis det syntetiske stoffet MDMA. Stoffet inntas vanligvis i tablettform, men kan også fås i krystallisert form eller pulverform. Det inntas vanligvis ved svelging eller sniffing. Ecstasybruk er tradisjonelt knyttet til klubbkulturen og forekommer helst blant unge voksne, særlig unge menn. Problemene som knytter seg til bruken av dette stoffet, omfatter akutt hypertermi (overoppheting) og psykiske problemer. Ecstasyrelaterte dødsfall rapporteres, men er sjeldne.

Man anslår at 1,3 millioner unge voksne (15–34) brukte ecstasy i løpet av det siste året (1,0 % av denne aldersgruppen), mens nasjonale estimater varierer fra under 0,1 % til 3,1 %. I Europa var bruken av stoffet mest utbredt fra begynnelsen til midten av 2000-tallet, men har siden gått ned (figur 2.7). De fleste land rapporterte om stabile eller nedadgående trender for ecstasybruk mellom 2007 og 2012. Med unntak av Bulgaria, som har hatt en

stigende trend i prevalens siden 2005, fortsetter denne nedgangen å gjøre seg gjeldene i de 12 landene som har rapportert om undersøkelser siden 2011. Få brukere påbegynte behandling for problemer knyttet til ecstasy i 2012. Ecstasy ble oppgitt som primærrusmiddel av under 1 % (ca. 550 klienter) av dem som påbegynte behandling for første gang i Europa.

De fleste land rapporterte om stabile eller nedadgående trender for ecstasybruk mellom 2007 og 2012

Syntetiske katinoner: injeksjon et problem

Syntetiske katinoner, som mefedron og MPDV, har i noen land nå vunnet innpass på markedet for sentralstimulerende midler. Den begrensede informasjonen som er tilgjengelig, tilsier at prevalensnivåene fortsatt er lave. Oppfølgingsstudier som omfatter katinoner, er bare tilgjengelig for Storbritannia (England og Wales). I den nyeste undersøkelsen (2012/13) ble siste års bruk av mefedron blant voksne i aldersgruppen 16–59 år anslått til 0,5 %, en nedgang fra 1,1 % i 2011/12 og 1,4 % i 2010/11. Resultatene fra en ikke-representativ undersøkelse blant regelmessige klubbgjengere i Storbritannia tyder også på en nedgang i siste års bruk av mefedron (fra 19,5 % i 2011 til 13,8 % i 2012).

Injeksjon av katinoner, herunder mefedron, MDPV og pentedron, gir fortsatt grunn til bekymring og er rapportert blant ulike grupper, som injeksjonsbrukere av opioider, klienter i narkotikabehandling, innsatte i fengsler og små populasjoner av menn som har sex med menn. Ungarn, Romania og Storbritannia rapporterer om en økning i etterspørselen etter behandling forbundet med problembruk av katinoner. I Romania ble nye psykoaktive stoffer rapportert hyppigere enn heroin som primærrusmiddel av klienter som påbegynte behandling for første gang (37 % kontra 21 %). Anslagsvis 1 900 mefedronbrukere påbegynte behandling i Storbritannia i 2011/12, og over halvparten var under 18 år.

Lave nivåer av bruk av hallusinogener, GHB og ketamin

Det finnes en rekke psykoaktive stoffer med hallusinogene, bedøvende og beroligende egenskaper tilgjengelig på det illegale narkotikamarkedet i Europa. Disse kan brukes på egen hånd, sammen med eller i stedet for andre, mer vanlige stoffer. Prevalensnivåene for bruk av hallusinogene sopper og LSD (lysergsyredietylamid) i Europa har generelt vært lave og stabile i en årrekke. Estimaterne for siste års prevalens av bruk av hallusinogene sopper blant unge voksne (15–34) i nasjonale undersøkelser spenner fra 0 % til 0,8 %. For LSD spenner prevalensestimaterne fra 0 % til 0,7 %.

Siden midten av 1990-tallet har det kommet rapporter om rekreasjonsbruk av ketamin og gammahydroksybutyrat (GHB) blant undergrupper av narkotikabrukere i Europa. Samtidig øker erkjennelsen av helseproblemene disse stoffene kan medføre, for eksempel blæreskader som assosieres med langvarig bruk av ketamin. Bevisstløshet, abstinenser og avhengighet er blant risikoene forbundet

med bruk av GHB, og Belgia og Nederland rapporterer om enkelte søknader om behandling.

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. Danmark rapporterer en siste års prevalens av ketaminbruk på 0,3 % blant unge voksne (15–34), mens 0,8 % i aldersgruppen 16–24 år i Storbritannia rapporterer om bruk av ketamin siste år, ned fra et toppnivå på 2,1 % i 2010. Måltrettede spørreundersøkelser i utelivsmiljøer rapporterer typisk høyere prevalensnivåer. I et selvselektert utvalg av britiske respondenter på en internettundersøkelse som ble identifisert som regelmessige klubbgjengere, oppga 31 % at de hadde brukt ketamin det siste året og 2 % GHB.

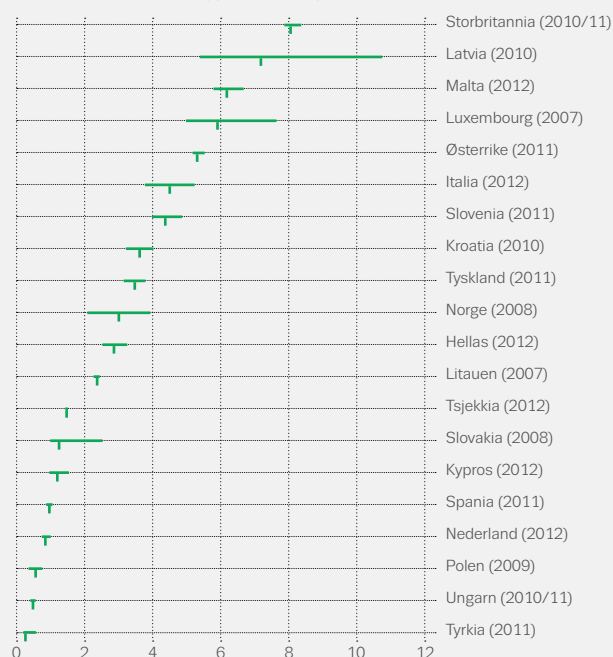
Det finnes en rekke psykoaktive stoffer med hallusinogene, bedøvende og beroligende egenskaper tilgjengelig på det illegale narkotikamarkedet i Europa



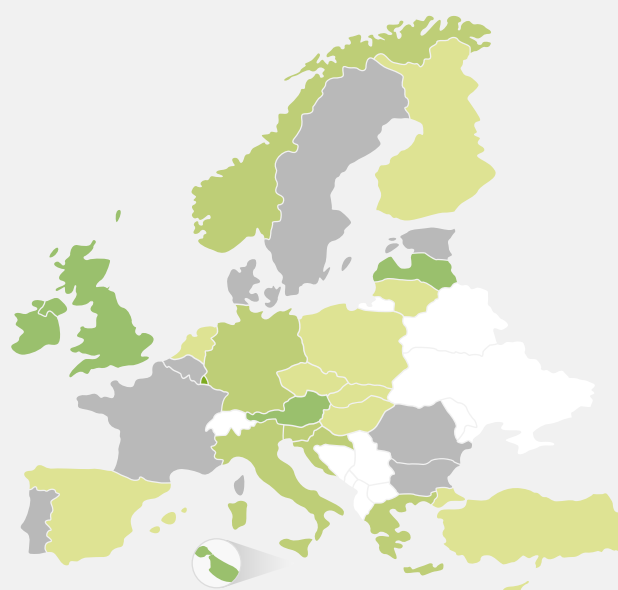
FIGUR 2.8

Nasjonale estimater for siste års prevalens av problembruk av opioider

Tilfeller pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64 år



NB: Data vist som punktestimater og toleranseområder.



Pr. tusen <2,50 2,51–5,0 >5,0 Ingen data
 NB: Data for Finland er fra 2005, og data for Irland er fra 2006.

Opioider: 1,3 millioner problembrukere

Illegalt bruk av opioider står fremdeles for en uforholdsmessig stor andel av sykeligheten og dødeligheten forbundet med narkotikabruk i Europa. Det opioidet som brukes mest i Europa, er heroin, som kan røykes, sniffes eller injiseres. Det finnes også en rekke syntetiske opioider tilgjengelig på det illegale markedet, som buprenorfin, metadon og fentanyl. Opioidbruk er vanligvis mest utbredt blant marginaliserte grupper i urbane strøk.

Det har vært flere bølger av heroinavhengighet i Europa. Den første berørte mange vesteuropeiske land fra midten av 1970-tallet og fremover, mens en annen bølge berørte Sentral- og Øst-Europa i midten og siste halvdel av 1990-tallet. Selv om trendene har vært varierende det siste tiåret, later det til at rekrutteringen til bruk av heroin nå generelt er på vei nedover.

Gjennomsnittlig årlig prevalens av problematisk opioidbruk blant voksne (15–64) er anslått til 0,4 %, tilsvarende 1,3 millioner problembrukere av opioider i Europa i 2012. Nasjonale estimater for prevalens av problematisk opioidbruk varierer fra under ett til om lag åtte tilfeller pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64 år (figur 2.8).

Heroin: fortsatt nedgang i behandlingsetterspørselen

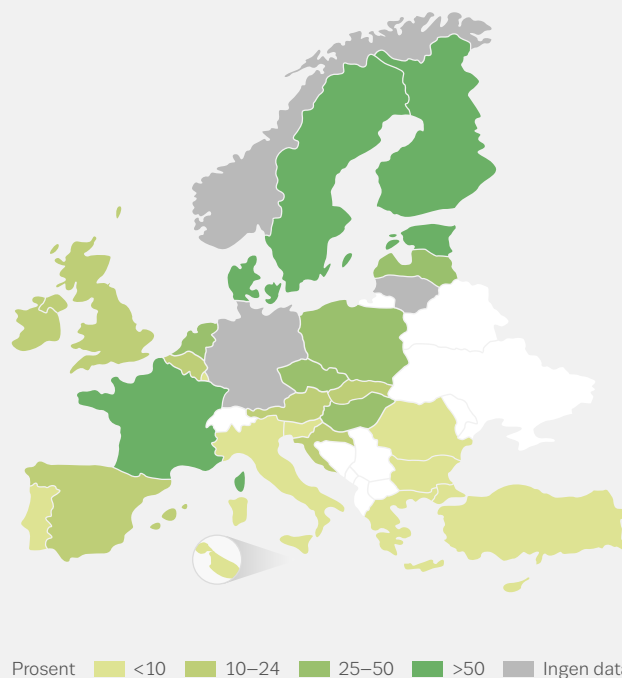
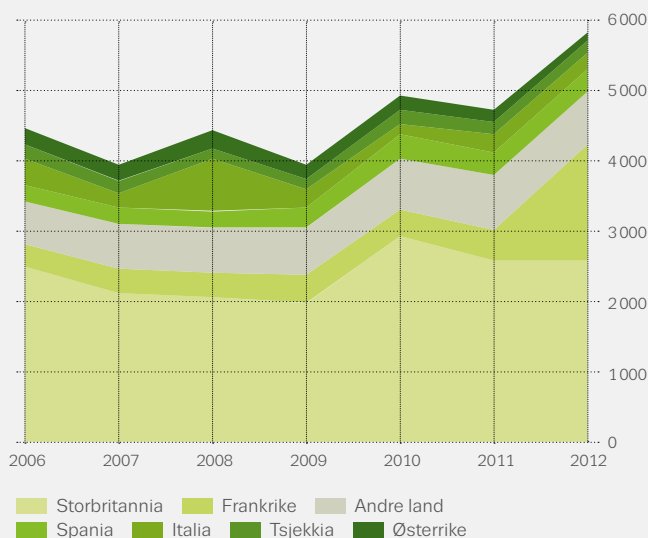
Klienter som bruker opioider, hovedsakelig heroin, som primærrusmiddel, utgjorde 46 % av alle narkotikabrukere som ble inntatt i det spesialiserte behandlingsapparatet i Europa i 2012 (180 000 klienter), og rundt 26 % av dem som påbegynte behandling for første gang. Det totale antallet nye klienter som påbegynner behandling for heroinbruk i Europa er synkende og er nesten halvert fra et toppnivå på 59 000 i 2007 til 31 000 i 2012. Samlet sett ser det ut til at rekrutteringen til heroinbruk har gått ned, og at dette nå får innvirkning på etterspørselen etter behandling.

Andre opioider enn heroin: økende bekymring

De fleste europeiske land (17) rapporterte i 2012 at mer enn 10 % av klientene med opioider som primærrusmiddel som ble inntatt i det spesialiserte behandlingsapparatet for første gang, brukte andre opioider enn heroin (figur 2.9), som metadon, buprenorfin og fentanyl. I enkelte land er bruk av disse stoffene nå blitt den mest vanlige formen for opioidbruk. I Estland brukte flertallet av klientene som ble inntatt til behandling for opioider, illegal fentanyl, mens det fra Finland rapporteres at flesteparten av opioidklientene har buprenorfin som primærrusmiddel.

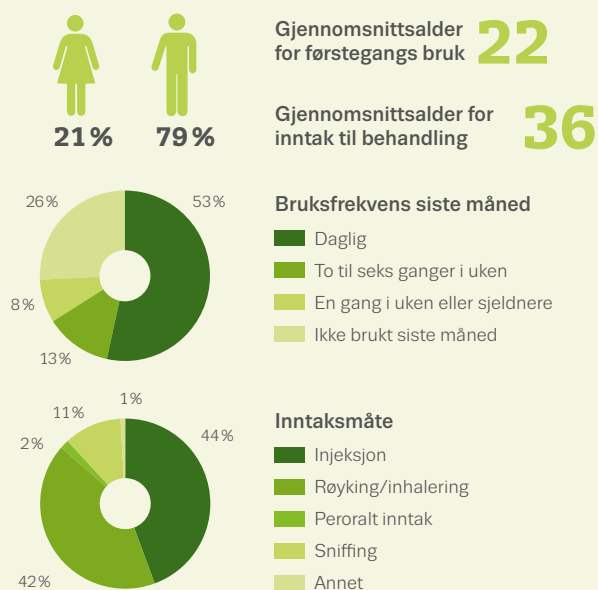
FIGUR 2.9

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

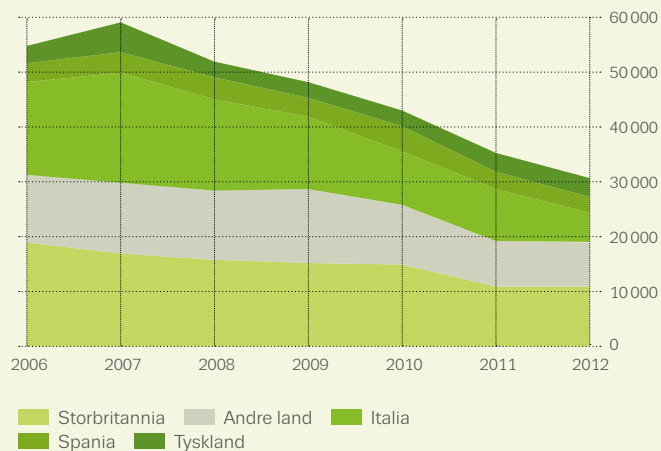


HEROINBRUKERE SOM PÅBEGYNNER BEHANDLING

Karakteristika



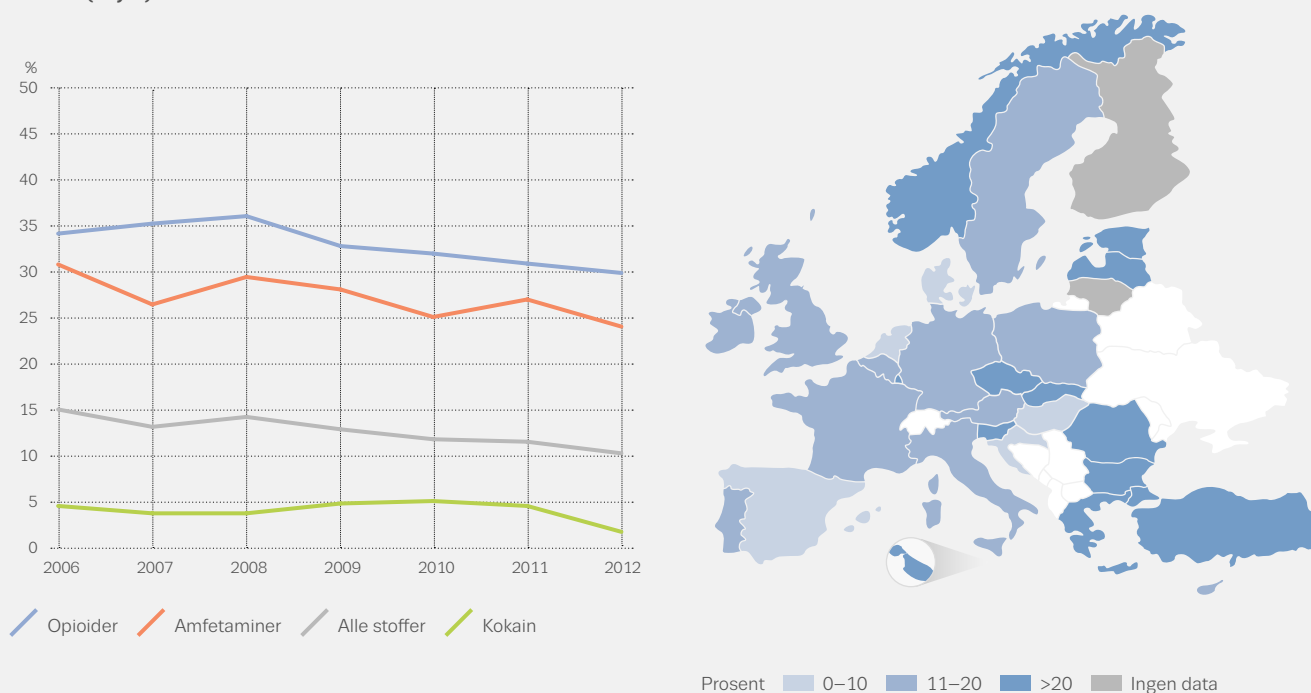
Trender for klienter som påbegynner behandling for første gang



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

FIGUR 2.10

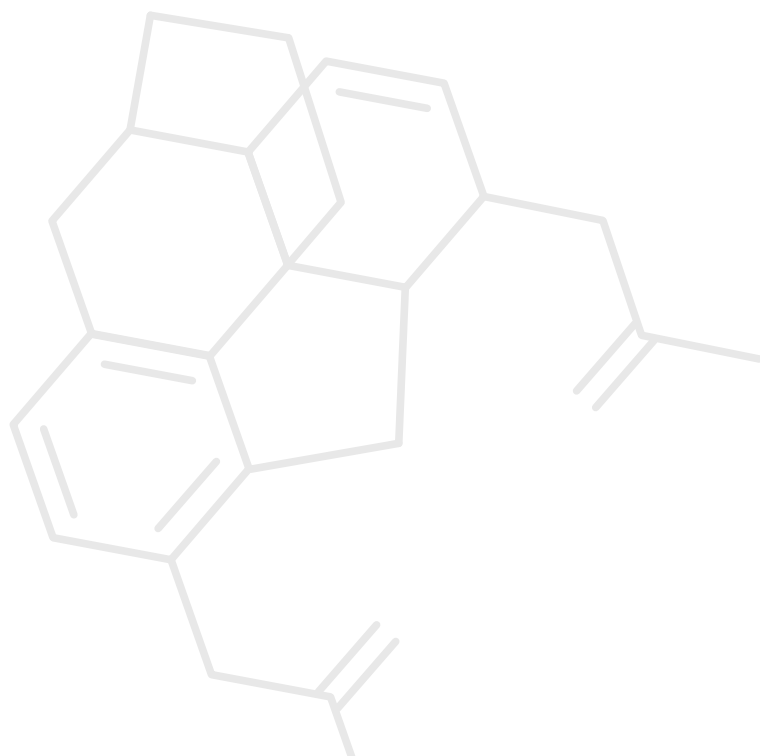
Prevalens av sprøytebruk siste måned blant klienter som påbegynner behandling: trender for nye klienter (venstre), nasjonale tall for alle klienter (høyre)



Injeksjonsbruk av narkotika: langsiktig nedgang

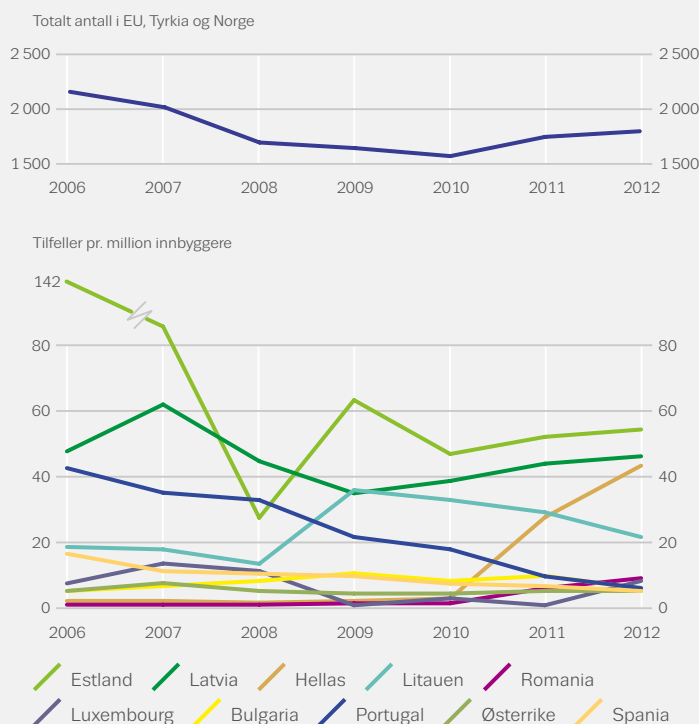
Sprøytebrukere er blant dem som har høyest risiko for å oppleve helseproblemer som følge av narkotikabruk, f.eks. blodbårne infeksjoner eller overdoser. Selv om injeksjonsbruk oftest forbindes med bruk av opioider, er denne praksisen også i stor grad forbundet med amfetaminbruk i et par land. 12 land har nyere estimater for prevalensen av injeksjonsbruk av narkotika, og disse spenner fra mindre enn ett til om lag seks tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64. Av klienter som inntas i det spesialiserte behandlingsapparatet, oppgir 38 % av opioidklientene og 23 % av amfetaminklientene at de injiserer stoffet. Andelen sprøytebrukere av alle opioidklienter varierer fra land til land, fra under 6 % i Nederland til 100 % i Litauen.

En analyse av tidstrender blant klienter som påbegynner behandling for første gang i Europa, tyder på at injeksjon som hovedinntaksmåte har falt siden 2006 (figur 2.10). Andelen nye klienter som rapporterer å ha injisert amfetaminer, kokain eller opioider siste måned, har også falt i samme periode.

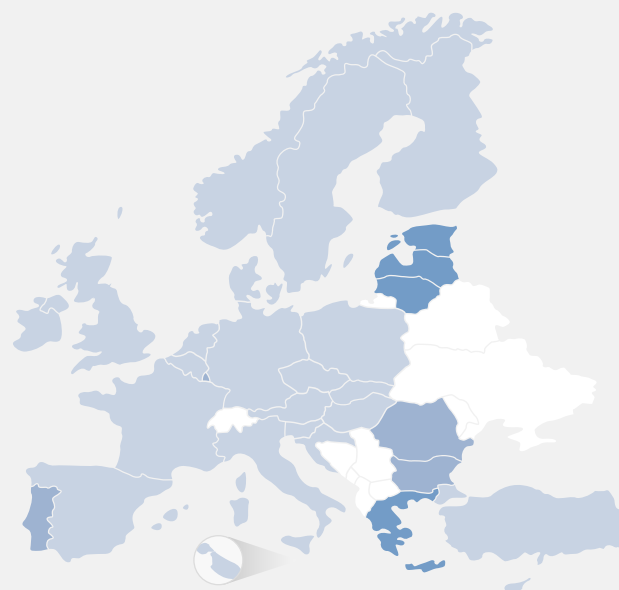


FIGUR 2.11

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



NB: Nydiagnostiserte HIV-tilfeller blant sprøytebrukere i de 10 landene som rapporterte høyest forekomst i 2012 (kilde: ECDC)



Tilfeller pr. million innbyggere <5,0 5,1–10,0 >10,0

HIV: Utbrudd har innvirkning på trenden i EU

Injeksjon av narkotika spiller fortsatt en viktig rolle i overføringen av blodbårne infeksjonssykdommer som hepatitt C og i enkelte land HIV/AIDS. De nyeste tallene viser at den langsiktige nedgangen i antallet nye HIV-diagnoser i Europa kan bli brutt som et resultat av utbrudd blant sprøytebrukere i Hellas og Romania (figur 2.11). I 2012 var gjennomsnittlig antall nyrapporterte HIV-diagnoser som kan tilskrives sprøytebruk av narkotika, 3,09 pr. million innbyggere. Tallene for 2012, som kan bli revidert, viser 1 788 nyrapporterte tilfeller. Dette er litt høyere enn tallet for 2011 (1 732), og fortsetter dermed den oppadgående trenden som er observert siden 2010.

Mens Hellas og Romania bidro med bare litt over 2 % av det totale antallet nyrapporterte diagnoser i 2010, hadde dette tallet økt til 37 % i 2012. I andre land, som Spania og Portugal, som tidligere har hatt perioder med høye infeksjonstall, fortsetter antall nyrapporterte diagnoser å falle. Situasjonen er imidlertid mindre positiv i Estland, der antallet nye diagnoser fortsatt er høyt, og i Latvia, der de årlige tallene har steget siden 2009.

HIV-relatert dødelighet er den best dokumenterte indirekte dødsårsaken blant narkotikabrukere. Det nyeste anslaget tilsier at rundt 1 700 personer døde i Europa i 2010 av HIV/AIDS som kan tilskrives sprøytebruk av narkotika, og trenden er fallende. Leversykdom står også sannsynligvis for mange og en økende andel av dødsfallene blant narkotikabrukere, hovedsakelig som følge av HCV-smitte og ofte forverret av tung alkoholbruk.

**HIV-relatert dødelighet er
den best dokumenterte
indirekte dødsårsaken blant
narkotikabrukere**

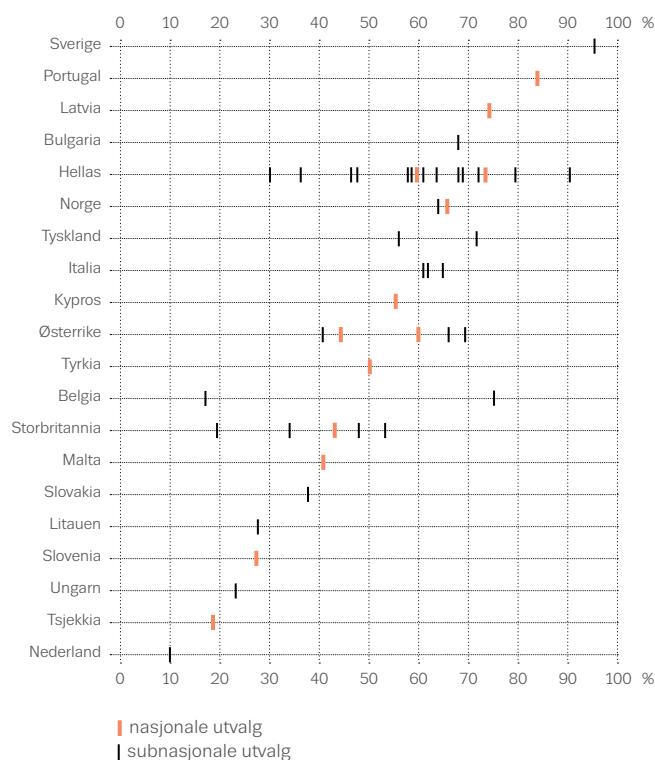
Hepatitt og andre infeksjonssykdommer: betydelige helseproblemer

Virushepatitt, og særlig infeksjon forårsaket av hepatitt C-viruset (HCV), er svært utbredt blant sprøytebrukere i hele Europa. Nivåene av HCV-antistoffer i nasjonale utvalg av sprøytebrukere i 2011–12 varierte fra 19 % til 84 %, og i 7 av de 77 rapporterende landene lå prevalensnivåene på over 50 % (figur 2.12). Blant landene med nasjonale trenddata for perioden 2007–12 rapporterte Norge om synkende HCV-prevalens blant sprøytebrukere, mens syv land rapporterte om økende prevalens.

I de 18 landene som la frem data for perioden 2011–12, utgjorde sprøytebrukere i snitt 64 % av alle HCV-tilfeller og 50 % av meldte akutte HCV-tilfeller (hvor risikokategorien er kjent). For hepatitt B representerer sprøytebrukere 9 % av alle diagnoser og 21 % av meldte akutte tilfeller. Bruk av narkotika kan være en risikofaktor for andre smittsomme sykdommer, f.eks. hepatitt A og D, seksuelt overførbare sykdommer, tuberkulose, stivkrampe og botulisme. Det rapporteres også fra tid til annen om utbrudd av miltbrann i Europa, sannsynligvis forårsaket av forurenset heroin. For eksempel ble det mellom juni 2012 og mars 2013 rapportert 15 narkotikarelaterte tilfeller av miltbrann, hvorav sju fikk dødelig utfall.

FIGUR 2.12

Prevalens av HCV-antistoffer blant sprøytebrukere, 2011/2012



Personer som dør av overdose, er typisk i midten av 30-årene eller eldre, og gjennomsnittsalderen er økende

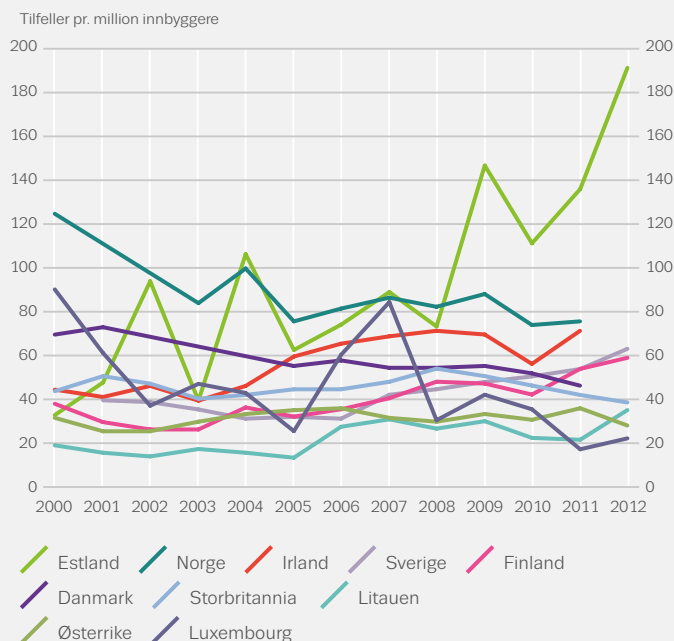
Overdosedødsfall: samlet sett reduksjon, men økning i enkelte land

Narkotikabruk er en av de viktigste dødsårsakene blant unge mennesker i Europa, både direkte gjennom overdoser (narkotikainduserte dødsfall) og indirekte gjennom narkotikarelaterte sykdommer, ulykker, vold og selvmord. De fleste kohortstudier viser en årlig dødelighet på 1–2 % blant problembrukere av narkotika, og det er anslått at mellom 10 000 og 20 000 opioidbrukere dør hvert år i Europa. Opioidbrukere har 10 ganger høyere sannsynlighet for å dø enn personer av samme kjønn i samme aldersgruppe. I enkelte land kan kvinnelige opioidbrukere ha inntil 30 ganger så høy sannsynlighet for å dø som personer i samme aldersgruppe.

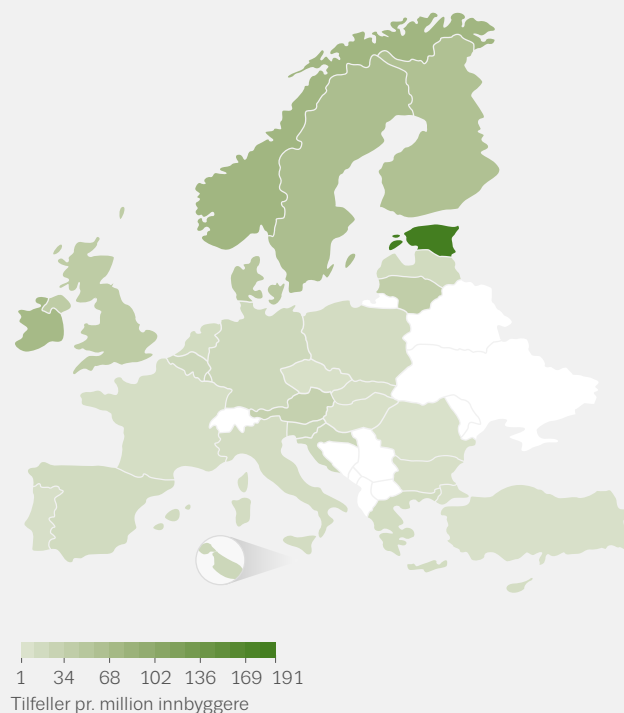
Narkotikaoverdoser er fortsatt den viktigste dødsårsaken blant problembrukere av narkotika. Heroin og metabolitter av heroin er påvist i de fleste rapporterte overdosedødsfall, ofte i kombinasjon med andre rusmidler som alkohol eller benzodiazepiner. Toksikologiske rapporter viser at i tillegg til heroin blir det også funnet andre opioider, herunder metadon, buprenorfin, fentanyl og tramadol. Enkelte land rapporterer at slike stoffer står for en betydelig andel av overdosedødsfallene. I to land er antallet metadonrelaterte overdoser høyere enn antallet knyttet til heroin. I de fleste tilfellene der metadon er påvist, var den avdøde ikke under substitusjonsbehandling, men har brukt metadon ulegitimert som del i et blandingsmisbruk.

FIGUR 2.13

Narkotikaindusert dødelighet blant voksne (15 -64): utvalgte trender (venstre) og nyeste data (høyre)



NB: Trender i de 10 landene som rapporterte høyest forekomst, 2011/2012.

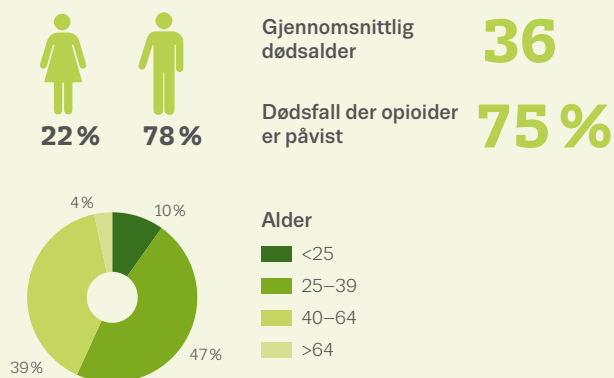


Selv om narkotikarelaterte dødsfall blant svært unge gir stor grunn til bekymring, skjer bare 10 % av overdosedødsfallene som rapporteres i Europa, blant personer under 25 år. Personer som dør av overdose, er typisk i midten av

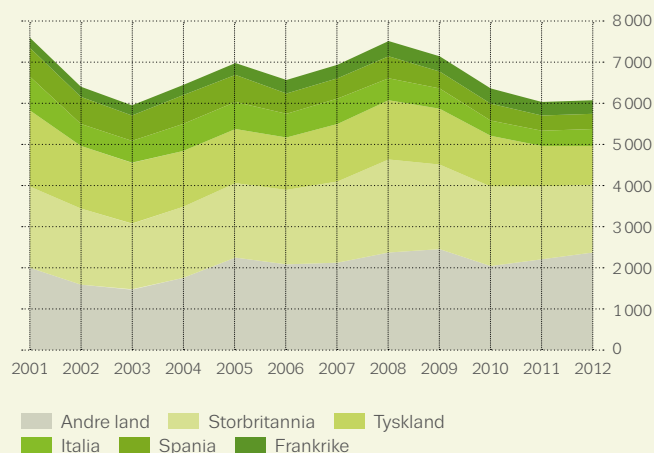
30-årene eller eldre, og gjennomsnittsalderen er økende, noe som tyder på en al rende kohort av problembbrukere av opioider. De fleste overdosedødsfallene som rapporteres, skjer blant menn (78 %).

NARKOTIKAINDUSERTE DØDSFALL

Karakteristika



Trender for overdosedødsfall



Gjennomsnittlig dødelighet som følge av overdoser i Europa i 2012 er estimert til 17 dødsfall pr. million innbyggere i aldersgruppen 15–64 år. Nasjonale dødelighetstall varierer betraktelig og påvirkes av faktorer som mønstre for narkotikabruk, særlig injeksjonsbruk, kjennetegn ved gruppen av narkotikabrukere og rapporteringspraksis. Dødelighetstall på over 40 dødsfall pr. million ble rapportert av seks land, og de høyeste tallene ble rapportert av Norge (76 pr. million) og Estland (191 pr. million) (figur 2.13). Antallet overdosedødsfall i Estland har økt kraftig, noe som illustrerer hvordan mønstre for narkotikabruk kan påvirke nasjonale tall. I Estland er de fleste overdosedødsfall knyttet til bruk av fentanyler, som er svært sterke syntetiske opioider.

Flesteparten av landene rapporterte en stigende trend for antall overdosedødsfall fra 2003 og frem til 2008/09, da nivåene generelt begynte å stabilisere seg og deretter falle. Om lag 6 100 overdosedødsfall ble rapportert i 2012. Dette er på nivå med antallet som ble rapportert i 2011, og en nedgang fra 7 100 tilfeller i 2009. Situasjonen varierer imidlertid mye landene imellom, og enkelte land rapporterer fremdeles om oppgang.

FINN UT MER

Publikasjoner fra EMCDDA**2014**

Injection of cathinones, Perspectives on drugs.

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

2013

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

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

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

2012

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

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

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

2011

Mortality related to drug use in Europe, Selected issue.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Selected issue.

Trends in injecting drug use in Europe, Selected issue.

2009

Polydrug use: patterns and responses, Selected issue.

2008

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

Felles publikasjoner fra EMCDDA og ESPAD**2012**

Sammendrag av ESPAD-rapporten for 2011.

Felles publikasjoner fra EMCDDA og ECDC**2012**

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

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

3

**Dette kapitlet tar for seg intervensjoner
som tar sikte på å forebygge, behandle
og redusere skadene knyttet til narkotikabruk**

Helsemessige og sosiale tiltak mot narkotikaproblemer

Dette kapitlet tar for seg intervensjoner som tar sikte på å forebygge, behandle og redusere skadene knyttet til narkotikabruk. Kapitlet tar for seg hvorvidt landene benytter felles tilnærming, i hvilken grad intervensjonene er evidensbaserte, og om de tilgjengelige tjenestene dekker det anslåtte behovet.

Overvåking av helsemessige og sosiale tiltak

Dette kapitlet er basert på årlige nasjonale vurderinger fra EMCDDAs kontaktpunkter. De suppleres med data om etterspørsel etter behandling, substitusjonsbehandling med opioider og utdeling av sprøyter og sprøytespisser. Der formelle datasett mangler, gir ekspertvurderinger tilleggsinformasjon om tilgjengeligheten av tjenester. Kapitlet baserer seg også på gjennomganger av den tilgjengelig vitenskapelige dokumentasjonen om effektiviteten av folkehelseintervensjoner.

Underlagsdokumentasjon finnes på EMCDDAs nettsted under *Health and social responses profiles*, på nettområdet *Europeisk narkotikarapport: Data og statistikk* og på Portalen for beste praksis (*Best practice portal*).

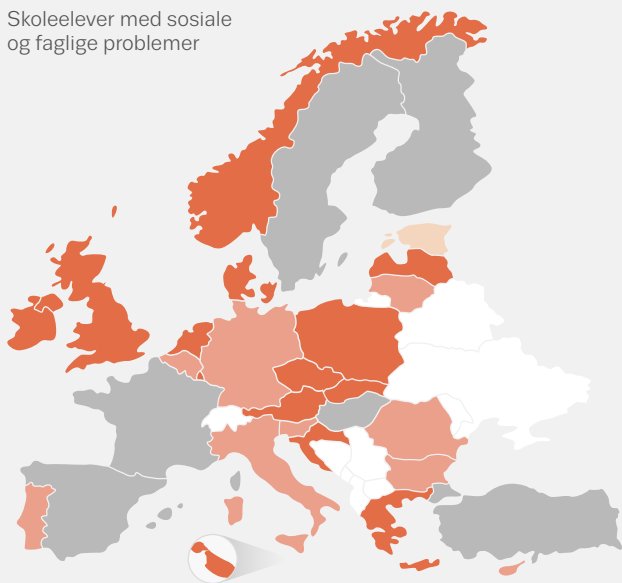
Narkotikaforebygging blant sårbare grupper av unge

Det benyttes i dag en rekke ulike forebyggingsstrategier rettet mot narkotikabruk og narkotikarelaterte problemer. Miljøbaserte og universelle tilnærminger retter seg mot hele befolkningsgrupper, selektiv forebygging retter seg mot sårbare grupper som kan stå i fare for å utvikle problembruk av narkotika, og indisert forebygging fokuserer på risikoutsatte enkeltpersoner. Årets rapport fokuserer på selektiv forebygging. Det foreligger stadig mer solid dokumentasjon for at programmer for selektiv forebygging som fokuserer på normsetting, miljøforandring, motivasjon, ferdigheter og beslutningstaking, har god effekt. Mange programmer er imidlertid fortsatt basert på

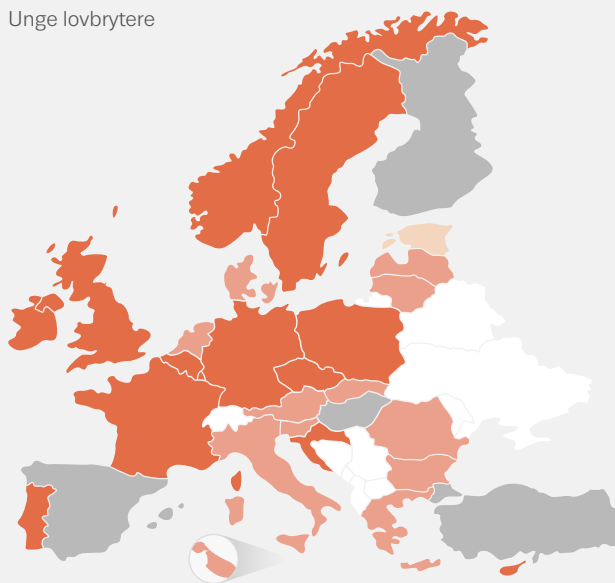
FIGUR 3.1

Tilgjengelighet av spesifikke narkotikaforebyggende tiltak for utvalgte sårbare grupper (ekspertvurderinger, 2012)

Skoleelever med sosiale og faglige problemer



Unge lovbyggere



■ Full/omfattende ■ Begrenset/sjelden ■ Ikke tilgjengelig ■ Ingen data

informasjonsformidling, bevisstgjøring og rådgivning – tilnærminger der indikasjonene for påvist effekt er få.

To viktige målgrupper for selektive forebyggende tiltak er elever med faglige og sosiale problemer, og unge lovbyggere (figur 3.1). Ekspertvurderinger tyder på en økning i det generelle tilbudet for begge disse gruppene mellom 2007 og 2010, selv om ingen ytterligere endringer ble observert i 2013.

Når det gjelder tiltak rettet mot elever, foreligger det dokumentasjon som tyder på at strategier som bedrer skolemiljøet, kan føre til redusert bruk av rusmidler. Tiltak på dette området omfatter opplæring av lærere og tiltak som tar sikte på å bedre elevenes deltakelse og fremme en positiv holdning til skolen. Andre forebyggende tiltak rettet mot elever har som mål å øke selvkontroll og bygge sosial kompetanse, mens familierettede tilnærminger har som mål å styrke foreldreferdigheter.

For unge lovbyggere rapporterer de fleste landene nå at de har innført alternativer til straff. Et av programmene på dette området er FreD, et sett med manualbaserte intervensjoner som nå er tatt i bruk i 15 EU-medlemsstater. Evalueringer av programmet har vist en nedgang i nye lovbrudd.

Skadereduksjon i utelivsmiljøer: behov for en integrert tilnærming

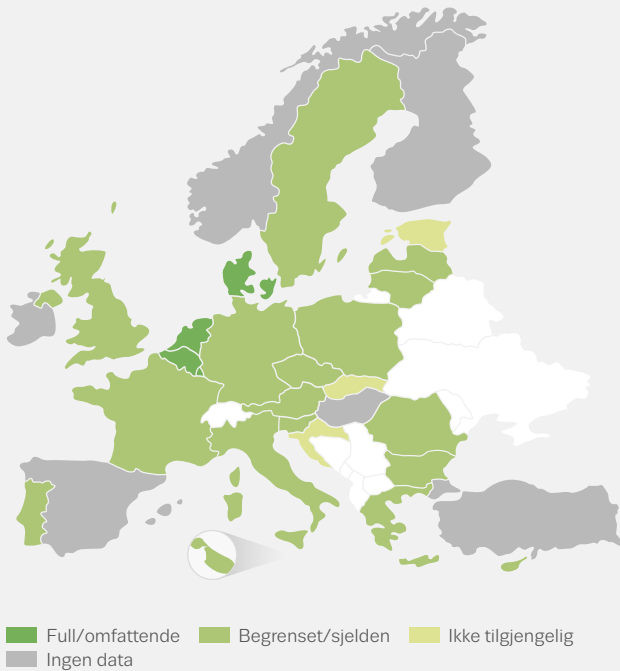
Forbindelsen mellom utelivsmiljøer og enkelte mønstre av høyrisikobruk av alkohol og narkotika er velkjent. På tross av dette rapporterer bare noen få europeiske land at de har gjennomført forebyggende strategier på området (figur 3.2), og ekspertvurderinger tyder på en generell nedgang i aktiviteter mellom 2010 og 2013.

På europeisk plan tilbyr standarder utarbeidet av Club Health og Safer Nightlife veiledning om gjennomføring av forebyggende programmer i rekreasjonsmiljøer. Når det gjelder å redusere skade, har integrerte miljøforebyggende tiltak gitt positive resultater, for eksempel ansvarlig alkoholservering, opplæring av serverings- og sikkerhetspersonell og samarbeid med rettshåndhevsorganer.

En særlig kilde til bekymring er risikoen unge mennesker utsetter seg for ved å kjøre hjem etter å ha inntatt alkohol og narkotika på utesteder. En gjennomgang som nylig ble utført, fant at målrettede mediekampanjer, sammen med tilbud om gratis transport hjem på natten, kan redusere antallet trafikkulykker forårsaket av kjøring i alkoholpåvirket tilstand. Intervensjoner som retter seg mot kjøring i narkotikapåvirket tilstand, er imidlertid sjeldne.

FIGUR 3.2

Tilgjengelighet av narkotikaforebyggende intervensjoner i utelivsmiljøene (ekspertvurderinger, 2012)



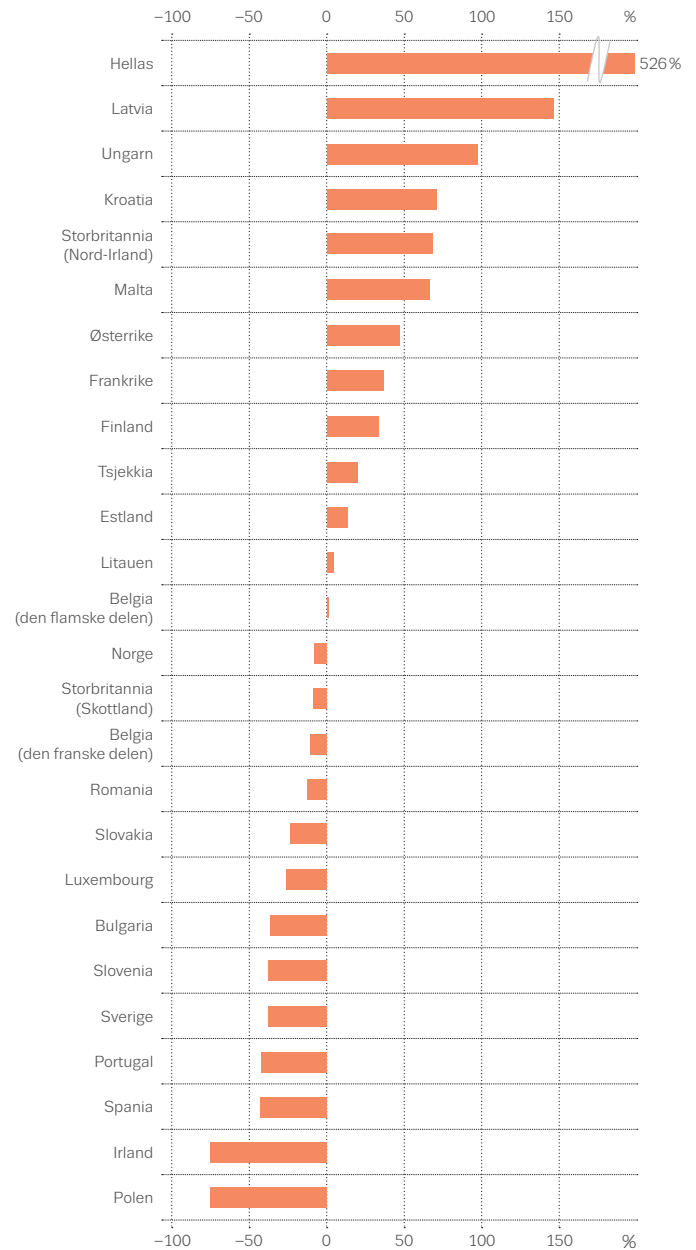
Forebygging av smittsomme sykdommer

Narkotikabrukere, og særlig sprøytebrukere, er utsatt for risiko for å pådra seg smittsomme sykdommer gjennom deling av brukerutstyr og gjennom ubeskyttet sex. Forebygging av HIV, virushepatitt og andre infeksjonssykdommer er derfor et viktig mål for den europeiske narkotikapolitikken. Når det gjelder sprøytebrukere av opioider, er det nå veldokumentert at substitusjonsbehandling reduserer risikoatferd, og noen studier tyder på at den beskyttende effekten øker når slik behandling kombineres med sprøytebytteprogrammer.

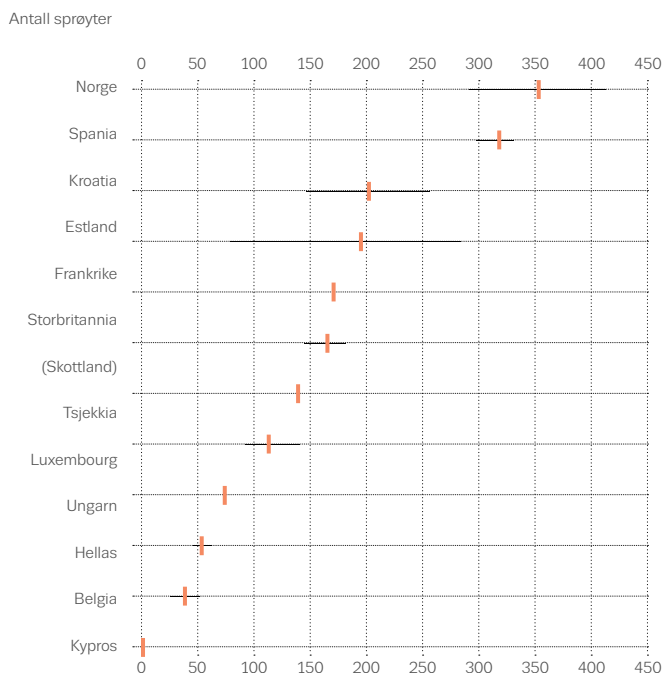
Antall sprøyter utdelt gjennom spesialiserte programmer økte i Europa (26 land) fra 42,9 millioner i 2007 til 46,0 millioner i 2012. På nasjonalt plan varierer tallene. Rundt halvparten av landene rapporterer om økt utdeling, mens halvparten rapporterer om en nedgang (figur 3.3). Økninger kan tilskrives en utvidelse av tjenestetilbudet, noen ganger fra et lavt nivå. Nedgang kan tilskrives enten en reduksjon i tjenestetilbudet eller i antallet klienter. Blant de 12 landene som har nyere anslag over antallet sprøytebrukere, varierte gjennomsnittlig antall sprøyter som ble delt ut pr. bruker gjennom spesialiserte programmer i 2012 fra null på Kypros til mer enn 300 i Spania og Norge (figur 3.4).

FIGUR 3.3

Endring i antall sprøyter utdelt gjennom spesialiserte programmer mellom 2007 og 2012



FIGUR 3.4

Antall sprøyter utdelt gjennom spesialiserte programmer per sprøytebruker (estimat)

NB: Data vist som punktestimater og toleranseområder.

Som nevnt i kapittel 2 har Hellas og Romania nylig rapportert om utbrudd av nye HIV-infeksjoner blant sprøytebrukere. På bakgrunn av dette ble det gjennomført en risikovurdering for å finne ut om det også kunne være fare for nye HIV-utbrudd i andre land. Figur 3.5 gir en oversikt over noen av de viktigste indikatorene for potensiell risiko. Ut fra denne enkle analysen kan vi si at rundt en tredel av landene har noen risikofaktorer til stede, noe som tyder på at det er behov for fortsatt årvåkenhet og for å vurdere å øke dekningen av HIV-forebyggende tiltak.

Forebyggende tiltak rettet mot overføring av hepatitt C er nokså sammenfallende med tiltakene mot HIV. På politisk plan har flere og flere land vedtatt eller begynt å utarbeide egne hepatitt C-strategier. Tiltak som går ut på å teste og gi sprøytebrukere råd om hepatitt C, er fortsatt begrenset. Til tross for at det er stadig mer dokumentasjon som støtter bruken av antiviral behandling for hepatitt C hos sprøytebrukere, er tilbuds nivået fortsatt lavt.

FIGUR 3.5

Samleindikatorer for potensielt forhøyet risiko for HIV-infeksjon blant sprøytebrukere

	Belgia	Bulgaria	Tsjekkia	Danmark	Tyskland	Estland	Irland	Hellas	Spania	Frankrike	Kroatia	Italia	Kypros	Latvia	Litauen	Luxembourg	Ungarn	Malta	Nederland	Østerrike	Polen	Portugal	Romania	Slovenia	Slovakia	Finland	Sverige	Storbritannia	Tyrkia	Norge
Prevalens og trender for HIV																														
Prevalens og trender for sprøytebruk (smitterisiko)																														
Dekningsgrad for substitusjonsbehandling – mindre enn 30 %																														
Dekningsgrad for sprøyteutdeling – mindre enn 100 sprøyter pr. sprøytebruker																														

Ingen av følgende risikofaktorer er identifisert: økning i rapporterte HIV-tilfeller eller forekomst av HIV eller HCV, økning i smitterisiko, lav dekningsgrad for intervensjoner.

Risikofaktorer som kan være til stede: subnasjonal økning i forekomst av HIV eller HCV eller smitterisiko, vedvarende men ikke-signifikant økning på nasjonalt plan.

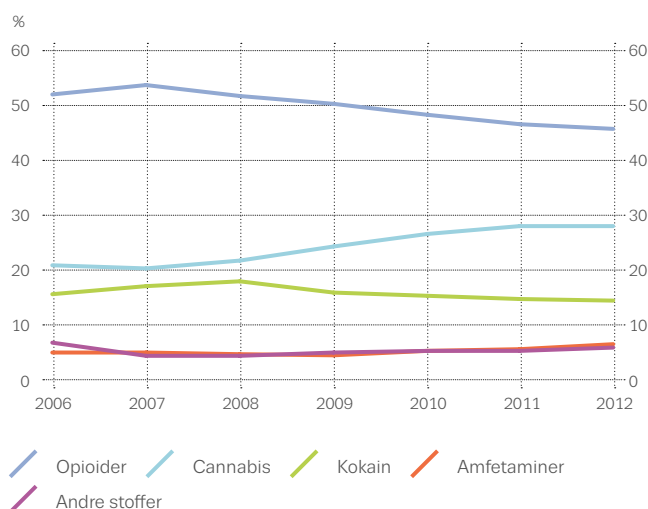
Risikofaktorer som er til stede: signifikant økning i rapporterte HIV-tilfeller eller forekomst av HIV eller HCV, økning i smitterisiko, lav dekningsgrad for intervensjoner.

Informasjon ikke tilgjengelig for ECDC eller EMCDDA.

Bearbeidet på grunnlag av Eurosurveillance 2013;18(48):pii=20648.

FIGUR 3.6

Andel narkotikaklienter som inntas i det spesialiserte behandlingsapparatet, etter primærrusmiddel



Forebygging av overdoser og narkotikarelaterte dødsfall

Å redusere antallet dødelige overdoser og andre narkotikarelaterte dødsfall representerer fremdeles en stor utfordring for folkehelsepolitikken i Europa. Måltrettede tiltak på området fokuserer enten på å forebygge forekomsten av overdoser eller å øke sannsynligheten for å overleve en overdose. Narkotikabehandling, særlig substitusjonsbehandling med opioider, forebygger overdoser og reduserer dødelighetsrisikoen for narkotikabrukere. Utdeling og opplæring i bruk av opioidantagonisten nalokson kan redde liv i en overdosesituasjon. En type intervensjon som har som mål å både redusere forekomsten av overdoser og øke sjansen for å overleve en overdose, er brukerrum med tilsyn. Seks EU-medlemsstater og Norge tilbyr slike fasiliteter – totalt 73 i tallet. De siste seks årene har en rekke fasiliteter blitt stengt i Nederland på grunn av dalende etterspørsel, mens fire nye brukerrum ble åpnet i Danmark og ett i Hellas.

Mer enn en million europeere i narkotikabehandling

Det anslås at minst 1,3 millioner mennesker fikk behandling for bruk av illegale rusmidler i Europa i 2012. Opioidbrukere utgjør den største klientgruppen, mens data om inntak til behandling (figur 3.6) tyder på at cannabis- og kokainbrukere er den hhv. nest største og tredje største gruppen som påbegynner behandling. Det er imidlertid betydelige forskjeller landene imellom.

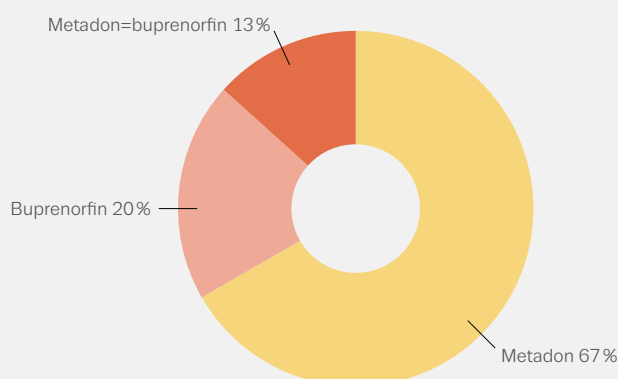
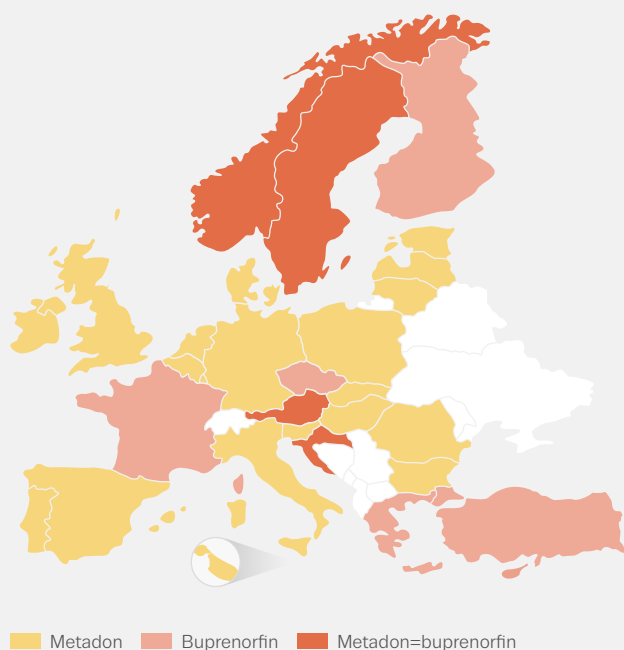
Det meste av behandlingen foregår poliklinisk, i spesialiserte sentre, helsesentre (herunder allmennlegekontor) og lavterskeltilbud. En betydelig andel av narkotikabehandlingen foregår også i døgninstitusjoner, som spesialiserte behandlingssentre med døgnopphold, terapeutiske samfunn og sykehusbaserte døgninstitusjoner (f.eks. psykiatriske sykehus). En ny, innovativ tilnærming til behandling er å tilby tjenester på internett, slik at personer som søker hjelp for narkotikaproblemer, kan få tilgang til behandlingsprogrammer hjemmefra.

Substitusjonsbehandling, vanligvis kombinert med psykososiale intervensjoner, er den behandlingsformen som oftest tilbys opioidavhengige i Europa. Tilgjengelig dokumentasjon gir støtte til denne kombinerte tilnærmingen for å holde pasientene i behandling og redusere illegal bruk av opioider, narkotikarelaterte skader og dødelighet. Psykososiale intervensjoner er den viktigste behandlingsformen for brukere som er avhengige av sentralstimulerende midler, og studier tyder på at både kognitiv atferdsterapi og læringsbasert rusbehandling gir positive resultater. Flere og flere land tilbyr nå cannabis-spesifikk behandling, og den tilgjengelige dokumentasjonen støtter bruken av en kombinasjon av kognitiv atferdsterapi, motiverende samtaler og læringsbasert behandling. Det finnes noe dokumentasjon som støtter bruken av multidimensjonal familierapi for unge cannabisbrukere.

Å redusere antallet dødelige overdoser og andre narkotikarelaterte dødsfall representerer fremdeles en stor utfordring for folkehelsepolitikken i Europa

FIGUR 3.7

Vanligste substitusjonsmedikament på nasjonalt plan (venstre) og som andel av substitusjonsklienter i Europa (høyre)



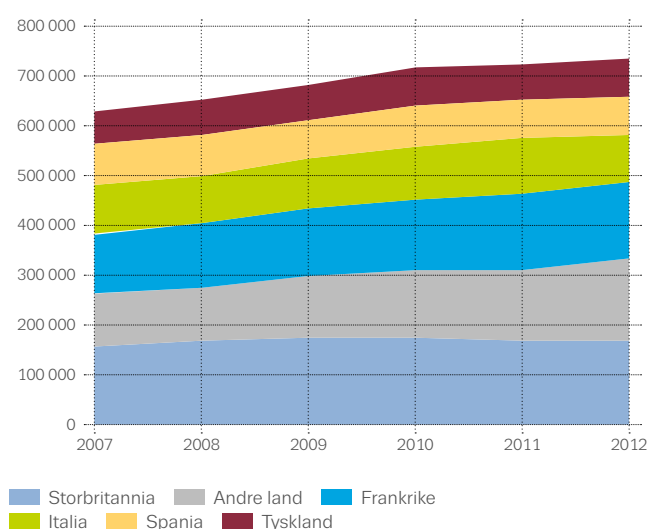
Substitusjonsbehandling: hovedformen for poliklinisk behandling

Metadon forskrives til inntil to tredeler av klienter i substitusjonsbehandling og er dermed det hyppigst forskrevne substitusjonsmedikamentet. De fleste av de øvrige klientene (20 %) får buprenorfin, som er det vanligste substitusjonsmedikamentet i seks land (figur 3.7). Ca. 6 % av all substitusjonsbehandling i Europa baserer seg på bruk av andre stoffer, som morfin i depotform eller diacetylmorfin (heroin).

Anslagsvis 734 000 opioidbrukere mottok substitusjonsbehandling i Europa i 2012. Antallet er relativt stabilt sammenlignet med 2011 (726 000), men høyere enn anslaget for 2007 på 630 000 (figur 3.8). Fem land rapporterte om en økning på mer enn 25 % i antallet klienter i 2012 sammenlignet med anslaget for året før. Den største økningen ble rapportert i Tyrkia (250 %), etterfulgt av Hellas (45 %) og Latvia (28 %). Utgangspunktet for den prosentvise økningen i disse tre landene var imidlertid relativt lave tall. Til sammenligning rapporterte Romania (-30 %) den største prosentvise nedgangen i antall klienter i samme periode.

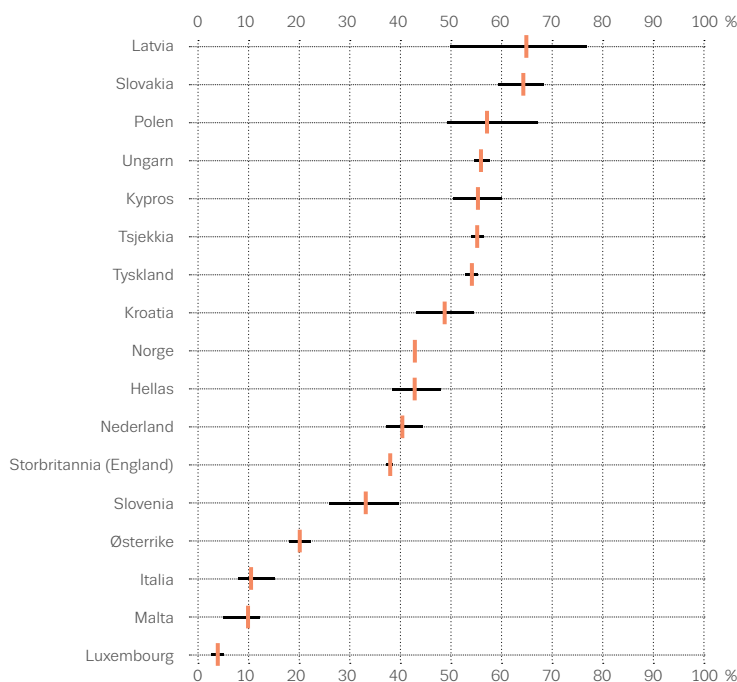
FIGUR 3.8

Trender i antall klienter under substitusjonsbehandling med opioider



FIGUR 3.9

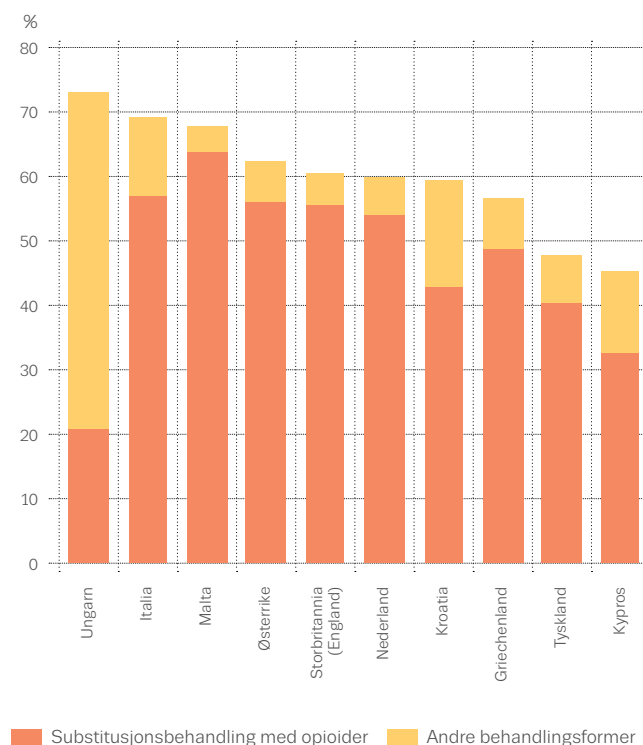
Prosentandel av problembrukere av opioider som får substitusjonsbehandling (estimat)



NB: Data vist som punktestimater og toleranseområder.

FIGUR 3.10

Prosentandel av problembrukere av opioider som får narkotikabehandling (estimat)



Substitusjonsbehandling med opioider Andre behandlingsformer

Behandlingstilbud: Mer enn halvparten av opioidbrukere mottar substitusjonsbehandling

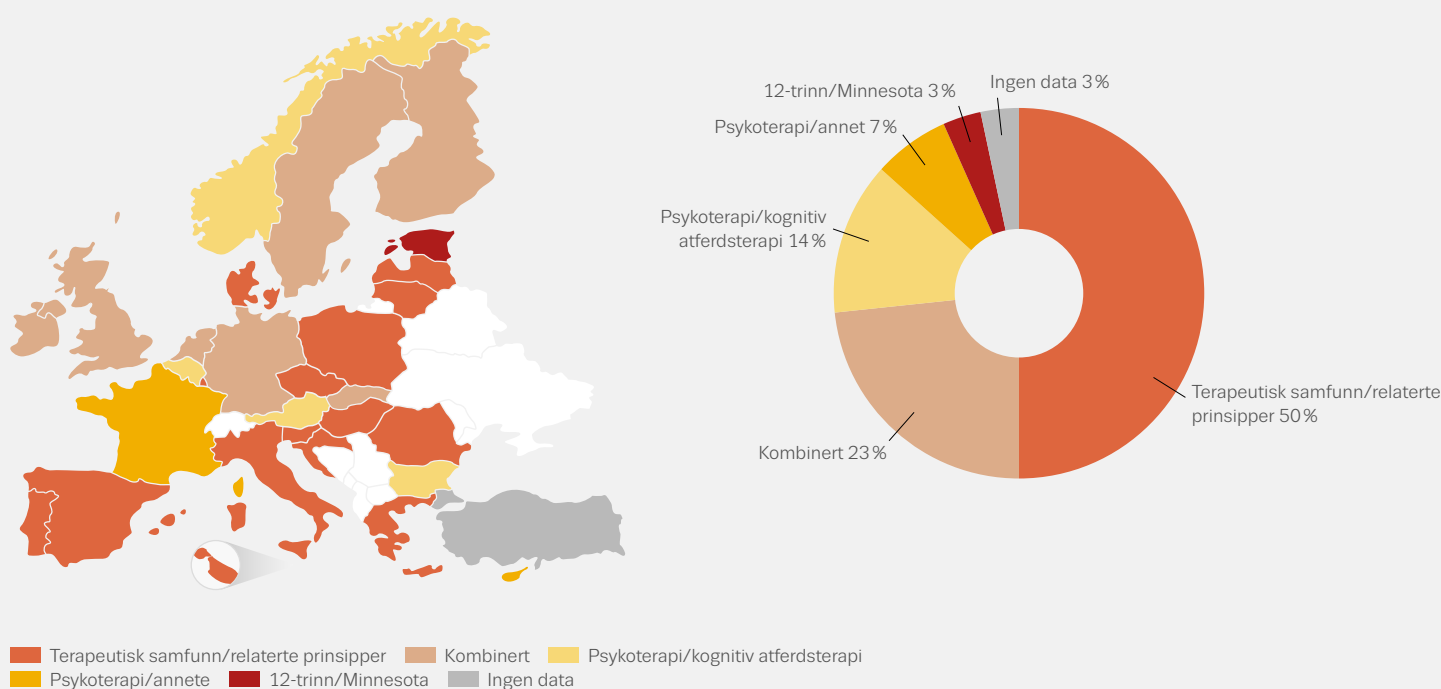
Når det gjelder dekningen av substitusjonsbehandling, dvs. andelen som mottar intervensjonen av dem som trenger det, anslås det at mer enn 50 % av Europas problembrukere av opioider mottar slik behandling. Anslaget bør behandles med varsomhet av metodologiske årsaker, men i mange land har de fleste opioidbrukere vært i kontakt med behandlingsapparatet på et tidspunkt. Det er imidlertid fortsatt store forskjeller i dekning landene imellom. De laveste dekningsestimaterne (rundt 10 % eller lavere) rapporteres av Latvia, Slovakia og Polen (figur 3.9).

Medikamentfri behandling for opioidbruk tilbys i alle europeiske land. I de ti landene som har lagt frem tilstrekkelige data, varierer dekningen av andre behandlingsmetoder enn substitusjonsbehandling fra 3 % til 17 % av alle problembrukere av opioider, til over 50 % i Ungarn (figur 3.10).



FIGUR 3.11

Vanligste behandlingstilnærming i programmer som baserer seg på døgnopphold, etter samlet antall, på nasjonalt (venstre) og europeisk (høyre) plan, 2011



Behandling i døgninstitusjon: prinsipper fra terapeutiske samfunn dominerer

I de fleste europeiske land utgjør behandlingsprogrammer i døgninstitusjon en viktig del av behandlingen og rehabiliteringen av narkotikabrukere. En nyere studie fra EMCDDA identifiserte 2 500 behandlingssentre basert på døgnopphold i Europa, og mer enn to tredeler av sentrene er konsentrert i seks land: Tyskland, Spania, Irland, Italia, Sverige og Storbritannia. Døgninstitusjoner basert på prinsipper fra terapeutiske samfunn utgjør den største gruppen (2 330), og 17 land rapporterer at alle deres døgninstitusjoner er av denne typen. I tillegg ble 170 sykehusbaserte behandlingsprogrammer identifisert i Europa.

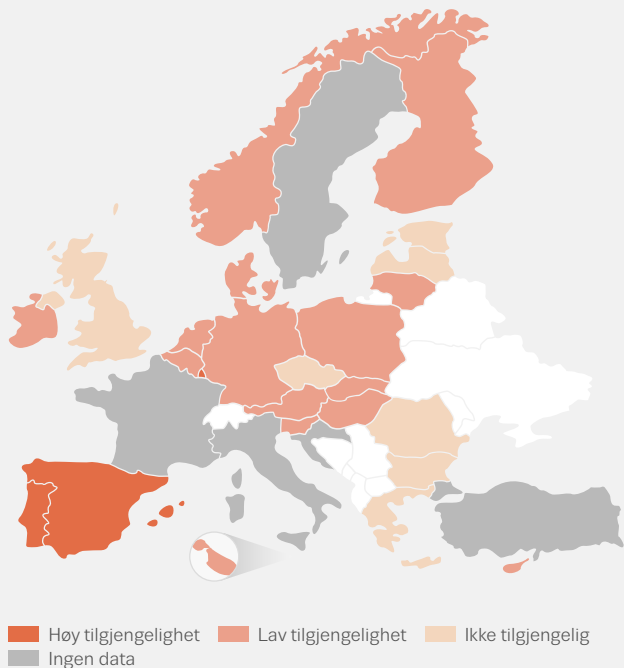
Mange programmer som baserer seg på døgnopphold, fokuserer på helse, personlig og sosial funksjonsevne og økt livskvalitet, og bygger på en av de fire terapeutiske hovedtilnærmingerne: 12-trinns- eller Minnesota-modellen, terapeutiske samfunn, psykoterapi basert på kognitiv atferdsterapi og psykoterapi basert på andre omsorgsmodeller. Av disse dominerer modellen basert på terapeutiske samfunn i 15 land (figur 3.11).

Dokumentasjonen på effekten av medikamentfrie terapeutiske samfunn er ikke entydig, delvis på grunn av metodologiske problemer med undersøkelse av behandlingsutfall på dette området. Det meste av forskningen på temaet i Europa begrenser seg til observasjonsstudier, og konklusjonene er derfor nødvendigvis tentative. Generelt rapporterer studiene imidlertid om positive behandlingsutfall, forbundet med lengre behandlingstid og fullført behandling. Nesten alle observasjonsstudier rapporterer at pasienter i terapeutiske samfunn viser nedgang i narkotikabruk og arrestasjoner, samt en bedring i livskvalitet.

Selv om behandlingsprogrammer basert på døgnopphold historisk sett har vært medikamentfrie, tyder nyere data på at det er blitt mer vanlig å tilby substitusjonsbehandling som en del av behandling på døgninstitusjon for opioidbrukere. Hele 18 av 25 rapporterende land rapporterte at substitusjonsbehandling med opioider var et element i behandling på døgninstitusjon (figur 3.12).

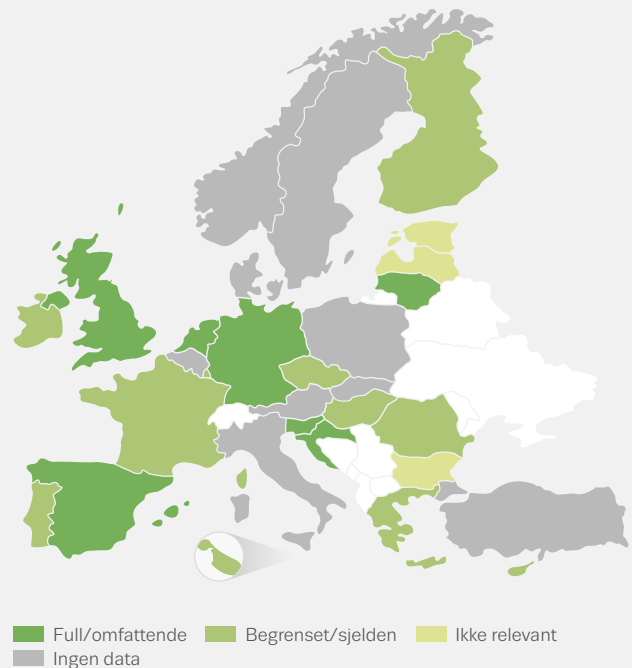
FIGUR 3.12

Tilgjengelighet av substitusjonsbehandling med opioider innenfor programmer basert på døgnopphold, 2011



FIGUR 3.13

Tilgjengelighet av arbeidsmarkedstiltak for klienter i behandling for narkotikabruk (ekspertvurderinger, 2011)



Sosial reintegrasjon: fokus på muligheter for å komme i arbeid

Tjenester knyttet til sosial reintegrasjon støtter behandling og forebygger tilbakefall ved å fokusere på viktige aspekter ved sosial eksklusjon av narkotikabrukere. Om lag halvparten av alle klienter som påbegynte narkotikabehandling i 2012, var arbeidsledige (47 %), og nesten én av ti manglet stabile boforhold (9 %). Lavt utdanningsnivå var også vanlig i denne gruppen. Selv om sosial reintegrasjon av narkotikabrukere defineres som et hovedmål i nasjonale narkotikastrategier, varierer tilbudet av slike intervensjoner betydelig landene imellom.

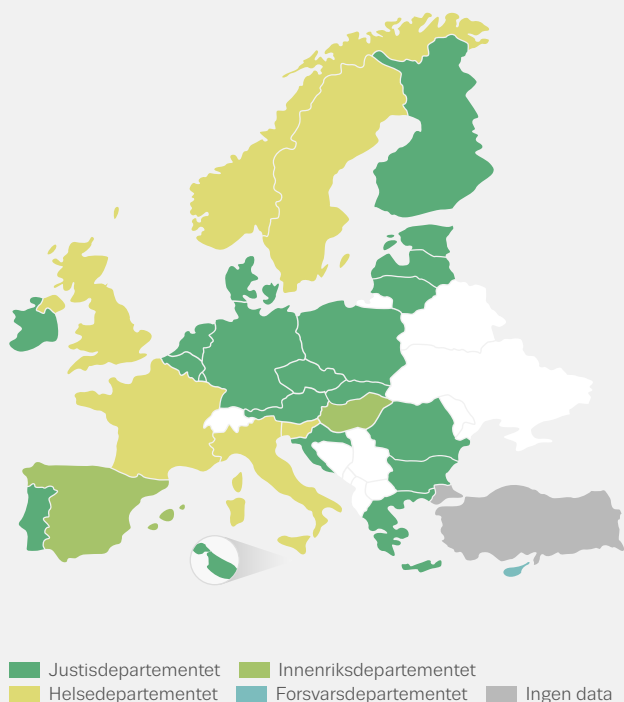
Å øke «ansettbarheten» til personer i narkotikabehandling kan gjøre det lettere å reintegrere dem i samfunnet. I hvilken grad en person er «ansettbar» avhenger av kunnskapen, ferdighetene og holdningene vedkommende har, måten disse evnene blir brukt på, og konteksten vedkommende søker jobb i. En måte å oppnå dette på er gjennom et støttesystem rettet mot vanskeligstilte personer, som har som mål å bygge bro mellom langtidsledighet og arbeidsmarkedet. Systemet omtales ofte som «overgangsarbeidsmarkedet» (intermediate labour market). Klienter under behandling tilbys for eksempel midlertidige ansettelseskontrakter, sammen med opplæring, arbeidstrening og aktiviteter knyttet til personlig utvikling og jobbsøking. Arbeidssamvirketiltak er et mye brukt virkemiddel i denne sammenhengen. Dette er

bedrifter som produserer sosialt nyttige varer eller tjenester og ansetter grupper som sliter med å få innpass på arbeidsmarkedet. Selv om slike tiltak er tilgjengelig i de fleste medlemsstatene (se figur 3.13), virker det som om tilgangen til dem er begrenset for personer som gjennomgår behandling for narkotikabruk, noe som kan kompliseres av høy arbeidsledighet i befolkningen generelt.

Tjenester knyttet til sosial reintegrasjon støtter behandling og forebygger tilbakefall ved å fokusere på viktige aspekter ved sosial eksklusjon av narkotikabrukere

FIGUR 3.14

Departement med ansvar for fengselshelsetjenesten



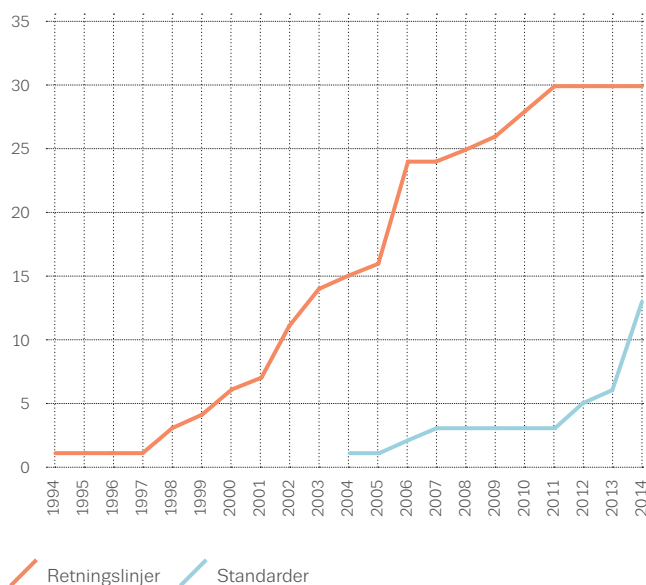
Fengselshelse fortsatt underlagt justis- og innenriksministerier

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

De fleste land har etablert tverrinstitusjonelt samarbeid mellom fengselshelsetjenesten og behandlingsapparatet ute i samfunnet. Slikt samarbeid skal tilby helseopplysning og behandling i fengsel og sikre kontinuitet i omsorgen ved innsettelse så vel som løslatelse. Generelt er fengselshelsetjenester underlagt justis- eller innenriksdepartementet. I noen land har imidlertid helsedepartementet overtatt ansvaret for fengselshelsetjenesten (figur 3.14), noe som legger til rette for økt integrasjon med det allmenne helsetilbudet i lokalsamfunnet.

FIGUR 3.15

Samlet antall land som har publisert retningslinjer og kvalitetsstandarder for helsemessige og sosiale tiltak på narkotikafeltet, etter utgivelsesår



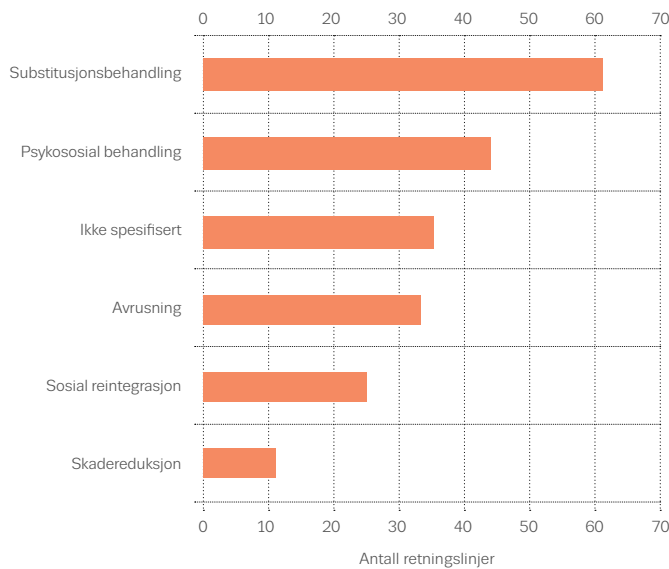
Det tilbys nå substitusjonsbehandling med opioider i fengsler i 26 av de 30 landene som overvåkes av EMCDDA, selv om innføringen i fengselmiljøer generelt har gått saktere enn i samfunnet for øvrig. Det kan også finnes begrensninger i tilbudet, for eksempel omfatter tilbudet om substitusjonsbehandling i fire land bare innsatte som allerede fikk slik behandling før de ble innsatt

Evidensbaserte tiltak: bruk av retningslinjer og standarder

Europas helsemessige og sosiale tiltak mot narkotikaproblemer er i stadig større grad basert på retningslinjer og kvalitetsstandarder som har til formål å omsette vitenskapelig dokumentasjon til tilfredsstillende, varige resultater. Generelt kan vi se en prosess der det tar flere år fra retningslinjene er på plass til kvalitetsstandarder innføres (figur 3.15).

FIGUR 3.16

Nasjonale narkotikarelaterte retningslinjer for helsemessige og sosiale tiltak på narkotikafeltet, rapportert i Europa frem til 2013



Europas helsemessige og sosiale tiltak mot narkotikaproblemer er i stadig større grad basert på retningslinjer og kvalitetsstandarder

Retningslinjer er uttalelser som omfatter anbefalinger som er ment å optimalisere pasientomsorgen. De er vanligvis basert på en systematisk gjennomgang av evidensgrunnlaget og en vurdering av fordelene og ulempene ved ulike omsorgsalternativer. Formålet med retningslinjene er å hjelpe pasienter, omsorgspersoner og tjenesteytere med å velge hensiktsmessige tiltak. I løpet av de siste 20 årene er det utgitt mer enn 150 sett med retningslinjer knyttet til narkotika, og retningslinjer har vært tilgjengelig i alle medlemsstatene siden 2011. Retningslinjene dekker hele spekteret av helsemessige og sosiale tiltak på rusmiddelfeltet, selv om det er flere retningslinjer for helsetiltak som substitusjonsbehandling og avrusning enn for skadereduksjon og sosial reintegrasjon (figur 3.16).

Kvalitetsstandarder er evidensbaserte prinsipper og regelverk som brukes til å gjennomføre de intervensjonene som anbefales i retningslinjene. De kan vise til innhold, prosesser eller strukturelle aspekter ved kvalitetssikring, som arbeidsmiljøet og sammensetningen av personell. Innenfor det forebyggende arbeidet er det på europeisk plan utarbeidet et sett med kvalitetsstandarder som skal støtte utvikling av programmer. Disse standardene fremhever faktorer som å sikre at tiltakene er relevante for målgruppen, at de er i tråd med anerkjente etiske prinsipper, og at det vitenskapelige evidensgrunnlaget integreres og fremmes.

FINN UT MER

Publikasjoner fra EMCDDA

2014

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

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on drugs.

2013

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

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Thematic papers.

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

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

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on drugs.

2012

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

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

New heroin-assisted treatment, Insights.

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

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

2011

European drug prevention quality standards, Manual.

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

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Monographs.

Treatment and care for older drug users, Selected issues.

2009

Internet-based drug treatment interventions, Insights.

Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents, Thematic papers.

2008

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

Drugs and vulnerable groups of young people, Selected issues.

Felles publikasjoner fra EMCDDA og ECDC

2011

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

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

4

**Det internasjonale rammeverket
for kontroll med produksjon av,
handel med og besittelse
av over 240 psykoaktive stoffer
bygger på tre FN-konvensjoner**

Narkotikapolitikk

På europeisk plan utgjør EUs narkotikarelaterte regelverk og flerårige strategi- og handlingsplaner et rammeverk for samordnet handling. På nasjonalt plan er det regjeringene og nasjonalforsamlingene som har ansvar for å vedta de nødvendige juridiske, strategiske, organisatoriske og budsjettmessige rammene for å bekjempe narkotikaproblemer.

Overvåking av narkotikapolitikken

Sentrale narkotikapolitiske dimensjoner som kan overvåkes på europeisk plan, omfatter narkotikalovgivning og narkotikalovbrudd, nasjonale narkotikastrategier og handlingsplaner, samordning av politikk og evalueringsordninger samt narkotikarelaterte budsjetter og offentlige utgifter. Data samles inn av EMCDDA via nettverket av nasjonale kontaktpunkter og nettverket av juridiske og politiske korrespondenter. Data og metodeopplysninger om narkotikalovbrudd finnes på nettområdet Europeisk narkotikarapport: Data og statistikk, og omfattende informasjon om europeisk narkotikapolitikk og -lovgivning er også tilgjengelig på nettet.

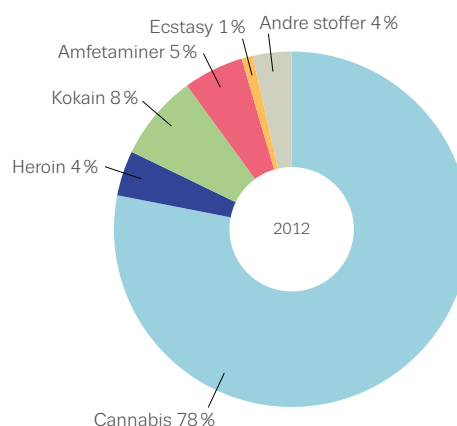
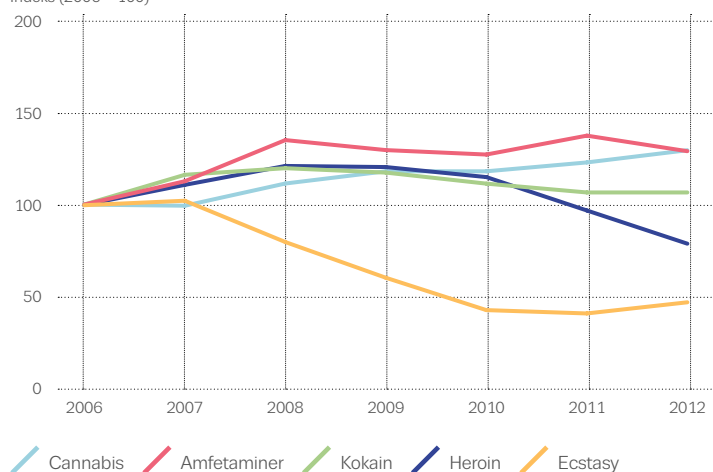
Narkotikalovgivning: et felles rammeverk

Det internasjonale rammeverket for kontroll med produksjon av, handel med og besittelse av over 240 psykoaktive stoffer bygger på tre FN-konvensjoner. De forplikter hver av statene til å betrakte uautorisert forsyning som en forbrytelse. Det samme kreves når det gjelder besittelse av narkotika for personlig bruk, men med forbehold for landets "forfatningsprinsipper og de grunnleggende begrepene i landets rettssystem". Denne bestemmelsen er blitt tolket på ulike måter, noe som gjenspeiles i de mange ulike tilnærmingene som finnes på dette området i Europa og verden for øvrig.

FIGUR 4.1

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

Indeks (2006 = 100)



Besittelse for personlig bruk: stadig mindre bruk av fengselsstraff

I de fleste europeiske land er besittelse av narkotika for personlig bruk – og noen ganger også bruk av narkotika – en forbrytelse som kan medføre fengselsstraff. I mange europeiske land er imidlertid fengselsstraff uvanlig, og den generelle trenden i Europa siden år 2000 har vært å redusere muligheten for fengselsstraff for besittelse av narkotika til egen bruk. Noen land har fjernet muligheten for fengsling helt, mens andre har gått lengre og vedtatt kun å bruke ikke-strafferettslige sanksjoner, vanligvis et gebyr, for besittelse ment til egen bruk.

I de fleste europeiske land var flertallet av de rapporterte narkotikalovbruddene relatert til narkotikabruk eller besittelse for bruk. Det anslås at over en million slike lovbrudd ble rapportert i Europa i 2012, en økning på 17 % sammenlignet med 2006. Mer enn tre firedeler av de rapporterte lovbruddene involverte cannabis (figur 4.1).

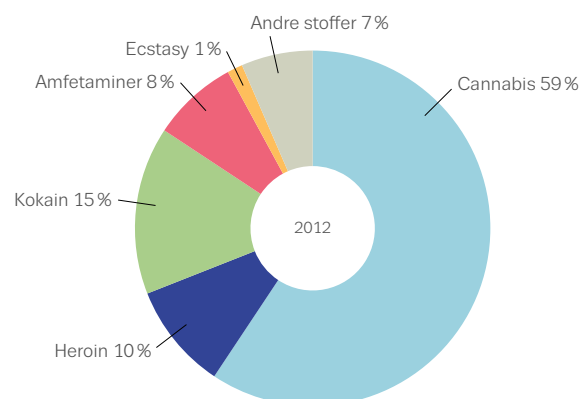
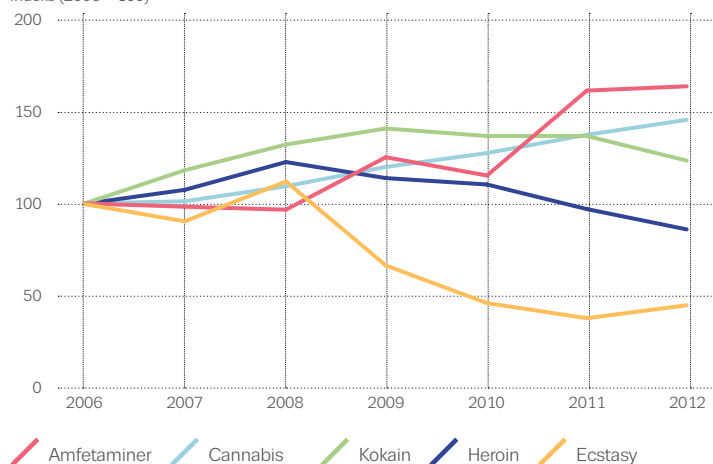
Forsyning av narkotika: store forskjeller i straffenivå

Illegal forsyning av narkotika blir alltid betraktet som en forbrytelse i Europa, men straffene varierer betraktelig landene imellom. I enkelte land kan forsyningslovbrudd være omfattet av én enkelt vid strafferamme (inntil fengsel på livstid). Andre land opererer med et skille mellom mindre alvorlige og alvorlige forsyningslovbrudd, basert på

FIGUR 4.2

Rapporterte lovbrudd relatert til forsyning av narkotika i Europa, trender og fordeling på stoff

Indeks (2006 = 100)



faktorer som mengden eller typen stoff, med tilhørende maksimums- og minimumsstraffer.

Antallet rapporterte lovbrudd relatert til forsyning av narkotika har samlet sett økt med 28 % siden 2006 og var oppe i over 230 000 tilfeller i 2012. På samme måte som for besittelse var de fleste lovbruddene knyttet til cannabis. Kokain, heroin og amfetamin sto imidlertid for en større andel av de forsyningsrelaterte lovbruddene enn av lovbruddene som var relatert til besittelse for personlig bruk. Den nedadgående trenden i lovbrudd knyttet til forsyning av kokain og heroin fortsetter (figur 4.2).

Nye psykoaktive stoffer: kontrollsystemer under utvikling

Den raske hastigheten hvor nylig kontrollerte stoffer erstattes med nye substanser, og mangfoldet av tilgjengelige produkter representerer en alvorlig utfordring for europeiske lovgivere.

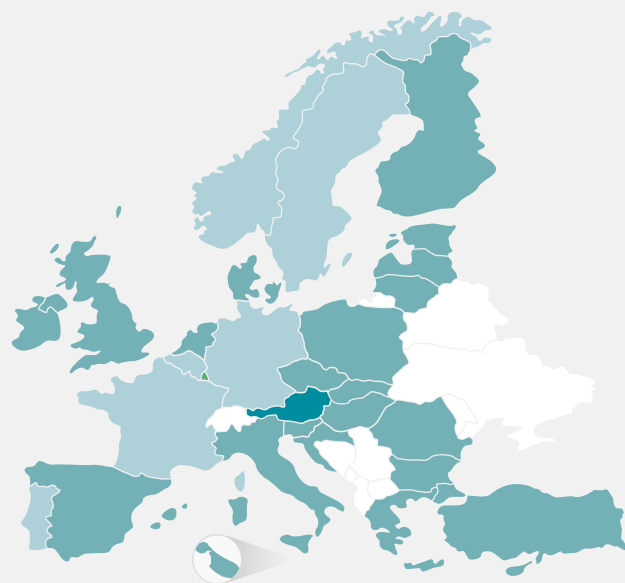
På nasjonalt plan har disse utfordringene gitt opphav til en rekke ulike juridiske virkemidler i de europeiske landene. Generelt kan de deles i tre typer. For det første kan landene benytte eksisterende lovgivning som ikke gjelder kontrollerte stoffer, som forbrukervern- eller legemiddelovgivning. I Polen ble mer enn 1 000 utsalgssteder stengt i løpet av en enkelt helg i 2010 ved hjelp av eksisterende helsevernlovgivning. For det andre kan landene utvide eller tilpasse eksisterende narkotikalovgivning eller -prosedyrer. I Storbritannia ble det i 2011 mulig å midlertidig klassifisere stoffer som narkotika (Temporary Class Drug Orders) for å kontrollere forsyningen mens helseisiklene ble undersøkt nærmere. For det tredje kan landene utarbeide ny lovgivning. I 2013 innførte Portugal og Slovakia lover som var utformet spesielt for å stanse uautorisert salg av visse nye stoffer.

Dette dynamiske området av lovgivningen er i stadig utvikling. Polen og Romania styrket nylig sin eksisterende lovgivning ved å innføre ny spesiallovgivning slik at både eksisterende og ny lovgivning nå brukes parallelt. I 2012 utarbeidet Kypros en ny versjon av sine generelle definisjoner for å dekke stoffer som faller utenfor dagens definisjoner, mens Nederland samme år gikk bort fra å bruke generelle definisjoner fordi de ikke ble ansett å være tilstrekkelig målrettede.

Det er stor variasjon mellom de ulike tiltakene når det gjelder kriteriene for å utløse rettslige tiltak og straffene for manglende overholdelse. Det virker uansett som at trenden går i retning mot at landene fokuserer på å straffe forsyning heller enn besittelse av disse stoffene.

FIGUR 4.3

Nasjonale rusmiddelstrategier og -handlingsplaner: hvilke som finnes, og omfang



■ Kombinert strategi for lovlige og ulovlige rusmidler
 ■ Strategi for ulovlige rusmidler ■ Ingen nasjonal rusmiddelstrategi
 NB: Mens Storbritannia har en strategi for ulovlige rusmidler, har både Wales og Nord-Irland kombinerte strategier som omfatter alkohol.

Nasjonale narkotikastrategier

Det er nå blitt fast praksis at nasjonale regjeringer i Europa vedtar strategier og handlingsplaner på rusmiddelområdet. Disse dokumentene, som gjelder for en begrenset periode, fastsetter generelle prinsipper, målsettinger og prioriteringer og spesifiserer tiltak og partene som er ansvarlige for å gjennomføre disse. Alle landene har nå en nasjonal strategi eller handlingsplan på rusmiddelområdet, bortsett fra Østerrike, som har planer på regionalt nivå. Syv land har vedtatt nasjonale strategier og handlingsplaner som dekker både lovlige og ulovlige rusmidler (figur 4.3). Mange land foretar nå en systematisk gjennomgang av sine strategier og handlingsplaner. Målet med gjennomgangen er vanligvis å finne ut hvor langt gjennomføringen er kommet og hvordan narkotikasituasjonen generelt har endret seg.

Det er nå blitt fast praksis at nasjonale regjeringer i Europa vedtar narkotikastrategier og -handlingsplaner

FIGUR 4.4

Ulike interesseorganisasjoner på det narkotikapolitiske feltet

De senere årene har vi sett at organisasjoner i det sivile samfunn, herunder interessegrupper innen narkotikapolitikk, i økende grad involverer seg i utviklingen av narkotikastrategier. En nyere studie fra EMCDDA identifiserte mer enn 200 interesseorganisasjoner på det narkotikapolitiske feltet i Europa. Mer enn 70 % av dem var aktive på nasjonalt plan, og resten var jevnt fordelt mellom lokale og europeiske interesseorganisasjoner. Nesten to tredeler av organisasjonene hadde formål som fokuserte på utvikling av praksis – 39 % arbeidet for å fremme skadereduserende tiltak, mens 26 % tok sikte på å forebygge og redusere bruken av narkotika. Resten av organisasjonene fokuserte på lovendringer – 23 % gikk inn for å redusere kontrollen med narkotika, mens 12 % ønsket å styrke kontrollen.

De fleste interesseorganisasjoner jobber målrettet for å påvirke befolkningen og politikeres holdninger til og meninger om tjenestetilbud og narkotikakontroll. De bruker bevisstgjøringsaktiviteter som å delta i offentlig debatter eller å drive sosiale nettsamfunn for å påvirke narkotikapolitikken. Organisasjoner som fremmer skadereduserende tiltak eller reduksjon av kontrollen med narkotika, snakker hovedsakelig på vegne av narkotikabrukere, mens organisasjoner som jobber for å redusere bruken av narkotika og styrke kontrollen, hovedsakelig opptrer som talspersoner for samfunnet generelt og unge mennesker og familier spesielt.

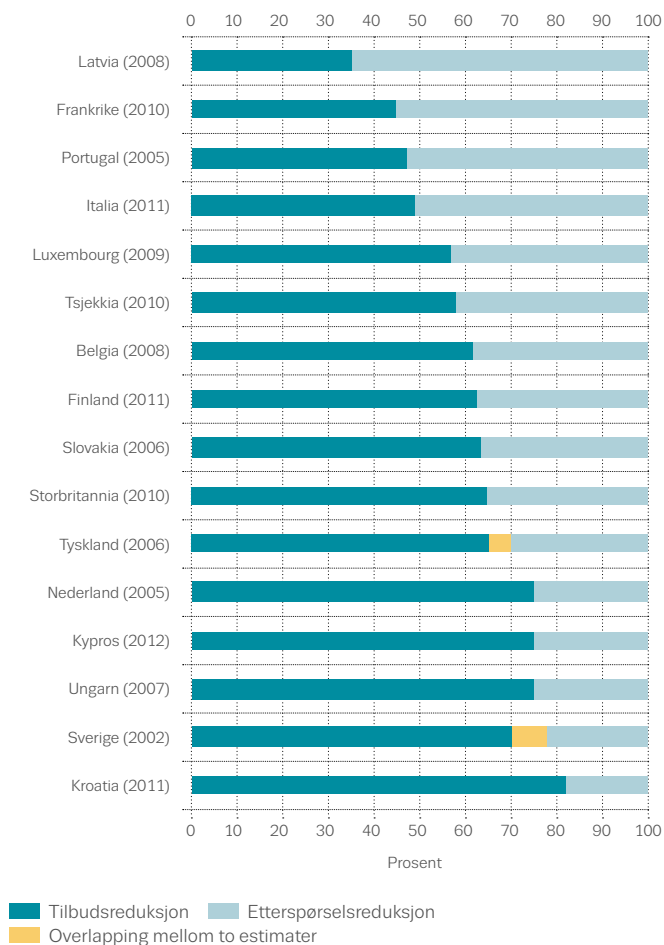
Økonomiske vurderinger: innstramming påvirker finansiering av tiltak

Konsekvensene av den økonomiske krisen er fortsatt merkbare i mange europeiske land. Omfanget av den finansielle konsolideringen eller innstrammingstiltakene og konsekvensene av disse varierer mellom landene i Europa. Blant de 18 landene som har tilstrekkelige data til å foreta en sammenligning, ble det rapportert om kutt i midler til helse, offentlig orden og sikkerhet – som er postene de fleste narkotikarelaterte offentlige utgiftene hører inn under. Samlet sett ble de største kuttene i offentlige utgifter mellom 2009 og 2011 observert i helsesektoren.

Flere europeiske land har også rapportert om kutt i midler til narkotikaprogrammer og -tjenester, noe som særlig har rammet forebyggende tiltak og narkotikarelatert forskning. I tillegg rapporterer flere land om at forsøk på å øremerke midler til narkotikabehandling ikke alltid har lyktes.

Økonomiske analyser kan være et viktig verktøy for å evaluere politiske tiltak, selv om den begrensede

Fordeling av narkotikarelaterte offentlige utgifter på etterspørsels- og tilbudsreduksjon



informasjonen som er tilgjengelig om narkotikarelaterte offentlige utgifter i Europa, utgjør et betydelig hinder og gjør det vanskelig å foreta sammenligninger landene imellom. For de 16 landene som har lagt frem anslag siden 2002, utgjør narkotikarelaterte offentlige utgifter mellom 0,01 % og 0,5 % av bruttonasjonalproduktet (BNP). Informasjonen som foreligger, tyder på at tiltak for å redusere tilførselen av narkotika står for den største andelen av narkotikarelaterte offentlige utgifter (figur 4.4).

Offentlige midler til forsyningsreduserende tiltak omfatter blant annet kostnader forbundet med innsatte narkotikaforbrytere. EMCDDA har beregnet en serie estimater, der det nedre estimatet bare tar hensyn til innsatte som er dømt for et narkotikalovbrudd, mens det øvre estimatet også omfatter personer i varetekt som risikerer å bli dømt for et narkotikalovbrudd. Med utgangspunkt i disse kriteriene brukte europeiske land anslagsvis 0,03 % av BNP, eller 3,7 milliarder euro, på innsatte narkotikaforbrytere i 2010. Hvis vi tar med personer i varetekt, øker anslaget til 0,05 % av BNP eller 5,9 milliarder euro.

FINN UT MER

Publikasjoner fra EMCDDA**2014**

Drug policy profiles — Austria, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles — Poland, EMCDDA Papers.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

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

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

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

2012

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

2011

Drug policy profiles: Portugal.

2009

Drug offences: sentencing and other outcomes, Selected issues.

2008

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

Felles publikasjoner fra EMCDDA og Europakommisjonen**2010**

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

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

Vedlegg

De nasjonale dataene som presenteres her, er hentet fra nettområdet *Europeisk narkotikarapport: Data og statistikk*, som inneholder ytterligere data, år, merknader og metadata

TABELL 1

OPIOIDER

Land	Estimat for problematisk bruk av opioider	Indikator for etterspørsel etter behandling, primærrusmiddel				Klienter i substitusjon behandling
		Opioidklienter som prosentandel av klienter som inntas til behandling		% av opioidklientene med injisering som viktigste inntaksmåte		
		Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang	Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang	
Land	Tilfeller pr. 1 000	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	antall
Belgia	–	34,5 (2 335)	17,1 (290)	21,7 (480)	12,4 (35)	17 351
Bulgaria	–	82,5 (1 631)	84,3 (253)	78,5 (963)	80,3 (196)	3 445
Tsjekkia	1,5–1,5	18,2 (1 615)	9,7 (417)	85,8 (1 370)	84,5 (348)	4 000
Danmark	–	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Tyskland	3,2–3,8	40,4 (30 841)	15,9 (3 343)	–	–	75 400
Estland	–	93,4 (510)	85,6 (107)	80,7 (406)	79,4 (85)	1 157
Irland	–	51,6 (3 971)	32,4 (1 058)	42,5 (1 633)	34,4 (353)	8 923
Hellas	2,6–3,2	77,5 (4 399)	68,9 (1 652)	39,7 (1 744)	36,3 (600)	9 878
Spania	0,9–1,0	29,7 (14 925)	13,2 (3 289)	18,1 (2 537)	12,1 (384)	76 263
Frankrike	–	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	152 000
Kroatia	3,2–4,0	80,9 (6 357)	27,9 (313)	74,5 (4 678)	42,3 (126)	4 565
Italia	3,8–5,2	55,5 (16 751)	39 (5 451)	55,7 (8 507)	46,4 (2 185)	98 460
Kypros	1,0–1,5	27,9 (278)	8,4 (41)	57,2 (159)	57,5 (23)	239
Latvia	5,4–10,7	49,9 (1 071)	26,3 (104)	91,3 (935)	80,9 (76)	355
Litauen	2,3–2,4	–	66 (140)	–	100 (140)	687
Luxembourg	5,0–7,6	58,8 (163)	–	44,1 (71)	–	1 226
Ungarn	0,4–0,5	5,9 (230)	1,8 (47)	70,9 (156)	56,8 (25)	637
Malta	5,8–6,6	75,4 (1 410)	35,2 (93)	61 (840)	53,9 (48)	1 094
Nederland	0,8–1,0	12,1 (1 302)	5,7 (352)	5,8 (45)	9 (19)	9 556
Østerrike	5,2–5,5	58 (2 110)	35,5 (488)	46,5 (727)	33,6 (127)	16 892
Polen	0,4–0,7	28,7 (808)	9 (104)	62,7 (449)	39,4 (39)	1 583
Portugal	–	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	24 027
Romania	–	37,4 (745)	25 (251)	89,3 (609)	86,5 (199)	531
Slovenia	4,0–4,8	81,1 (519)	64 (189)	50,6 (212)	39,7 (48)	3 345
Slovakia	1,0–2,5	26,3 (528)	13,1 (126)	74 (382)	69,6 (87)	465
Finland	–	61,9 (920)	38,1 (101)	81 (728)	74 (74)	2 439
Sverige	–	20,1 (248)	–	60,9 (148)	–	5 200
Storbritannia	7,9–8,3	56,4 (61 737)	33,4 (13 586)	34,5 (20 804)	30,6 (4 085)	171 082
Tyrkia	0,2–0,5	75,4 (3 557)	67,3 (1 695)	48,7 (1 734)	43,1 (730)	28 656
Norge	2,1–3,9	32,6 (2 902)	–	77,1 (145)	–	7 038
Den europeiske union	–	45,5 (174 345)	25,0 (35 567)	38,2 (50 759)	31,8 (9 574)	698 441
EU, Tyrkia og Norge	–	45,5 (181 804)	25,7 (37 262)	38,5 (52 638)	32,4 (10 304)	734 135

TABELL 2

KOKAIN

	Prevalenseestimer			Indikator for etterspørsel etter behandling, primærrusmiddel			
	Befolkningen generelt		Skoleelever	Kokainklienter som prosentandel av klienter som inntas til behandling		% av kokainklientene med injisering som viktigste inntaksmåte	
	Livstids-prevalens, voksne (15–64)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34)	Livstids-prevalens, studenter (15–16)	Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang	Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang
Land	%	%	%	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)
Belgia	–	2,0	4	15,3 (1 031)	16,3 (277)	7,4 (72)	2,2 (6)
Bulgaria	0,9	0,3	3	0,5 (9)	1 (3)	0 (0)	0 (0)
Tsjekkia	2,3	0,5	1	0,2 (19)	0,2 (10)	0 (0)	0 (0)
Danmark	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Tyskland	3,4	1,6	3	6,1 (4 620)	6 (1 267)	–	–
Estland	–	1,3	2	–	–	–	–
Irland	6,8	2,8	3	8,5 (654)	9,1 (297)	1,5 (9)	0 (0)
Hellas	0,7	0,2	1	4,1 (235)	4,2 (101)	19,4 (45)	8,9 (9)
Spania	8,8	3,6	3	40,4 (20 335)	42,5 (10 637)	1,9 (371)	0,9 (97)
Frankrike	3,7	1,9	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	9,9 (192)	4,1 (16)
Kroatia	2,3	0,9	2	1,9 (147)	4,3 (48)	3,5 (5)	2,2 (1)
Italia	4,2	1,3	1	24,2 (7 299)	30 (4 187)	4,1 (282)	3,4 (134)
Kypros	1,3	0,6	4	12,1 (121)	6,2 (30)	2,5 (3)	0 (0)
Latvia	1,5	0,3	–	0,3 (6)	0,5 (2)	0 (0)	0 (0)
Litauen	0,9	0,3	2	–	–	–	–
Luxembourg	–	–	–	12,6 (35)	–	39,4 (13)	–
Ungarn	0,9	0,4	2	1,6 (62)	1,6 (41)	11,5 (7)	7,5 (3)
Malta	0,4	–	4	13,4 (251)	28 (74)	30,7 (75)	14,5 (10)
Nederland	5,2	2,4	2	26,5 (2 867)	21,7 (1 328)	0,1 (2)	0,1 (1)
Østerrike	2,2	1,2	–	8,3 (301)	10,2 (140)	6,5 (19)	1,5 (2)
Polen	0,9	0,3	3	2,4 (69)	2,7 (31)	6,1 (4)	3,2 (1)
Portugal	1,2	0,4	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
Romania	0,3	0,2	2	1,2 (23)	1,9 (19)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2,1	1,2	3	4,8 (25)	4,2 (8)	40 (10)	12,5 (1)
Slovakia	0,6	0,4	2	0,5 (11)	0,9 (9)	0 (0)	0 (0)
Finland	1,7	0,6	1	–	–	–	–
Sverige	3,3	1,2	1	1,8 (16)	–	0 (0)	–
Storbritannia	9,0	3,3	4	12,6 (13 787)	16,9 (6 887)	2,1 (279)	0,9 (58)
Tyrkia	–	–	–	1,7 (82)	2 (50)	0 (0)	0 (0)
Norge	–	–	1	0,8 (67)	–	0 (0)	–
Den europeiske union	4,2	1,7	–	14,3 (54 824)	18,4 (26 150)	3 (1 413)	1,5 (341)
EU, Tyrkia og Norge	–	–	–	13,9 (54 973)	18,1 (26 200)	3 (1 413)	1,5 (341)

TABELL 3

AMFETAMINER

	Prevalenseestimer			Indikator for etterspørsel etter behandling, primærrusmiddel			
	Befolkningen generelt		Skoleelever	Amfetaminklienter som prosentandel av klienter som inntas til behandling		% av amfetaminklientene med injisering som viktigste inntaksmåte	
	Livstids-prevalens, voksne (15–64)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34)	Livstids-prevalens, studenter (15–16)	Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang	Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang
Land	%	%	%	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)
Belgia	–	–	5	9,4 (639)	7,4 (125)	15,4 (86)	9,8 (12)
Bulgaria	1,2	1,3	6	2,2 (43)	8 (24)	0 (0)	0 (0)
Tsjekkia	2,5	0,8	2	67,4 (5 999)	71 (3 040)	80,1 (4 761)	75,2 (2 255)
Danmark	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Tyskland	3,1	1,8	4	13,1 (9 959)	16,7 (3 498)	–	–
Estland	–	2,5	3	2,4 (13)	2,4 (3)	75 (9)	66,7 (2)
Irland	4,5	0,8	2	0,6 (45)	0,8 (25)	0 (0)	0 (0)
Hellas	0,1	0,1	2	0,1 (7)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
Spania	3,3	1,1	2	1,2 (595)	1,5 (363)	0,3 (2)	0 (0)
Frankrike	1,7	0,5	4	0,3 (98)	0,2 (22)	22,5 (18)	15,8 (3)
Kroatia	2,6	1,6	2	1,1 (85)	2 (22)	1,2 (1)	0 (0)
Italia	1,8	0,1	1	0,1 (33)	0,2 (22)	0 (0)	0 (0)
Kypros	0,7	0,4	4	–	–	–	–
Latvia	2,2	0,6	–	19,8 (426)	27,1 (107)	60,4 (223)	56,3 (54)
Litauen	1,2	0,5	3	–	5,7 (12)	–	75 (9)
Luxembourg	–	–	–	0,7 (2)	–	0 (0)	–
Ungarn	1,8	1,2	6	12,3 (476)	11,1 (285)	20 (94)	16 (45)
Malta	0,4	–	3	0,3 (5)	0,4 (1)	20 (1)	0 (0)
Nederland	3,1	–	3	5,9 (633)	6,1 (372)	1,8 (6)	0,5 (1)
Østerrike	2,5	0,9	–	3,2 (117)	4,3 (59)	0 (0)	0 (0)
Polen	2,9	1,4	4	21,7 (611)	22,4 (260)	10,1 (60)	3,5 (9)
Portugal	0,5	0,1	3	0,03 (1)	0,1 (1)	–	–
Romania	0,1	0,0	2	0,5 (9)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	0,9	0,8	2	1 (5)	2,1 (4)	0 (0)	0 (0)
Slovakia	0,5	0,3	2	44,7 (895)	49,3 (474)	27,8 (244)	19,2 (90)
Finland	2,3	1,6	1	12,2 (181)	9,8 (26)	80,4 (135)	68 (17)
Sverige	5,0	1,5	1	14,9 (130)	–	76,5 (176)	–
Storbritannia	10,6	1,1	2	2,8 (3 084)	3,3 (1 329)	26,1 (744)	19,4 (241)
Tyrkia	0,3	–	–	–	–	–	–
Norge	–	–	1	11,9 (1 057)	–	70,2 (203)	–
Den europeiske union	3,4	0,9	–	6,5 (24 553)	7,2 (10 229)	48 (6 569)	43 (2 738)
EU, Tyrkia og Norge	–	–	–	6,5 (25 610)	7,1 (10 229)	48,5 (6 772)	43 (2 738)

TABELL 4

ECSTASY

	Prevalensestimater			Indikator for etterspørsel etter behandling, primærrusmiddel	
	Befolkningen generelt		Skoleelever	Ecstasyklienter som prosentandel av klienter som inntas til behandling	
	Livstidsprevalens, voksne (15–64)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34)	Livstidsprevalens, studenter (15–16)	Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang
Land	%	%	%	% (antall)	% (antall)
Belgia	–	–	4	0,5 (36)	1,1 (19)
Bulgaria	2,0	2,9	4	–	–
Tsjekkia	3,6	1,2	3	0,1 (6)	0,1 (3)
Danmark	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)
Tyskland	2,7	0,9	2	–	–
Estland	–	2,3	3	–	–
Irland	6,9	0,9	2	0,6 (46)	1 (32)
Hellas	0,4	0,4	2	0,2 (10)	0,2 (4)
Spania	3,6	1,4	2	0,2 (103)	0,3 (78)
Frankrike	2,4	0,4	3	0,5 (186)	0,2 (22)
Kroatia	2,5	0,5	2	0,4 (31)	0,4 (4)
Italia	1,8	0,1	1	0,2 (61)	0,2 (32)
Kypros	0,9	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)
Latvia	2,7	0,8	3	0,2 (4)	0,5 (2)
Litauen	1,3	0,3	2	–	–
Luxembourg	–	–	–	–	–
Ungarn	2,4	1,0	4	1,5 (57)	1,3 (34)
Malta	0,7	–	3	1,1 (20)	2,7 (7)
Nederland	6,2	3,1	3	0,6 (66)	0,9 (58)
Østerrike	2,3	1,0	–	0,7 (24)	0,9 (13)
Polen	1,1	0,3	2	0,2 (7)	0,2 (2)
Portugal	1,3	0,6	3	0,1 (4)	0,2 (4)
Romania	0,7	0,4	2	0,2 (3)	0,2 (2)
Slovenia	2,1	0,8	2	0,4 (2)	1,1 (2)
Slovakia	1,9	0,9	4	–	–
Finland	1,8	1,1	1	0,1 (2)	0,4 (1)
Sverige	2,1	0,2	1	–	–
Storbritannia	8,3	2,4	4	0,2 (270)	0,4 (166)
Tyrkia	0,1	0,1	–	1,1 (53)	1,6 (41)
Norge	–	–	1	–	–
Den europeiske union	3,1	1,0	–	0,2 (953)	0,3 (493)
EU, Tyrkia og Norge	–	–	–	0,3 (1 006)	0,4 (534)

TABELL 5

CANNABIS

	Prevalensestimater			Indikator for etterspørsel etter behandling, primærrusmiddel	
	Befolkningen generelt		Skoleelever	Cannabisklienter som prosentandel av klienter som inntas til behandling	
	Livstidsprevalens, voksne (15–64)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34)	Livstidsprevalens, studenter (15–16)	Alle klienter som inntas til behandling	Klienter som inntas til behandling for første gang
Land	%	%	%	% (antall)	% (antall)
Belgia	14,3	11,2	24	31,2 (2 112)	49,4 (839)
Bulgaria	7,5	8,3	21	3,4 (67)	5,7 (17)
Tsjekkia	27,9	18,5	42	12,5 (1 111)	17,5 (747)
Danmark	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Tyskland	23,1	11,1	19	34,4 (26 208)	54,5 (11 431)
Estland	–	13,6	24	2,9 (16)	8 (10)
Irland	25,3	10,3	18	28,8 (2 216)	45,8 (1 498)
Hellas	8,9	3,2	8	15,7 (889)	24,6 (589)
Spania	27,4	17,0	28	25,6 (12 873)	38,9 (9 736)
Frankrike	32,1	17,5	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)
Kroatia	15,6	10,5	18	12,7 (1 001)	56,3 (630)
Italia	21,7	8,0	14	17,1 (5 176)	26 (3 629)
Kypros	9,9	4,2	7	53,3 (532)	81,9 (399)
Latvia	12,5	7,3	25	14,6 (314)	26,8 (106)
Litauen	10,5	5,1	20	–	3,3 (7)
Luxembourg	–	–	–	26 (72)	–
Ungarn	8,5	5,7	19	65,9 (2 560)	74,9 (1 927)
Malta	3,5	1,9	10	8,4 (157)	29,2 (77)
Nederland	25,7	13,7	26	47,6 (5 143)	57,8 (3 542)
Østerrike	14,2	6,6	–	25,3 (919)	45,4 (623)
Polen	12,2	12,1	23	35,6 (1 003)	53,6 (623)
Portugal	9,4	5,1	14	13,9 (525)	25,4 (457)
Romania	1,6	0,6	7	11,1 (222)	18,1 (182)
Slovenia	15,8	10,3	23	10,4 (54)	26,5 (50)
Slovakia	10,5	7,3	27	21,6 (432)	32 (308)
Finland	18,3	11,2	11	18 (267)	42,6 (113)
Sverige	14,9	6,9	7	16 (197)	–
Storbritannia	30,0	10,5	24	22,4 (24 498)	37,1 (15 107)
Tyrkia	0,7	0,4	–	15,8 (744)	22 (555)
Norge	19,2	7,9	5	19,2 (1 711)	–
Den europeiske union	21,7	11,2	–	27,9 (106 981)	42,2 (59 901)
EU, Tyrkia og Norge	–	–	–	27,6 (109 436)	41,8 (60 456)

TABELL 6

ANDRE INDIKATORER

	Narkotikainduserte dødsfall (aldersgruppen 15–64)	HIV-diagnoser blant sprøytebrukere av narkotika (ECDC)	Estimat for injeksjonsbruk	Sprøyter utdelt gjennom spesialiserte programmer
Land	tilfeller pr. million innbyggere (antall)	tilfeller pr. million innbyggere (antall)	tilfeller pr. 1 000 innbyggere	antall
Belgia	17,4 (127)	0,4 (4)	2,5–4,8	937 924
Bulgaria	4,8 (24)	5,5 (40)	–	466 603
Tsjekkia	3,9 (28)	0,6 (6)	5,32–5,38	5 362 334
Danmark	46,3 (168)	2 (11)	–	–
Tyskland	16,8 (908)	1 (81)	–	–
Estland	190,8 (170)	53,7 (72)	4,3–10,8	2 228 082
Irland	70,5 (215)	2,8 (13)	–	274 475
Hellas	–	42,9 (484)	0,93–1,25	406 898
Spania	11,4 (360)	4,4 (166)	0,19–0,21	1 990 136
Frankrike	6,7 (283)	1,2 (76)	–	13 800 000
Kroatia	16,1 (46)	0,2 (1)	0,3–0,6	256 544
Italia	10,1 (390)	3,4 (208)	–	–
Kypros	12 (7)	0 (0)	0,2–0,4	0
Latvia	12,4 (17)	46 (94)	–	311 188
Litauen	34,7 (70)	20,6 (62)	–	196 446
Luxembourg	22,1 (8)	7,6 (4)	4,5–6,85	212 822
Ungarn	3,5 (24)	0 (0)	0,8	420 812
Malta	16,2 (4)	0 (0)	–	376 104
Nederland	10,2 (113)	0,4 (7)	0,21–0,22	237 400
Østerrike	28,1 (160)	4,5 (38)	–	4 625 121
Polen	9,9 (271)	1,1 (42)	–	98 000
Portugal	4,2 (29)	5,3 (56)	–	1 341 710
Romania	2 (28)	8 (170)	–	1 074 394
Slovenia	18,4 (26)	0,5 (1)	–	553 426
Slovakia	6,2 (24)	0,2 (1)	–	11 691
Finland	58 (205)	1,3 (7)	–	3 539 009
Sverige	62,6 (383)	1,7 (16)	–	73 125
Storbritannia	38,3 (1 598)	1,8 (111)	2,9–3,2	9 349 940
Tyrkia	3,1 (154)	0,1 (6)	–	–
Norge	75,9 (250)	2,2 (11)	2,2–3,1	3 011 000
Den europeiske union	17,1 (5 686)	3,5 (1 771)	–	–
EU, Tyrkia og Norge	–	3,1 (1 788)	–	–

TABELL 7

BESLAG

	Heroin		Kokain		Amfetaminer		Ecstasy	
	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag
Land	kg	antall	kg	antall	kg	antall	tabletter (kg)	antall
Belgia	112	1 953	19 178	3 349	58	2 641	26 874 (–)	1 015
Bulgaria	285	44	115	30	84	68	6 164 (30)	3
Tsjekkia	8	41	8	44	32	357	1 782 (0,01)	12
Danmark	41	430	42	2 056	303	1 817	72 654 (–)	523
Tyskland	242	3 381	1 258	3 618	1 196	11 919	313 179 (–)	1 786
Estland	0,0004	1	3	49	41	319	9 210 (0,01)	56
Irland	60	766	459	391	23	143	148 195 (6)	311
Hellas	331	2 045	201	432	0,3	22	3 253 (0,4)	7
Spania	229	5 822	20 754	37 880	251	2 511	175 381 (–)	2 128
Frankrike	701	–	5 602	–	307	–	156 337 (–)	–
Kroatia	30	192	6	132	3	268	– (1,1)	105
Italia	951	2 983	5 319	6 633	12	63	19 051 (20)	138
Kypros	1	34	7	88	0,5	50	102 (0,1)	9
Latvia	1	427	1	28	30	820	847 (–)	24
Litauen	0,5	112	120	10	80	119	54 (–)	8
Luxembourg	3	190	2	122	1	13	137 (–)	10
Ungarn	3	26	13	118	30	492	12 437 (0,8)	91
Malta	1	44	143	80	0,2	3	1 080 (–)	27
Nederland	750	–	10 000	–	681	–	2 442 200 (61)	–
Østerrike	222	393	65	912	35	607	8 998 (–)	113
Polen	36	–	213	–	618	–	31 092 (0,01)	–
Portugal	66	971	4 020	1 238	0,2	44	867 (7)	101
Romania	45	215	55	85	4	16	12 861 (0,02)	112
Slovenia	20	439	27	251	9	203	960 (–)	16
Slovakia	0,3	82	2	19	11	607	529 (–)	16
Finland	0,07	47	26	147	139	2 616	23 623 (–)	513
Sverige	7	363	34	1 010	361	3 609	38 630 (3)	441
Storbritannia	831	10 624	3 324	18 569	1 491	6515	473 000 (–)	3 716
Tyrkia	13 301	4 155	476	1 434	619	108	2 961 553 (357)	4 445
Norge	45	1 277	67	860	317	6 801	6 579 (2)	274
Den europeiske union	4 977	31 625	70 997	77 291	5 802	35 842	3 979 497 (130)	11 281
EU, Tyrkia og Norge	18 323	37 057	71 540	79 585	6 737	42 751	6 947 629 (489)	16 000

TABELL 7

BESLAG (forts.)

	Hasj		Marihuana		Cannabisplanter	
	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag
Land	kg	antall	kg	antall	planter (kg)	antall
Belgia	1 338	4 500	5 635	19 672	330 675	1 111
Bulgaria	15 967	4	1 319	127	13 072 (2 517)	26
Tsjekkia	21	24	563	558	90 091 (–)	259
Danmark	1 334	9 239	223	1 287	– (1 401)	675
Tyskland	2 386	6 490	4 942	28 744	97 829 (–)	2 204
Estland	5	48	25	466	– (7)	12
Irland	1 185	527	1 020	1 843	11 601 (–)	542
Hellas	44	145	22 383	6 262	34 040 (–)	831
Spania	325 563	179 993	10 457	150 206	– (39 932)	1 677
Frankrike	51 118	–	3 270	–	131 307 (–)	–
Kroatia	23	343	1 070	4 098	6 703 (–)	211
Italia	21 893	6 184	21 496	4 660	4 122 617 (–)	1 216
Kypros	0,1	20	100	863	385 (–)	39
Latvia	117	64	74	414	– (335)	4
Litauen	424	23	96	242	– (–)	–
Luxembourg	1	83	30	774	39 (–)	9
Ungarn	3	103	1 777	2 092	7 382 (–)	193
Malta	16	96	3	50	46 (–)	5
Nederland	2 200	–	12 600	–	1 400 000 (–)	–
Østerrike	174	1 192	812	5 732	– (173)	210
Polen	39	–	1 489	–	61 585 (–)	–
Portugal	18 304	3 298	49	554	7 788 (–)	397
Romania	27	1 492	335	262	3 125 (300)	30
Slovenia	3	66	706	3 350	11 166 (–)	174
Slovakia	1	17	177	1 242	2 927 (–)	38
Finland	714	1 870	–	5 036	18 150 (66)	3 339
Sverige	1 091	6 761	641	7 611	–	–
Storbritannia	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625	15 846
Tyrkia	27 413	6 881	124 673	57 744	–	3 646
Norge	1 605	10 985	314	4 402	– (133)	364
Den europeiske union	457 424	239 942	104 535	394 891	6 906 153 (44 730)	29 048
EU, Tyrkia og Norge	486 442	257 808	229 522	457 037	6 906 153 (44 863)	33 058

Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk

Europeisk narkotikarapport 2014: Trender og utviklinger

Luxembourg: Den europeiske unions publikasjonskontor
2014 — 80 s. — 21 x 29,7 cm

ISBN: 978-92-9168-705-3

doi:10.2810/36919

HOW TO OBTAIN EU PUBLICATIONS

Free publications

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

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

Priced publications

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

Priced subscriptions

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

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

Om rapporten

Rapporten *Trender og utviklinger* gir en oversikt over narkotikasituasjonen i Europa og tar opp aspekter som forsyning, bruk og folkehelseproblemer samt narkotikapolitikk og -tiltak. Den er en del av pakken Europeisk narkotikarapport 2014, som i tillegg omfatter de nettbaserte ressursene *Europeisk narkotikarapport: Data og statistikk, landoversikter og Perspektiver på narkotika*.

Om EMCDDA

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

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