



Europeisk overvåkingscenter for
narkotika og narkotikamisbruk

NO

ISSN 2314-923X

Europeisk narkotika- rapport

Trender og utviklinger

2019



Europeisk overvåkingscenter for
narkotika og narkotikamisbruk

Europeisk narkotika- rapport

Trender og utviklinger

2019

Juridisk meddelelse

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

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

Luxembourg: Den europeiske unions publikasjonskontor, 2019

Print	ISBN 978-92-9497-414-3	ISSN 2314-9019	doi:10.2810/641831	TD-AT-19-001-NO-C
PDF	ISBN 978-92-9497-384-9	ISSN 2314-923X	doi:10.2810/16668	TD-AT-19-001-NO-N

© Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, 2019
Gjengivelse er tillatt med kildeangivelse.

Når det siteres fra rapporten, bør følgende referanse brukes: Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (2019), *Europeisk narkotikarapport 2019: Trender og utviklinger*, Den europeiske unions publikasjonskontor, Luxembourg.



Europeisk overvåkingssenter for
narkotika og narkotikamisbruk

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

Tlf. +351 211210200

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

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Innhold

- 5 Forord
- 9 Innledende merknad og bidragsyttere
- 11 | KOMMENTAR
Å forstå Europas narkotikasituasjon i 2019
- 19 | KAPITTEL 1
Forsyning og marked
- 41 | KAPITTEL 2
Prevalens og trender for narkotikabruk
- 63 | KAPITTEL 3
Narkotikarelaterte helseskader og tiltak
- 87 | VEDLEGG
Tabeller med nasjonale data

Forord

Det er med stor glede vi presenterer Europeisk narkotikarapport (EDR) 2019: Trender og utviklinger, EMCDDAs flaggskipspublikasjon. Rapporten gir en analyse av de nyeste dataene om narkotikasituasjonen og tiltak for å møte den i Den europeiske union, Norge og Tyrkia. Den støttes av andre, nettbaserte informasjonsressurser, herunder våre Statistiske opplysninger, som inneholder kildedata. EDR-pakken inneholder dessuten 30 nasjonale narkotikarapporter med en oversikt over situasjonen i alle landene som deltar i EUs narkotikainformasjonsnettverk.

DEN EUROPEISKE NARKOTIKARAPPORT-PAKKEN 2019

Innbyrdes forbundne elementer som gir tilgang til tilgjengelige data og analyser av narkotikaproblemet på europeisk og nasjonalt plan



EMCDDAs mål er å bidra til et sunnere og sikrere Europa. Dette vil vi oppnå ved å sikre et så godt informasjonsgrunnlag som mulig for narkotikapolitikken og tiltakene for å gjennomføre den. I flaggshipsrapporten vår finner interessentene en oppdatert oversikt over narkotikasituasjonen, noe som er nødvendig for å kunne utvikle effektive tiltak mot dagens problemer. I tillegg inneholder den en analyse av nye trusler slik at vi skal kunne forberede oss på framtidige utfordringer på dette hurtig skiftende og komplekse feltet.

Årets rapport foreligger på et kritisk tidspunkt i utviklingen av politikken på narkotikaområdet, særlig i forbindelse med den internasjonale debatten om hvordan FNs spesialsesjon om verdens narkotikaproblem i 2016 skal følges opp. Neste år blir det en endelig vurdering av EUs narkotikastrategi (2013–20). I løpet av denne perioden har man i Europa sett store forandringer i utfordringene på narkotikafeltet, blant annet framveksten av flere ikke-kontrollerte stoffer. Vi har også sett store forandringer i narkotikamarkedet og i narkotikabruken, og vår forståelse av hvilke intervensjoner som er effektive, har økt. Et marked dominert av plantebaserte stoffer importert til Europa, har utviklet seg til et marked der syntetiske stoffer og produksjon innenfor Europas grenser har blitt viktigere. Globalisering og teknologiske fremskritt har påvirket hvilke strategiske utfordringer europeiske politikere må ta i betraktning. Vi er stolte over EMCDDAs internasjonale ry for å holde tritt med disse endringene og legge fram den informasjonen som er nødvendig for å bidra til det samarbeidet og den koordineringen som EUs narkotikastrategi legger opp til.

Den europeiske union og EUs medlemsstater fokuserer på å nå målene som ble vedtatt i FNs 2030-agenda for bærekraftig utvikling. Mange aspekter ved disse målene er direkte og indirekte knyttet til narkotikaproblemer. For eksempel kan produksjon og smugling av narkotika gjøre stor skade på det fysiske miljøet, institusjonelle strukturer og hvilken livskvalitet som er oppnåelig for innbyggerne i landene det gjelder. Mål 3.3. og 3.5 fokuserer på å få slutt på epidemier av infeksjonssykdommer og bedre forebyggingen og behandlingen av problematisk bruk av narkotika. I denne sammenheng prøver man i Europa å nå målet med å utrydde virushepatitt blant sprøytebrukere. Blant disse er hepatitt C-viruset svært utbredt, men nye legemidler for å behandle infeksjonen har gjort utrydding av viruset til et mål som er mulig å nå. Derfor fokuserer vi i årets europeiske narkotikarapport særlig på behovet for å bygge ut forebyggings- og behandlingstilbudet og testingen, da dette er avgjørende ledd for å nå dette viktige folkehelsemålet.

Avslutningsvis vil vi uttrykke vår takknemlighet overfor våre nasjonale motparter i Reitox-nettet av nasjonale kontaktpunkter, våre andre nasjonale og internasjonale partnere, samt den vitenskapelige komité i EMCDDA. Uten deres støtte ville denne rapporten ikke ha vært mulig å lage. Vi er også takknemlige overfor våre partnere på europeisk plan, særlig Europakommisjonen, Europol, Europeisk senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC) og Det europeiske legemiddelkontor (EMA). I tillegg vil vi takke de spesialiserte nettverkene som har samarbeidet med oss og beriket rapporten vår med moderne og nyskapende data.

Laura d'Arrigo

Styreleder, EMCDDA

Alexis Goosdeel

Direktør, EMCDDA



| Innledende merknad og bidragsyttere

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

Formålet med rapporten er å gi en oversikt over og en oppsummering av narkotikasituasjonen i Europa og tiltak for å møte den. De statistiske dataene som presenteres her, gjelder for 2017 (eventuelt siste år med tilgjengelige data). Analyser av trender er bare basert på land som har lagt fram tilstrekkelig tallmateriale til å beskrive endringer i den aktuelle perioden. Leseren bør også være klar over at kartlegging av mønstre og trender for noe så skjult og stigmatisert som narkotikabruk innebærer både praktiske og metodologiske utfordringer. Derfor bruker vi flere datakilder som grunnlag for analysene i rapporten. Selv om vi har registrert betydelige forbedringer både nasjonalt og når det gjelder hva som er mulig å oppnå i en europeisk analyse, må vi likevel erkjenne de metodologiske utfordringene på området. Dataene må derfor tolkes med varsomhet, særlig når man sammenligner enkeltmål landene imellom. Forbehold og begrensninger for dataene er beskrevet i nettversjonen av rapporten og i [Statistical Bulletin](#), som inneholder detaljerte opplysninger om metoder, forbehold for analyser og kommentarer om begrensningene ved den tilgjengelige informasjonen. Der finnes også informasjon om metodene og dataene som danner grunnlaget for estimater på europeisk plan, hvor dataene kan interpoleres.

Referanseperioden for alt av grafikk, analyser og data i denne rapporten er narkotikasituasjonen fram til og med 2018. Alle grupperinger, samletall og forklaringer viser derfor til situasjonen slik den var i 2018 med hensyn til hvilke land som er med i Den europeiske union og som deltar i EMCDDAs rapportering. På grunn av tiden det tar å sammenfatte og sende inn data, er mange av de årlige datasettene som er tatt med her, fra referanseåret januar–desember 2017.

For deres bidrag til denne rapporten ønsker EMCDDA å takke:

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

Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettverket

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

Kommentar

**Europeisk narkotikarapport 2019
gir et øyeblikksbilde
av narkotikasituasjonen i Europa**

Å forstå Europas narkotikasituasjon i 2019

EMCDDAs nyeste analyse av narkotikasituasjonen i Europa viser et marked som både er robust og gjenspeiler utviklingen på globalt plan. De vedvarende helse- og sikkerhetsproblemene som forårsakes av både etablerte og nye illegale rusmidler, skaper en utfordrende politisk kontekst for utforming og gjennomføring av effektive tiltak. Europeisk narkotikarapport 2019 gir et øyeblikksbilde av narkotikasituasjonen i Europa med utgangspunkt i de nyeste dataene som er tilgjengelig. Denne innledningen gir en kort analytisk kommentar til noen av problemstillingene som for tiden står sentralt i den europeiske narkotikapolitikken.

Opioider: det trengs fortsatt tiltak mot et voksende problem

Narkotikaproblemet i Europa ble en gang definert som injeksjonsbruk av heroin. I dag er etterspørselen etter

behandling for bruk av heroin historisk sett lav, injeksjonsbruken har falt, og antallet nye HIV-tilfeller som er relatert til injeksjonsbruk av narkotika, har gått ned med rundt 40 % hvert år de siste ti årene. Dette er gode nyheter. Landene i Europa må berømmes for å ha vært pragmatiske og satset på skadereduksjon og behandlingstiltak, noe som har bidratt til denne suksessen. Til sammenligning har opioidproblemene fortsatt å vokse andre steder, og fører til stadig større offentlige helsekostnader i både Nord-Amerika og enkelte av nabolandene til Den europeiske union. Men til tross for bedringen i Europa bidrar opioidbruk fortsatt i stor grad til de helsemessige og sosiale kostnadene som kan tilskrives narkotikabruk i Europa, og trusselen denne kategorien narkotika utgjør, er kanskje til og med i vekst.

En analyse av tiltakene som finnes mot opioidrelaterte problemer, viser at tilgangen til effektiv skadereduksjon og behandling fortsatt ikke er tilstrekkelig i flere land, særlig i det østlige Europa. Det finnes også tegn til at situasjonen er forverret i enkelte land som historisk sett har hatt god tjenestedeckning. Samtidig fortsetter behovene til en aldrende og ofte stadig mer sårbar gruppe med langtidsbrukere av opioider å vokse. Overdosedødsfallene gjenspeiler dette, idet ofrene nå i gjennomsnitt er 39 år gamle, en aldersgruppe der også fysiske og psykiske helseproblemer er utbredt. Dessuten ser man en generell økning i narkotikarelaterte dødsfall de siste fem årene, med økning i alle aldersgrupper over 30 år. Indikatorer på forsyningsiden viser tegn på at trusselen vokser. Mengden heroin som beslaglegges, har økt, stoffets renhet er fortsatt relativt høy og prisen relativt lav, noe som kan tyde på høy

tilgjengelighet mange steder i Europa. Heroinlaboratoriene som nylig har blitt oppdaget i en del EU-land, tyder også på en bekymringsfull utvikling.

Bekjempelse av virushepatitt

Europa har forpliktet seg til den internasjonale 2030-agendaen for bærekraftig utvikling. Denne globale politiske rammen omfatter bekjempelse av virushepatitt. I Den europeiske union er dette særlig relevant for sprøytebrukere, ettersom disse ikke bare er de som bærer den største byrden ved sykdommen, men også de med høyest smitterisiko. Å få bukt med helseskadene av virushepatitt innen 2030 vil derfor være avhengig av at de forebyggende tiltakene intensiveres og at denne gruppen får tilgang til testing og behandling av hepatitt B og C.

Hepatittstrategier er nå på plass i 17 EU-land og Norge, og stadig flere land gir ubegrenset tilgang til direktevirkende antivirale midler som er effektive og tolereres bedre. Uansett må det gjøres mer. HCV-screening er en kritisk forutsetning for effektiv hepatittbehandling og bidrar til å forebygge ytterligere smitte. Nærmiljøbaserte tjenester på narkotikaområdet kan spille en viktig rolle her. I mange land finnes det imidlertid ingen effektiv testepolitikk eller egnede henvisningskjeder. Også i fagmiljøene kan det være motstand mot å behandle rusbrukere, og fordelene ved denne behandlingsinvesteringen, både for den enkelte og for samfunnet, anerkjennes ikke alltid. EMCDDA utvikler verktøy for å bidra til at virushepatittbehandling gjennomføres i forbindelse med narkotikabehandling. Dette omfatter en sjekklister for å identifisere faktorer som er til hinder for å nå flere med testing og behandling for HCV, et skjema med kunnskapsspørsmål til personalet samt illustrerende case-studier som viser hvordan innovative tilnærminger til testing i nærmiljøet kan utgjøre et nyttig bidrag til bekjempelse av sykdommen.

Syntetiske opioider spiller nå en større rolle

I USA og Canada står bruken av syntetiske opioider, særlig fentanylderivater, sentralt i den pågående opioidepidemien. Dette er ikke tilfelle i Europa, men det finnes bekymringer. Rundt 50 nye syntetiske opioider har blitt rapportert til EUs system for tidlig varsling om nye psykoaktive stoffer. Mange av disse stoffene knyttes til alvorlige forgiftningstilfeller og dødsfall. Enkelte, som karfentanil, er ekstremt potente, noe som betyr at de kan smugles i svært små mengder som er vanskelige å oppdage, men som kan utgjøre mange tusen brukerdoser. I tillegg ser det ut til at syntetiske opioider som vanligvis brukes som legemidler, er en større del av

narkotikaproblemet i mange deler av Europa, inkludert legemidler som brukes til substitusjonsbehandling og smertelindring. En av fem av alle som blir inntatt til narkotikabehandling for et opioidrelatert problem, oppgir nå syntetiske opioider og ikke heroin som primærrusmiddel. Dessuten påvises disse stoffene stadig oftere i overdosetilfeller. Til tross for denne trusselen er dagens kapasitet til å påvise og rapportere om tilgjengelighet, bruk og konsekvenser av syntetiske opioider fortsatt begrenset. Det er derfor viktig å øke sensitiviteten til informasjonsressursene på dette området.

Verdien av toksikologiske og rettsmedisinske datakilder

Overdosedødsfall knyttes sjelden til bruk av ett stoff alene. Moderne forbruksmønstre for rusmidler er svært dynamiske, med et økende antall stoffer som entrer markedet, og brukere som vanligvis – bevisst eller ubevisst – bruker flere ulike stoffer. Uten gode rettsmedisinske og toksikologiske data er det derfor fare for å overse nye helsetrusler. Det kan innebære risikoen for at man overser den rollen potente nye psykoaktive stoffer som fentanylderivater, spiller i overdosedødsfall, særlig når de brukes sammen med mer etablerte stoffer som heroin. Enkelte EU-medlemsstater, særlig i Nord-Europa, har gjort investeringer for å bedre tilgjengeligheten og følsomheten til toksikologiske data, og dette gir nå en bedre forståelse av narkotikatrender og helsetrusler. I Sverige har for eksempel innføring av omfattende screening og økning av testenes følsomhet gitt en dobling av antall påviste fentanyltilfeller i utvalget av narkotikarelaterte dødsfall som har blitt undersøkt. En ny EMCDDA-studie viser imidlertid at ikke alle laboratorier har kapasitet til å påvise de mer uvanlige stoffene. I rettsmedisinske og toksikologiske undersøkelser er det avgjørende at det finnes en referansestandard, men for nye psykoaktive stoffer er disse ofte ikke tilgjengelig for mange laboratorier. I tillegg er mangelen på retts toksikologiske retningslinjer for granskning av narkotikarelaterte dødsfall i Europa til hinder for å forbedre overvåkingen og praksisen på dette området. Ettersom syntetiske stoffer av alle typer sannsynligvis vil få stadig større omfang, er det på generelt grunnlag nødvendig med større investeringer i toksikologiske og rettsmedisinske datakilder.

Europa har forpliktet seg til den internasjonale 2030-agendaen for bærekraftig utvikling

Innovative overvåkingsverktøy gir innsikt i nye trender

Årets europeiske narkotikarapport trekker på et utvalg av nyere, målrettede datakilder. Disse indikatorene er ikke representative for befolkningen generelt, og har også andre begrensninger. De gir imidlertid nyttige aktuelle tilleggsdata som gir verdifull innsikt i narkotikabruken i Europa (se figur 1). For eksempel gir analyser av kommunalt avløpsvann et øyeblikksbilde av hvor mye narkotika som brukes i mange byer i Europa. En av fordelene med denne datakilden er at informasjonen kan rapporteres raskt og dermed gi et tidlig varsel om eventuelle endringer i narkotikabruk. Dette illustreres av nye data for 2018 som nylig ble offentliggjort av SCORE-gruppen og EMCDDA, som tyder på større geografisk spredning og en generell økning i bruken av alle de mest brukte typene av sentralstimulerende midler.

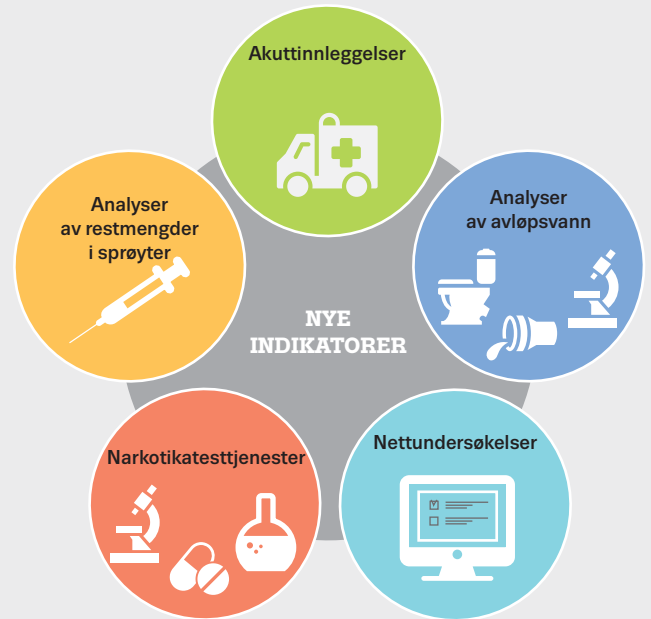
Andre nye datakilder i årets rapport er den europeiske nettundersøkelsen om narkotika. Med utgangspunkt i et utvalg av rusbrukere som er rekruttert på nett, gir resultatene fra denne undersøkelsen informasjon om bruksmønstre og kjøp av utbredte illegale rusmidler. Informasjon fra tjenester for narkotikatesting som lar brukerne få analysert rusmidlene sine og motta informasjon om innholdet, gjennomgås også her for å gi innsikt i narkotikabruken i visse rekreasjonsmiljøer.

Data fra sykehusenes akuttavdelinger om akutte narkotikarelaterte helseskader kan øke vår forståelse av narkotikabrukens innvirkning på folkehelsen i Europa. Innleggelser som følge av narkotikarelaterte akutte forgiftninger ved 18 (utvalgte) sykehus i 18 europeiske land overvåkes av European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus). Resultatet av årets analyse illustrerer variasjonen i hvilke rusmidler som forårsaker akuttinnleggelser rundt om i Europa. Sentralstimulerende midler knyttes for eksempel til et høyt antall innleggelser, men innleggelser knyttet til amfetaminer var vanligst i nordlige og østlige deler av Europa, mens kokain var dominerende i Sør- og Vest-Europa.

Sentralstimulerende midlers rolle i injeksjonsbruk av narkotika framgår også av en ny pilotstudie som analyserte restmengder av narkotika i brukte sprøyter innsamlet ved sprøytebytteordninger i fem byer i Europa. I alle byene unntatt én var sentralstimulerende midler det som hyppigst ble påvist. Halvparten av sprøytene inneholdt spor av to eller flere stoffer, og den vanligste kombinasjonen var en blanding av sentralstimulerende midler og opioider. Disse nye informasjonskildene gir mulighet til å bekrefte og supplere eksisterende datakilder

FIGUR 1

Nye indikatorer som supplerer eksisterende datakilder



og gjør oss mer bevisste på de mindre synlige formene for narkotikabruk.



Kokainmarkedet i Europa fortsetter å vokse

Oppdaterte data om kokain viser at både antallet beslag og mengden som beslaglegges, er høyere enn noensinne.

Kokain kommer inn i Europa via mange ruter og på mange måter, men veksten i smugling av store volum i containere gjennom store havner, skiller seg ut. Økt tilgjengelighet av stoffet bekreftes også av at kokainets renhet på detaljnivå er den høyeste på ti år. En omorganisering av omsetningskjeden for kokain og aktørene i kjeden er synlig på mellom- og detaljnivå, med en framvekst av fragmenterte, løsere og mer horisontale organisasjonsstrukturer. Mindre grupper har kunnet komme seg inn på markedet ved hjelp av ulike informasjonsteknologier som kryptering, markeds plasser på det mørke nettet, sosiale medier for narkotikaomsetning og kryptovaluta. Gründervirksomheten i det konkurransepregede kokainmarkedet gir seg utslag i innovative distribusjonsstrategier, som egne callsentre for kokainkunder. Disse nye metodene ser ut til i en viss grad å gjenspeile den samme typen oppdeling man ser på andre områder, som har kunnet oppstå på grunn av utbredelsen av smarttelefoner – en potensiell «Uberisering» av kokainhandelen – og som legger grunnlag for et marked der selgerne konkurrerer ved å tilby tilleggstjenester som rask og fleksibel levering.

Kokain: tydeligere helseskader

Det er spesielt vanskelig å estimere prevalensen for problematisk bruk av kokain fordi dette stoffet er mindre synlig i etablerte indikatorer, som ofte fokuserer mer på opioidrelaterte problemer. Det finnes imidlertid det tegn på at økt tilgang til kokain fører til økte helsekostnader. Siden 2014 har antallet nye klienter som inntas til behandling for kokainproblemer – selv om det fortsatt er relativt lavt – økt med over 35 %, og to tredeler av landene har registrert en økning. I enkelte land knyttes kokain til økninger i narkotikarelaterte dødsfall i den senere tid. Stoffet påvises ofte sammen med opioider ved overdosedødsfall i de delene av Europa hvor det er det dominerende sentralstimulerende middelet. I tillegg kan det finnes mørketall når det gjelder rollen kokain spiller ved dødsfall knyttet til hjerte- og karsykdommer. Der data er tilgjengelig, viser de en generell økning i antallet kokainrelaterte akutthenvendelser til helsevesenet, der kokain er det illegale rusmiddelet som oftest rapporteres i Euro-DEN-studien, som omfatter 18 land. Kokain ble også funnet i overkant av en firedel av sprøytene som ble testet i tre av de fem byene som deltar i et pilotprosjekt som tester nytten av å analysere restmengder i sprøyter for å kartlegge bruksmønstre ved injeksjonsbruk av narkotika. De nye dataene som er tilgjengelige, tyder også på at bruken av

crack, en form av stoffet som kan røykes, og som er særlig forbundet med problematisk bruk, kan være økende. Det har blitt rapportert en økning i antallet crack-brukere som har fått behandling siden 2014, i Belgia, Irland, Frankrike, Italia, Portugal og også i Storbritannia, det landet i Europa der crack-bruk har vært mest utbredt.

Dokumentasjonen som underbygger hva som utgjør effektive tjenester for kokainbrukere, er fortsatt relativt svak, og målrettede programmer for kokainbrukere er foreløpig lite utbredt i Europa. Dette er i endring, idet enkelte land nå innfører mer spesialiserte tiltak for skadereduksjon. Men siden behovene på dette området ser ut til å øke, haster det med å investere i utvikling og evaluering av alle typer tiltak, særlig i effektive behandlingsmodeller, om tiltakene skal lykkes i å nå denne gruppen av klienter.

Europas internasjonale rolle i produksjonen av syntetiske stoffer

Produksjonen av syntetiske stoffer i Europa er vanskelig å overvåke, men ser likevel ut til å bli større, mer variert og mer innovativ. Denne utviklingen kan ses i nyere data som dokumenterer en økning i beslagene av kjemiske utgangsstoffer. Fellesrapporten fra EMCDDA og Europol som kommer i slutten av 2019 om narkotikamarkedene i Europa, inneholder en grundig analyse av denne utviklingen. Produksjonslaboratoriene og avfallsdeponiene som er oppdaget, samt styrkegraden på og den store bredden i syntetiske stoffer på det europeiske markedet er de største bekymringene på dette området.

Det er nå også flere indikasjoner på at Europa spiller en sentral rolle i det globale markedet for syntetiske stoffer. Indikasjonene omfatter betydelig beslag av ulike stoffer langs EUs grenser, det faktum at det nå beslaglegges mer MDMA i Tyrkia enn i hele resten av EU, samt påvisningen av anlegg i Europa for produksjon av metamfetamin og andre syntetiske stoffer som er tiltenkt eksport. Infrastrukturen som muliggjør rask forflytning av varer mellom land, har i stadig økende grad blitt brukt til å smugle kontrollerte stoffer, nye psykoaktive stoffer, utgangsstoffer og andre kjemikalier som brukes i produksjonen av narkotika i EU. Den samme infrastrukturen brukes også av og til til å smugle syntetiske

**Det er særlig vanskelig
å estimere prevalensen for
problematisk bruk av kokain**

ANSLAG OVER NARKOTIKABRUK I DEN EUROPEISKE UNION — NØKKELTALL

Cannabis



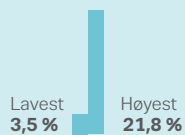
Voksne (15–64 år)

Siste års bruk **24,7 millioner** **7,4 %** Livstidsbruk **91,2 millioner** **27,4 %**



Unge voksne (15–34 år)

Siste års bruk **17,5 millioner** **14,4 %** Nasjonale estimater for siste års bruk



Kokain



Voksne (15–64 år)

Siste års bruk **3,9 millioner** **1,2 %** Livstidsbruk **18 millioner** **5,4 %**



Unge voksne (15–34 år)

Siste års bruk **2,6 millioner** **2,1 %** Nasjonale estimater for siste års bruk



MDMA



Voksne (15–64 år)

Siste års bruk **2,6 millioner** **0,8 %** Livstidsbruk **13,7 millioner** **4,1 %**



Unge voksne (15–34 år)

Siste års bruk **2,1 millioner** **1,7 %** Nasjonale estimater for siste års bruk



Amfetaminer



Voksne (15–64 år)

Siste års bruk **1,7 millioner** **0,5 %** Livstidsbruk **12,4 millioner** **3,7 %**



Unge voksne (15–34 år)

Siste års bruk **1,2 millioner** **1 %** Nasjonale estimater for siste års bruk



Opioider



Høyriskobrukere av opioider **1,3 millioner**

654 000 opioidbrukere mottok substitusjonsbehandling i 2017

Etterspørsel etter narkotikabehandling

Oppgitt som primærusmiddel i ca. **35 %** av alle søknader om narkotikabehandling i Den europeiske union



Overdosedødsfall

85 % Opioider ble påvist i 85 % av overdosedødsfall



stoffer – særlig MDMA, men også andre stoffer – til land utenfor EU.

Produksjonen av syntetiske stoffer ser også ut til å være drivkraften bak spredningen av metamfetaminbruk til nye land i EU. Globalt utgjør metamfetamin den største utfordringen når det gjelder syntetiske stoffer. I Europa er metamfetaminbruk konsentrert til noen få land som har hatt problemene lenge. Dette gjelder i stor grad fortsatt, men til tross for den lette tilgangen til andre sentralstimulerende midler, tyder analyser av avløpssvann på at stoffet er i ferd med å spre seg til nye land. Påvisningen av laboratorier tyder også på oppskalering av produksjonen og produksjon for markeder utenfor EU.

Cannabis: ny utvikling for det mest etablerte rusmiddelet i Europa

Cannabis er et av de eldste rusmidlene i Europa. Det er det vanligste illegale rusmiddelet, og nesten 20 % i aldersgruppen 15–24 år har brukt cannabis det siste året. Både internasjonalt og i Europa er cannabisbruk fortsatt et tema som vekker stor politisk og offentlig interesse, i takt med at utviklingen skaper debatt om hvordan samfunnet skal forholde seg til dette stoffet.

Det pågår en diskusjon om den terapeutiske verdien av cannabis, cannabispreparater og cannabisbaserte legemidler. Enkelte land har legalisert cannabis, noe som tvinger fram en vurdering av kostnader og fordeler ved ulike regulerings- og kontrollregimer. Dette er et komplekst saksfelt. I Europa brukes betydelige politiresurser på cannabis kontroll, idet rundt 75 % av de 1,2 millioner anmeldte tilfellene av bruk eller besittelse til eget bruk som ble rapportert i 2017, var relatert til cannabis. Befatning med cannabismarkedet kan også bidra til ungdomskriminalitet og være en viktig inntektskilde for organisert kriminalitet. I tillegg har vår forståelse av den potensielle helseisikoen ved cannabisbruk, særlig blant unge, økt. Cannabis er nå det stoffet som oftest blir oppgitt av nye klienter i det spesialiserte behandlingsapparatet som hovedårsaken til at de søker hjelp. Dette er urovekkende i lys av at EMCDDAs samlede vurdering de siste årene har vært at cannabistrendene for det meste har vært stabile. Nå utfordres dette imidlertid av nye data, hvor mange land rapporterer om økt bruk i yngre aldersgrupper.

Det blir ikke enklere av at det har blitt utviklet nye former for cannabis de siste årene, som en konsekvens av nye dyrkings-, ekstraksjons- og produksjonsteknikker. Hybridvarianter som gir sterkere cannabis har begynt å fortrenge de etablerte variantene av denne plantarten, både i Europa og i Marokko, der mye av hasjen som brukes

i Europa, produseres. En fersk studie støttet av EMCDDA, viser at både hasj og marihuana har blitt sterkere i løpet av de siste ti årene. Etableringen av lovlige markeder for rekreasjonsbruk av cannabis der stoffet har blitt legalisert, er også en pådriver for innovasjon, med utvikling av nye cannabisprodukter i form av matvarer, e-væsker og konsentrater. Noen av disse er nå i ferd med å komme på markedet i Europa, hvor de skaper en ny utfordring med tanke på påvisning og kontroll.

EMCDDA anerkjenner at den politiske debatten rundt cannabis nå har blitt mer dynamisk og kompleks, og har lansert en serie publikasjoner som går gjennom dokumentasjon og analyser på området, blant annet en oversikt over utviklingen av bruk av medisinsk cannabis i EU. Fordi det ikke finnes noen felles begrepsmessig forståelse av medisinsk cannabis, blir det også vanskelig med en opplyst debatt. Dette kompliseres ytterligere av det store utvalget av produkter som er tilgjengelig, som kan være alt fra legemidler som inneholder forbindelser fra cannabisplanten, til rå cannabispreparater.

Cannabisprodukter med lavt THC-innhold skaper reguleringsutfordringer

Et annet eksempel på den raske utviklingen som har funnet sted når det gjelder cannabis, er at det de siste to årene har dukket opp marihuana og cannabisolje med lav styrke som selges i helsekostbutikker eller spesialforretninger i enkelte EU-land. Salget skjer med utgangspunkt i en påstand om at disse produktene har liten eller ingen ruseffekt og derfor ikke reguleres av narkotikalovgivningen. Cannabis inneholder mange forskjellige kjemiske forbindelser, men de to cannabinoidene tetrahydrocannabinol (THC) og cannabidiol (CBD) er de som får mest oppmerksomhet. Virkestoffet i cannabis er THC, som også skaper den psykoaktive effekten. Produkter som inneholder CBD, blir i økende grad markedsført med påstander om positive effekter. Den sammensatte, stadig voksende litteraturen om medisinsk bruk av både THC og CBD er omtalt i en ny EMCDDA-publikasjon. De nye produktene, som påstås å inneholde mindre enn 0,2 eller 0,3 % THC, kan stort sett deles i to kategorier: den ene rettet mot cannabisbrukere, for røyking, og den andre – i produkter som oljer og kremer – rettet mot personer som er interessert i mulig medisinsk behandling. Enkelte EU-medlemsstater anser produkter med lavt THC-innhold som cannabisekstrakter som kommer inn under straffeloven, mens andre anser dem som medisiner som ikke kan selges uten tillatelse. Noen få klassifiserer dem som produkter som ikke utgjør noen trussel mot folkehelsen, og krever dermed ingen

omsetningstillatelse. Denne utviklingen skaper reguleringsutfordringer både på EU-plan og nasjonalt.

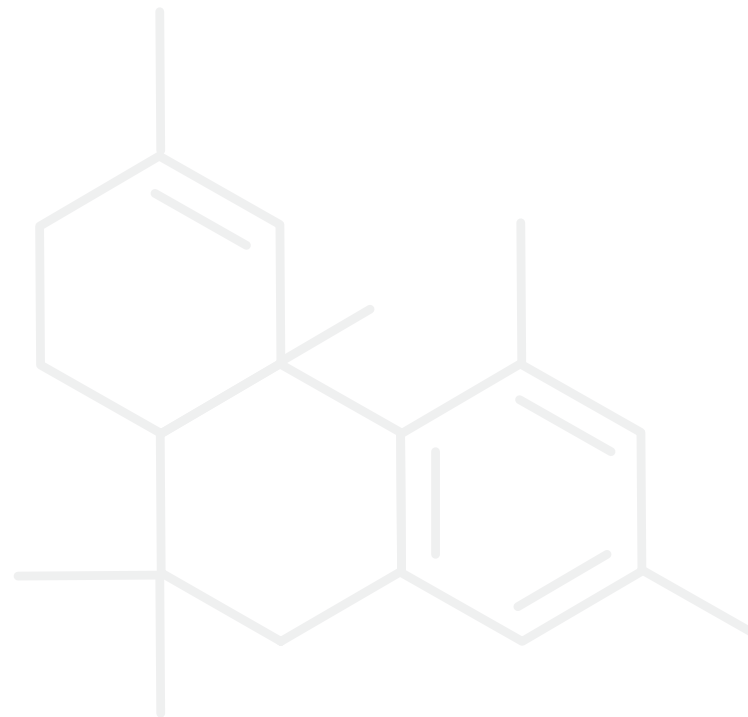
Bruk av digitale hjelpemidler til helseformål

Unge mennesker er en viktig målgruppe for mange narkotikatilbud. De er sannsynligvis den delen av befolkningen som er mest trygg på og åpen for bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi på mange områder i livet. Det er også den gruppen som sannsynligvis har størst vilje til å omfavne og dra nytte av denne teknologien for narkotikarelaterte tiltak for forebygging, behandling og skadereduksjon. Årets europeiske narkotikarapport går gjennom litt av den nye utviklingen innen mobil helseteknologi eller m-helse, som har som mål å dekke mange ulike problemstillinger, fra tilgang til tjenester til kompetanseheving for personer som arbeider på narkotikafeltet. Den nye teknologien er basert på nettressurser og mobilapplikasjoner, og enkelte nye, innovative tilnærminger utforsker hvordan for eksempel «virtuell virkelighet» kan brukes til behandling for narkotikabruk, hjelpe pasienter med å utvikle motstandskraft i situasjoner som utløser trang til å bruke narkotika, eller med å redusere suget. Det må her advares om at de nye applikasjonene på dette området ikke alltid følger robuste kvalitetsstandarder, personvernregler og krav om dokumentasjon. Som innen alle andre helsetjenester vil dette være avgjørende elementer for å kunne realisere de potensielle fordelene som den nye teknologien kan gi innen narkotikabekjempelse.

Styrking av EUs system for tidlig varsling og risikovurdering av nye psykoaktive stoffer

I 2018 ble det hver uke innrapportert ca. ett nytt psykoaktivt stoff til EUs system for tidlig varsling av nye psykoaktive stoffer. Med de 55 nye stoffene som ble påvist i 2018, er tallet på samme nivå som i 2017, men mye lavere enn i 2013 og 2014. Dette kan tyde på redusert innovasjonstakt, men det bør bemerkes at et betydelig antall stoffer som allerede har blitt varslet, fortsetter å dukke opp på narkotikamarkedet i Europa hvert år, noe som tyder på at stoffene vedvarer i markedet over tid. Det er også endringer i hvilken type stoff som observeres, noe som potensielt signaliserer at nye psykoaktive stoffer i økende grad er rettet mot personer med en langvarig og mer problematisk bruk av narkotika. Mens for eksempel EUs system for tidlig varsling fortsetter å motta rapporter om mange ulike nye psykoaktive stoffer, dukker det nå opp flere syntetiske opioider og benzodiazepiner.

Tidlig varsling og risikovurdering er viktig for Europas respons på utviklingen innen nye psykoaktive stoffer. I 2018 ble systemet i Europa revidert for å styrke og akselerere EUs kapasitet til å påvise, vurdere og respondere på helsemessige og sosiale trusler de nye stoffene utgjør. Dette sikrer ikke bare tidlig varsling i hele Europa, men også en mulighet for raskere risikovurdering og kontroll av stoffer på europeisk plan. Endringene styrker også nettverket som støtter EMCDDA og Europol i dette arbeidet. Formelle samarbeidsavtaler er nå på plass mellom EMCDDA og Det europeiske legemiddelkontor (EMA), Det europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet (EFSA), Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC) og Det europeiske kjemikaliebyrå (ECHA).



Unge mennesker er en viktig målgruppe for mange narkotikatilbud

1

**I global sammenheng er Europa
et viktig marked for narkotika**

Forsyning og marked

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

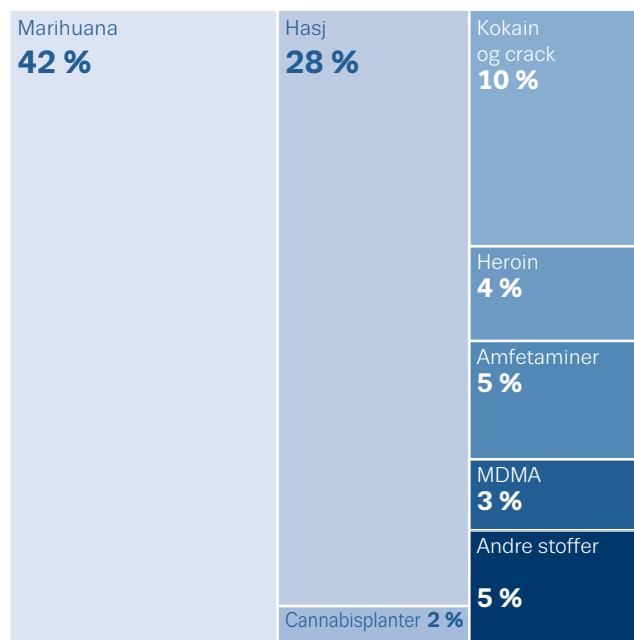
Overvåking av narkotikamarkeder, forsyning og lovgivning

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

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

FIGUR 1.1

Antall rapporterte narkotikabeslag, fordelt på stoff, 2017



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

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

Markedene for illegale rusmidler omfatter et komplekst sett innbyrdes forbundne aktiviteter, blant annet produksjon, smugling, distribusjon og salg til sluttbruker. De spenner over store geografiske områder. Ulike aktører kan være involvert på ulike stadier, men organiserte kriminelle grupper spiller en vesentlig rolle i narkotikaindustrien, som er verdt flere milliarder euro i året.

På detaljnivå gjennomføres narkotikaomsetningen fortsatt hovedsakelig gjennom direkte kontakt mellom leverandører og brukere. Mobilteknologi og kryptering utnyttes imidlertid i økende grad av omsetningsnettverkene. Nettplattformer for salg av illegale rusmidler er fortsatt en relativ liten del av hele markedet, men har blitt viktigere de siste årene. Nettmarkedene finnes på «overflatenettet» – den indekserte eller søkbare delen av nettet – herunder nettbutikker og sosiale medieplattformer, eller på «det mørke nettet» – et kryptert nettverk som krever spesialverktøy for å få tilgang – der selgere og kjøpere kan skjule sin identitet.

Over 100 globale markeder på det mørke nettet har eksistert på ulike tidspunkt siden de anonyme nettmarkedene dukket opp i 2010. I juli 2017 ble AlphaBay, den største markedsplassen som har eksistert så langt, stengt som del av en internasjonal politioperasjon, hvor også et annet stort nettsted, Hansa-markedet, ble stengt. Denne politioperasjonen kan ha svekket brukernes tillit til sikkerheten ved disse markedsplassene. Uansett viser en analyse fra EMCDDA og Europol at inntekten og omsetningen av narkotika på det mørke nettet ett år senere var kommet tilbake til nivået fra før operasjonen.

Over en million beslag av ulovlige rusmidler

Politiets og tollvesenets beslag av ulovlige rusmidler gir en viktig indikasjon på narkotikamarkedene, med over

1,1 million rapporterte narkotikabeslag i 2017 i Europa. Hoveddelen av beslagene gjelder mindre kvanta som ble tatt hos brukere. Mesteparten av den totale mengden narkotika som beslaglegges, består imidlertid av et lite antall forsendelser med flere kilo i hver. De tre landene som rapporterer om det høyeste antallet beslag, og som til sammen står for to tredeler av alle narkotikabeslag i EU, er Spania, Storbritannia og Frankrike. Imidlertid finnes det ingen data tilgjengelig om antall beslag i Nederland, mens data fra 2015 er de nyeste som finnes for Tyskland og Slovenia. Dette gir analysen en viss grad av usikkerhet. Cannabis er det narkotiske stoffet som beslaglegges oftest, og står for nesten tre firedeler av det totale antallet beslag i Europa (figur 1.1).

Cannabis: økning i beslag og styrke, prisen forblir stabil

Det er i hovedsak to cannabisprodukter som tilbys på det europeiske narkotikamarkedet: marihuana og hasj. Cannabisolje forekommer til sammenligning sjeldent, men det har blitt rapportert om enkelte større beslag de siste årene. Marihuanaen som brukes i Europa, blir hovedsakelig dyrket lokalt i Europa, men noe smugles også inn fra andre land. Produksjonen av marihuana i Europa foregår for det meste innendørs. Hasj importeres hovedsakelig fra Marokko, mens Libya er på frammarsj som et knutepunkt for hasj-smugling. Det dukker opp rapporter om noe hasjproduksjon i EU, mens produksjon av «nederhasj» har blitt dokumentert i noen år i Nederland. I tillegg er Vest-Balkan et opprinnelsesområde for marihuana og i den senere tid også cannabisolje.

I 2017 rapporterte EUs medlemsstater om 782 000 beslag av cannabisprodukter, herunder 440 000 beslag av marihuana, 311 000 av hasj og 22 700 av cannabisplanter. Siden 2009 har det blitt gjort flere beslag av marihuana enn av hasj. Det beslaglegges imidlertid mer enn dobbelt så store mengder hasj som marihuana (466 kontra 209 tonn). Dette er delvis en konsekvens av at hasj smugles i større volum over landegrensene, noe som øker sjansen for beslag. På grunn av nærheten til Marokko er Spania særlig viktig når det gjelder mengden av hasj som beslaglegges, som utgjorde nærmere tre firedeler (72 %) av den totale mengden som ble beslaglagt i EU i 2017 (figur 1.2).

CANNABIS



HASJ

Beslag

Antall



Kvantitet



Pris

(euro/g)



Styrke

(% THC)

MARIHUANA

Beslag

Antall



Kvantitet



Pris

(euro/g)



Styrke

(% THC)

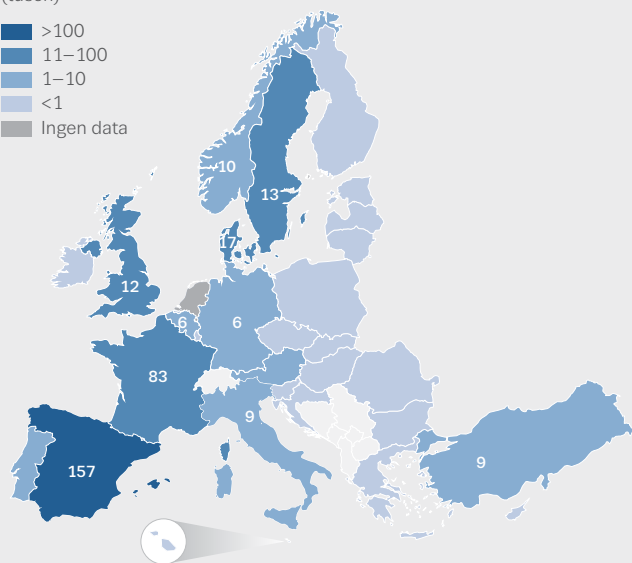
EU + 2 viser til EU-medlemsstatene pluss Tyrkia og Norge. Pris og styrke på cannabisprodukter: nasjonale middelværdier – minimum, maksimum og interkvartil avstand. De ulike indikatorene dekker ulike land.

FIGUR 1.2

Beslag av hasj og marihuana, data for 2017 eller siste år med tilgjengelige data

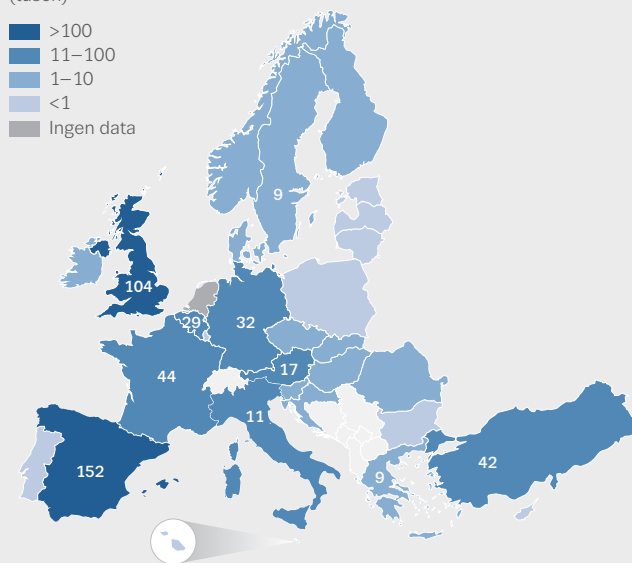
Antall hasjbeslag (tusen)

- >100
- 11–100
- 1–10
- <1
- Ingen data



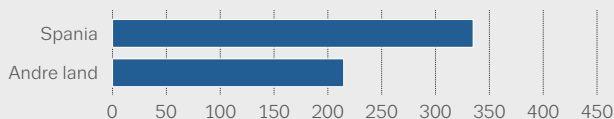
Antall marihuana-beslag (tusen)

- >100
- 11–100
- 1–10
- <1
- Ingen data

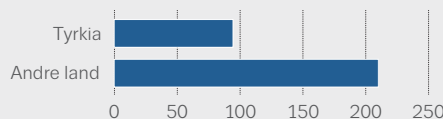


NB: Antall beslag for de 10 landene med høyest verdier.

Beslaglagte kvanta hasj (tonn)



Beslaglagte kvanta marihuana (tonn)



Antall cannabisbeslag som er rapportert i EU, både for hasj og marihuana, har vært relativt stabilt siden 2012 (figur 1.3). Men etter en nedgang i 2015 har mengden marihuana som beslaglegges økt i mange land. Mesteparten av økningen fra 2016 til 2017 skyldes rapportering av en betydelig økning i Hellas, Spania og særlig Italia. Hvert år siden 2009 har Tyrkia beslaglagt mer marihuana enn noe annet EU-land, men i 2017 beslagla Italia nesten like mye marihuana som Tyrkia. I tillegg var det en betydelig økning i 2017 i flere land som vanligvis beslaglegger små mengder marihuana. Ett eksempel er Ungarn, hvor mengden som ble beslaglagt, var 7 ganger større enn året før (over 3,5 tonn i 2017; 0,5 tonn i 2016).

Beslag av cannabisplanter kan ses som en indikator på innenlands produksjon av stoffet. Ulikheter landene imellom, både når det gjelder myndighetenes prioriteringer og rapporteringspraksis, betyr imidlertid at dataene må tolkes med forsiktighet. Antall planter som ble beslaglagt i Europa, nådde en topp på 7 millioner i 2012 som følge av intensiv håndheving av forbudet i Italia det året, før det falt til 2,5 millioner planter i 2015 og økte til 3,4 millioner planter i 2017. I 2017 rapporterte landene i Europa om 490 beslag av cannabisolje, hvor Tyrkia (50 liter i 3 beslag)

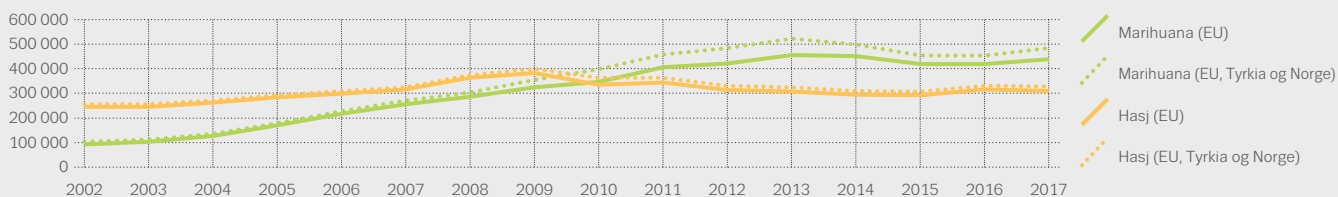
og Hellas (12 kg i 37 beslag) beslagla de største mengdene.

Analysen av indekserte trender fra de landene som det finnes sammenhengende data fra, viser en kraftig økning i styrkegrad (innholdet av tetrahydrocannabinol, THC) i både marihuana og hasj siden 2007. Hasjens styrke har økt jevnt siden 2009. Grunnen til økningen i den gjennomsnittlige styrken på hasj er sannsynligvis innføringen av sterkere planter og nye produksjonsmetoder i Marokko, og i mindre grad den økte bruken i Europa av metoder for ekstraksjon av harpiks som gir sterkere produkter. Gjennomsnittsstyrken for marihuana økte i 2017, etter å ha vært stabil mellom 2013 og 2016. Det gjenstår imidlertid å se om denne nylige økningen markerer starten på en ny trend. Dataene tyder på at salgsprisen per gram er på samme nivå for hasj og marihuana, og at prisene har vært stabile siden rundt 2009.

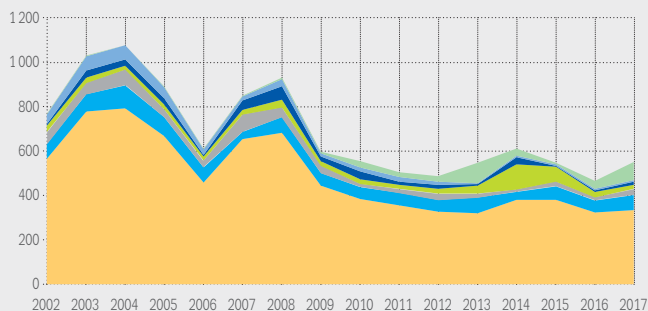
FIGUR 1.3

Trender i antall cannabisbeslag og beslaglagte kvanta: hasj og marihuana

Antall beslag

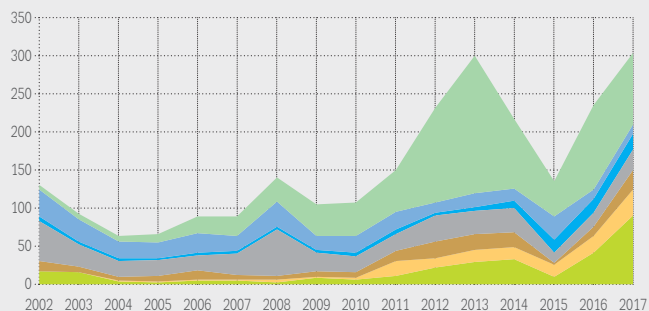


Hasj (tonn)



Tyrkia Storbritannia Portugal Italia
Andre land Frankrike Spania

Marihuana (tonn)



Tyrkia Storbritannia Frankrike Andre land
Hellas Spania Italia

Tilgjengelighet av cannabisprodukter med lavt THC-innhold

Siden 2017 har marihuana og cannabisolje vært til salgs i helsekostbutikker eller spesialforretninger i flere EU-land. Salget har foregått med utgangspunkt i en påstand om at disse produktene har liten eller ingen ruseffekt og derfor ikke reguleres av narkotikalovgivningen.

Marihuana og marihuanaekstrakter er kjent for de to cannabinoidene tetrahydrocannabinol (THC) og cannabidiol (CBD). THC kan gi ruseffekt, mens CBD knyttes til helsegevinst, selv om kunnskapsgrunnlaget per i dag er lite for de fleste lidelser som har blitt studert. Det er stor variasjon i innholdet av hvert av disse stoffene i cannabisplanter. Innenfor rammen av EUs felles landbrukspolitikk subsidieres dyrking av visse varianter av cannabisplanter til industriell bruk, forutsatt at THC-innholdet ikke overskrider 0,2 % (en grense som opprinnelig ble brukt til å skille mellom plantetyper, ikke som en sikkerhetsprofil for menneskers konsum). Nasjonale grenseverdier kan være på mellom 0 og 0,3 %.

De nye produktene hevdes å inneholde mindre enn 0,2 % eller 0,3 % THC og ser ut til grovt sett å passe inn i to kategorier, som kan overlape hverandre. Den første markedsføres mot eksisterende brukere av illegal cannabis som «lovlig» cannabis, i former som vanligvis forbindes med røyking. Den andre markedsføres med assosiasjoner

til «helse» og «velvære», med vekt på innholdet av CBD, og kommer ofte i form av oljer eller kremer. Kategoriene gjenspeiles også i hvordan utsalgsstedene framstår. Ettersom det ikke finnes noen omforent teststandard for disse produktene, kan THC- og CBD-innholdet avvike fra det som framgår av merkingen eller «testresultatene» som kan være framlagt sammen med produktet.

Heroin: beslaglagte kvanta øker

Heroin er det vanligste opioidet på markedet i EU-landene. Historisk sett har importert heroin vært tilgjengelig i Europa i to former. Den vanligste er den brune heroinen (heroin i baseform), som hovedsakelig produseres av morfin utvunnet fra valmuer dyrket i Afghanistan. Hvit heroin (heroin i saltform), som tidligere kom fra Sørøst-Asia men som nå også produseres i Afghanistan eller nabolandene, er langt mindre vanlig. Andre opioider som er tilgjengelige på ulovlige markeder i Europa, er opium samt legemidlene morfin, metadon, buprenorfin, tramadol og diverse fentanylderivater. Noen av disse opioidene kan være videresolgt fra lovlige farmasøytiske leveranser, mens andre er ulovlig produsert.

Afghanistan er fremdeles verdens største produsent av illegalt opium, og det antas at mesteparten av heroinen som finnes i Europa, er produsert der eller i nabolandene Iran og Pakistan. Ulovlig produksjon av opioider i Europa har inntil nylig vært begrenset til hjemmelagde valmueprodukter produsert i enkelte land i Øst-Europa. De siste årene er det funnet laboratorier som produserer heroin av morfin ved hjelp av eddiksyreanhydrid i Bulgaria, Tsjekkia, Spania og Nederland, og i tillegg til har det vært en økning i beslagene av morfin og opium. Dette tilsier at en del heroin nå produseres nærmere forbrukermarkedene i Europa. Denne endringen kan skyldes at leverandørene prøver å kutte kostnader ved å utføre de siste fasene av heroinproduksjonen i Europa, der utgangsstoffer som eddiksyreanhydrid kan skaffes billigere enn i de opiumproduserende landene. Produksjon av stoffet

nærmere forbrukermarkedet kan også ha som siktemål å redusere risikoen for beslagleggelse.

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

I en periode rundt 2010–11 var det redusert tilgjengelighet av heroin i flere land i Europa, ledsaget av en generell nedgang i både antall beslag og mengdene heroin som ble beslaglagt. Etter dette har beslagene i Europa i stor grad stabilisert seg, med 37 000 beslag på til sammen 5,4 tonn rapportert i 2017. Tyrkia beslaglegger fortsatt mer heroin enn alle andre land i Europa til sammen (figur 1.4). Etter en markert nedgang i beslagt mengde i perioden 2014–16, fra 12,8 til 5,6 tonn, beslagla Tyrkia i 2017 17,4 tonn heroin, den største mengden på ti år.

For landene som løpende innrapporterer data om pris og renhet, tyder indekserte trender på at det, etter en markert nedgang mellom 2009 og 2011, var en hurtig økning i heroinets renhet, etterfulgt av stabilisering de siste årene, men under 2007-nivå. Til sammenligning har utsalgsprisen

HEROIN

Beslag

Antall

37 000 EU  **50 000** EU + 2

Kvantitet

5,4 EU  **22,9** EU + 2

Pris

(euro/g)

140 €
28–58 €
15 €

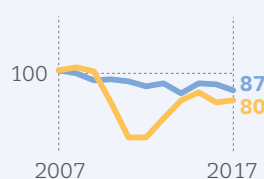
Renhet

(%)

51 %
15–31 %
9 %

Indekserte trender

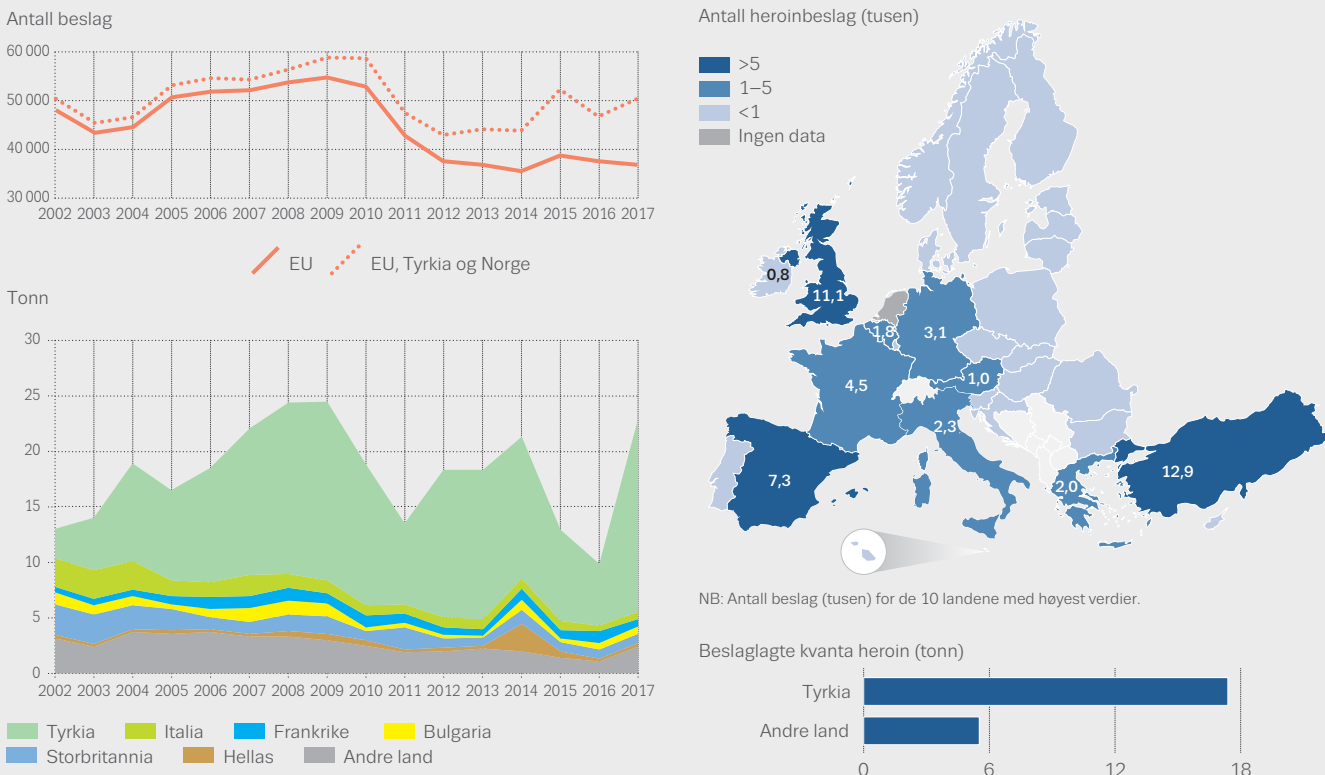
Pris og renhet



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

FIGUR 1.4

Antall heroinbeslag og beslaglagte kvanta: trender og data for 2017 eller siste år med tilgjengelige data



på heroin gått litt ned de siste ti årene, med en nedgang også i 2017.

Det beslaglegges også andre opioidprodukter enn heroin i Europa. Selv om disse representerer en liten andel av opioidbeslagene totalt, var det en markert økning i 2017.

De andre opioidene som beslaglegges oftest, er legemidlene tramadol, buprenorfin og metadon (se tabell 1.1). I 2017, for andre år på rad, ble det rapportert en økning i den beslaglagte mengden tramadol og fentanylderivater. I tillegg var mengden opium og morfin som ble beslaglagt, også mye høyere i 2017 enn i året før.

TABELL 1.1

Beslag av andre opioider enn heroin i 2017

Opioid	Antall	Mengde				Antall land
		kg	liter	tabletter	plaster	
Metadon	1 428	17,2	26,4	30 381		18
Buprenorfin	2 649	0,5	0,01	58 682		17
Tramadol	4 290	13,8	0,1	118 935 898		11
Fentanylderivater	940	14,3	1,9	10 551	2 291	13
Morfin	358	246,0	1,3	9 337		13
Opium	1 837	2 177,9				17
Kodein	522	0,1		18 475		8
Dihydrokodein	21			1 436		4
Oksykodon	560	0,0001		18 035		8

Det europeiske markedet for sentralstimulerende midler: regionale forskjeller

Av illegale sentralstimulerende midler som er tilgjengelig i Europa, er kokain, amfetamin, metamfetamin og MDMA de mest utbredte. Det er klare regionale forskjeller når det gjelder hva som oftest beslaglegges av sentralstimulerende midler (figur 1.5). Dette har sammenheng med hvor ankomsthavnene ligger og smuglerrutene går, samt hvor produksjonsanleggene ligger i forhold til de store markedene. Kokain er det hyppigst beslaglagte sentralstimulerende middelet i mange land i Vest- og Sør-Europa, mens beslagene av amfetaminer og MDMA dominerer i Nord- og Øst-Europa.

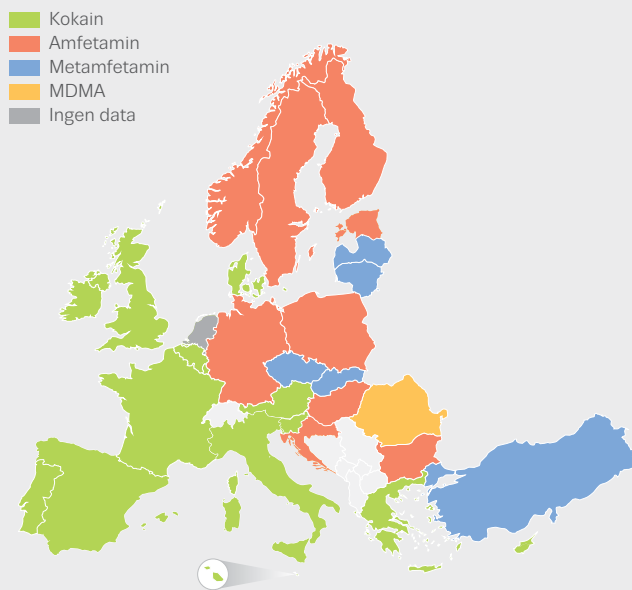
Kokainmarkedet: historisk store beslag

Kokain finnes i to former i Europa. Det mest utbredte er kokainpulver (kokain i saltform), mens crack (fribasekokain), som røykes, ikke er like vanlig. Kokain utvinnes fra bladene på kokaplanten og produseres hovedsakelig i Colombia, Bolivia og Peru. Kokain transporteres fra ulike utgangspunkter i Sør- og Sentral-Amerika til Europa med alt fra rutefly, fraktfly og privatfly til private yachter og andre små fartøyer. Den største mengden ser imidlertid ut til å komme med skip, særlig i containere. Karibia, Vest- og Nord-Afrika er viktige transittområder for kokain på vei til Europa.

I 2017 nådde antallet kokainbeslag og beslagsmengden i EU sitt høyeste nivå noensinne, med over 104 000 kokainbeslag på til sammen 140,4 tonn. Mengden kokain

FIGUR 1.5

Hyppigst beslaglagte sentralstimulerende midler i Europa, data for 2017 eller siste år med tilgjengelige data

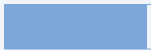


som ble beslaglagt, passerte den tidligere rekorden fra 2006 med over 20 tonn og utgjorde en dobling i forhold til mengden som ble beslaglagt i 2016 (se figur 1.6). Av et samlet beslag på rundt 86 tonn sto Belgia (45 tonn) og Spania (41 tonn) for 61 % av beslaglagt mengde i EU i 2017, men store mengder ble også rapportert av Frankrike (17,5 tonn) og Nederland (14,6 tonn). I tillegg har renheten for kokain på detaljnivå økt siden 2010, særlig i 2016 og 2017, da den nådde det høyeste nivået på ti år. Utsalgsprisen på kokain har holdt seg stabil. Sett under ett,

KOKAIN

Beslag

Antall

104 000 EU  **109 000** EU + 2

Kvantitet

140,4 EU  **142,0** EU + 2

Pris (euro/g)

(EUR/g)

135 €

55-82 €

38 €

Renhet (%)

(%)

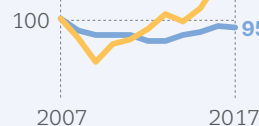
88 %

49-71 %

27 %

Indekserte trender

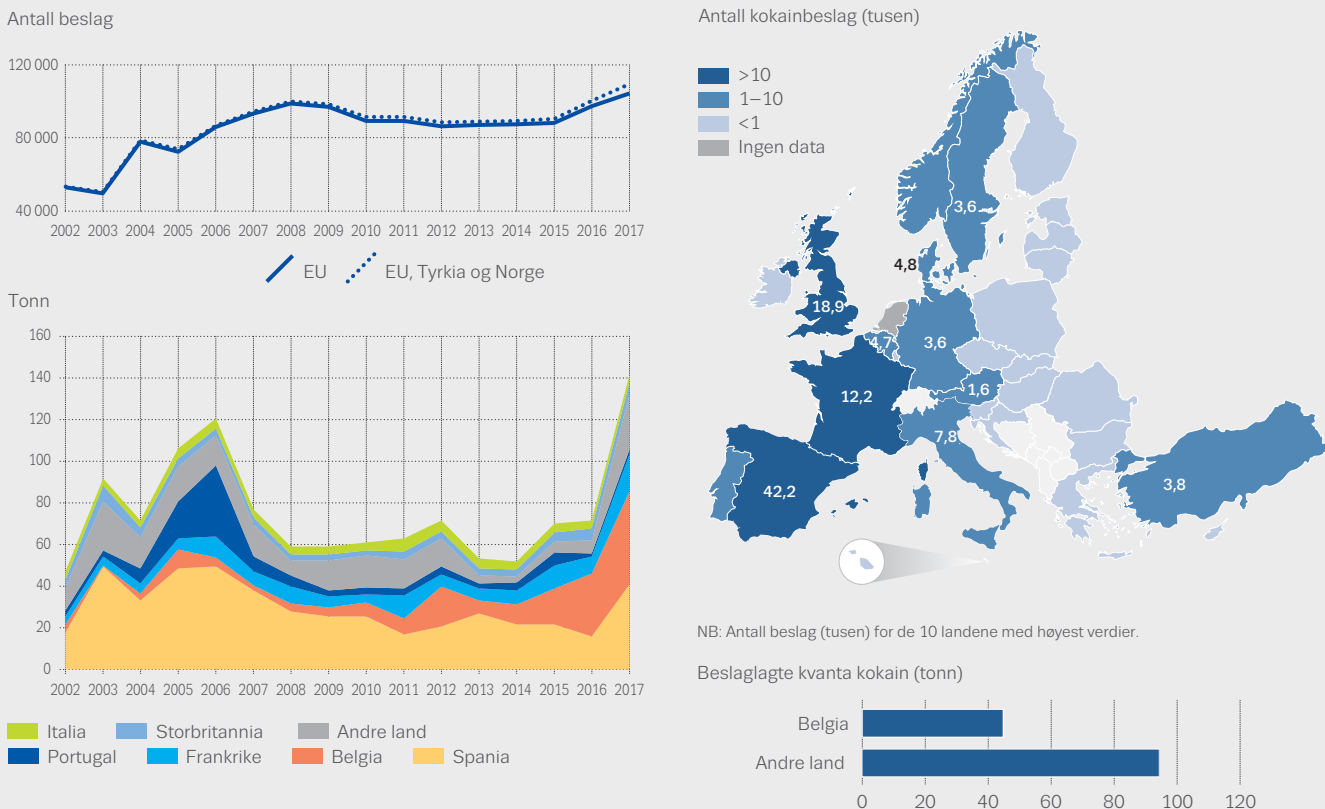
Pris og renhet



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

FIGUR 1.6

Antall kokainbeslag og beslaglagte kvanta: trender og data for 2017 eller siste år med tilgjengelige data



tyder disse indikatorene på at kokain er mer tilgjengelig enn noensinne.

Antall beslag av crack er lavt og stabilt i de landene som rapporterer data. Dette kan delvis forklares med at crack produseres i Europa, nær forbrukermarkedene, og transporteres dermed ikke over grensene, der mange av narkotikabeslagene vanligvis skjer.

Antallet og mengden beslaglagte kokablader har økt, med totalt 204 kg beslaglagte kokablader i 2017, i tillegg til en begrenset mengde kokapasta. Dette kan tyde på at enkelte kriminelle organisasjoner diversifiserer produksjonstaktikken, for kokainlaboratoriene som er blitt oppdaget i Europa, har hovedsakelig vært anlegg for etterekstraksjon, der kokainet trekkes ut av stoffet det har vært blandet i (som vin, klær eller plast), og ikke laboratorier som bearbeider kokablader.

Indikatorene tyder på at kokain er mer tilgjengelig enn noensinne

Narkotikaproduksjon: kjemisk utvikling

Narkotikapreksorer er kjemikalier som brukes i framstillingen av illegale narkotiske stoffer. Historisk sett har den største bekymringen i Europa vært for stoffene som brukes i produksjonen av syntetiske stoffer som amfetamin, metamfetamin og MDMA. Framveksten av heroinlaboratorier i EU har imidlertid ført til mer fokus på spredningen av eddiksyreanhydrid, prekursoren som brukes for omdanning av morfin til heroin. Ettersom det finnes lovlige formål for bruken av mange av disse utgangsstoffene, er de ikke forbudt, men omsetningen av dem overvåkes og kontrolleres gjennom EU-regelverket, som listefører visse kjemiske stoffer. Tilgjengeligheten av prekursorer og andre kjemikalier som trengs til narkotikaproduksjon, har stor innvirkning på narkotikamarkedet og på produksjonsmetodene som brukes i de illegale laboratoriene. Produksjonsmetodene utvikler seg også over tid for å unngå avsløring, kontroll og straff, og endringene dreier seg vanligvis om å bruke andre stoffer til å produsere syntetisk narkotika eller prekursorer til dem, som deretter blir den foretrukne produksjonsmetoden. De ekstra prosessene disse alternative stoffene medfører, samt mer komplekse syntetiseringsprosesser, kan føre til økt bruk av kjemikalier, som fører til mer avfall, noe som potensielt kan føre til større miljøskader dersom det ikke avhendes riktig.

Data om beslag og forsendelser av narkotikapreksorer som er blitt stoppet, bekrefter at både listeførte og ikke-listeførte kjemikalier brukes i produksjonen av illegale rusmidler i EU, særlig amfetaminer og MDMA (tabell 1.2). BMK (benzylmetylketon)-prekursoren APAAN (alfa-fenylacetoacetonitril) ble oppført på listen over kontrollerte kjemikalier i slutten av 2013, noe som fortsatt virker, for beslagene gikk ned fra 48 tonn i 2013 til rundt 5 tonn i 2017. Beslagene av det alternative kjemikalie APAA (alfa-fenylacetoacetonitril) økte markant i 2016 og på nytt i 2017. Beslag av glycidysyrederivater av BMK, som også enkelt kan omdannes til BMK, ble først rapportert i 2015, økte kraftig til om lag 3 tonn i 2016, og videre til nesten 6 tonn i 2017.

Mengden PMK (piperonylmetylketon) og ikke-listeførte kjemikalier til MDMA-produksjon som ble beslaglagt, økte dramatisk i 2017. Alle beslag av PMK og de fleste beslagene av glycidysyrederivater av PMK i 2017 fant sted i Nederland. I tillegg ble store mengder 2-brom-4-metylpropiofenon, en prekursor for syntetiske katinoner, og store mengder BMK (og glycidysyrederivater av BMK) beslaglagt i Nederland, noe som bekrefter hvor viktig landet er for produksjonen av syntetisk narkotika i EU.

I 2017 ble over 81 tonn eddiksyreanhydrid beslaglagt, og ytterligere 243 tonn ble stoppet før levering, noe som utgjør en stor økning i forhold til tidligere år. Det er videre

TABELL 1.2

Oversikt over beslag og stoppede forsendelser av utgangsstoffer (prekursorer) som er listeført i EU, og ikke-listeførte kjemikalier produsert i EU, og som brukes i produksjonen av utvalgte narkotiske stoffer, 2017

Listeførte / ikke-listeførte	Beslag		Stoppede forsendelser		TOTALT	
	Antall	Mengde	Antall	Mengde	Antall	Mengde
MDMA eller beslektede stoffer						
PMK (liter)	10	5 397	0	0	10	5 397
Safrol (liter)	5	2 969	0	0	5	2 969
Piperonal (kg)	3	37	4	6 384	7	6 421
Glycidysyrederivater av PMK (kg)	20	17 774	0	0	20	17 774
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	25	0	0	1	25
Amfetamin og metamfetamin						
BMK (liter)	29	3 506	0	0	29	3 506
Efedrin, bulk (kg)	14	25	0	0	14	25
Pseudoefedrin, bulk (kg)	23	13	0	0	23	13
APAAN (kg)	9	5 065	0	0	9	5 065
PAA, fenyleddiksyre (kg)	0	0	4	300	4	300
APAA (kg)	90	10 830	0	0	90	10 830
Glycidysyrederivater av BMK (kg)	5	5 725	0	0	5	5 725
Andre						
Eddiksyreanhydrid (liter)	24	81 289	55	243 011	79	324 300
2-brom-4-metylpropiofenon (kg)	4	1 211	0	0	4	1 211
N-fenetyl-4-piperidin (kg)	2	4,5	0	0	2	4,5

verdt å legge merke til at Estland har rapportert beslag av en betydelig mengde *N*-fenetyl-4-piperidon, en prekursor for produksjon av fentanylderivater.

Beslag av amfetamin og metamfetamin: tegn på gradvis økning

Amfetamin og metamfetamin er syntetiske sentralstimulerende stoffer som i enkelte datasett er slått sammen i kategorien «amfetaminer». Beslagsdataene for det siste tiåret tyder på at metamfetamin gradvis har blitt mer tilgjengelig og fått større geografisk utbredelse, men fortsatt mye mindre enn for amfetamin.

Begge stoffene blir produsert i Europa for det europeiske markedet. Tilgjengelige data tyder på at amfetaminproduksjonen hovedsakelig finner sted i Belgia, Nederland og Polen, og i noe mindre omfang i de baltiske statene og Tyskland. Alle trinn i amfetaminproduksjon

foregår vanligvis på samme sted. Beslag av amfetaminolje i enkelte medlemsstater viser imidlertid at dette produktet muligens smugles mellom land, og at det siste produksjonstrinnet foregår på eller nær bestemmelsesstedet.

Noe amfetamin produseres også i EU for eksport, hovedsakelig til Midtøsten. Store beslag av amfetamin-tabletter med «captagon»-logo som er gjort i Tyrkia, rapporteres å ha tilknytning til Syria.

Metamfetamin beslaglagt i Europa er hovedsakelig produsert i Tsjekia og grenseområdene i nabolandene. Årlig blir det oppdaget et lite antall illegale metamfetaminlaboratorier i Nederland. Noen ganger kan laboratoriene være ganske store, og produksjonen er hovedsakelig beregnet på markeder i Det fjerne østen og Oseania. I Tsjekia produseres metamfetamin hovedsakelig fra pseudoefedrin, som utvinnes fra godkjente legemidler. I 2017 lå 264 av de 298 illegale

AMFETAMINER



AMFETAMIN

Beslag

Antall

35 000 EU  **40 000** EU + 2

Kvantitet

6,4 EU  **TONN** **13,4** EU + 2

Pris

(euro/g)



Renhet

(%)

50 %
17-29 %
13 %

METAMFETAMIN

Beslag

Antall

9 000 EU  **19 000** EU + 2

Kvantitet

0,7 EU  **TONN** **1,4** EU + 2

Pris

(euro/g)

130 €
12-83 €
10 €

Renhet

(%)

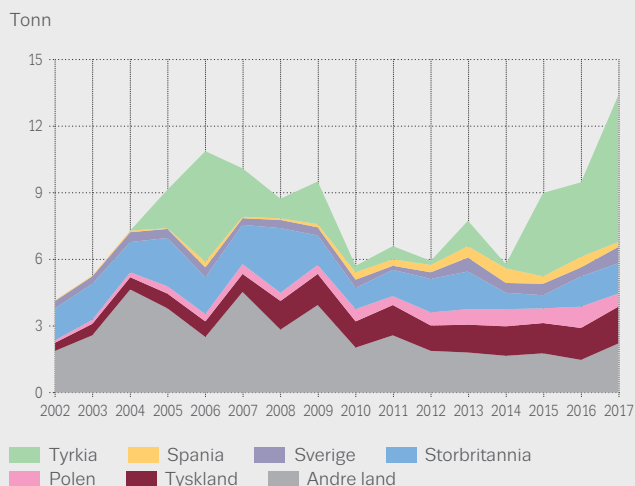
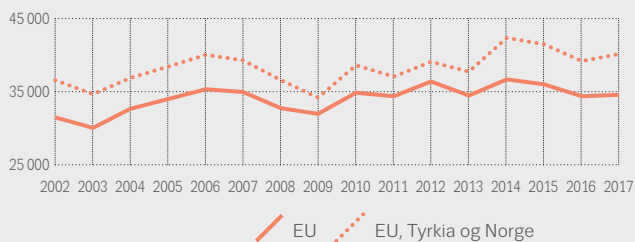
90 %
21-72 %
12 %

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

FIGUR 1.7

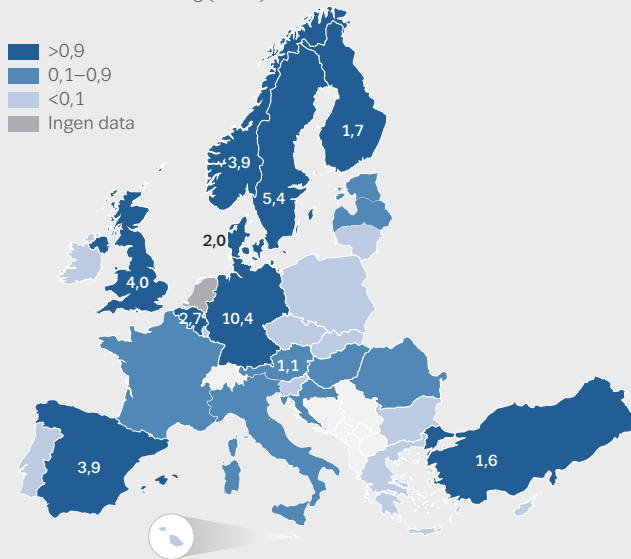
Antall amfetaminbeslag og beslaglagte kvanta: trender og data for 2017 eller siste år med tilgjengelige data

Antall beslag



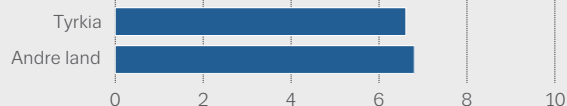
Antall amfetaminbeslag (tusen)

- >0,9
- 0,1–0,9
- <0,1
- Ingen data



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

Beslaglagte kvanta amfetamin (tonn)



metamfetaminlaboratoriene som ble rapportert i Den europeiske union, i Tsjekkia. Små laboratorier drevet av lokale brukere/langere som forsyner hjemmemarkedet, dominerer. Større anlegg som involverer ikke-tsjekiske organiserte kriminelle grupper som produserer metamfetamin for andre land i Europa, har dukket opp de senere år.

I 2017 rapporterte EUs medlemsstater 35 000 amfetaminbeslag på til sammen 6,4 tonn. Den anslåtte mengden amfetamin som beslaglegges i EU, har vanligvis ligget på rundt 5–6 tonn hvert år siden 2010, selv om det har vært en økning i begge de to siste årene (figur 1.7). Tyskland og Storbritannia beslaglegger vanligvis mest, ofte mer enn ett tonn hver. Tallene for beslag av metamfetamin er mye lavere; 9 000 beslag ble gjort i EU i 2017, til sammen 0,7 tonn. De største beslagene var 122 kg i Frankrike, 114 kg i Tyskland og 93 kg i Tsjekkia (figur 1.8). Antall beslag av metamfetamin har generelt gått opp siden 2002, men har vist tegn til stabilisering i senere år. Beslagsmengden har svingt, men har generelt økt siden 2009.

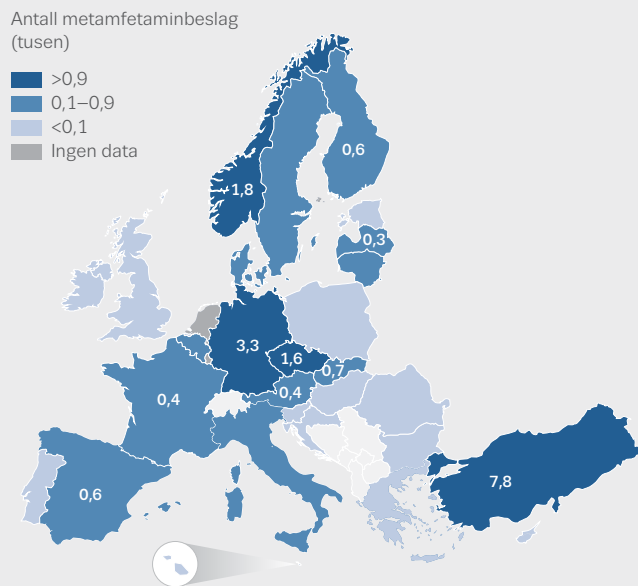
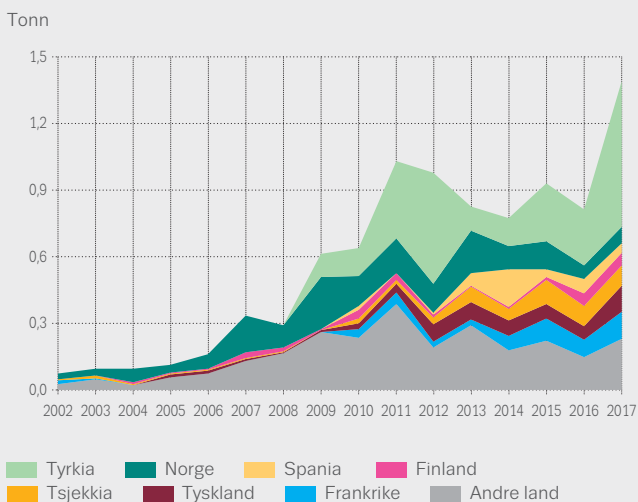
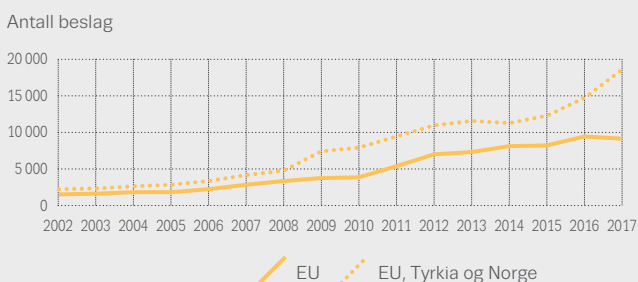
I 2017 beslagla Tyrkia mer amfetamin (6,6 tonn) enn alle EU-medlemsstatene til sammen (6,4 tonn). Nesten all amfetamin som ble beslaglagt i Tyrkia, var i form av

tabletter (26,3 millioner tabletter – over 99,5 % av den anslåtte totale mengden beslaglagt), inkludert store mengder av «captagon»-tabletter som inneholder amfetamin. Tyrkia beslagla også uvanlig store mengder metamfetamin i 2017 (658 kg), tilsvarende mengden som ble rapportert for EU (662 kg).

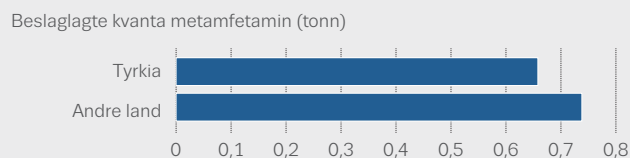
Sammenlignet med for ti år siden, var både prisen og renheten for amfetamin i Europa høyere i 2017, til tross for et lite fall sammenlignet med året før. Den gjennomsnittlige renheten og prisen er typisk høyere for metamfetamin enn for amfetamin.

FIGUR 1.8

Antall metamfetaminbeslag og beslaglagte kvanta: trender og data for 2017 eller siste år med tilgjengelige data



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



MDMA: økt produksjon og økte beslag

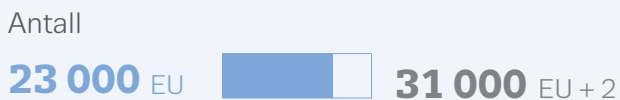
Det syntetiske stoffet MDMA (3,4-metylendioksy-metamfetamin) er kjemisk beslektet med amfetamin, men har andre virkninger. MDMA inntas i tablettform som ofte

kalles ecstasy, eller i form av pulver eller krystaller. En internasjonal innsats mot narkotikaprekursorer – kjemikaliene som trengs for å produsere illegale rusmidler – rammet MDMA-markedet sent på 2000-tallet, men i den senere tid har MDMA-markedet våknet til liv igjen, da

MDMA

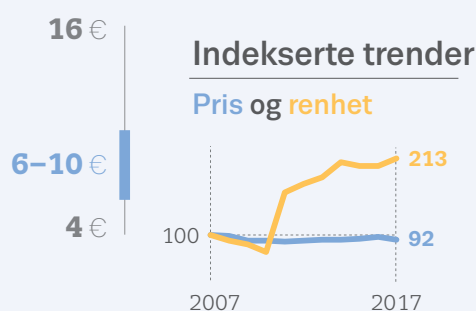


Beslag



Pris

(euro/tablett)



Renhet

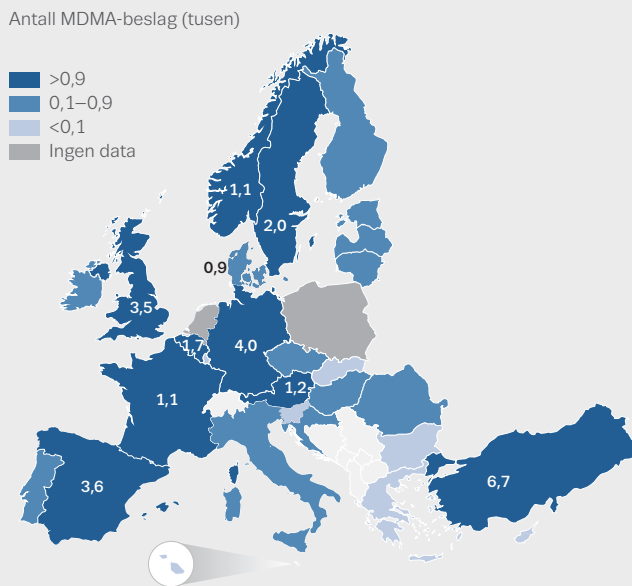
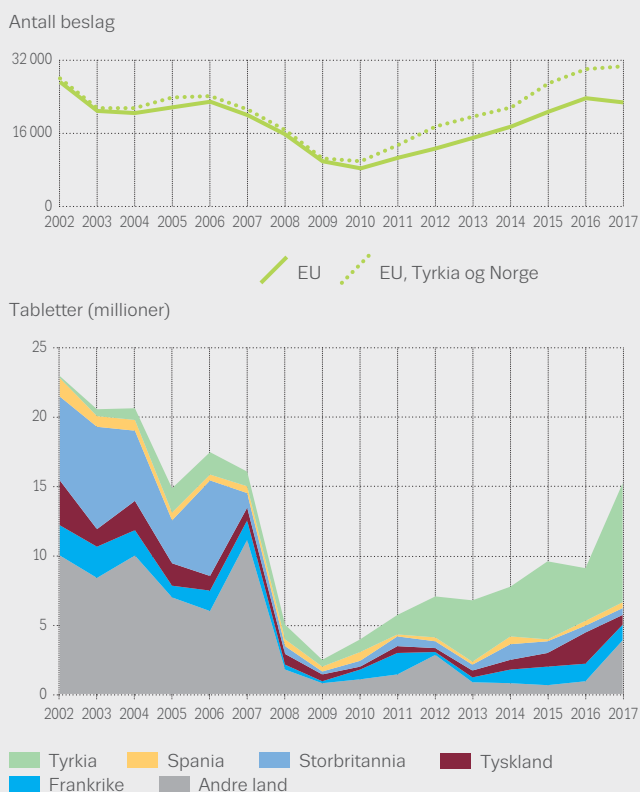
(mg MDMA/tablett)



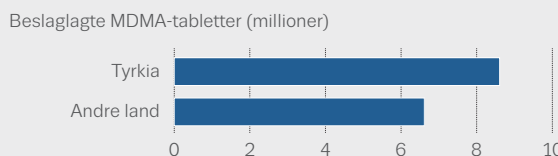
EU + 2 viser til EU-medlemsstatene pluss Tyrkia og Norge. Pris og renhet på MDMA: nasjonale middelværdier – minimum, maksimum og interkvartil avstand. De ulike indikatorene dekker ulike land.

FIGUR 1.9

Antall MDMA-beslag (i alle former) og beslaglagte kvanta: trender og data for 2017 eller siste år med tilgjengelige data



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



produsentene har funnet nye, ikke-kontrollerte kjemikalier for bruk i produksjonen av stoffet. Det gjennomsnittlige MDMA-innholdet i tablettene i de landene som rutinemessig rapporterer data, har følgelig gått opp siden 2010 og var på det høyeste på ti år i 2017. Markedsføring ser ut til å være viktig for salget, og det introduseres stadig nye tablettedesign, med ulike farger, former og merkelogoer.

MDMA-produksjonen i Europa skjer i all hovedsak i Nederland og Belgia. Totalt 21 aktive MDMA-laboratorier, nesten en dobling fra 2016, ble rapportert avdekket i EU i 2017, samtlige i Nederland. I Belgia ble det ikke påvist noen anlegg for MDMA-produksjon i 2017, men rapporter om dumping av kjemisk avfall fra MDMA-produksjon tyder på at stoffet fortsatt produseres der.

Beslagsrapporter fra utenfor Europa, identifisert gjennom overvåking av åpent tilgjengelig informasjon og analyser av markedsdata på det mørke nettet, viser hvor viktig produsentene i Europa er for den globale MDMA-forsyningen. For eksempel viser overvåkingsdata fra det mørke nettet at i tillegg til å tilrettelegge for direkte salg til forbrukere, bruker selgere over hele verden disse markedene for å kjøpe MDMA produsert i Europa. Analysen viser at inntektene av transaksjoner med MDMA-tabletter

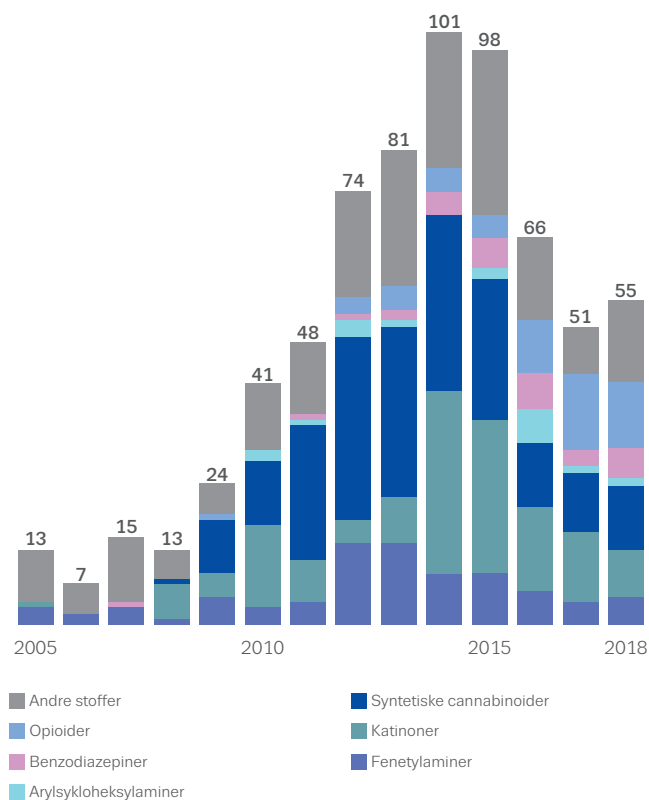
i kvanta som knyttes til markedets mellomnivå, er mer enn dobbelt så høye som inntektene av detaljsalg. Til sammenligning foregår cannabis- og kokaintransaksjoner på det mørke nettet i overveldende grad på detaljnivå.

Antall rapporterte MDMA-beslag i EU har hatt en oppadgående trend siden 2010. Mengden MDMA som beslaglegges, rapporteres oftere i antall tabletter enn i vekt. Anslagsvis 6,6 millioner MDMA-tabletter ble rapportert beslaglagt i 2017, det høyeste tallet i EU siden 2007. Det er langsiktige variasjoner i antall MDMA-tabletter som beslaglegges hvert år i EU, noe som delvis gjenspeiler konsekvensene av store enkeltbeslag. Noen land har også rapportert om beslag av MDMA-pulver. Innrapporterte beslag av MDMA-pulver i EU økte fra 0,3 tonn i 2016 til 1,7 tonn i 2017. Denne økningen skyldes hovedsakelig beslagene rapportert fra Nederland, et land som nå for første gang på fem år er i stand til å legge fram data om MDMA-beslag og dermed bidrar til en grundigere analyse på dette området.

Tyrkia beslagla store mengder MDMA-tabletter i 2017, mer enn en dobling fra året før med 8,6 millioner tabletter, og overgikk dermed mengden som ble beslaglagt i EU totalt (figur 1.9).

FIGUR 1.10

Antall og kategorier av nye psykoaktive stoffer rapportert for første gang til EUs system for tidlig varslings, 2005–18



Beslag av LSD, GHB og ketamin

Det ble også gjort beslag av andre illegale rusmidler i EU i 2017, blant annet over 2 000 beslag av LSD (lysergsyredietylamid) med til sammen 74 000 enheter. Totalt antall LSD-beslag er mer enn fordoblet siden 2010, men beslaglagte kvanta har variert. Seksten EU-land rapporterte rundt 2 000 beslag av ketamin, til sammen cirka 195 kg og 5 liter, hvorav det meste i Belgia, Frankrike og Storbritannia. Også Norge rapporterte om et mindre antall ketaminbeslag – 42 beslag, som utgjorde 0,1 kg. I 2017 ble det rapportert beslag av GHB (gammahydroksybutyrat) eller GBL (gammabutyrolakton) fra 14 EU-land, Norge og Tyrkia. Norge sto for over en firedel av alle beslagene. Sett under ett, utgjorde anslagsvis 1 600 beslag nesten 127 kg og 1 300 liter av stoffet. Belgia beslagla nesten halvparten av den totale mengden, hovedsakelig i form av GBL.

Nye psykoaktive stoffer: et komplekst marked

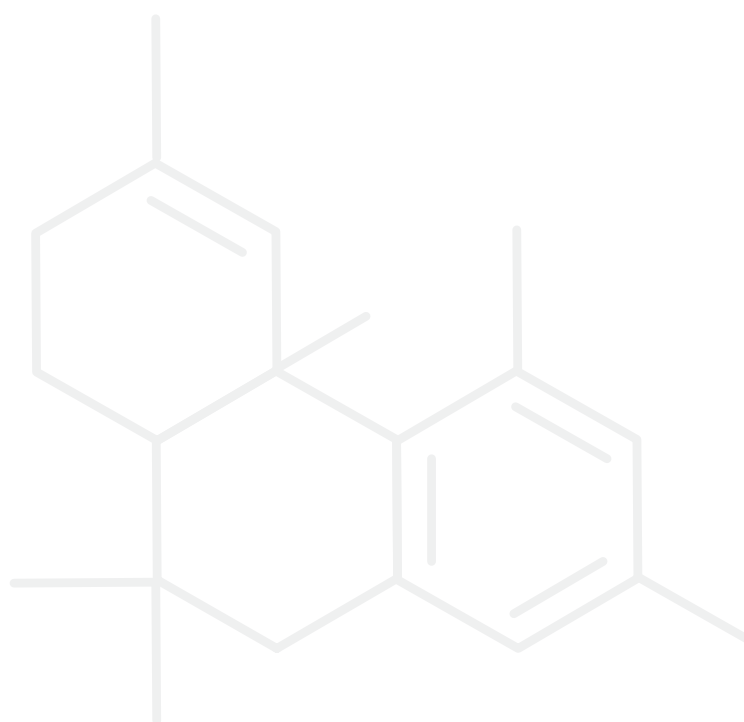
I slutten av 2018 overvåket EMCDDA over 730 nye psykoaktive stoffer, hvorav 55 av disse ble påvist for første gang i Europa i 2018. Disse stoffene består av alt fra syntetiske cannabinoider, sentralstimulerende midler, opioider og benzodiazepiner.

I de fleste tilfeller produseres nye psykoaktive stoffer i bulk av kjemisk og farmasøytisk industri i Kina. Derfra sendes de til Europa, hvor de blir bearbeidet til produkter, pakket og solgt. Av og til selges de åpent i fysiske butikker. Til tross for at det åpne salget av disse produktene er begrenset på grunn av restriksjoner i noen land, er de fortsatt tilgjengelige, men mer i det skjulte. De kan også anskaffes gjennom nettbutikker, på det mørke nettet eller på det illegale narkotikamarkedet. Der kan de selges under eget navn, eventuelt selges som eller blandet med andre stoffer, for eksempel heroin, kokain, MDMA eller psykoaktive legemidler.

Antallet nye stoffer som årlig identifiseres for første gang, nådde en topp i 2014–15, men har senere stabilisert seg på et nivå som kan sammenlignes med 2011–12 (figur 1.10). Årsakene til dette er uklare, men kan reflektere en iherdig innsats for å kontrollere nye stoffer i Europa, i tillegg til at Kina har skjerpet lovgivningen.

Antallet nye stoffer som årlig påvises for første gang, er bare én av mange indikatorer EMCDDA bruker for å forstå markedet. For eksempel ble 390 stoffer, omtrent halvparten av de nye stoffene som overvåkes av EUs system for tidlig varslings, påvist i Europa i 2017, hvorav noen dukket opp første gang for over ti år siden. Dette

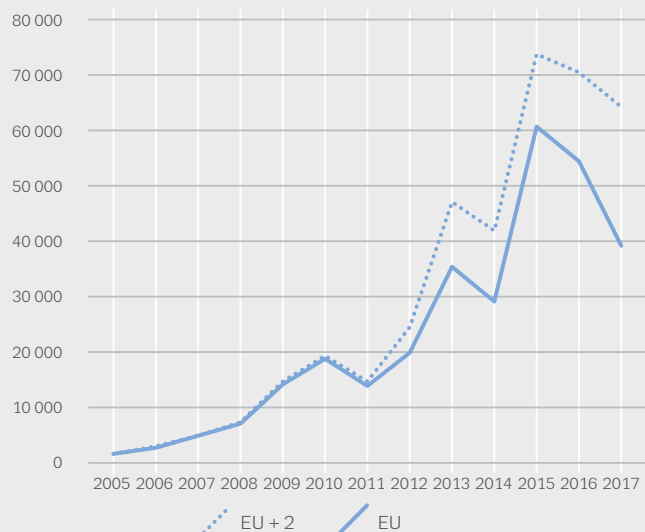
illustrerer hvor dynamisk denne delen av narkotikamarkedet er: nye psykoaktive stoffer dukker opp og forsvinner så raskt, men antallet stoffer i omløp forblir høyt.



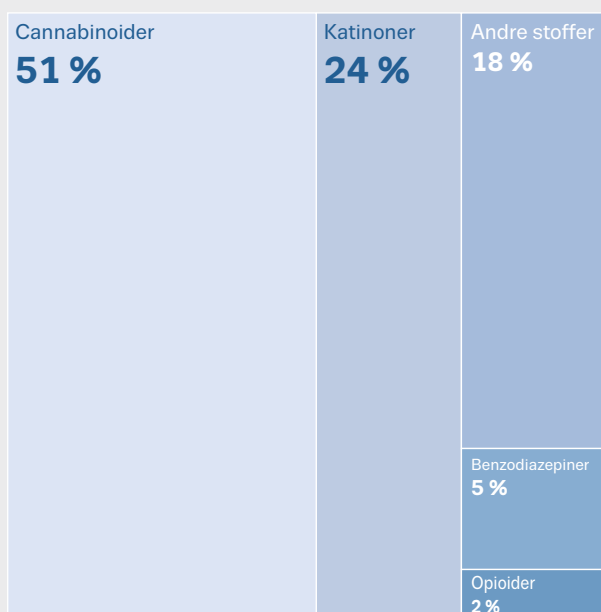
FIGUR 1.11

Beslag rapportert til EUs system for tidlig varslings: trender i totalt antall beslag og beslag etter kategori i 2017

Antall beslagsrapporter



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



Beslag av nye psykoaktive stoffer

I løpet av 2017 innrapporterte politi og tollvesen i Europa nærmere 64 160 beslag av nye psykoaktive stoffer til EUs system for tidlig varslings. Av disse ble 39 115 beslag rapportert av de 28 EU-medlemsstatene (figur 1.11).

I 2017 forelå de nye psykoaktive stoffene som ble rapportert, oftest i pulverform. Totalt utgjorde beslagene 2,8 tonn. Dette er i all hovedsak sammenlignbart med tallene fra tidligere år. I tillegg ble det rapportert knappe 240 kg vegetabilsk materiale, hvorav to tredeler var i form av røykbare blandinger som inneholdt syntetiske cannabinoider. Nye stoffer ble også funnet i tablett (6 769 saker, 2,8 millioner enheter), papirbiter (980 saker, 23 000 enheter) og væsker (1 430 saker, 490 liter). Noen av disse væskene ble solgt som nespray klar til bruk og som e-væske for damping med e-sigaretter.

I Europa domineres beslagene av nye psykoaktive stoffer typisk av syntetiske cannabinoider og katinoner. De siste årene har det imidlertid vært mer variasjon, og andre stoffgrupper har gjort seg mer gjeldende. For eksempel ser det ut til at mengden opioider og benzodiazepiner som beslaglegges i Europa, har økt.

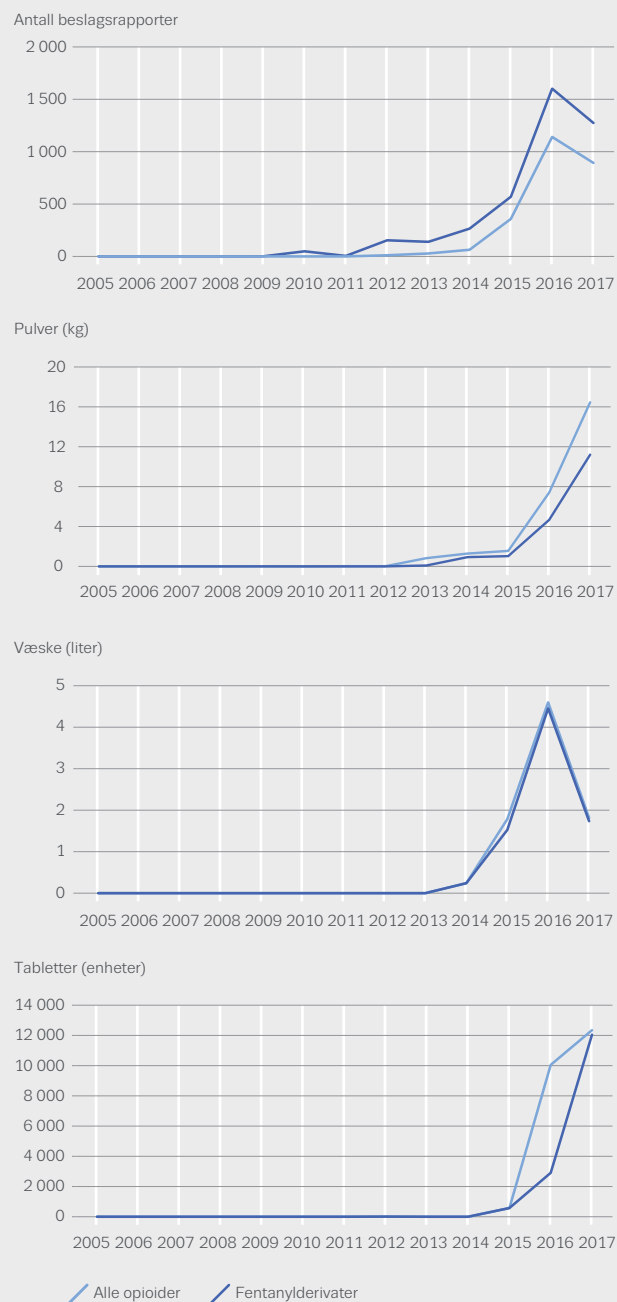
Nye syntetiske opioider

Totalt er 49 nye syntetiske opioider blitt påvist på narkotikamarkedet i Europa siden 2009, medregnet de 11 som ble rapportert for første gang i 2018. Av de 49 er 34 fentanylderivater, og av disse ble 6 rapportert for første gang i 2018. Selv om de nye opioidene spiller en liten rolle i dagens europeiske narkotikamarked, er mange av dem (særlig i fentanylfamilien) svært sterke og utgjør en alvorlig helsetrusel både for den enkelte og for folkehelsen.

I 2017 fikk EUs system for tidlig varslings inn rapporter fra politi og tollvesen om mer enn 1 300 beslag av nye opioider. De aller fleste rapportene (70 %) gjaldt beslag av fentanylderivater (figur 1.12), men det ble også rapportert flere andre opioidtyper (som U-47,700 og U-51,754). Den totale mengden opioidpulver og -tablett som rapporteres, har økt kontinuerlig siden 2012 (figur 1.12). Til sammen utgjorde beslagene av nye opioider i 2017 ca. 17 kg pulver, 1,8 liter væske og over 29 000 tablett. Nye opioider har også blitt funnet i papirbiter og urtebaserte røykeblandinger, men dette er mindre vanlig. I disse tilfellene finnes det kanskje ingen tegn til at de inneholder sterke opioider, noe som medfører risiko for forgiftning for brukerne, særlig hvis de ikke allerede har toleranse for opioider.

FIGUR 1.12

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



NB: Data for EU, Tyrkia og Norge. Beslag av tramadol er ikke inkludert.

1 300 beslag av nye opioider ble rapportert til EUs system for tidlig varsling

Beslagene av karfentanil i Europa vekker særlig bekymring, ettersom dette er et av de sterkeste kjente opioidene. I 2017 ble det rapportert 300 beslag av karfentanil i Europa. Beslagene besto av rundt regnet 4 kg pulver og 250 ml væske. Noe av dette pulveret ble solgt som eller blandet med heroin.

Nye benzodiazepiner

De siste årene ser det ut til å ha vært en økning i antall, typer og tilgjengelighet av nye psykoaktive stoffer i kategorien benzodiazepiner, som ikke er underlagt internasjonal narkotikalovgivning. Noen av dem selges som falske versjoner av vanlig forskrevne angstdempende legemidler som alprazolam (Xanax) og diazepam og benytter seg av eksisterende distribusjonsnettverk i det illegale rusmiddelmarkedet. Andre selges på nett, av og til under egne navn, markedsført som «lovlige» versjoner av godkjente legemidler.

EMCDDA overvåker for tiden 28 nye benzodiazepiner, hvorav 23 har blitt påvist for første gang i Europa de siste fem årene. I 2017 ble nærmere 3 500 beslag av nye benzodiazepiner rapportert til EUs system for tidlig varsling. Flesteparten av disse beslagene var av tabletter, mer enn 2,4 millioner enheter, noe som utgjør en stor økning fra de rundt 500 000 tablettene som ble rapportert i 2016. Denne økningen kan tilskrives store beslag av etizolam – et stoff som ble rapportert til systemet for tidlig varsling for første gang i 2011 – i ett land. I tillegg ble det rapportert om beslag av rundt 27 kg pulver, 1,4 liter væske og 2 400 papirbiter med nye benzodiazepiner i 2017.

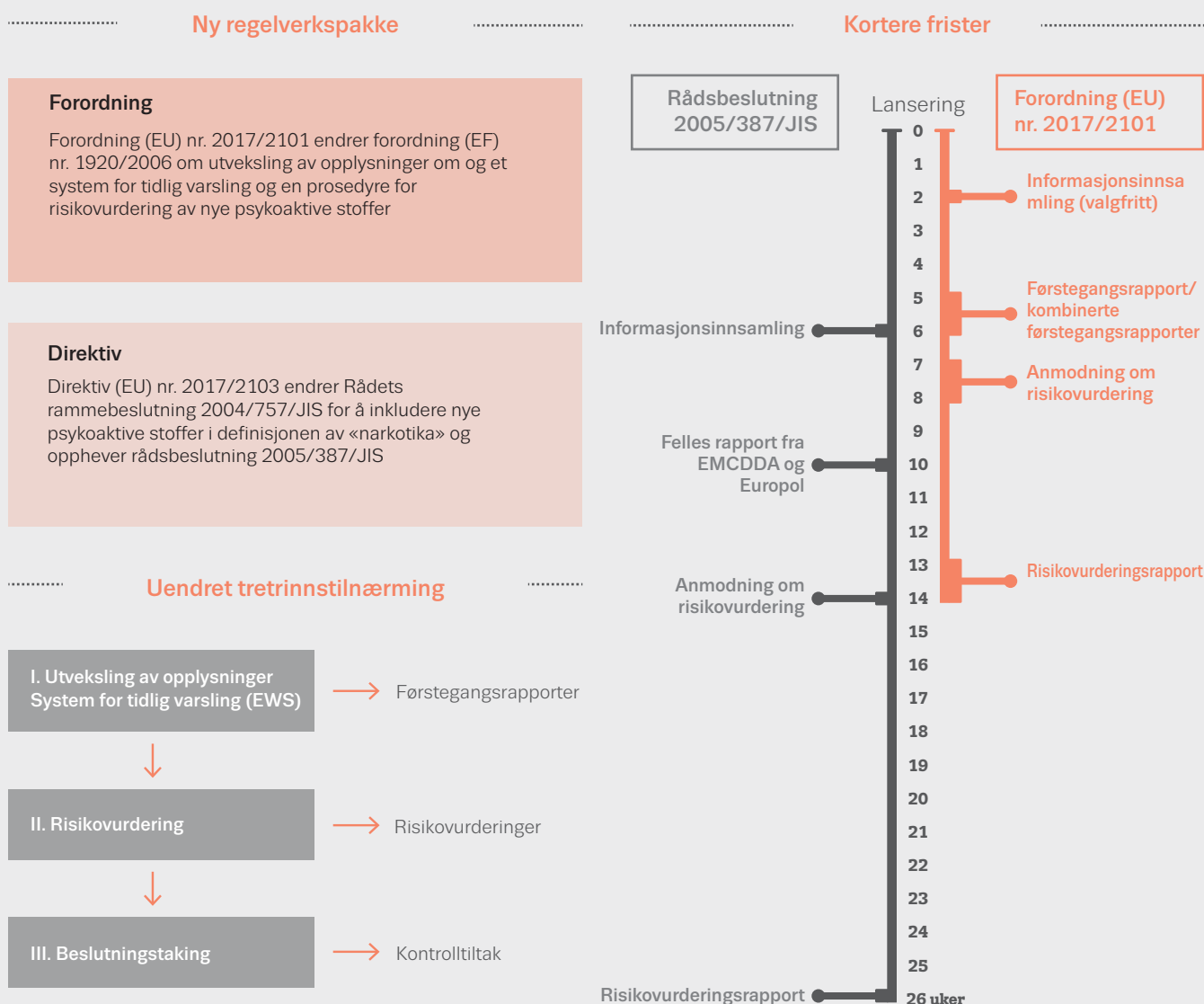
Nye psykoaktive stoffer: nye rettslige tiltak

Landene i Europa iverksetter tiltak for å hindre tilførselen av narkotika i henhold til tre FN-konvensjoner, som utgjør det internasjonale rammeverket for kontroll med produksjon, handel og besittelse av over 240 psykoaktive stoffer. Den raske framveksten av nye psykoaktive stoffer og mangfoldet av tilgjengelige produkter er utfordrende for konvensjonene og for beslutningstakere og lovgivere i Europa.

På nasjonalt plan er ulike tiltak iverksatt for å kontrollere nye stoffer. De rettslige virkemidlene kan grovt sett deles inn i tre. I mange land i Europa har man først benyttet forbrukervernlovgivningen, og deretter har man utvidet eller tilpasset eksisterende narkotikalovgivning slik at den nå også omfatter nye psykoaktive stoffer. Etter hvert har landene i stadig større grad utarbeidet ny lovgivning som spesifikt retter seg mot dette problemet.

FIGUR 1.13

Nye hurtige EU-prosedyrer for identifikasjon av og tiltak mot nye psykoaktive stoffer som påvises i EU



I mange år førte de fleste europeiske land stoffeneenkeltvis opp på narkotikalistene. Etter hvert som antallet nye stoffer påvist i Europa har økt, har flere land søkt å kontrollere stoffene gruppevis (figur 1.13). De fleste landene har definert gruppene etter kjemisk struktur («generiske» grupper), mens andre har definert gruppene etter virkninger. De fleste landene som har brukt en generisk tilnærming, har lagt gruppedefinisjonene til eksisterende narkotikalovgivning, men enkelte har bare tatt med de aktuelle gruppene i lovgivning som spesifikt gjelder nye psykoaktive stoffer.

EUs regelverk for tiltak mot de truslene nye psykoaktive stoffer utgjør for folkehelsen og samfunnet ble innført i 2005, men er nå revidert for å få på plass et system som fungerer raskere og mer hensiktsmessig (figur 1.13). Det nye regelverket har beholdt tretrinnsstilnærmingen til de

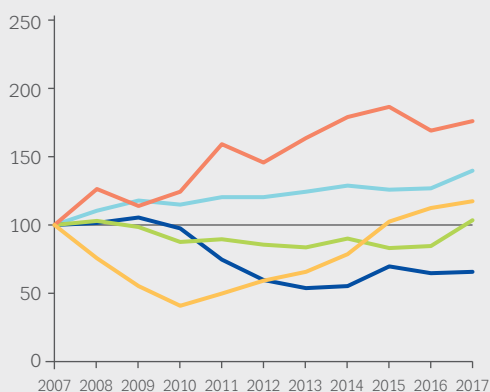
nye psykoaktive stoffene – tidlig varsling, risikovurdering og kontrolltiltak – samtidig som den styrker eksisterende prosesser ved å strømlinjeforme og framskynde datainnsamlingen og vurderingsprosedyrene, og ved å innføre kortere tidsfrister. Etter at risikovurderingen er gjennomført, kan Europakommisjonen utarbeide forslag til kontrolltiltak for det aktuelle stoffet. Europaparlamentet og Rådet har to måneder på seg til å komme med innsigelser til Europakommisjonens forslag, men da bare under visse forutsetninger. Så snart beslutningen har trådt i kraft, har nasjonale myndigheter 6 måneder (mot før 12) på seg til å føre stoffet opp på narkotikalistene. Dette nye regelverket trådte i kraft for hele Europa 23. november 2018.

FIGUR 1.14

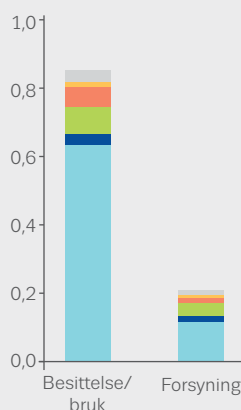
Narkotikalovbrudd i EU knyttet til bruk, besittelse til eget bruk eller forsyning av narkotika: indekserte trender og rapporterte lovbrudd i 2017

Lovbrudd relatert til besittelse/bruk

Indekserte trender

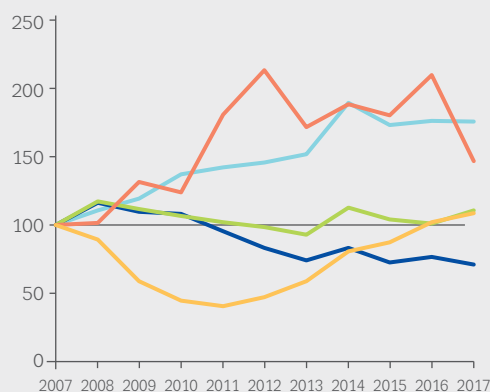


Antall lovbrudd (million)



Lovbrudd relatert til forsyning

Indekserte trender



Heroin Kokain MDMA Cannabis Amfetaminer Andre stoffer

NB: Data for lovbrudd der det aktuelle stoff er rapportert.

Narkotikalovbrudd: cannabis dominerer

Implementering av lovverk overvåkes gjennom data om rapporterte narkotikalovbrudd. Tallene gjenspeiler ulikhetene i hvert lands lovgivning og prioriteringer, men også de ulike måtene loven håndheves på.

I 2017 ble det i EU rapportert 1,5 millioner narkotikalovbrudd, en økning på 20 % siden 2007. Rundt 1,2 millioner av disse (79 %) var knyttet til bruk eller besittelse, en økning på 27 % sammenlignet med for ti år siden. Antallet lovbrudd knyttet til bruk eller besittelse av cannabis, har fortsatt å øke. Tre firedeler (75 %) av lovbruddene knyttet til bruk eller besittelse, gjaldt cannabis. Dette er imidlertid ned 2 prosentpoeng fra 2016. Den stigende trenden for lovbrudd knyttet til bruk eller besittelse av MDMA har fortsatt i 2017, selv om disse lovbruddene fortsatt bare utgjør 2 % av alle bruksrelaterte lovbrudd (figur 1.14).

Samlet sett har antallet lovbrudd i EU som gjelder forsyning av narkotika, økt med 22 % siden 2007, til anslagsvis over 230 000 tilfeller i 2017. Cannabis var også involvert i de fleste forsyningsrelaterte lovbruddene (57 %). Rapporterte lovbrudd relatert til forsyning av MDMA har økt siden 2011 (figur 1.14), mens lovbrudd relatert til forsyning av heroin har gått litt ned. For kokain har situasjonen vært relativt stabil i samme tidsrom.

FINN UT MER

Publikasjoner fra EMCDDA

2019

Country Drug Reports 2019.

2018

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

Captagon: understanding today's illicit market, EMCDDA Papers.

2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

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

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

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

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

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

2015

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

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

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2014

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

Felles publikasjoner fra EMCDDA og Europol

2018

Improved drug supply indicators for Europe: progress report, joint publication.

EMCDDA–Europol 2017 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA, implementation reports.

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

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

2017

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

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

Felles publikasjoner fra EMCDDA og Eurojust

2016

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

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

2

**Blant narkotikabrukere
er blandingsbruk vanlig**

Prevalens og trender for narkotikabruk

Narkotikabruken i Europa omfatter nå et bredere spekter av stoffer enn tidligere. Blandingsbruk er vanlig blant narkotikabrukere, og bruksmønstrene varierer fra eksperimentell bruk til regelmessig bruk og avhengighet. Cannabis er det mest brukte narkotiske stoffet. Prevalensen av bruk av cannabis er omtrent fem ganger så høy som for andre stoffer. Bruken av heroin og andre opioider er fortsatt relativt lite utbredt, men det er fortsatt disse stoffene som oftest er forbundet med de mest skadelige bruksmåtene, som for eksempel sprøytebruk. Utbredelsen av bruk av sentralstimulerende midler og hvilke typer av disse som er vanligst, varierer fra land til land, og det finnes stadig mer dokumentasjon på en potensiell økning av injeksjonsbruk av sentralstimulerende midler. All rusmiddelbruk er generelt vanligere blant menn, og kjønnsforskjellene blir gjerne større ved mer intensiv eller regelmessig bruk.

Overvåking av narkotikabruk

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

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

Studier som rapporterer estimater for høyrisikobruk av narkotika, brukes til å kartlegge omfanget av mer etablert problematisk bruk av narkotika, mens data om personer som inntas til narkotikabehandling i det spesialiserte behandlingsapparatet, i kombinasjon med andre indikatorer, øker kunnskapen om hvordan høyrisikobruk arter seg, og om nye trender.

Det brukes også andre, mer målrettede datakilder. Disse indikatorene gir innsikt i endringer i bruksmønstre og hvilke typer narkotisk stoff som brukes. Selv om disse kildene ikke er representative for befolkningen generelt, gir de gode supplerende data. Alle datakilder om narkotikabruk har styrker og svakheter, og dataenes tilgjengelighet og kvalitet kan variere fra land til land. Av denne grunn har EMCDDA en varsom tilnærming basert på flere indikatorer for å beskrive narkotikasituasjonen i Europa.

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

Rundt 96 millioner voksne har prøvd illegale rusmidler

Rundt 96 millioner voksne (15–64 år) i EU, eller 29 %, har prøvd et illegalt rusmiddel på et eller annet tidspunkt i livet. Erfaring med bruk av narkotika rapporteres oftere av menn (57,8 millioner) enn av kvinner (38,3 millioner). Det stoffet som flest har prøvd, er cannabis (55,4 millioner menn og 36,1 millioner kvinner), mens estimatene er mye lavere for livstidsbruk av kokain (12,4 millioner menn og 5,7 millioner kvinner), MDMA (9,3 millioner menn og 4,6 millioner kvinner) og amfetaminer (8,3 millioner menn og 4,1 millioner kvinner). Tallene for livstidsbruk av cannabis varierer mye fra land til land, fra cirka 4 % av voksne i Malta til 45 % i Frankrike.

Tallene for bruk siste år gir et godt bilde på nylig narkotikabruk og er i hovedsak konsentrert blant unge voksne. Anslagsvis 19,1 millioner unge voksne (15–34 år) har brukt narkotika i løpet av det siste året; dette er rapportert av dobbelt så mange menn (20 %) som kvinner (11 %).

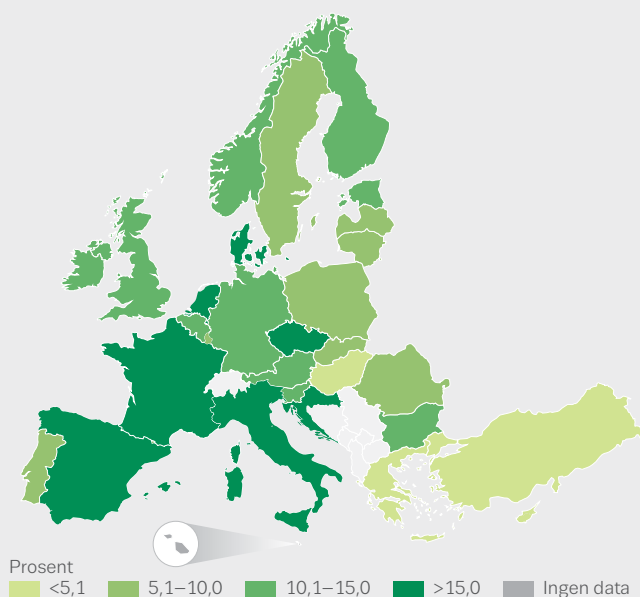
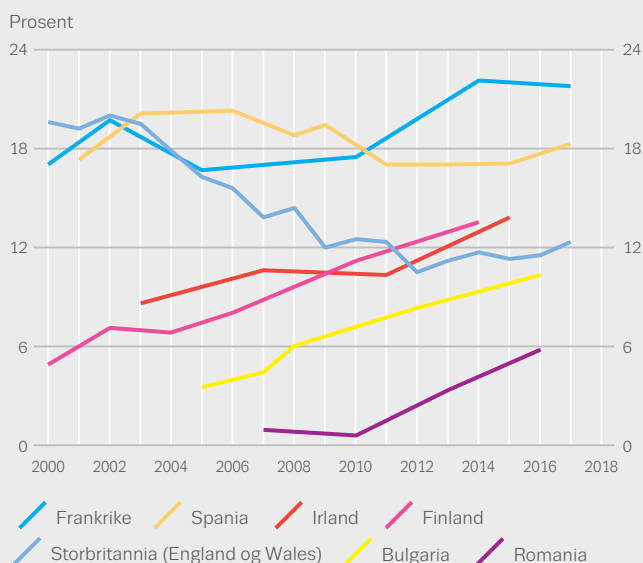
Cannabisbruk blant unge

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

Det er anslått at 91,2 millioner voksne i EU (15–64 år), eller 27,4 % i denne aldersgruppen, har prøvd cannabis en eller flere ganger i løpet av livet. Av disse har anslagsvis 17,5 millioner unge voksne (15–34 år), eller 14,4 % i denne aldersgruppen, brukt cannabis det siste året. Tall for siste års bruk blant unge voksne varierer fra 3,5 % i Ungarn til 21,8 % i Frankrike. Blant unge som har brukt cannabis det siste året, er det dobbelt så mange menn som kvinner. Hvis man bare ser på aldersgruppen 15–24 år, er prevalensen av cannabisbruk høyere, idet 18 % (10,1 millioner) har brukt stoffet det siste året og 9,3 % den siste måneden (5,2 millioner).

FIGUR 2.1

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



NB: Andre aldersgrupper enn 15–34 år rapporteres fra Danmark, Storbritannia og Norge (16–34), Sverige (17–34), Tyskland, Frankrike, Hellas og Ungarn (18–34).

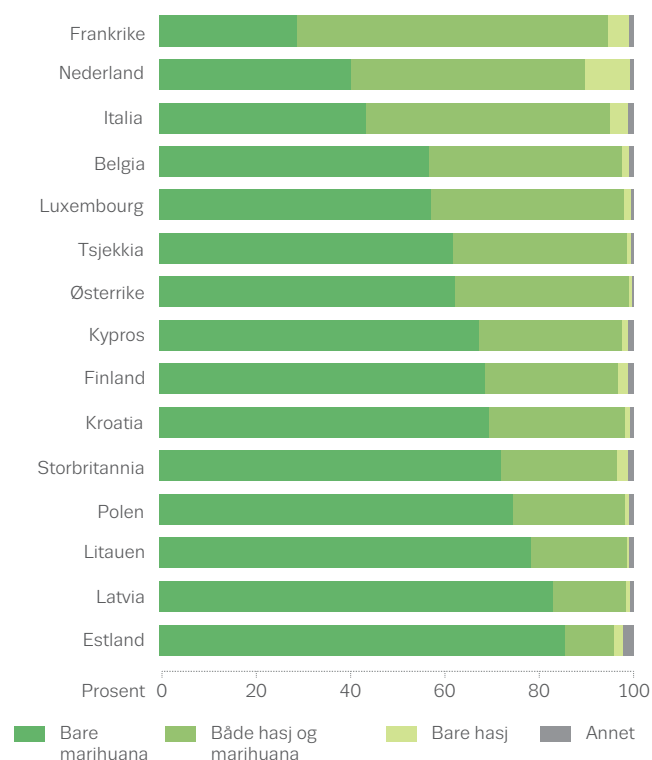
FIGUR 2.2

I de fleste land tyder nye spørreundersøkelser på at prevalensen av siste års bruk av cannabis blant unge voksne er stabil eller økende. Av de landene som har gjennomført undersøkelser siden 2016 og har rapportert konfidensintervaller, rapporterte 6 om høyere estimater, 5 om stabile estimater og 1 om lavere estimater enn i den forrige sammenlignbare undersøkelsen. I 11 av disse landene ble det i den nyeste undersøkelsen rapportert en økning i bruk i aldersgruppen 15–24 år.

Bare noen få land har tilstrekkelige befolkningsdata til å foreta en statistisk analyse av langsiktige trender for siste års bruk av cannabis blant unge voksne (15–34 år). Av disse har de tidligere nedadgående trendene i Spania og Storbritannia (England og Wales) stabilisert seg i nyere data, mens Storbritannia har hatt en økning til 12,3 % det siste året (figur 2.1). Siden 2000 ser man økende trender for siste års bruk av cannabis blant unge voksne i en rekke land. Blant disse er Irland og Finland, der de nyeste dataene peker i retning av nivåer som nærmer seg EU-gjennomsnittet på 14,4 %, og om enn på lavere nivåer, Bulgaria og Romania. I Frankrike viser nye undersøkelser at prevalensen ligger stabilt høyt (22 %). I Danmark viste en undersøkelse i 2017 en nedgang til 15,4 % fra anslaget for 2013 på 17,6 %.

Data fra nettundersøkelser kan gi supplerende informasjon til generelle befolkningsundersøkelser og mer innsikt i bruken av narkotika i Europa. Disse undersøkelsene er ikke representative for befolkningen generelt, men de når ut til store utvalg av narkotikabrukere. Den europeiske nettundersøkelsen om narkotika samlet inn informasjon om bruksmønstre og kjøp av de vanligste illegale rusmidlene fra 40 000 mennesker som bruker narkotika, hovedsakelig rekruttert gjennom sosiale medier. Resultatene viser at det var vanligere å bruke marihuana enn hasj. Mange av respondentene meldte imidlertid om bruk av begge typene, særlig i Frankrike, Italia og Nederland. Hasjbruk ble bare rapportert sporadisk (figur 2.2).

Cannabistyper brukt siste år av deltakere i en nettundersøkelse som rapporterte om bruk av stoffet



NB: Undersøkelsen ble gjennomført i to omganger, en i 2016 (Tsjekkia, Frankrike, Kroatia, Nederland, Storbritannia) og en i 2017/18 (de øvrige 10 EU-landene).

Kilde: Den europeiske nettundersøkelsen om narkotika.

Cannabis er det illegale rusmiddelet som er vanligst å bruke

Høyrisikobruk av cannabis: tegn til stabilisering

Basert på undersøkelser i den generelle befolkningen er det anslått at om lag 1 % av voksne i Europa bruker cannabis daglig eller nesten daglig, altså at de har brukt stoffet 20 eller flere dager den siste måneden. Rundt 60 % av disse er under 35 år, og rundt tre firedeler er menn.

Sett i sammenheng med andre indikatorer kan data om personer som inntas til behandling for cannabisproblemer, gi oss en bedre forståelse av hvordan høyrisikobruk av cannabis arter seg, og hvor utbredt det er i Europa. I 2017 ble ca. 155 000 mennesker i Europa inntatt til narkotikabehandling for problemer knyttet til bruk av cannabis. Av disse startet 83 000 behandling for første gang i sitt liv. I de 24 landene som har data tilgjengelig, økte antallet førstegangsklienter med cannabisproblemer med 76 % i perioden 2006–2017.

Av alle brukere som ble inntatt til behandling for første gang i 2017, og som hadde cannabis som primærrusmiddel, rapporterte samlet sett 47 % om daglig bruk den siste måneden, med en variasjon på 10 % eller mindre i Latvia, Ungarn og Romania, til 68 % eller mer i Spania, Nederland og Tyrkia.

Kokainbruk: enkelte tegn til økning

Kokain er det mest brukte illegale sentralstimulerende rusmiddelet i Europa. Bruken er mer utbredt i landene i Sør- og Vest-Europa. De siste årene har det vært en økning i bruken av dette stoffet i Europa. Bruken av kokain kan kategoriseres på ulike måter, etter situasjon, hvilket produkt som brukes eller motivasjonen for bruken. Blant regelmessige brukere kan det trekkes et grovt skille mellom sosialt integrerte brukere, som sniffer kokain i pulverform (kokainhydroklorid), og marginaliserte brukere, som injiserer kokain eller røyker crack (kokainbase), noen ganger i kombinasjon med opioider. I mange datasett er det ikke mulig å skille mellom de to formene for kokain (kokainpulver og crack), og begrepet kokainbruk dekker begge deler.

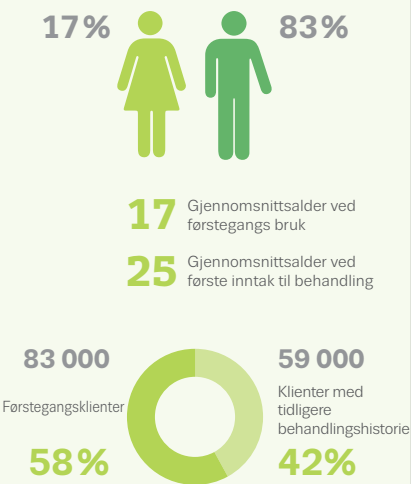
Det er anslått at 18 millioner voksne i EU (15–64 år), eller 5,4 % i denne aldersgruppen, har prøvd kokain en eller flere ganger i løpet av livet. Av disse har rundt 2,6 millioner unge voksne i aldersgruppen 15–34 år (2,1 % i denne aldersgruppen) brukt stoffet det siste året.

De seks landene Danmark, Irland, Spania, Frankrike, Nederland og Storbritannia, rapporterte tall på over 2,5 % for siste års prevalens av kokainbruk blant unge voksne (figur 2.3). Av de landene som har gjennomført undersøkelser siden 2016 og rapportert konfidensintervaller, rapporterte 3 om høyere estimater og

CANNABISBRUKERE SOM INNTAS TIL BEHANDLING



Karakteristika

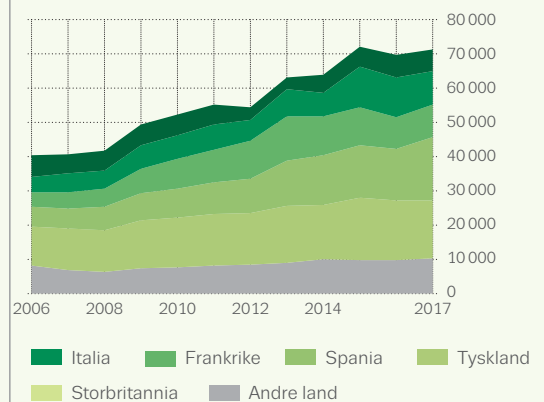


Bruksfrekvens siste måned

Gjennomsnittlig bruk **5,3** dager i uken



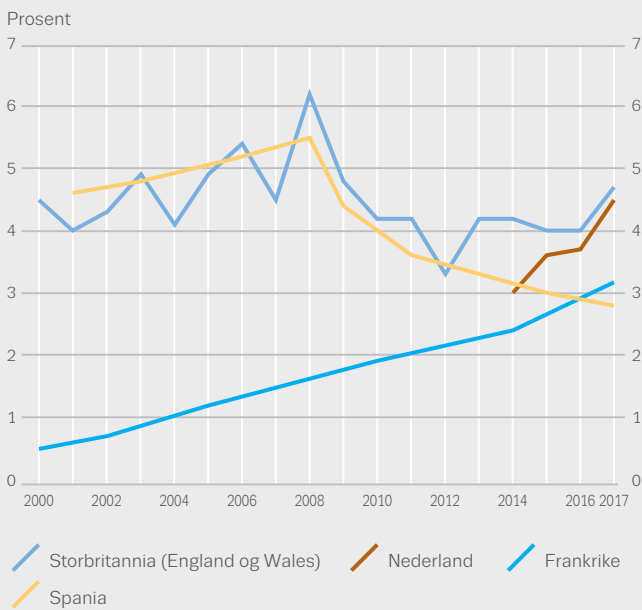
Trender blant førstegangsklienter



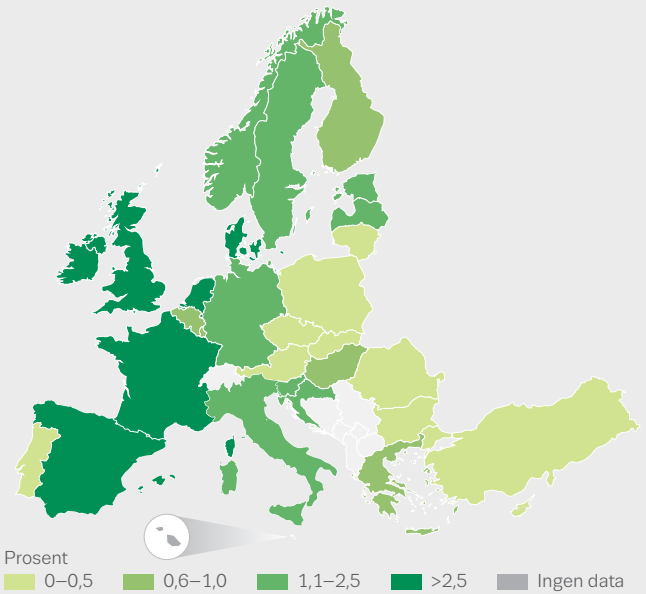
NB: Dataene (bortsett fra trendene) gjelder alle klienter inntatt til behandling med cannabis som primærrusmiddel. Trendene for førstegangsklienter er basert på data fra 24 land. Bare land med data for minst 11 av de 12 årene er tatt med i trendgrafene. Manglende verdier er interpolert fra data for foregående og etterfølgende år. Grunnet endringer i dataflyten på nasjonalt plan kan data fra Italia fra og med 2014 ikke sammenlignes med tidligere år. På grunn av endringer i rapporteringssystemet er 2017-tallene for Tyskland estimater basert på data fra 2016.

FIGUR 2.3

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



NB: Andre aldersgrupper enn 15–34 år rapporteres fra Danmark, Storbritannia og Norge (16–34), Sverige (17–34), Tyskland, Frankrike, Hellas og Ungarn (18–34).



9 om stabile estimater sammenlignet med den forrige sammenlignbare undersøkelsen.

Det er bare noen få land som har mulighet til å foreta en statistisk analyse av langsiktige trender for siste års bruk av kokain blant unge voksne. Ting tyder på at bruken øker: den årlige undersøkelsen i Storbritannia rapporterte en økning til 4,7 % etter en relativt stabil periode; den fjerde sammenlignbare årlige undersøkelsen fra Nederland bekreftet en oppadgående trend og nådde 4,5 %; og i Frankrike fortsatte en oppadgående trend og passerte 3 % for første gang. Spania rapporterte derimot en nedgang i prevalensen, som falt til 2,8 % (figur 2.3).

En såkalt «trendspotter»-rapport fra EMCDDA i 2018 som analyserte flere datakilder, rapporterte at økningen i tilgjengelighet av renere kokain på narkotikamarkedene i Europa kan føre til en oppblomstring i bruken av stoffet i noen land. Studien framhevet også tegn til at kokain brer seg til nye markeder i Øst-Europa, hvor stoffet tidligere har vært lite brukt.

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

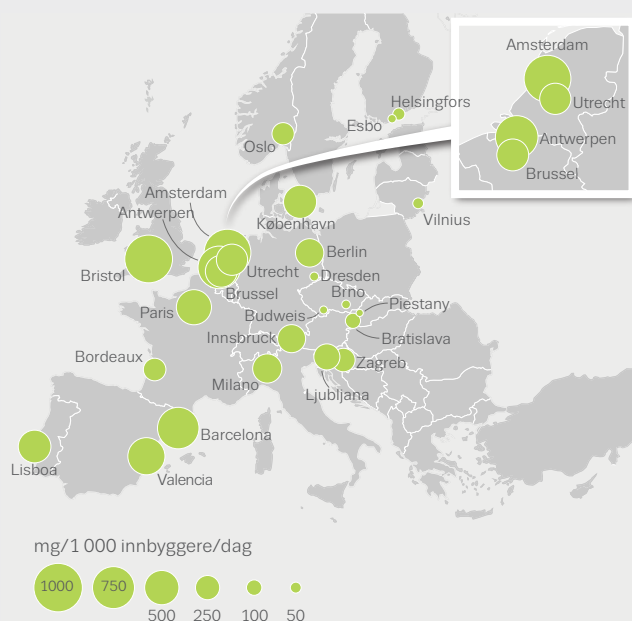
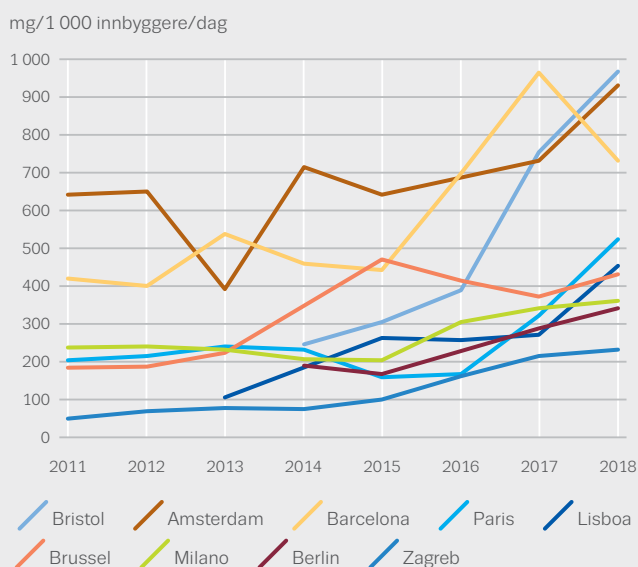
informasjon om hvor mye kokain som brukes på et gitt sted, gir de ikke direkte informasjon om antall brukere.

I en analyse fra 2018 ble de høyeste konsentrasjonene av benzoylekgonin — den viktigste kokainmetabolitten — funnet i byer i Belgia, Spania, Nederland og Storbritannia. Det ble funnet svært lave nivåer i de fleste byene i Øst-Europa som gjennomførte disse analysene (se figur 2.4), men de nyeste dataene viser tegn til oppgang. En sammenligning med data fra året før tegner et bilde som tyder på økt bruk generelt. Av de 38 byene som har data for både 2017 og 2018, ble det rapportert en økning i 22, en nedgang i 5 og en stabil situasjon i 11 byer. Økende langsiktige trender ble rapportert for de fleste av de 13 byene med data for 2011 og 2018.

Kokain er det mest brukte illegale sentralstimulerende rusmiddelet

FIGUR 2.4

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



NB: Gjennomsnittlig daglig mengde bensoylketonin i mg per 1000 innbyggere. Prøvene er tatt i utvalgte europeiske byer i løpet av en uke hvert år fra 2011 til 2018. Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

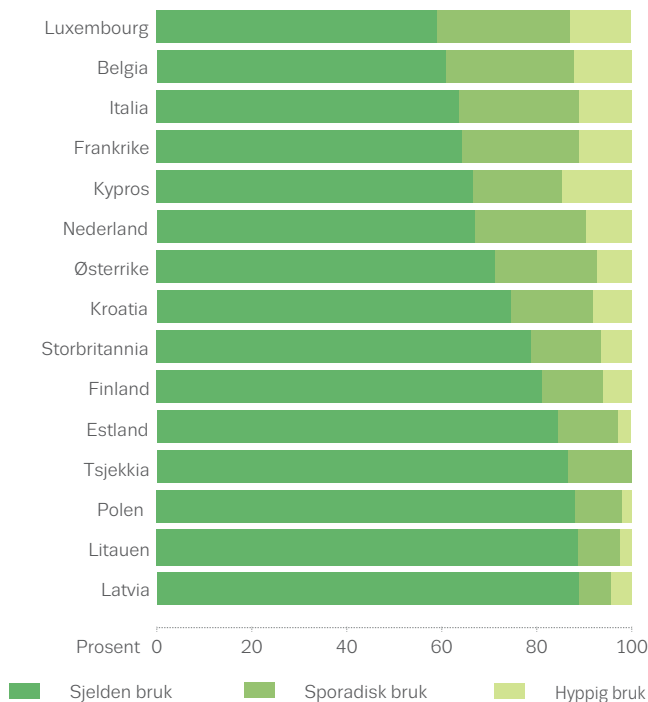
Data fra den europeiske nettundersøkelsen om narkotika gir innsikt i bruksmønstrene for kokain i ulike grupper og hvordan mønstrene varierer fra land til land. Når man sammenligner mengdene som brukes i de ulike landene, er det viktig å legge merke til at både prisen og renheten på kokainet varierer mellom landene, og at dette kan påvirke mengdene som brukes. Blant respondentene som rapporterte at de brukte kokain, varierte andelen som brukte stoffet ofte (mer enn 50 dager det siste året), fra ingen i det hele tatt i Tsjekkia til over 10 % i Belgia, Kypros, Frankrike, Italia og Luxembourg (figur 2.5). Kokainbruken varierte mellom landene, fra gjennomsnittlig 1,3 gram per bruksdag i Østerrike, Belgia og Frankrike til 3,5 gram på Kypros. Hyppige brukere bruker jevnt over større mengder av stoffet hver bruksdag enn mindre hyppige brukere.

Høyriskobruk av kokain: etterspørselen etter behandling øker i mange land

Det er vanskelig å måle hvor utbredt høyriskobruk av kokain er blant voksne i Europa, ettersom bare 4 land har nyere estimater. Dessuten er ikke disse estimatene direkte sammenlignbare, for det er brukt ulike definisjoner og metoder. I en generell befolkningsundersøkelse som nylig ble gjennomført i Spania, ble høyriskobruk av kokain definert ut fra høy bruksfrekvens. På dette grunnlag ble høyriskobruken av kokain anslått til 0,3 % blant personer i aldersgruppen 15–64 år i 2017/18. I 2015, basert på

FIGUR 2.5

Frekvens av kokainbruk hos deltakere i en nettundersøkelse som rapporterte om bruk av stoffet det siste året



NB: Undersøkelsen ble gjennomført i to omganger, en i 2016 (Tsjekkia, Frankrike, Kroatia, Nederland, Storbritannia) og en i 2017/18 (de øvrige 10 EU-landene).
 Bruk siste år: hyppig: mer enn 50 dager, sporadisk: 11–50 dager, sjelden: 1–10 dager.
 Kilde: Den europeiske nettundersøkelsen om narkotika.

spørsmål om avhengighetsgrad, estimerte Tyskland at høyrisikobruk av kokain blant voksne lå på 0,2 %. Med utgangspunkt i data fra behandlingsapparat og rettsvesen estimerte Italia at 0,69 % av den voksne befolkningen kunne klassifiseres som høyrisikobrukere av kokain. I Frankrike ble prevalensen av høyrisikobruk av crack i en studie basert på capture-recapture-metoden estimert til 0,07 %.

Spania, Italia og Storbritannia sto for nesten tre firedeler (73 %) av alle rapporterte inntømter i det spesialiserte behandlingsapparatet i Europa som var relatert til kokain. Totalt ble kokain oppgitt som primærrusmiddel av rundt 73 000 klienter som ble inntatt til behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet i 2017, og av over 33 000 førstegangsklienter.

Etter en periode med nedgang har antallet førstegangsklienter som inntas til behandling for kokainbruk, økt med 37 % mellom 2014 og 2017. Selv om Italia og Storbritannia står for en stor del av denne økningen, rapporterte hele 19 land om en økning i samme tidsrom. Samlet sett viser de nyeste dataene for Europa at det går 11 år fra første bruk av kokain, i snitt rundt 23-årsalderen, til første behandling for kokainrelaterte problemer, i snitt i 34-årsalderen.

Flertallet av kokainbrukerne som inntas til behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet, bruker primært kokain

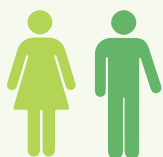
i pulverform (55 000 eller 14 % av alle narkotikaklienter i 2017). De fleste klientene som har kokain som primærrusmiddel, søker behandling for bruk av stoffet alene (46 % av alle klienter som bruker kokain i pulverform) eller i kombinasjon med cannabis (20 %), alkohol (23 %) eller andre stoffer (10 %). Ifølge rapportene er denne gruppen vanligvis relativt velintegret sosialt, med stabile levekår og fast arbeid sammenlignet med dem som inntas til behandling for opioidproblemer. Dette gjelder imidlertid ikke for dem som inntas til behandling og har crack som primærrusmiddel (11 000 klienter eller 3 % av alle narkotikaklienter i 2017), som ser ut til å være marginalisert i større grad. Den største etterspørselen etter crack-relatert behandling rapporteres av Storbritannia (65 %). Mange klienter som har crack som primærrusmiddel, rapporterer å bruke heroin som sekundærrusmiddel. Siden 2014 er det rapportert en økning i antallet crack-klienter i Belgia, Irland, Frankrike, Italia, Portugal og Storbritannia.

Bruken av kokain i kombinasjon med heroin eller andre opioider er rapportert av 56 000 klienter som ble tatt inn til behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet i Europa i 2017. Dette utgjør 16 % av alle som påbegynte behandling, og som det finnes opplysninger om både primær- og sekundærrusmiddel for.

KOKAINBRUKERE SOM INNTAS TIL BEHANDLING

Karakteristika

15% 85%



23 Gjennomsnittsalder ved førstegangsbruk
34 Gjennomsnittsalder ved første inntak til behandling

33 500

Førstegangsklienter

48%

36 800

Klienter med tidligere behandlingshistorie

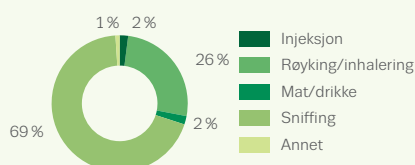
52%

Bruksfrekvens siste måned

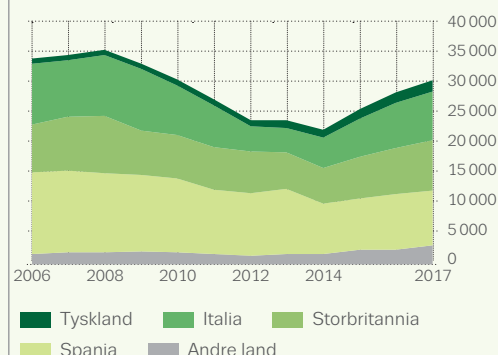
Gjennomsnittlig bruk 4 dager i uken



Inntaksmåte



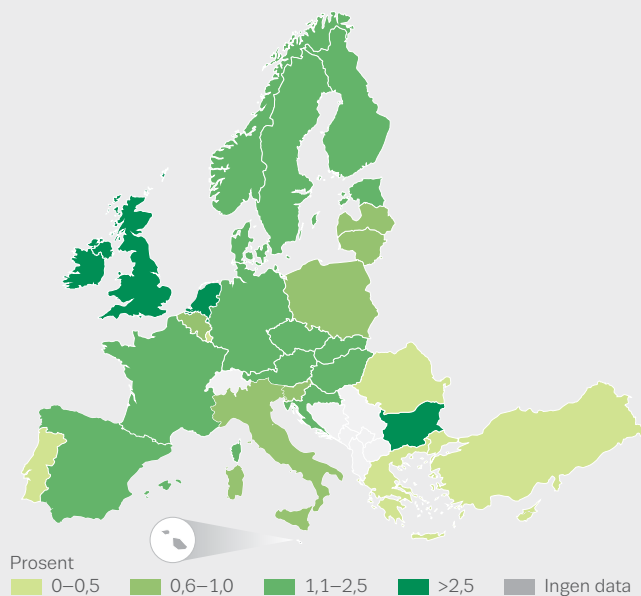
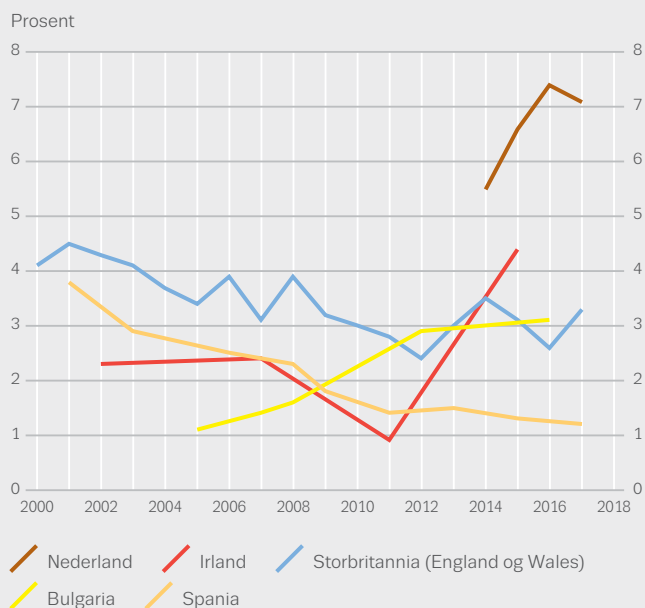
Trender blant førstegangsklienter



NB: Dataene (bortsett fra trendene) gjelder alle klienter inntatt til behandling med kokain som primærrusmiddel. Trendene for førstegangsklienter er basert på data fra 24 land. Bare land med data for minst 11 av de 12 årene er tatt med i trendgrafene. Manglende verdier er interpolert fra data for foregående og etterfølgende år. Grunnet endringer i dataflyten på nasjonalt plan kan data fra Italia fra og med 2014 ikke sammenlignes med tidligere år. På grunn av endringer i rapporteringssystemet er 2017-tallene for Tyskland estimert basert på data fra 2016.

FIGUR 2.6

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



NB: Andre aldersgrupper enn 15–34 år rapporteres fra Danmark, Storbritannia og Norge (16–34), Sverige (17–34), Tyskland, Frankrike, Hellas og Ungarn (18–34).

MDMA-bruk: et sammensatt bilde

MDMA (3,4-metylendioksymetamfetamin) inntas i tablettform (ofte kalt ecstasy), men også i krystall- eller pulverform. Tabletter svelges vanligvis, mens stoffet i krystall- og pulverform kan inntas peroralt eller ved sniffing.

Det er anslått at 13,7 millioner voksne i EU (15–64 år), eller 4,1 % i denne aldersgruppen, har prøvd MDMA/ecstasy en eller flere ganger i løpet av livet. Når det gjelder nyligere bruk, tyder tallene på at 2,1 millioner unge voksne (15–34 år) har brukt MDMA i løpet av det siste året (1,7 % i denne aldersgruppen), mens nasjonale estimater varierer fra 0,2 % for Portugal og Romania til 7,1 % for Nederland (figur 2.6). Prevalensestimaterne for aldersgruppen 15–24 år er høyere; 2,3 % (1,3 millioner) anslås å ha brukt MDMA det siste året.

Inntil nylig rapporterte mange land om en nedgang i MDMA-prevalens fra toppnivåene på begynnelsen og midten av 2000-tallet. De siste årene tyder imidlertid overvåkingskildene på et mer sammensatt bilde uten tydelige trender. Blant de landene som har gjennomført nye undersøkelser etter 2016 og rapportert konfidensintervaller, rapporterte 4 om høyere estimater, 6 om en stabil trend og 2 rapporterte om et lavere estimat enn i den forrige sammenlignbare undersøkelsen.

Der det finnes data til å foreta en statistisk analyse av trender for siste års bruk av MDMA blant unge voksne,

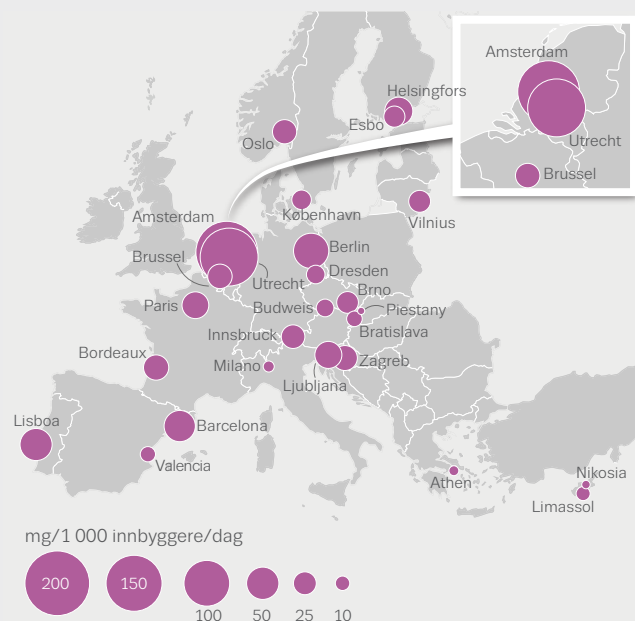
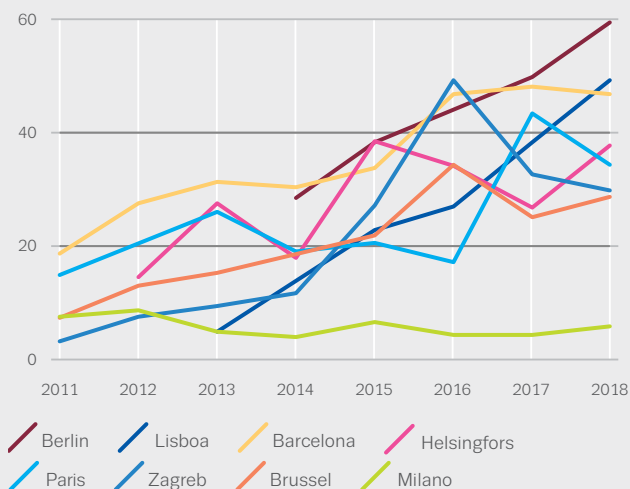
viser de nyeste dataene et sammensatt bilde (figur 2.6). I Storbritannia viser dataene at bruksprevalensen har økt igjen etter nedgangen i 2015 og 2016, som fulgte etter økningen i perioden 2012–2014. I Spania er den langsiktige trenden fortsatt nedadgående, selv om de siste tallene har vært stabile. De nyeste dataene viser en fortsatt stigende trend i Bulgaria. Data fra 2017-undersøkelsen i Nederland bekrefter de høye nivåene rapportert i de foregående tre årlige undersøkelsene.



FIGUR 2.7

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

mg/1 000 innbyggere/dag



NB: Gjennomsnittlig daglig mengde MDMA i mg per 1 000 innbyggere. Prøvene er tatt i utvalgte europeiske byer i løpet av en uke hvert år fra 2011 til 2018. Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

En analyse som ble gjennomført i en rekke byer i 2018, viser at de høyeste konsentrasjonene av MDMA ble funnet i avløpsvannet i byer i Belgia, Tyskland og Nederland (figur 2.7). Av de 37 byene som har data for både 2017 og 2018, ble det rapportert økning i 21, en stabil situasjon i 9 og nedgang i 7. Når vi ser på de mer langsiktige trendene, var konsentrasjonene av MDMA i avløpsvannet i de fleste byer med data for både 2011 og 2018 (10 byer) høyere i 2018 enn i 2011. I 2017 ser den kraftige økningen som ble observert i tidsrommet 2011–16, ut til å ha stabilisert seg. De nyeste dataene i 2018 viser imidlertid en økning i de fleste byene.

MDMA brukes ofte i kombinasjon med andre rusmidler, inkludert alkohol. Nye indikasjoner tyder på at i land med høye prevalensnivåer er MDMA ikke lenger et «nisjestoff» som brukes i subkulturer. Det er ikke lenger begrenset til klubber og fester, men brukes av en mer sammensatt gruppe unge mennesker i vanlige settinger som på barer og hjemmefester. Den europeiske nettundersøkelsen om narkotika viste at blant personer som hadde brukt MDMA det siste året, varierte andelen som brukte stoffet ofte (mer enn 50 dager det siste året), fra ingen i det hele tatt på Kypros til rundt 8 % i Østerrike og Kroatia.

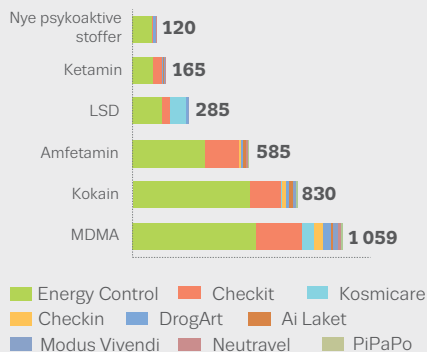
Det er sjelden MDMA-bruk oppgis som årsak til inntak til behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet. I 2017 ble MDMA rapportert av under 1 % (rundt 1 700 tilfeller) av klientene inntatt til behandling i Europa, og Frankrike, Ungarn, Storbritannia og Tyrkia sto for 68 % av disse.

**MDMA brukes ofte
i kombinasjon med andre
rusmidler, inkludert alkohol**

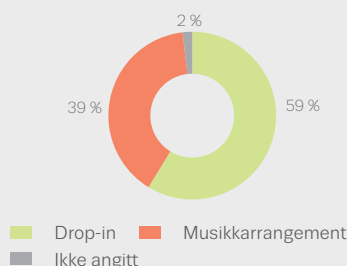
FIGUR 2.8

Narkotikaprøver testet av narkotikatesttjenester fra januar til juli 2018

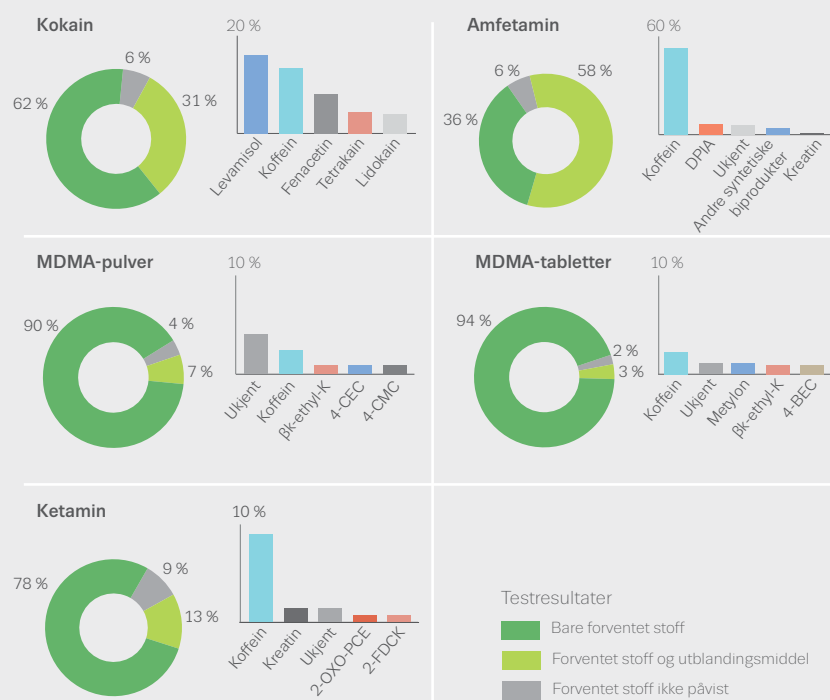
Antall stoffer levert inn for testing



Stoffer levert inn for testing, etter sted



Påviste stoffer og de vanligste utblandingsmidlene (% av alle prøver testet for utblanding)



NB: Med utblandingsmidler menes bare stoffer med aktive farmakologiske egenskaper. Inaktive forbindelser anses ikke som utblandingsmidler. Kilde: Data er lagt fram av narkotikatesttjenester i Østerrike (Checkit), Belgia (Modus Vivendi), Italia (Neutavel), Luxembourg (PiPaPo), Portugal (Kosmicare og Checkin), Slovenia (DrogArt) og Spania (Energy Control og Ai Laket).

Overvåking av narkotikabruk i rekreasjonsmiljøer: innovative metoder

Studier viser gjennomgående at narkotikabruk rapporteres oftere i undersøkelser som gjennomføres i utelivsmiljøer (som nattklubber, barer eller musikkfestivaler) enn i befolkningen generelt. Det har dukket opp nye metoder for overvåking av narkotikabruk i rekreasjonsmiljøer, som ikke er basert utelukkende på undersøkelsesdata som er selvrapporert, men benytter seg av kjemiske analyser av prøver fra flere ulike kilder: biologiske prøver som utåndings-, urin- og hårprøver, innholdet i stoffinnsamlingsbeholdere og stoff som leveres til narkotikatesting.

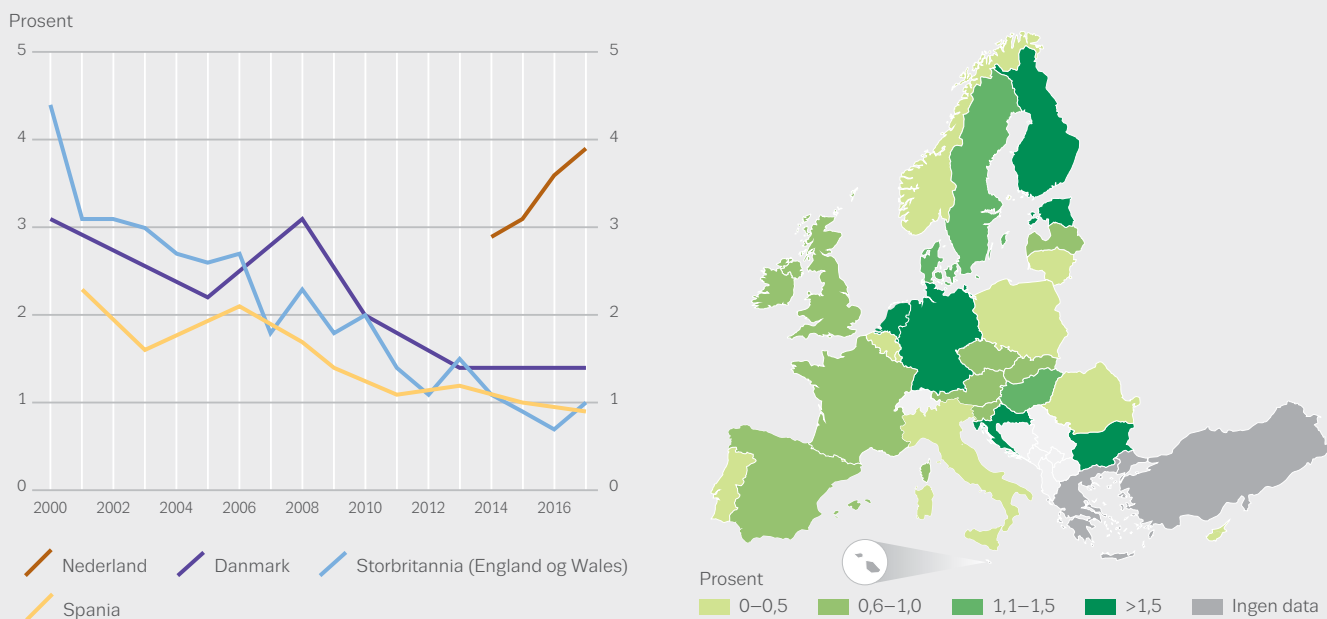
Det finnes resultater fra 3 044 analyser av narkotikaprøver innlevert av brukere til 9 narkotikatesttjenester i 7 EU-medlemsstater, utført mellom januar og juli 2018 og sammenstilt av TEDI-nettverket (Trans-European Drug Information). Omtrent halvparten av prøvene ble innlevert på musikkarrangementer og omtrent halvparten på drop-in-tilbud. Det ble innlevert dobbelt så mange kokainprøver på drop-in-sentrene, hovedsakelig i Spania, som på musikkarrangementene.

Generelt er MDMA (i tablett- og pulverform), kokain og amfetamin de tre stoffene som oftest ble levert inn for testing, men det er variasjoner landene imellom. Amfetamin ble sjelden levert inn for testing i Belgia og Portugal, men utgjorde over 25 % av prøvene i Italia og Østerrike. Nye psykoaktive stoffer, hovedsakelig syntetiske katinoner, utgjorde bare 3 % av alle stoffer som ble levert inn for testing, men enkelte, som 4-CMC og 4-CEC (syntetiske katinoner) ble i noen tilfeller funnet som utblandingsmiddel i prøver innlevert som MDMA (figur 2.8).

Data om stoffenes renhet fra 8 narkotikatesttjenester i første halvdel av 2018 bekrefter ferske rapporter om økt tilgjengelighet av svært rent MDMA og kokain på narkotikamarkedene i Vest-Europa. Den høyeste gjennomsnittsdosen med MDMA i tablettene som ble testet, ble rapportert av Belgia (182 mg). Fem tjenester rapporterte om enkelttabletter som inneholdt mye MDMA (over 250 mg). Generelt var sannsynligheten lav for at prøvene som ble innlevert til testing som MDMA, inneholdt uventede virkestoffer, og MDMA-pulver eller -tabletter med utblandingsmiddel utgjorde under 10 % av alle MDMA-prøvene som ble testet. Koffein var det vanligste utblandingsmiddelet i disse prøvene. Til tross for den høye gjennomsnittlige renheten på kokainet (73 %), var prøvene

FIGUR 2.9

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



NB: Andre aldersgrupper enn 15–34 år rapporteres fra Danmark, Storbritannia og Norge (16–34), Sverige (17–34), Tyskland, Frankrike, Hellas og Ungarn (18–34).

som ble levert som kokain ofte tilsatt potensielt skadelige utblandingsmidler som levamisol og fenacetin, så vel som lokalbedøvende midler som lidokain og tetrakain. Blant alle stoffene som ble testet, var det prøver innlevert som amfetamin som oftest var tilsatt utblandingsmidler, med en gjennomsnittlig renhet på 34 % og ofte med store mengder koffein.

Amfetaminer: variasjoner i bruken, men stabile trender

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

Begge stoffene kan inntas gjennom munnen eller nesen. I tillegg står injeksjonsbruk for en betydelig del av narkotikaproblemene i noen land. Metamfetamin kan også røykes, men denne inntaksmåten er ikke vanlig i Europa.

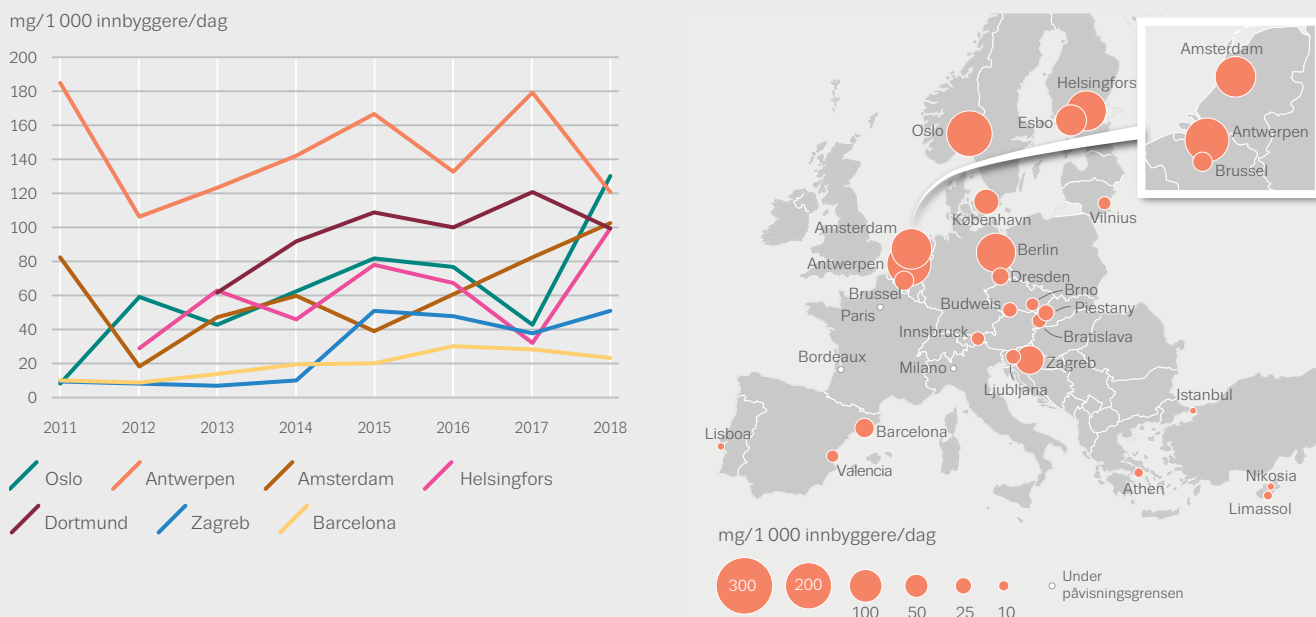
Det er anslått at 12,4 millioner voksne i EU (15–64 år), eller 3,7 % i denne aldersgruppen, har prøvd amfetaminer en eller flere ganger i løpet av livet. Tall for nyere bruk blant unge voksne (15–34 år) tilsier at 1,3 millioner (1 %) har

brukt amfetaminer det siste året, og de nyeste nasjonale prevalensestimaterne strekker seg fra null i Portugal til 3,9 % i Nederland (figur 2.9). Tilgjengelige data tilsier at situasjonen i de fleste europeiske land har vært relativt stabil siden tusenårsskiftet når det gjelder trender for bruk av amfetaminer. Av de landene som har gjennomført nye undersøkelser etter 2016 og rapportert konfidensintervaller, rapporterte ingen om en økning i estimatene, 8 om en stabil trend og 3 rapporterte om lavere estimater enn i den forrige sammenlignbare undersøkelsen.

Det er bare noen få land som har mulighet til å foreta en statistisk analyse av trender for siste års prevalens av bruk av amfetaminer blant unge voksne. Langsiktige nedadgående trender kan observeres i Danmark, Spania og Storbritannia (figur 2.9). Den fjerde sammenlignbare undersøkelsen fra Nederland tyder på en oppadgående trend.

FIGUR 2.10

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



NB: Gjennomsnittlig daglig mengde amfetamin i mg per 1 000 innbyggere. Prøvene er tatt i utvalgte europeiske byer i løpet av en uke hvert år fra 2011 til 2018. Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Analysene av avløpsvann i 2018 viste store variasjoner i konsentrasjonen av amfetamin i Europa. De høyeste nivåene ble rapportert i byer i Nord- og Øst-Europa (se figur 2.10). Mye lavere nivåer ble funnet i byene i Sør-Europa.

Av de 38 byene som har data for både 2017 og 2018, ble det rapportert en økning i 21, en stabil situasjon i 7 og en nedgang i 10 byer. Alt i alt ga dataene fra byer med data fra 2011 til 2018 et sprikende bilde, men med relativt stabile trender for amfetamin.

Bruk av metamfetamin, som generelt har vært lav og historisk sett konsentrert til Tsjekkia og Slovakia, synes nå å forekomme også på Kypros, i den østlige delen av Tyskland, i Spania og i Nord-Europa (figur 2.11). Av de 40 byene som har innrapportert data for metamfetamin i avløpsvann i både 2017 og 2018, ble det rapportert en økning i 5, en stabil situasjon i 20 og nedgang i 15 byer.

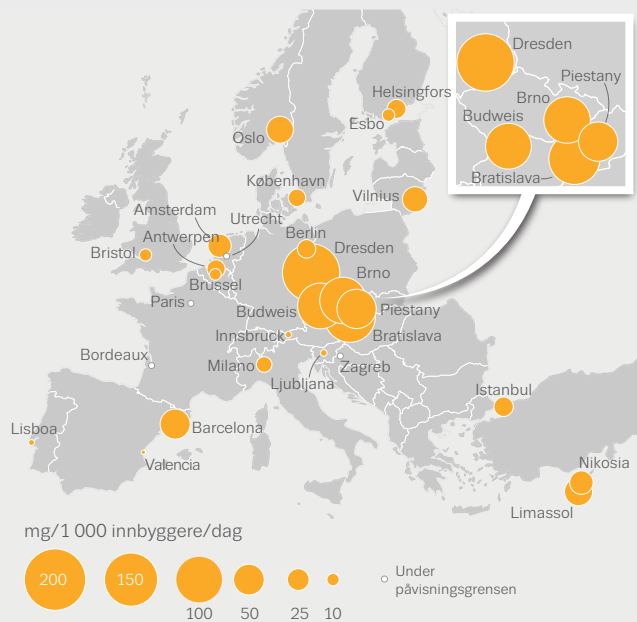
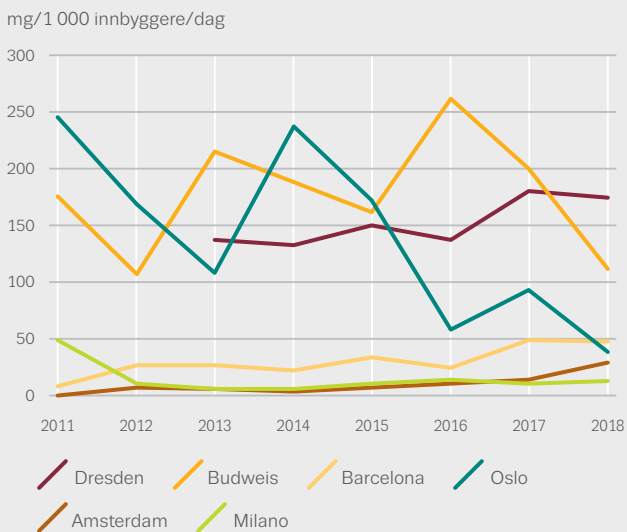
Høyrisikobruk av amfetaminer: høy etterspørsel etter behandling

Problemer som skyldes langvarig, kronisk sprøytebruk av amfetamin, har historisk sett vært mest utbredt i landene i Nord-Europa. Problemer med metamfetamin har derimot vært mest framtrødende i Tsjekkia og Slovakia. Antallet høyrisikobrukere av amfetaminer i Tyskland ble i 2015 estimert til 102 000 voksne, eller 0,19 %. Brukere av amfetaminer utgjør trolig flertallet av de anslagsvis 2 234 (0,18 %) høyrisikobrukerne av sentralstimulerende midler rapportert av Latvia i 2017, ned fra 6 540 (0,46 %) i 2010. I Tsjekkia ble høyrisikobruk av metamfetamin blant voksne (15–64 år) estimert til rundt 0,50 % i 2017 (tilsvarende 34 700 brukere). Dette utgjør en økning fra 20 900 brukere i 2007, selv om tallene har vært relativt stabile i de senere år. Anslaget for Kypros var 0,03 % eller 176 brukere i 2017.

Cirka 30 000 klienter som ble inntatt til behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet i Europa i 2017, oppga amfetaminer som primærrusmiddel. Av disse var om lag 12 000 førstegangsklienter. Personer med amfetaminer som primærrusmiddel utgjør 15 % eller mer av førstegangsklientene i Tyskland, Latvia, Polen og Finland, og i Tyskland har trenden vært på vei opp siden 2009. Klienter som oppgir metamfetamin som primærrusmiddel, er konsentrert til Tsjekkia, Slovakia, Polen og Tyrkia. Til sammen utgjør disse 88 % av de 5 000 metamfetamin-klientene i det spesialiserte

FIGUR 2.11

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



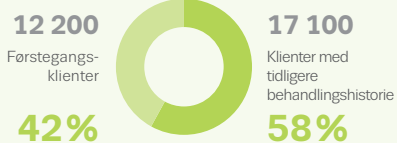
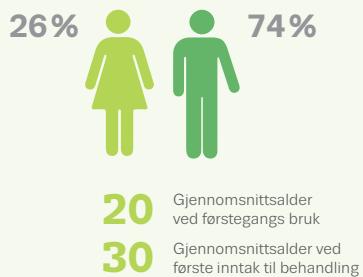
NB: Gjennomsnittlig daglig mengde metamfetamin i mg per 1 000 innbyggere. Prøvene er tatt i utvalgte europeiske byer i løpet av en uke hvert år fra 2011 til 2018. Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

behandlingsapparatet i Europa. Det er i bruken av amfetaminer vi finner de minste kjønnsforskjellene, men kvinner utgjør fortsatt bare en firedel (26 %) av alle

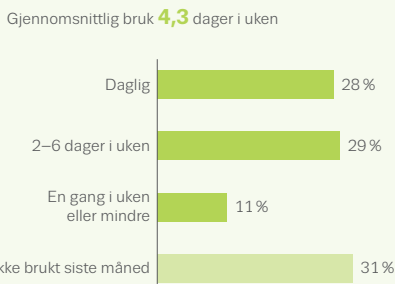
amfetaminklienter. Når det gjelder inntaksmåte, rapporterte 14 % av klientene peroral bruk av amfetaminer, 65 % rapporterte sniffing og 9 % injeksjon.

AMFETAMINBRUKERE SOM INNTAS TIL BEHANDLING

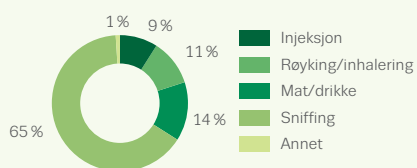
Karakteristika



Bruksfrekvens siste måned



Inntaksmåte



Andel førstegangsklienter for alle stoffer (%)



NB: Dataene (bortsett fra trendene) gjelder alle klienter inntatt til behandling med amfetaminer som primærusmiddel. Data for Tyskland, Sverige og Norge viser til brukere som har «andre sentralstimulerende stoffer enn kokain» som primærusmiddel.

Ketamin, GHB og hallusinogener: fortsatt lite utbredt

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

De siste tjue årene har det kommet rapporter om rekreasjonsbruk av ketamin og GHB (herunder prekursoren GBL, gammabutyrolakton) i undergrupper av narkotikabrukere i Europa. Nasjonale estimater, der slike finnes, tyder på at prevalensen av bruk av GHB og ketamin fremdeles er lav, både i den voksne befolkningen og blant skoleelever. I sin undersøkelse fra 2017 rapporterte Norge en siste års prevalens av GHB-bruk på 0,1 % blant voksne (16–64 år). I 2017 ble siste års prevalens av ketaminbruk blant unge voksne (16–34 år) anslått til 0,6 % i Danmark og 1,7 % i Storbritannia.

Prevalensnivåene for bruk av LSD og hallusinogene sopper i Europa har generelt vært lave og stabile i en årrekke. Nasjonale undersøkelser rapporterer om prevalensestimater for siste års bruk blant unge voksne (15–34 år) på under 1 % for begge stoffene i 2017 eller det siste året der det er gjennomført undersøkelser, bortsett fra for hallusinogene sopper i Finland (1,9 %) og Nederland (1,6 %), og LSD i Norge (1,1 %) og Finland (1,3 %).

Nye psykoaktive stoffer: lite bruk og synkende etterspørsel etter behandling

Siden 2011 har over halvparten av landene i Europa rapportert nasjonale estimater for bruken av nye psykoaktive stoffer (ikke inkludert ketamin og GHB) i sine befolkningsundersøkelser, men ulike metoder og spørsmålsformuleringer begrenser sammenligningsverdien mellom land. Blant unge voksne (15–34 år) varierte siste års prevalens for bruken av disse stoffene fra 0,1 % i Norge til 3,2 % i de nyeste resultatene fra Nederland, i 2016, hvor 4-fluoramfetamin (4FA) var det som var mest brukt. Fra undersøkelser i Storbritannia (England og Wales) har vi også data tilgjengelig om bruken av mefedron. I den nyeste undersøkelsen (2017) ble siste års bruk av stoffet blant unge i alderen 16–34 år anslått til 0,2 %, ned fra 1,1 % i 2014/15. I de nyeste undersøkelsene varierte estimatene for siste års bruk av syntetiske cannabinoider i aldersgruppen 15–34 år fra 0,1 % i Nederland til 1,5 % i Latvia.

Selv om konsumet av nye psykoaktive stoffer ligger på et generelt lavt nivå i Europa, rapporterte over to tredeler av

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

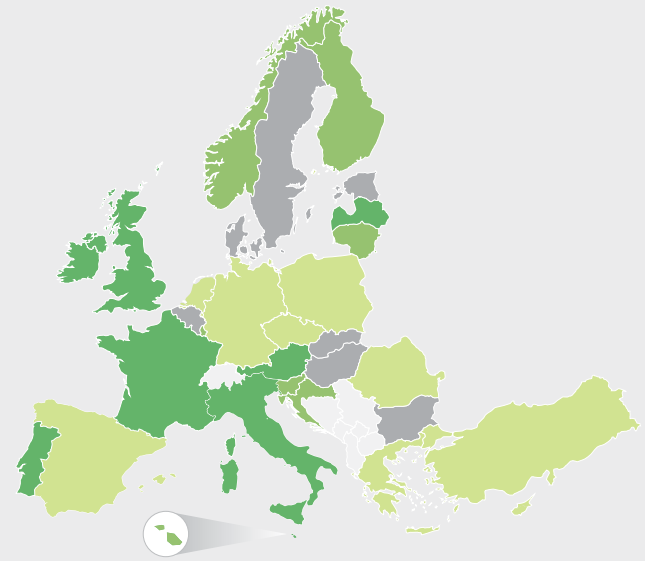
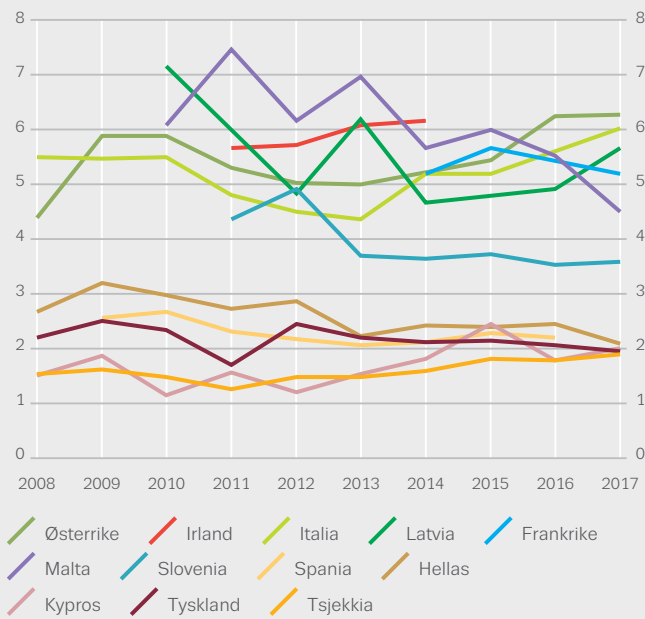
Generelt er det få personer som inntas til behandling for problemer forbundet med bruk av nye psykoaktive stoffer. I enkelte land er imidlertid bruken av disse stoffene ganske omfattende. I de nyeste dataene ble bruk av syntetiske cannabinoider rapportert som hovedårsaken til inntak til behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet for 19 % av klientene i Tyrkia og for 6 % i Ungarn. Problemer knyttet til syntetiske katinoner som primærrusmiddel ble oppgitt av 0,2 % av klientene som ble inntatt til behandling i Storbritannia. De nyeste dataene viser imidlertid at alle disse tre landene hadde en nedgang i antallet klienter som ble inntatt i behandlingsapparatet i forbindelse med nye psykoaktive stoffer.



FIGUR 2.12

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

Tilfeller per 1 000 innbyggere



Tilfeller per 1 000 innbyggere

0–2,5 2,51–5,0 >5,0 Ingen data

Høyriskobruk av opioider: nedgang i antall førstegangsklienter med heroin som primærrusmiddel

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

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

Prevalensen av høyriskobruk av opioider blant voksne (15–64 år) er anslått til 0,4 % av EUs befolkning. Det vil si at det var 1,3 millioner høyriskobrukere av opioider i 2017. Nasjonale estimater for prevalensen av høyriskobruk av opioider varierer fra under 1 til over 8 tilfeller per 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64 år. De fem mest folkerike EU-landene, som utgjør 62 % av EUs befolkning, har tre firedeler (77 %) av det estimerte antallet høyriskobrukere av opioider (Tyskland, Spania, Frankrike, Italia, Storbritannia). Av de 12 landene som jevnlig har estimert høyriskobruken av opioider mellom 2008 og

2017, viser Hellas, Slovenia og Spania en statistisk signifikant nedgang, mens Tsjekkia og Irland (fram til 2014) viser en statistisk signifikant oppgang (figur 2.12).

I 2017 ble bruk av opioider rapportert som hovedårsaken til inntak til behandling i det spesialiserte behandlingsapparatet av 171 000 klienter, eller 35 % av alle som ble inntatt til behandling i Europa. Av disse var 32 000 førstegangsklienter. Brukere med heroin som primærrusmiddel utgjorde 78 % (20 500 klienter) av alle brukere som ble inntatt til behandling for første gang, og som hadde opioider som primærrusmiddel, en nedgang på 4700 klienter eller 17 % sammenlignet med året før.

Ifølge tilgjengelige trenddata ble tallet på førstegangsklienter med heroin som primærrusmiddel mer enn halvert fra toppnivået i 2007 til et bunnivå i 2013, før det i de senere år har stabilisert seg. Mellom 2016 og 2017 gikk antallet førstegangsklienter med heroin som primærrusmiddel ned i 16 land av de 27 data er tilgjengelig for.

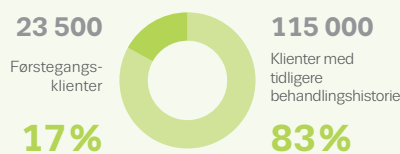
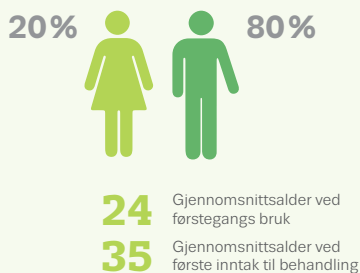
Syntetiske opioider: varierte stoffer i de europeiske landene

Selv om heroin fortsatt er det mest brukte illegale opioidet, kommer det stadig flere indikasjoner på at misbruket av syntetiske opioider (som metadon, buprenorfin og fentanyl) fra lovlige kilder er økende. Av andre opioider enn

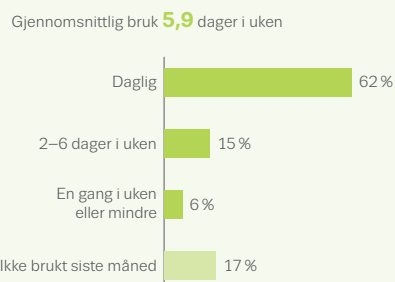
heroin som klientene oppga ved innkost til behandling, var metadon, buprenorfin, fentanyl, kodein, morfin, tramadol og oksykodon. 22 % av alle klienter med opioider som primærrusmiddel oppgir bruk av slike rusmidler ved inntak, og i enkelte land utgjør andre opioider enn heroin den vanligste formen for opioidbruk blant dem som inntas til behandling. I 2017 rapporterte 19 europeiske land at over 10 % av alle opioidklienter som ble inntatt i det spesialiserte behandlingsapparatet, ble behandlet for problemer som hovedsakelig var knyttet til andre opioider enn heroin (figur 2.13). I Estland rapporterte flertallet av opioidklientene bruk av fentanyl som primærrusmiddel ved inntak til behandling, mens det i Finland var buprenorfin som hyppigst ble oppgitt som primæropioid blant dem som ble inntatt til behandling. Misbruk av buprenorfin oppgis av cirka 22 % av opioidklientene i Tsjekia, og misbruk av metadon utgjorde 33 % av opioidklientene i Tyskland og 19 % i Danmark. På Kypros og i Polen inntas mellom 20 % og 50 % av opioidklientene til behandling for problemer knyttet til bruk av andre opioider, for eksempel oksykodon (Kypros) og «kompot» – heroin framstilt fra valmuestrå (Polen). I tillegg er det mulighet for at personer som er inntatt til behandling for problemer knyttet til nye psykoaktive stoffer med opioidlignende virkninger, er rapportert under den generelle overskriften opioider.

HEROINBRUKERE SOM INNTAS TIL BEHANDLING

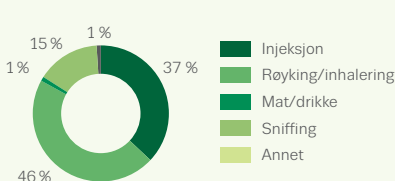
Karakteristika



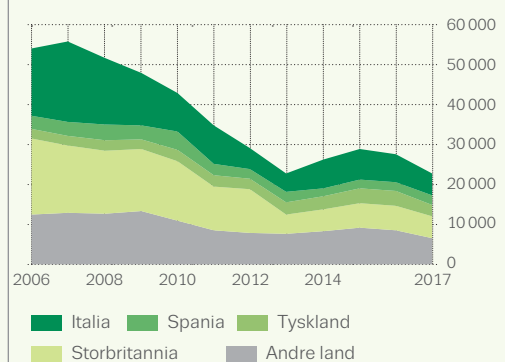
Bruksfrekvens siste måned



Inntaksmåte



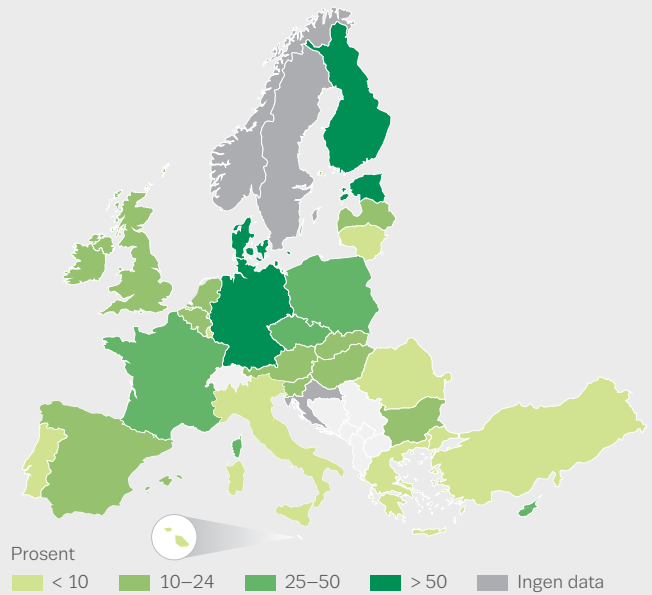
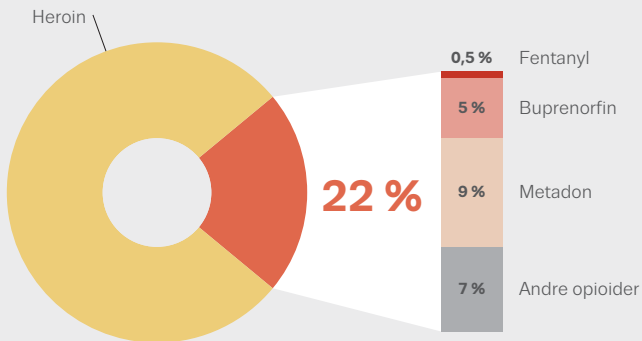
Trender blant førstegangsklienter



NB: Dataene (bortsett fra trendene) gjelder alle klienter inntatt til behandling med heroin som primærrusmiddel. Data for Tyskland gjelder klienter inntatt til behandling med «opioider» som primærrusmiddel. Trendene for førstegangsklienter er basert på data fra 24 land. Bare land med data for minst 11 av de 12 årene er tatt med i trendgrafen. Manglende verdier er interpolert fra data for foregående og etterfølgende år. Grunnet endringer i dataflyten på nasjonalt plan kan data fra Italia fra og med 2014 ikke sammenlignes med tidligere år. På grunn av endringer i rapporteringssystemet er 2017-tallene for Tyskland estimater basert på data fra 2016.

FIGUR 2.13

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



Fortsatt nedgang i injeksjonsbruk blant nye heroinklienter

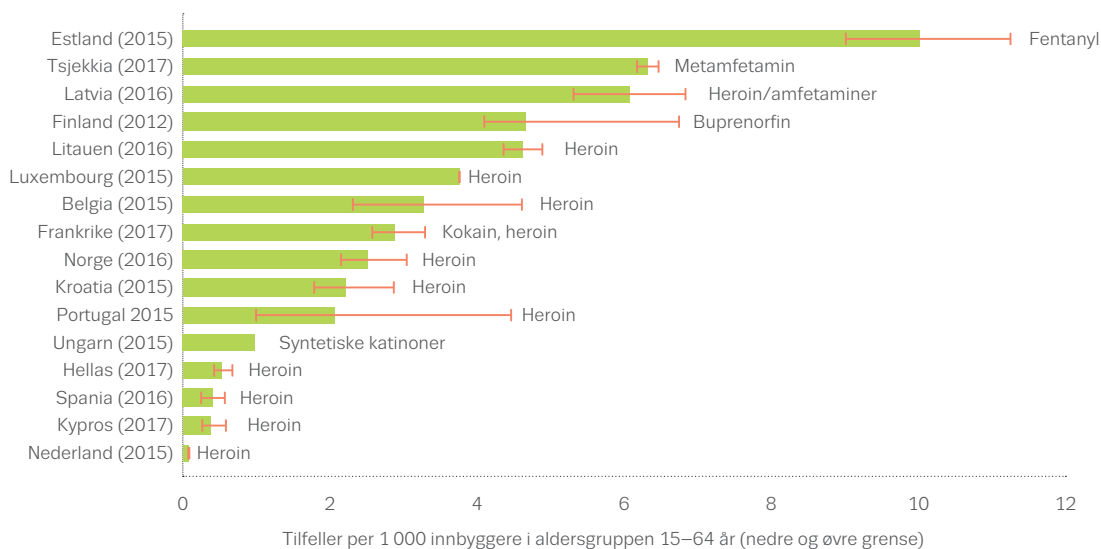
Injeksjonsbruk av narkotika forbindes vanligvis med opioider, selv om injisering av sentralstimulerende midler som amfetaminer og kokain også er vanlig.

Bare 16 land har estimater for prevalensen av sprøytebruk av narkotika siden 2012, og der varierer tallene fra under 1 til over 10 tilfeller per 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64 år. I de fleste av disse landene lar stoffet som hyppigst injiseres, seg klart identifisere, men i enkelte land brukes to stoffer i omtrent samme grad. Opioider rapporteres som det hyppigst injiserte rusmiddelet i flertallet (14) av landene (se figur 2.14). Heroin nevnes i 12 av de samme landene, mens buprenorfin oppgis i Finland og fentanyl i Estland. Sentralstimulerende midler rapporteres som det hyppigst injiserte rusmiddelet i 4 land, der stoffene som brukes, omfatter syntetiske katinoner (Ungarn), kokain (Frankrike), amfetamin (Latvia) og metamfetamin (Tsjekkia).

Injeksjonsbruk av narkotika forbindes vanligvis med opioider

FIGUR 2.14

Injeksjonsbruk av narkotika: nyeste prevalensestimater for injeksjon av alle stoffer det siste året, og stoff som vanligvis injiseres

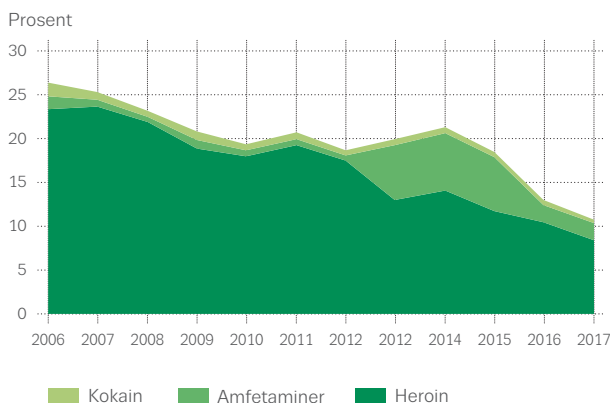


Blant førstegangsklienter inntatt i det spesialiserte behandlingsapparatet i 2017 med heroin som primærrusmiddel, oppga 25 % injisering som hovedinntaksmåte, ned fra 43 % i 2006. I denne gruppen varierer andelen sprøytebrukere landene imellom, fra 8 % i Spania til 90 % eller mer i Latvia. Injisering rapporteres som hovedinntaksmåte av under 1 % av førstegangsklienter med kokain som primærrusmiddel og av 9 % av førstegangsklienter med amfetaminer som primærrusmiddel. Det store bildet for amfetaminer er imidlertid sterkt påvirket av Tsjekia, som står for 50 % av Europas nye amfetaminklienter som injiserer stoffet. Samlet sett for de tre stoffene som vanligvis injiseres, har injisering som hovedinntaksmåte blant førstegangsklienter gått ned fra 26 % i 2006 til 11 % i 2017 (figur 2.15).

Injisering av syntetiske katinoner er ikke et utbredt fenomen. Likevel kommer det rapporter om slik bruk i spesifikke grupper, blant annet hos sprøytebrukere av opioider og klienter i narkotikabehandling i enkelte land og blant klienter i sprøyteutdelingsprogrammer i Ungarn. I en nyere EMCDDA-studie rapporterte 10 land om injeksjon av syntetiske katinoner – ofte sammen med andre sentralstimulerende midler og GHB. Dette rapporteres oftest i sammenheng med sexfester blant menn som har sex med menn.

FIGUR 2.15

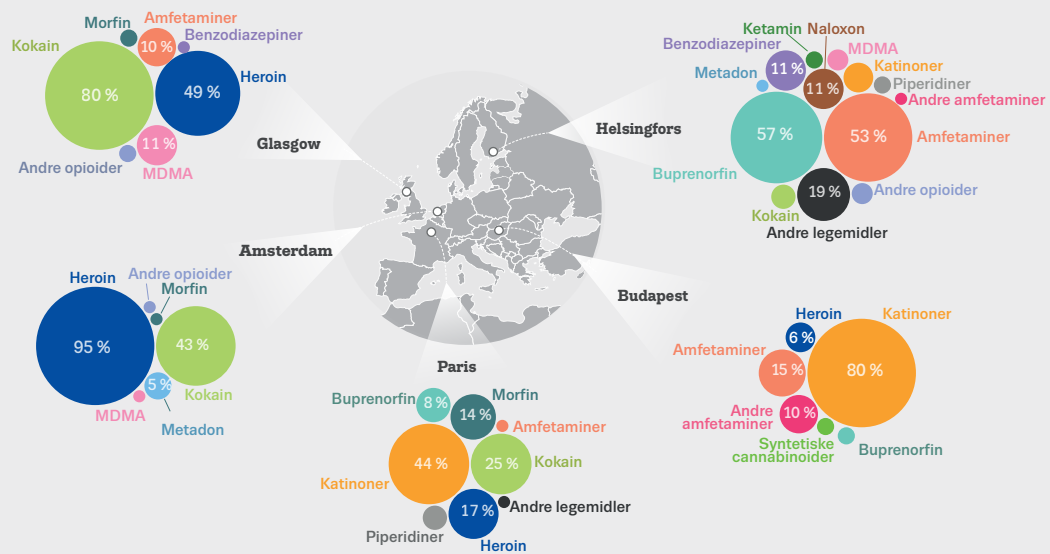
Sprøytebruk blant førstegangsklienter som inntas til behandling med heroin, kokain eller amfetaminer som primærrusmiddel: prosentandel som oppgir injisering som hovedinntaksmåte



NB: Trendene er basert på data fra de 21 landene som har data for minst 9 av de 11 årene.

FIGUR 2.16

Restmengder av narkotika i brukte sprøyter i utvalgte byer i Europa



NB: Størrelsen på sirkelene er proporsjonal med andelen sprøyter på hvert sted som det aktuelle stoffet ble påvist i. En og samme sprøyte kan inneholde mer enn ett narkotisk stoff. Studien ble gjennomført i 2017.

Kilde: ESCAPE-nettverket (European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise).

Analysen av restmengder i sprøyter: sentralstimulerende midler blir ofte funnet

Data fra narkotikabehandling og estimater for høyrisikobruk av narkotika kan suppleres med resultatene fra ESCAPE-nettverket (European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise), som samler inn informasjon om injiserte stoffer ved å analysere restinnholdet i brukte sprøyter. Sprøytene ble samlet inn fra beholdere ved sprøyteautomater på gaten og i skadereduksjonstilbud i et nettverk av fem utvalgte byer i EU i 2017: Amsterdam, Budapest, Glasgow, Helsingfors og Paris. Innholdet fra 1 288 brukte sprøyter ble testet ved fem laboratorier.

Resultatene tyder på at hvilket stoff som injiseres, varierer både fra by til by og innenfor den enkelte by (figur 2.16). En stor andel av sprøytene i alle fem byer inneholdt sentralstimulerende midler, med hyppige funn av kokain, amfetaminer og syntetiske katinoner. Halvparten av sprøytene inneholdt spor av to eller flere stoffer, og den vanligste kombinasjonen var en blanding av sentralstimulerende midler og opioider. Når det ble funnet benzodiazepiner, var dette ofte i sprøyter med opioider.

Halvparten av sprøytene som ble testet, inneholdt to eller flere stoffer

FINN UT MER

Publikasjoner fra EMCDDA

2019

Country Drug Reports 2019.

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

Drugs in syringes from six European cities: results from the ESCAPE project, Rapid communications.

2018

Medical use of cannabis and cannabinoids: questions and answers for policymaking, Rapid communications.

Trendspotter manual: a handbook for the rapid assessment of emerging drug-related trends, Manuals.

Cannabis and driving: questions and answers for policymaking, Rapid communications.

Monitoring drug use in recreational settings across Europe: conceptual challenges and methodological innovations, Technical reports.

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

2017

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

2016

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

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

2015

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

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

2013

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

Felles publikasjoner fra EMCDDA og ESPAD

2016

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

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

3

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

Narkotikarelaterte helseskader og tiltak

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

Overvåking av narkotikarelaterte helseskader og tiltak

EMCDDA mottar informasjon om helsemessige og sosiale tiltak mot narkotikabruk og relaterte helseskader fra de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettverket og ekspertarbeidsgruppene. Mangler det mer formaliserte datasett, hentes tilleggsinformasjon om tilbudet av intervensjoner fra ekspertvurderinger. Kapittelet baserer seg også på gjennomganger av vitenskapelig dokumentasjon på hvor effektive folkehelseintervensjoner er. Underlagsdokumentasjon finnes på EMCDDAs nettsted under temaene [Helsemessige og sosiale tiltak mot narkotikaproblemer: en europeisk veiledning](#) og annet relevant materiale på nett, samt [Portalen for beste praksis](#).

Narkotikarelaterte smittsomme sykdommer og dødelighet og sykkelighet forbundet med narkotikabruk er de viktigste helseskadene som overvåkes systematisk av EMCDDA. Disse suppleres av mer begrensede data om narkotikarelaterte akuttinnleggelses på sykehus og data fra EUs system for tidlig varsling, som overvåker helseskader forbundet med nye psykoaktive stoffer. Ytterligere informasjon er tilgjengelig på internett under [Epidemiologiske nøkkelindikatorer](#), [Statistical Bulletin](#) og [Tiltak mot nye stoffer](#).

Utforming og gjennomføring av effektive kunnskapsbaserte tiltak står i fokus for europeisk narkotikapolitikk og omfatter et bredt spekter av tiltak. Forebygging og tidlig intervensjon har som mål å forebygge narkotikabruk og problemene dette kan føre med seg, mens behandling, enten tilnærmingen er psykososial eller farmakologisk, er det vanligste tiltaket mot avhengighet. En del av de vanligste tiltakene, som substitusjonsbehandling med opioider og sprøytebytteprogrammer, ble utviklet delvis som tiltak mot sprøytebruk av opioider og problemer i den forbindelse, da særlig mot spredning av smittsomme sykdommer og overdosedødsfall. Etter hvert som narkotikaproblemene endrer karakter, må nye tilnærminger utvikles og evalueres. Noen av disse drøftes under.

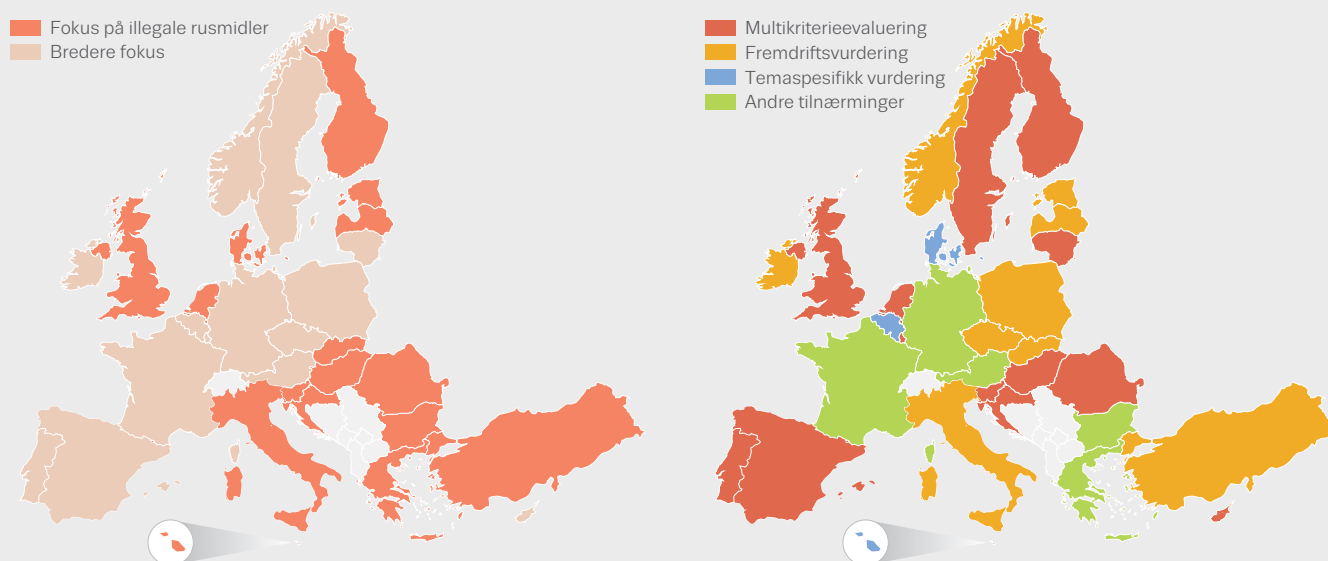
Narkotikastrategier: evalueringsmetodikk

Nær halvparten av de 30 landene som EMCDDA har data fra, har nå nasjonale narkotikastrategier som omfatter ulike kombinasjoner av stoffbaserte og atferdsbaserte avhengighetsproblemer i tillegg til de illegale rusmidlene. Disse planleggingsverktøyene brukes av myndighetene for å utvide den generelle tilnærmingen og spesifikke tiltak

rettet mot de ulike helse- og sikkerhetsproblemene som følger i kjølvannet av narkotikaproblemene. Danmark har en nasjonal rusmiddelpolitikk som kommer til uttrykk gjennom en rekke strategidokumenter, lovgivning og konkrete tiltak, mens alle de andre landene har et nasjonalt rusmiddelpolitisk strategidokument. I 14 land er den politiske tilnærmingen bredere og vier også andre avhengighetsskapende stoffer og avhengighetspreget atferd større oppmerksomhet (se figur 3.1). I Storbritannia har selvstyremyndighetene i Skottland, Wales og Nord-Irland bredt anlagte strategidokumenter. Tas disse tre dokumentene med, kommer det totale antall brede rusmiddelpolitiske strategier opp i 17. Slike brede strategier omhandler hovedsakelig illegale rusmidler, og det varierer i hvilken grad de også tar for seg andre stoffer og annen avhengighet. Alle dokumentene tar for seg alkohol, 10 ser på tobakk, 9 dekker legemidler, 8 omfatter også annen avhengighetsatferd, som pengespill. Uansett fokus støtter alle de nasjonale rusmiddelstrategiene en balansert tilnærming til politikken fastsatt i EUs narkotikastrategi (2013–20) og tiltaksplan (2017–20), som legger vekt på å redusere både etterspørselen etter og tilbudet av narkotika. Dette brede repertoaret av strategier innebærer en mulighet for å komme fram til en mer

FIGUR 3.1

Fokus for nasjonale rusmiddelpolitiske strategidokumenter (venstre) og evalueringsmetode (høyre) i 2018



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

integriert folkehelsemessig tilnærming, men det byr også på utfordringer når det gjelder å koordinere gjennomføringen, overvåkingen og evalueringen.

Alle de europeiske landene evaluerer sine nasjonale narkotikastrategier, men de bruker mange ulike metoder. Målet med evalueringen er vanligvis å finne ut hvor langt gjennomføringen er kommet, og hvordan narkotikasituasjonen generelt har endret seg. I 2018 ble det rapportert at det var gjennomført 13 multikriterieevalueringer, 9 framdriftsvurderinger og 3 temaspesifikke vurderinger, mens 5 land hadde brukt andre metoder, for eksempel en blanding av indikatorbaserte vurderinger og forskningsprosjekter (se figur 3.1). Trenden som peker i retning av bredere strategier, gjenspeiles gradvis i bruken av evalueringer med en tilsvarende bred tilnærming. For øyeblikket har Frankrike, Luxembourg, Sverige og Norge publisert evalueringer av strategier med bredere tilnærming.

Forebygging av stoffmisbruk: miljøbaserte tilnærminger

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

«Den islandske modellen» for forebygging, som omfatter kontinuerlig anvendelse av en kombinasjon av effektive forebyggingsprinsipper på befolkningsnivå, har i det siste fått mye oppmerksomhet internasjonalt. Tilnærmingen omfatter en skolefritidsordning under tilsyn, med universell tilgang til sports- og kulturaktiviteter for unge, i tillegg til foreldretilsyn og at de under 18 år må være hjemme til visse klokkeslett. I Europa har den islandske modellen blitt innført i enkelte kommuner i Spania, Nederland og Romania. Videre evaluering er nødvendig for å fastslå om den betydelige nedgangen i rusmiddelbruk på Island de siste ti årene, som gjenspeiler nedgangen i rusmiddelbruk blant ungdom i enkelte andre land i Europa, er primært knyttet til landets forebyggingsstrategi og alkoholpolitikk, eller om det også er andre viktige faktorer.

Den islandske modellen har en miljøbasert forebyggingstilnærming som bygger på tanken om at det er mulig å endre uønsket atferd ved å endre de fysiske, økonomiske og reguleringsmessige sidene ved miljøet,

som øker eller reduserer mulighetene for at atferden inntreffer. Dette kan i sin tur føre til en nedgang i hvor akseptabelt, normalt og synlig det er. Tiltakene kan omfatte regulering av hvor tilgjengelige rusmidlene er og hvilken pris de har, reduksjon av enhetsstørrelser og reduksjon av antall utsalgssteder.

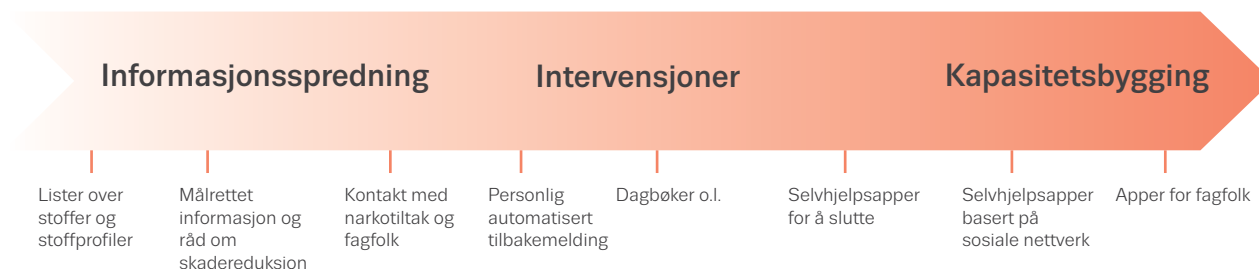
Miljøbaserte forebyggingsprinsipper er også sentralt i spillet Good Behaviour Game, et håndbokbasert program for barneskoleelever, som i enkelte forskningsstudier har vist seg å ha en positiv effekt. Det har til hensikt å redusere risikoatferd ved å bruke atferdsinsentiver på gruppenivå for å forsterke positive normer og regler. På et bredere nivå er sigarettøykingens statusendring og reduksjon i mange EU-land et godt eksempel på en miljøbasert forebyggingstilnærming i praksis.

Profesjonell opplæring ser ut til å være viktig for å lykkes med innføringen av forebyggende tiltak. Et nytt initiativ har vært lanseringen av en universell europeisk læreplan for forebygging, basert på evidens og internasjonale standarder, for regionale eller lokale beslutningstakere og opinionsdannere. I 2018 ble denne læreplanen innført på et eller annet plan i en tredel av EUs medlemsstater.

**Alle land i Europa
evaluerer sine nasjonale
narkotikastrategier**

FIGUR 3.2

Utvalg av m-helse-apper basert på hovedmålet med dem



Tiltak mot narkotikabruk: nye teknologier

Tiltakene for narkotikaforebygging og behandling er i kontinuerlig utvikling, og bruken av nye digitale løsninger, blant annet datamaskinbaserte teknologier, øker. Digitale tiltak («apper») kan finnes på mange ulike enheter, fra skrivebordsdatamaskiner til mobilenheter, og i økende grad også smarttelefoner. Disse mobile appene, eller m-helse-apperne brukes til mange ulike formål, blant annet narkotikaforebygging, skadereduksjon, digital kontakt på sosiale medieplattformer, overvåking av og tilsyn med pasienter, og gjennomføring av behandling (figur 3.2). Enkelte apper gir praktisk hjelp, for eksempel gjennom stoffoversikter, informasjon og råd. Et innovativt eksempel er bruken av geoposisjonering for å hjelpe sprøytebrukere å finne byttepunkter for spisser og sprøyter. Andre er basert på effektive forebyggingsteknikker som forsøker å endre på sosiale normer eller redusere misoppfatninger om bruk av rusmidler blant jevnaldrende. Selv om det nå finnes mange m-helse-apper tilgjengelig for publikum, viser en nyere EMCDDA-studie at få av appene var evaluert vitenskapelig, kvalitetsstandarder manglet og personvernet var bekymringsverdig.

Bruk av teknologi med virtuell virkelighet undersøkes også som medium for eksponeringsterapi. Ved hjelp av VR-hodesett skapes det realistiske og engasjerende omgivelser som skaper sug, og pasientene lærer opp i teknikker for å håndtere suget.

Narkotikabehandling: polikliniske tjenester dominerer

Narkotikabehandling er fortsatt det viktigste tiltaket for personer som opplever problemer med narkotikabruk og avhengighet. Å sikre god tilgang til hensiktsmessige behandlingstjenester er derfor et viktig politisk mål.

Narkotikabehandling i Europa gis oftest poliklinisk, og regnet i antall narkotikabrukere behandles de fleste ved spesialiserte behandlingssentre (figur 3.2).

Lavterskeltjenester er det nest største behandlingstilbudet, etterfulgt av primærhelsetjenesten og allmennpsykiatriske klinikker. Den sistnevnte kategorien omfatter allmennlegekontorer, og i noen store land som Frankrike og Tyskland er allmennlegene viktige som forskrivere av substitusjonsbehandling med opioider. Andre steder, for eksempel i Polen og Slovenia, ivretar psykiatriske poliklinikker en del av behandlingstilbudet.

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

Tilgang til narkotikabehandling: egenhenviing er mest utbredt

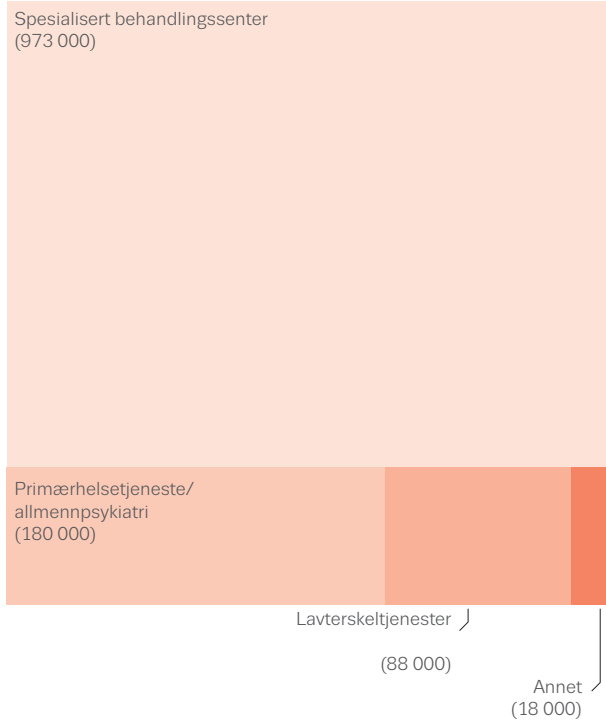
Anslagsvis 1,2 millioner mennesker fikk behandling for bruk av illegale rusmidler i EU i 2017 (1,5 millioner medregnet Norge og Tyrkia). Egenhenviing er fortsatt den vanligste veien inn i det spesialiserte behandlingsapparatet. Det inne formen for henvisning, som også omfatter henvisning av familie eller venner, sto for mer enn halvparten (54 %) av inntakene i det spesialiserte behandlingsapparatet i Europa i 2017. Om lag 17 % av klientene ble henvist fra strafferettssystemet, mens 15 % ble henvist fra helse-, utdannings- eller sosialtjenester, herunder andre narkotikabehandlingssentre. En rekke land

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

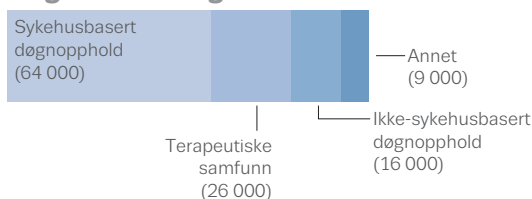
FIGUR 3.3

Antall klienter som mottar narkotikabehandling i Europa i 2017, etter behandlingsmiljø

Poliklinisk



Døgnbehandling



Fengsler

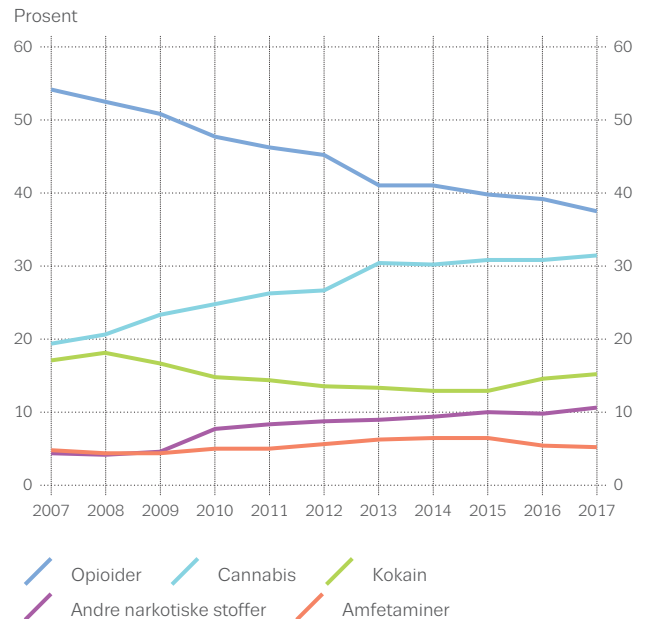


har ordninger for å få personer som begår narkotikalovbrudd bort fra strafferettssystemet og inn i et behandlingsprogram. Dette kan dreie seg om å bli idømt behandling eller en betinget dom som forutsetter behandling.

Blant de landene som hadde over 100 mennesker som ble henvist til behandling av strafferettssystemet i 2017, varierer andelen klienter som inntas til behandling, fra under 5 % i Tsjekkia, Hellas, Nederland og Polen, til ca. 70 % i Ungarn. I det store og det hele er det brukere med cannabis som primærrusmiddel som har størst sannsynlighet for å bli henvist til behandling av strafferettssystemet, mens personer som primært bruker opioider, har minst sannsynlighet.

FIGUR 3.4

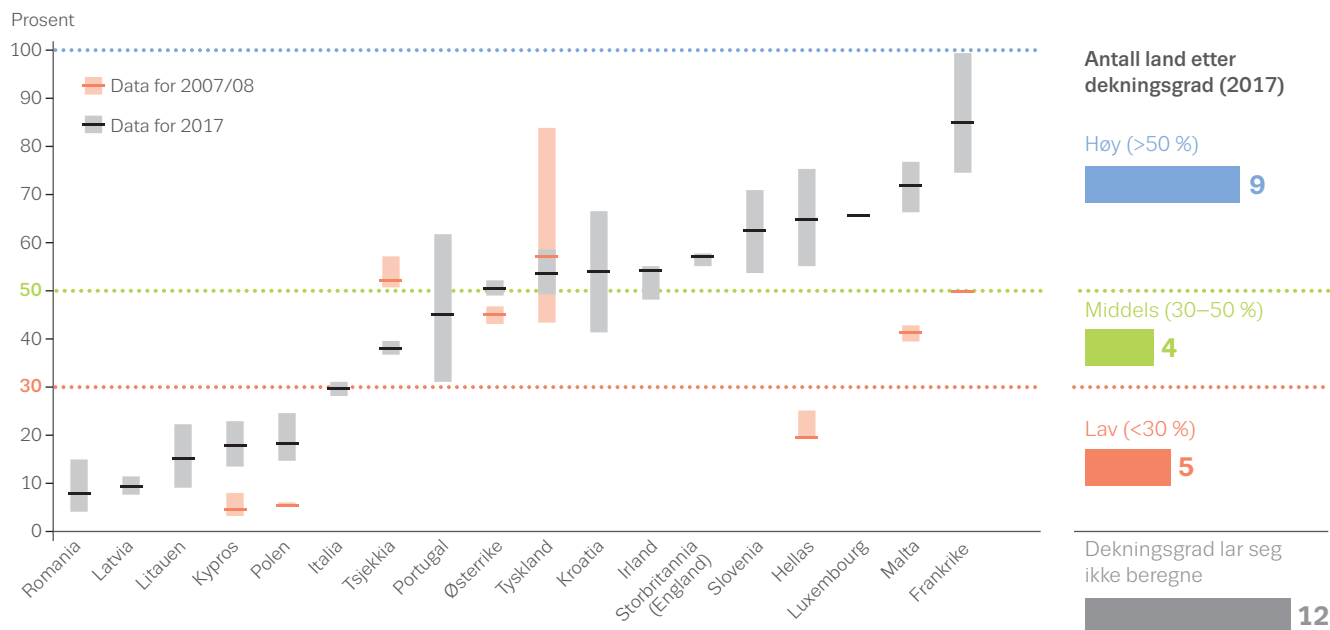
Trender for andel klienter som inntas i det spesialiserte behandlingsapparatet, etter primærrusmiddel



Klientenes forløp gjennom behandlingsapparatet preges ofte av at flere etater er koblet inn, av flere inntak i behandling og av varierende lengde på oppholdet. Opioidbrukere utgjør den største gruppen som blir inntatt og får spesialisert behandling, og de bruker størsteparten av tilgjengelige behandlingsressurser, hovedsakelig i form av substitusjonsbehandling. Cannabis- og kokainbrukere er den henholdsvis nest og tredje største gruppen som inntas i behandlingsapparatet (figur 3.4). Tjenestene disse klientene tilbys, spriker ofte mer, men vanligvis er de basert på en eller annen form for psykososial intervensjon. Resultatene av en analyse av data fra det spesialiserte behandlingsapparatet i 10 europeiske land mellom 2014 og 2017 gir et innblikk i ulike behandlingsforløp. Av de 300 000 klientene som ble inntatt til behandling i disse landene, fikk over halvparten kontinuerlig behandling i over 1 år, og mange av dem hadde problemer knyttet til opioidbruk, særlig heroin. Resten ble inntatt til behandling dette året. Av disse var 16 % førstegangsklienter, mens 28 % var inne på nytt etter å ha fått behandling tidligere. Disse dataene viser at narkotikarelaterte lidelser er tilbakevendende og langvarige.

FIGUR 3.5

Dekning for substitusjonsbehandling med opioider (i prosent av anslått antall høyrisikobrukere av opioider som mottok intervensjonen) i 2017 eller siste år med tilgjengelige data og i 2007/08



NB: Data vist som punktestimater og usikkerhetsintervaller.

Substitusjonsbehandling med opioider: varierende dekningsgrad

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

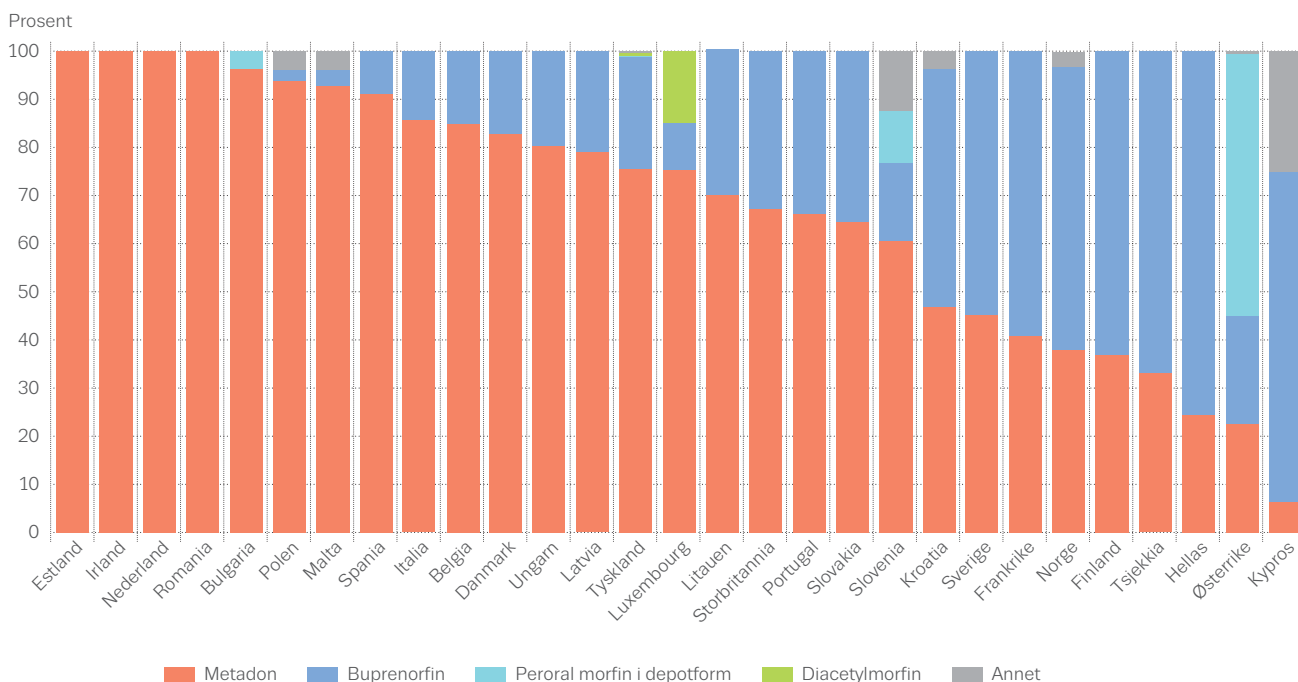
I 2017 fikk anslagsvis 654 000 opioidbrukere substitusjonsbehandling i EU (662 000 medregnet Norge). Etter en sammenhengende nedgang fra 2010 til 2015 viser tallene for EU for 2017 en økning på 4 % fra året før. Mellom 2015 og 2017 ble det observert en økning i 17 land, blant annet i Sverige (21 %), Romania (21 %) og Italia (16 %), mens det ble rapportert en nedgang i 9 rapporterende land, blant annet Litauen (18 %) og Kypros (17 %).

Sammenholdes disse tallene med de siste estimatene over antall høyrisikobrukere av opioider i Europa, ser vi at om lag halvparten får substitusjonsbehandling. Det er imidlertid varierende dekning landene imellom (figur 3.5), og enkelte er fortsatt under anbefalt nivå. I de landene som har data fra 2007 eller 2008 tilgjengelige for sammenligning, var det samlet sett en generell økning i behandlingstilbud.

Metadon er det hyppigst forskrevne substitusjonsmedikamentet og mottas av nærmere to tredeler (63 %) av alle substitusjonsklienter i Europa. Ytterligere 34 % av klientene behandles med buprenorfinbaserte legemidler, som i 8 land er det viktigste substitusjonsmedikamentet (figur 3.6). Andre stoffer, som morfin eller diacetylmorfin (heroin) i depotform, forskrives bare sjelden i Europa, til anslagsvis ca. 3 % av alle som får substitusjonsbehandling. Klientgruppen som får substitusjonsbehandling, er aldrende. De fleste er nå over 40 år gamle, og de har som regel fått behandling i mer enn 2 år. Opioidbrukere i Europa har også tilgang til alternative behandlingstilbud, men disse brukes i mindre grad. I de 11 landene det foreligger data for, mottar mellom 2 % og 17 % av alle opioidbrukere i behandlingsapparatet annen behandling enn substitusjonsbehandling med opioider.

FIGUR 3.6

Andel klienter som mottar forskjellige typer reseptbelagte legemidler til substitusjonsbehandling med opioider i europeiske land



NB: I Nederland får ca. 10 % av klientene som mottar metadon, også forskrevet diacetylmorfin. I Finland omfatter buprenorfin legemiddelet alene eller i kombinasjon med nalokson. Britiske data gjelder bare Wales.

KLIENTER I SUBSTITUSJONSBEHANDLING MED OPIOIDER

Gruppe

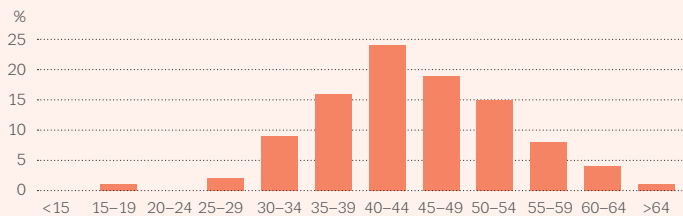
654 000 EU

662 000 EU + Norge

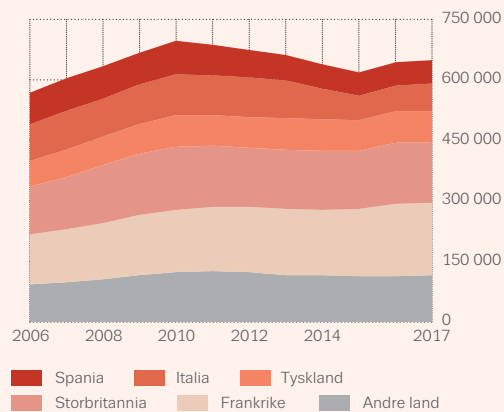
25% 75%



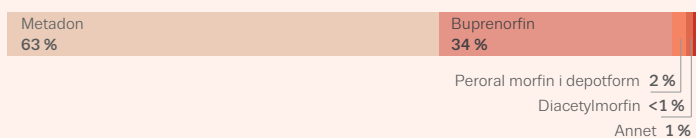
Aldersfordeling



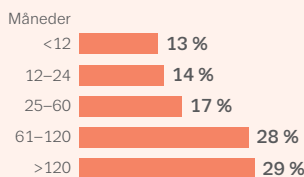
Trender i antall substitusjonsbehandlinger



Type legemiddel



Behandlings varighet



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

FIGUR 3.7

**Tiltak mot narkotika:
kostnad og gjennomføringsmekanismer**

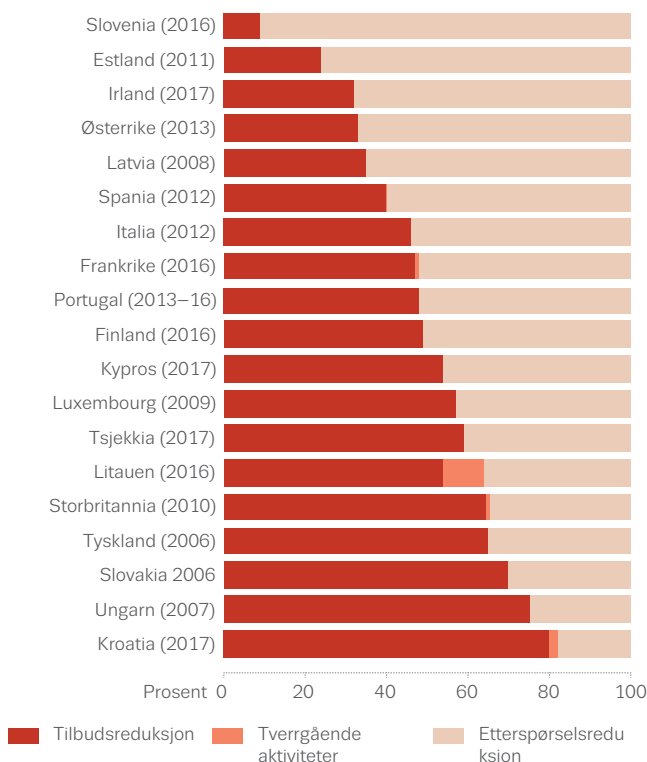
Å forstå utgiftene knyttet til narkotikarelaterte tiltak er viktig både når politikken skal utformes, og når den skal evalueres. Likevel er det fortsatt store hull og variasjoner i hvilke opplysninger som er tilgjengelig om narkotikarelaterte offentlige utgifter på lokalt og nasjonalt plan i Europa. Det siste tiåret har 26 land utarbeidet estimater over narkotikarelaterte offentlige utgifter. Estimaten varierer fra 0,01 % til 0,5 % av bruttonasjonalprodukt (BNP), og om lag halvparten av estimatene ligger mellom 0,05 % og 0,2 % av BNP, og hva som defineres som narkotikarelaterte offentlige utgifter varierer.

I perioden 2006–2017 utarbeidet 19 land estimater over utgiftene til etterspørselsreducerende tiltak som andel av de samlede narkotikarelaterte utgifter. Det er store forskjeller fra land til land, med estimater fra 8 % til 80 % (figur 3.7). Der de er kjent, utgjør utgiftene til narkotikabehandling en stor andel av utgiftsestimater for reduksjon av etterspørsel.

Vellykket gjennomføring av programmet krever blant annet at man fokuserer på kostnader, standarder og opplæring. En analyse av hvor kostnadseffektive behandlingstiltakene er, kan bidra til å optimalisere fordelingen av økonomiske midler. Til tross for poliklinikk- og forskrivningskostnadene knyttet til farmakoterapi for opioidavhengighet, gir dette lavere samlede helsekostnader. Dette skyldes at de som mottar denne behandlingen, sjeldnere bruker dyre tjenester som akuttinnleggelse og døgninstitusjoner.

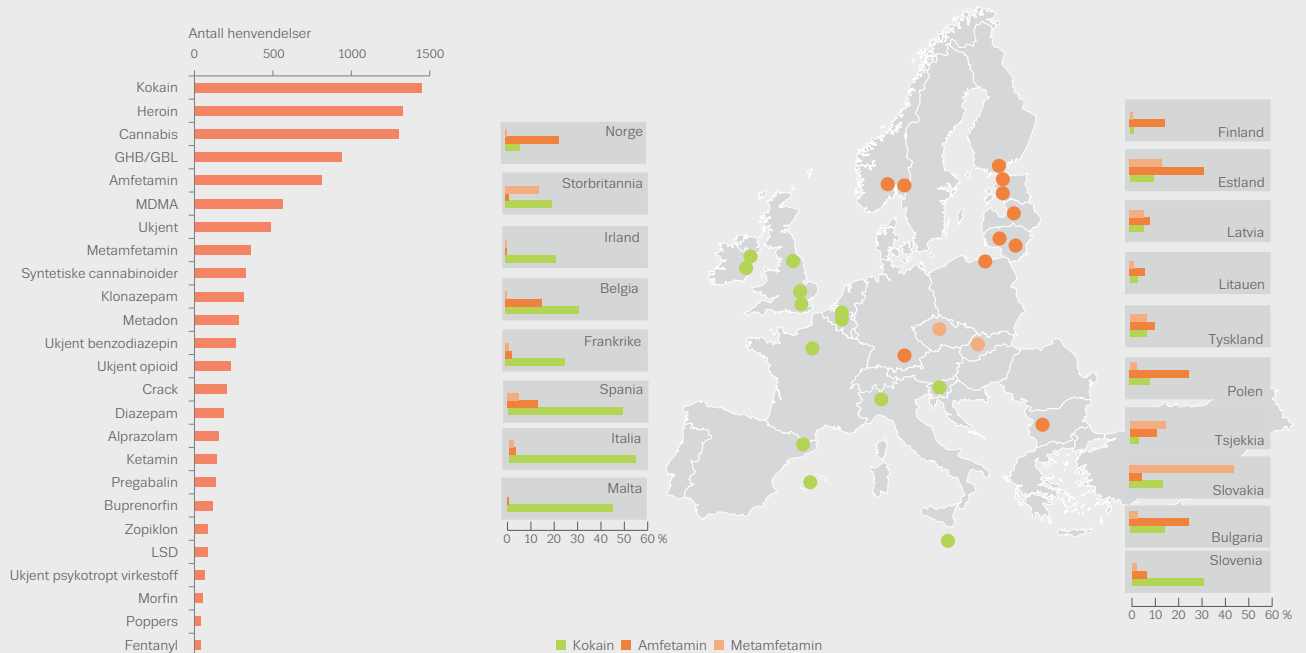
En ny EMCDDA-undersøkelse viste at minst 80 % av de rapporterende landene hadde retningslinjer i en eller annen form for å understøtte gjennomføringen av etterspørselsreduksjon i praksis, og 60 % rapporterte at de brukte kvalitetsstandarder. 70 % av landene rapporterte at de har akkrediteringsordninger der godkjenning av offentlig finansierte tjenestetilbud er knyttet til gjennomføring av kvalitetsstandarder. I tillegg rapporterte de fleste landene at de hadde opplæring tilgjengelig for fagfolk (80 %). Mindre utbredt var registrering av eller oversikter over evidensbaserte programmer eller programmer for beste praksis, men en firedel av landene har dette. Sammenlignet med årene før har det vært en betydelig økning i andelen land som rapporterer at de har retningslinjer og standarder for tiltak, og at de har fått på plass ulike former for akkrediteringsordninger for tjenestetilbudet. Generelt ser det ut til at opplæringsmulighetene for fagfolk som arbeider på narkotikafeltet, øker, men det er en bred oppfatning om at dette er et område hvor videre investeringer vil være nyttig.

Narkotikarelaterte offentlige utgifter: estimert fordeling på etterspørsels- og tilbudsreduksjon



FIGUR 3.8

De 25 hyppigst registrerte stoffene ved akutthenvendelser til på utvalgte sykehus i 2017 (venstre) og frekvens for henvendelser knyttet til kokain og amfetaminer (andel av henvendelsene), totalt per land (høyre)



NB: Resultat av 7 267 henvendelser til 26 Euro-Den Plus (utvalgte) sykehus i 18 land i Europa.
Kilde: European Drugs Emergencies Network (Euro-DEN Plus).

Akutte narkotikarelaterte helseskader: kokain øker og heroin synker

Data fra sykehusenes akuttavdelinger kan gi innsikt i akutte narkotikarelaterte helseskader og narkotikabrukens innvirkning på folkehelsen i Europa. Narkotikarelaterte akutthenvendelser på grunn av forgiftning ved 26 (utvalgte) sykehus i 18 europeiske land overvåkes av European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus). I 2017 registrerte sykehusene 7 267 henvendelser, flesteparten fra menn (76 %). Nærmere tre firedeler av akutt-tilfellene ankom sykehus med ambulanse, og de fleste (78 %) ble utskrevet innen 12 timer. Et lite mindretall ble imidlertid innlagt på intensivavdeling (6 %) eller psykiatrisk avdeling (4 %). I utvalget ble det registrert i alt 30 dødsfall, og i 17 av dem var opioider involvert.

Kokain var det stoffet som forekom oftest ved henvendelsene i 2017, etterfulgt av heroin og cannabis (figur 3.8). Nesten en firedel av henvendelsene gjaldt misbruk av reseptbelagte eller reseptfrie legemidler (som regel benzodiazepiner og opioider), over 10 % gjaldt GHB/GBL og 4 % nye psykoaktive stoffer.

De stedvise forskjellene når det gjelder hvilke stoffer akutthenvendelsene gjaldt, ser ut til å gjenspeile variasjoner i sykehusenes nedslagsområder og lokale bruksmønstre. For eksempel var akutt-tilfellene i forbindelse med amfetaminer vanligst i Nord- og Øst-Europa, mens kokainrelaterte innleggelses dominerte i sør og vest.

FIGUR 3.9

Den overordnede trenden for de 15 sentrene som har rapportert data for 2014–17, viser en nedgang i antall henvendelser knyttet til heroin og en økning for kokainpulver og crack (figur 3.9). I den samme perioden var det en generell nedgang i tilfellene som gjaldt syntetiske katinoner, og en økning knyttet til syntetiske cannabinoider.

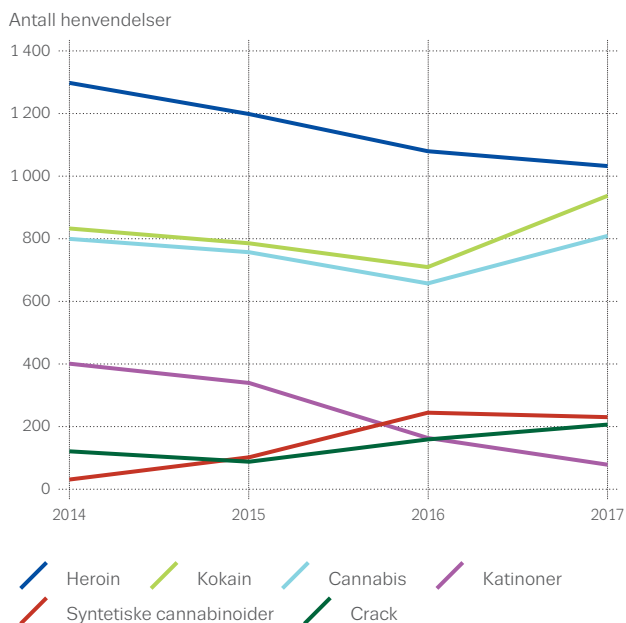
Bare et fåtall av landene overvåker narkotikarelaterte akutthenvendelser på nasjonalt nivå. Blant disse rapporterte Tsjekkia, Danmark, Litauen og Slovenia om en nedadgående trend for heroinrelaterte akutthenvendelser. I perioden 2013–2017 rapporterte Danmark om en økning i antall forgiftningstilfeller knyttet til andre opioider enn heroin og metadon, og en dobling i antall kokainrelaterte forgiftninger. I Spania var kokain involvert i nesten halvparten av alle narkotikarelaterte akutt-tilfeller som ble rapportert i 2016, mens rapporter fra utvalgte regioner i Nederland bemerket en nedgang i antall akutthenvendelser knyttet til MDMA og det sentralstimulerende middelet 4-fluoramfetamin (4-FA) ved førstehjelpssentre mellom 2016 og 2017. Nesten en tredel av alle narkotikarelaterte ambulansetrykninger i Nederland var knyttet til bruk av GHB.

Kokain og crack: helsetiltak

Det finnes tiltak for å behandle kokain- og crackbrukere. I Europa fokuserer disse tiltakene ofte på psykososiale tiltak, blant annet kognitiv atferdsterapi, motiverende intervjuer, korte intervensjoner, læringsbasert rusbehandling og symptomatisk farmakologisk behandling. Blant de andre behandlingsalternativene som for tiden utredes, finnes bruk av sentralstimulerende legemidler som modafinil og lisdeksamfetamin for å redusere sug og abstinenssymptomer, og en kokainvaksine for å redusere den euforiske virkningen og følelsen av belønning som kokain gir.

For øyeblikket er evidensgrunnlaget for hva som er gode behandlingsalternativer for kokainrelaterte problemer relativt svakt, og dette er et område hvor det trengs mer forskning og utvikling. Tilsvarende er det begrenset tilgjengelighet til spesialiserte programmer for kokainbrukere i Europa. Men som et tiltak mot økningen i antall personer som søker behandling for kokainrelaterte problemer, rapporterer noen land om utvikling av skreddersydde tiltak. Disse omfatter programmer som kombinerer en tilnærming med nærmiljøbasert forsterkning og læringsbasert rusbehandling (Belgia) og tilpasning av åpningstider til å passe behovene til kokainklienter (Luxembourg, Østerrike).

Trender for antall henvendelser til utvalgte sykehus knyttet til utvalgte stoffer



NB: Data fra de utvalgte 15 Euro-Den Plus-sykehusene som har rapportert hvert år i perioden 2014–2017.
Kilde: Euro-Den Plus.

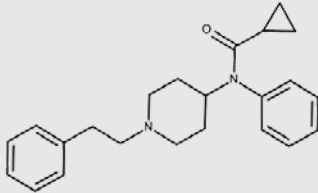
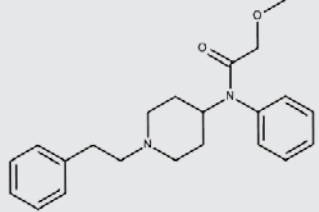
Skadereduksjonstiltak for kokain- og crackbrukere, målretting mot helserisikoer knyttet til injeksjonsbruk av kokain eller røyking av crack, samt risikabel seksuell atferd, finnes også i enkelte land. Dette omfatter brukerrum med tilsyn i Danmark, Tyskland, Frankrike, Luxembourg og Nederland, samt utlevering av cracksett (piper og filtre i Frankrike og Portugal). Tjenester som tester innhold i narkotika for brukere finnes i noen EU-land, og disse har som mål å redusere risikoen knyttet til kokain som er svært ren eller tilsatt utblandingsmidler.

Felles granskninger og risikovurderinger

I 2017 ble risikoene ved 9 nye psykoaktive stoffer, herunder 5 fentanylderivatere (akrylfentanyl, furanylfentanyl, 4-fluorisobutrylfentanyl, tetrahydrofuranylfentanyl og karfentani), formelt vurdert av den vitenskapelige komiteen til EMCDDA. Siden har de blitt kontrollert internasjonalt i henhold til FNs narkotikakonvensjon av 1961.

Etter at EMCDDA og Europol startet sin felles granskning av syklopropylfentanyl og metoksyacetylfentanyl i 2017, har disse to fentanylderivatene, som har vært knyttet til over 90 dødsfall, blitt formelt risikovurdert av EMCDDA i løpet av 2018 (tabell 1). Med utgangspunkt i resultatet av risikovurderingsrapportene og etter initiativ fra Europakommisjonen besluttet Rådet for Den europeiske union og Europaparlamentet at disse to stoffene skal underlegges kontrolltiltak i hele Europa.

Tabell 1. De viktigste funnene fra risikovurderingen av to fentanylderivatere gjennomført i 2018

Generisk navn	Syklopropylfentanyl	Metoksyacetylfentanyl
Kjemisk betegnelse	<i>N</i> -fenyl- <i>N</i> -[1-(2-fenyletyl)piperidin-4-yl]syklopropankarboksamid	2-metoksy- <i>N</i> -fenyl- <i>N</i> -[1-(2-fenyletyl)piperidin-4-yl]acetamid
Kjemisk struktur		
Formell melding til EUs system for tidlig varsling	4. august 2017	9. desember 2016
Rapporterte dødsfall knyttet til bruk	78	13
Antall land der dødsfallene har funnet sted	3	4
Antall beslag	144	48
Antall land der beslag er gjort (EU, Tyrkia og Norge)	6	10
Beslaglagte kvanta totalt	1,76 kg pulver, 227 ml væske, 329 tabletter	180 g pulver, 352 ml væske, 119 tabletter

Nye stoffer: syntetiske opioider med høy styrke

Nye psykoaktive stoffer, slik som syntetiske opioider, syntetiske cannabinoider og syntetiske katinoner, forbindes fortsatt med dødsfall og akutte forgiftninger i Europa, til tross for mange nye tiltak på dette området, og utgjør fortsatt en utfordring for dagens narkotikapolitikk.

Selv om de spiller en liten rolle på Europas narkotikamarked, utgjør nye opioider en alvorlig trussel både for den enkeltes helse og for folkehelsen. Spesielt urovekkende er fentanylderivatere, som utgjør hovedtyngden av de nye opioidene som rapporteres til EMCDDA. Disse stoffene kan være ekstra sterke, slik at ørsmå mengder kan føre til livstruende forgiftning med hurtig og alvorlig lammelse av åndedrett. Rapporterte overdosesaker omfatter folk som trodde de kjøpte heroin, andre illegale rusmidler eller smertestillende legemidler.

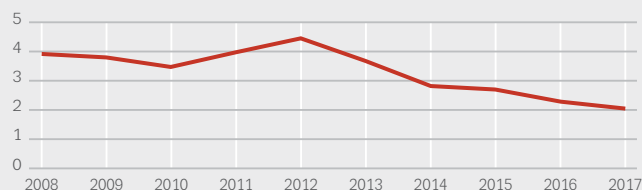
I tillegg til den akutte overdoserisikoen der det kan være indikasjoner for bruk av nalokson, rapporteres det også om at fentanylderivatere har stort misbrukspotensial og kan være avhengighetsskapende.

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

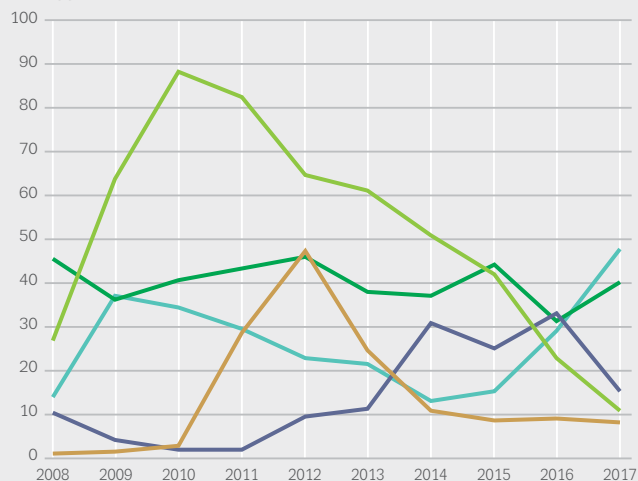
FIGUR 3.10

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

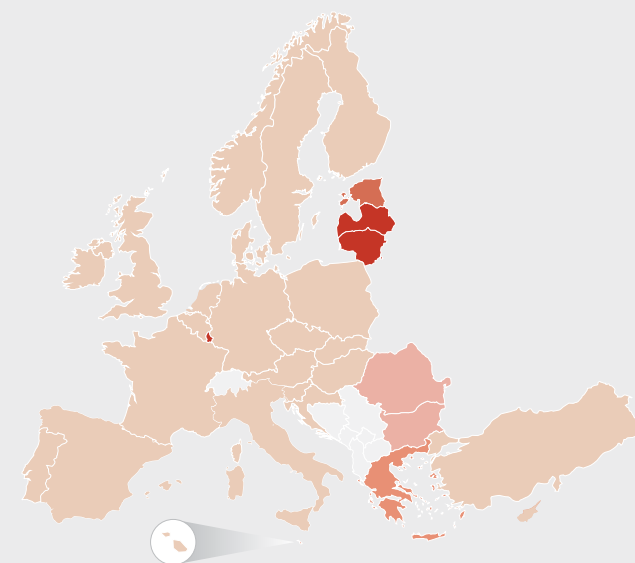
Tilfeller per million



Innbyggere (antall)



— Litauen — Latvia — Luxembourg — Estland
— Hellas



Innbyggere (antall)

— <3 — 3,1–6 — 6,1–9 — 9,1–12 — > 12

Kilde: ECDC. Data for 2017.

Kroniske narkotikarelaterte helseskader: lokale HIV-utbrudd, sen diagnose

I tillegg til risikoen ved ubeskyttet sex, har personer som bruker narkotika, og da særlig injeksjonsbrukere, risiko for å bli smittet med infeksjoner som hepatitt C-virus (HCV) og humant immunsviktvirus (HIV) gjennom deling av brukerstyr. Derfor er også prevalensen av HIV blant injeksjonsbrukere høyere enn i befolkningen generelt.

I 2017 ble det varslet om anslagsvis 1 046 nydiagnostiserte HIV-tilfeller knyttet til injeksjonsbruk av narkotika i EU, der 83 % var menn, hovedsakelig over 35 år. Dette utgjorde 5 % av alle HIV-diagnoser der smittemåten er kjent. Denne andelen har holdt seg stabilt lav det siste tiåret. Antall meldinger om nylig diagnostiserte HIV-tilfeller blant sprøytebrukere har falt i de fleste land i Europa mellom 2008 og 2017 (figur 3.10). Injeksjonsbruk av narkotika er imidlertid fortsatt en viktig smittemåte i enkelte land. Ifølge Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer var injeksjonsbruk av narkotika i 2017 knyttet til 62 % av alle nylig diagnostiserte HIV-tilfeller i Litauen og 33 % i Latvia. Seroprevalensstudier – basert på blodprøver – av sprøytebrukere i Estland,

Latvia og Polen i 2016–17 viste at over 10 % av de som ble testet, var HIV-positive.

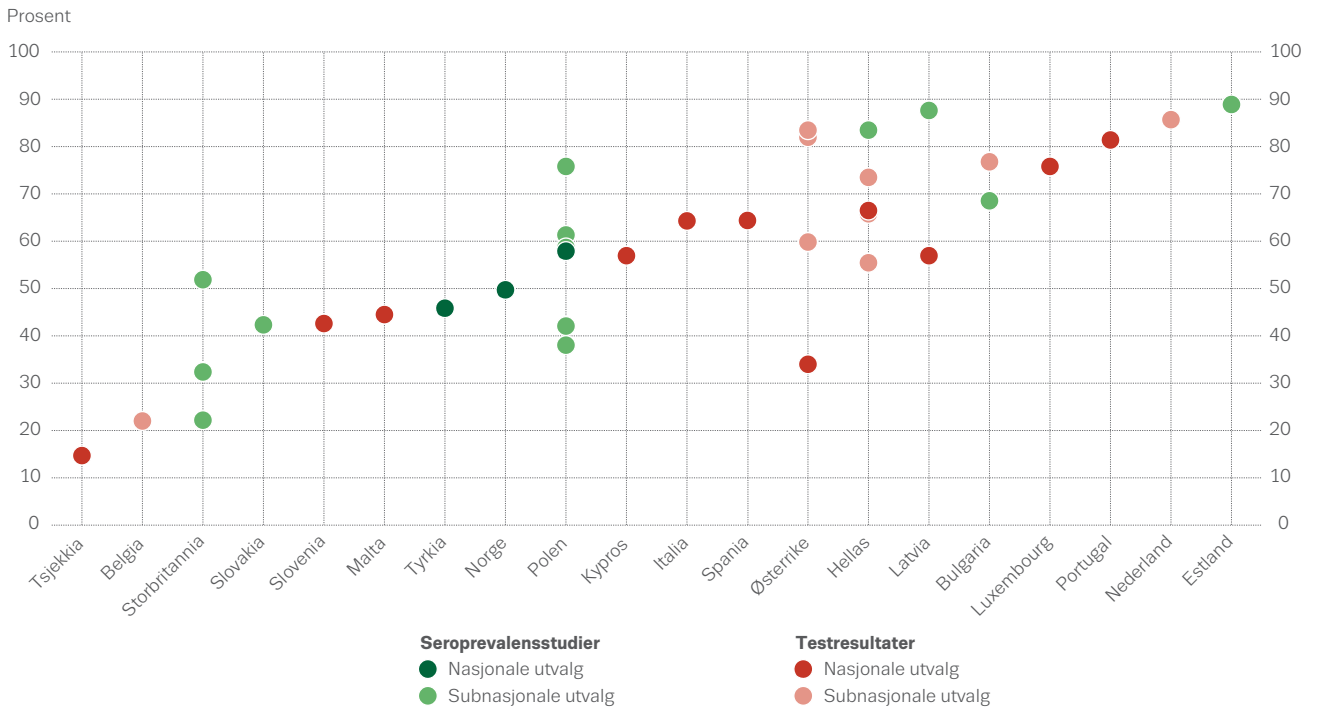
Lokale HIV-utbrudd har blitt dokumentert blant marginaliserte grupper av injeksjonsbrukere i Dublin (2014–15), Luxembourg (2014–16), München (2015–16) og Glasgow (2015–18). Alle de fire utbruddene knyttes til injeksjon av sentralstimulerende midler.

Der det forelå opplysninger, ble halvparten av de nye HIV-diagnosene som skyldtes sprøytebruk av narkotika i EU i 2017, diagnostisert sent, det vil si etter at viruset allerede hadde begynt å skade immunsystemet. Sen HIV-diagnostisering fører til forsinket iverksettelse av antiretroviral behandling og økt sykkelighet og dødelighet. «Test-and-treat»-strategien, der antiretroviral behandling igangsettes umiddelbart når HIV er diagnostisert, kan redusere smitterisikoen og er spesielt viktig i grupper med økt risikoatferd, som sprøytebrukere. Med tidlig diagnose og antiretroviral behandling kan HIV-smittede forvente å oppnå normal levealder.

I 2017 skyldtes 14 % av nye AIDS-tilfeller i EU der smitteveien var kjent, sprøytebruk av narkotika. Disse 379 nye injeksjonsrelaterte tilfellene som ble meldt, utgjør

FIGUR 3.11

Prevalens av HCV-antistoff blant sprøytebrukere: seroprevalensstudier og diagnostiske testresultater med nasjonal og subnasjonal dekning, 2016–17



mindre enn en firedel av antallet tilfeller som ble rapportert for et tiår siden.

HCV-prevalens: variasjon i nasjonale trender

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

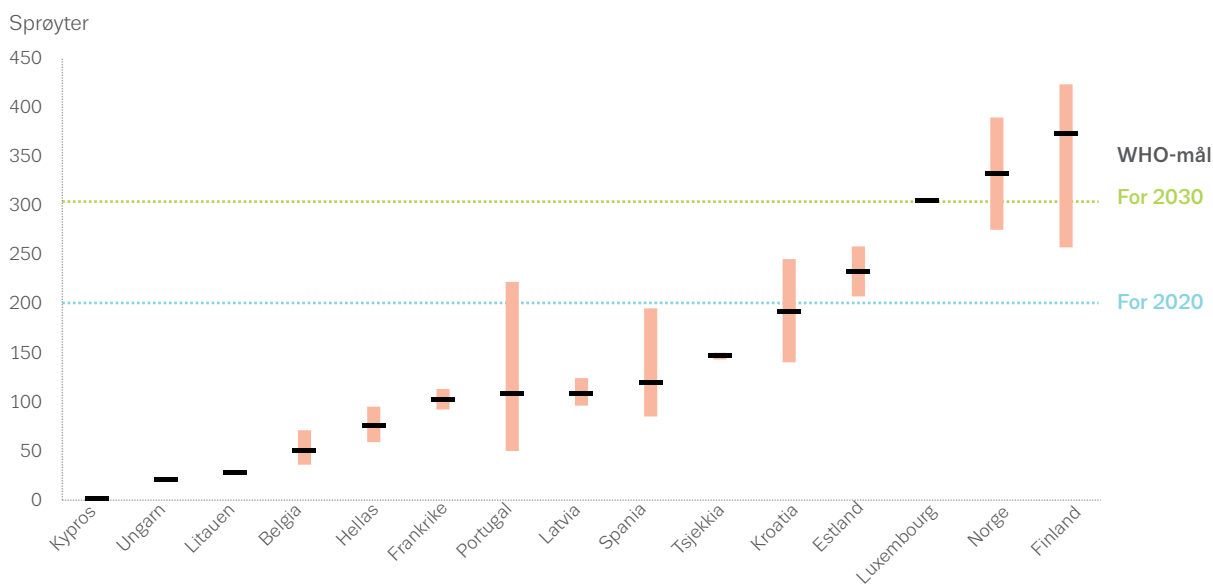
Prevalensen av HCV-antistoffer blant sprøytebrukere, som indikerer en pågående eller tidligere infeksjon, anslås med utgangspunkt i seroprevalensstudier eller rutinemessige diagnostiseringstester som tilbys av behandlingsapparatet. I 2016–17 varierte prevalensen av HCV-antistoff i nasjonale utvalg av sprøytebrukere fra 15 % til 82 %, og i 8 av de 14 landene som rapporterte nasjonale data, lå prevalensnivåene på over 50 % (figur 3.11). Blant landene med nasjonale trenddata for perioden 2011–17 rapporterte 6 land om synkende HCV-prevalens blant sprøytebrukere, mens 3 land rapporterte om økt prevalens.

Blant sprøytebrukere er hepatitt B-virus (HBV) mindre vanlig enn HCV-infeksjon, men likevel høyere enn i befolkningen generelt, til tross for at det finnes en effektiv vaksine. Positiv test for hepatitt B-overflateantigen er indikasjon på en pågående infeksjon. Infeksjonen kan være akutt eller kronisk. I de 7 landene som har lagt fram nasjonale data for 2016–17, var mellom 1 % og 9 % av sprøytebrukerne av narkotika smittet med HBV.

Injeksjon av narkotika er en risikofaktor for andre smittsomme sykdommer, og Tsjekkia og Tyskland rapporterte om narkotikarelaterte klynger av hepatitt A i 2016. I Storbritannia har antall meldte gruppe A-streptokokktilfeller knyttet til sprøytebruk av narkotika økt siden 2013, og det rapporteres fortsatt om sårbotulisme i Europa.

FIGUR 3.12

Dekningsgrad for spesialiserte sprøyteprogrammer: antall sprøyter utdelt per sprøytebruker



NB: Data vist som punkttestimater og usikkerhetsintervaller. Mål i henhold til WHO's globale strategi for bekjempelse av virushepatitt, 2016–2021

Forebygging av infeksjonssykdommer: varierende tilgang til effektive tiltak

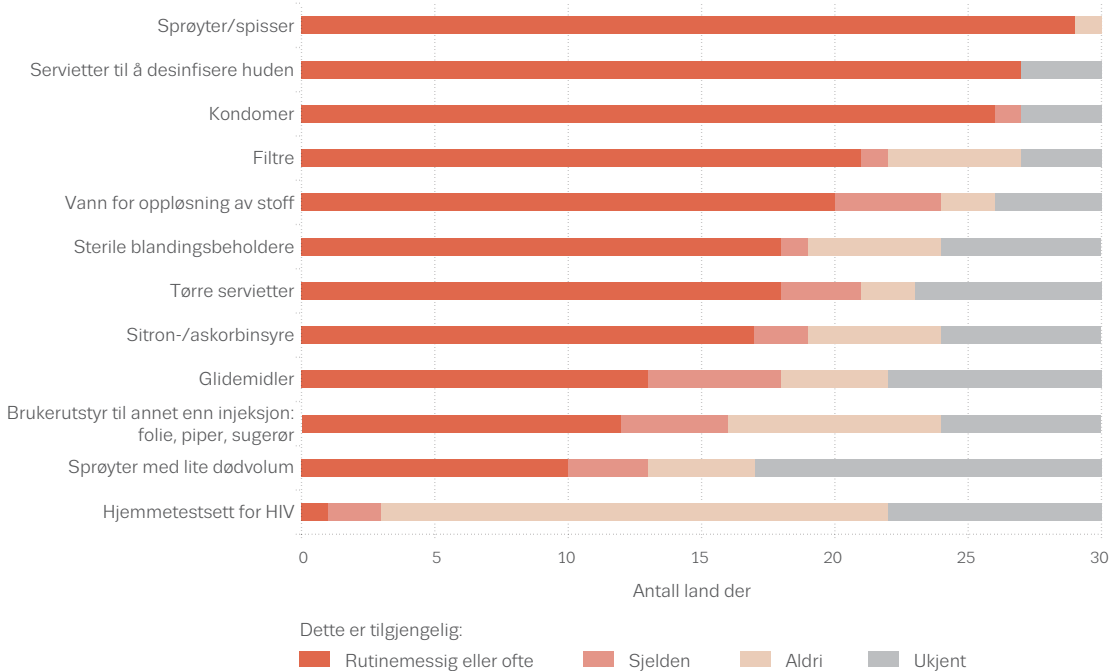
Det anbefales flere tiltak for å redusere narkotikarelaterte infeksjonssykdommer blant sprøytebrukere. Dette omfatter substitusjonsbehandling med opioider, distribusjon av sterile sprøyter, spisser og annet rent injeksjonsutstyr, vaksinasjon, testing og behandling av virushepatitt og HIV, så vel som helsefremmende intervensjoner rettet mot reduksjon av injeksjon og seksuell risikoatferd.

For personer som injiserer opioider, gir substitusjonsbehandling en betydelig reduksjon i infeksjonsrisiko, og analyser tyder på at den beskyttende effekten øker når høy behandlingsdekning er kombinert med god tilgang på rene sprøyter. Det er vitenskapelig dokumentert at sprøyteprogrammer effektivt reduserer overføringen av HIV-smitte blant sprøytebrukere. Alle de 30 landene som overvåkes av EMCDDA, bortsett fra Tyrkia, har egne tiltak hvor rent sprøyteutstyr deles ut gratis. Det foreligger opplysninger om sprøyteutdeling gjennom spesialiserte programmer fra 25 land, som til sammen rapporterer å ha delt ut nærmere over 53 millioner sprøyter i det siste året det finnes tilgjengelige data (2015–17). Dette tallet er altfor lavt, for store land som Tyskland, Italia og Storbritannia har ikke lagt fram noen fullstendig nasjonal oversikt over sprøyteutdeling. I tillegg kan sprøyter kjøpes på apotek i noen land. Det ser imidlertid ut til å være for stor variasjon i dekningsgraden av sprøyteutdelingsordninger i de 15 landene det finnes data for, til at det er mulig å sammenligne med de siste estimatene over antall sprøytebrukere (figur 3.12).

I tillegg til sterile sprøyter og spisser deler skadereduksjonstjenestene i mange land også ut servietter til å desinfisere huden, vann til å løse opp stoffet og rene blandebeholdere (figur 3.13), mens brukerutstyr for andre inntaksformer, for eksempel folie og piper, er mindre vanlig. Hjemmetestsett for HIV kan bidra til tidligere diagnostisering hos sprøytebrukere. Settene kan kjøpes på apotek i stadig flere land i Europa, og i enkelte deles de ut av skadereduksjonstjenestene.

FIGUR 3.13

Tilgjengelighet av utstyr for tryggere bruk/sex i 30 land i Europa



NB: Basert på ekspertvurderinger.

Utryddelse av HCV: bedret tilgang til testing og behandling

Europa har som mål å utrydde virushepatitt som en folkehelsestrussel i tråd med den globale 2030-agendaen for bærekraftig utvikling. Bedre tilgang for sprøytebrukere til forebyggende tiltak, testing og behandling av HBV og HCV er avgjørende for å nå dette målet. I 2018 hadde 17 EU-land og Norge nasjonale hepatittstrategier eller -handlingsplaner.

HCV-screening er inngangspunktet til effektiv behandling av hepatitt for de som testes, og spiller en avgjørende rolle for å forebygge smitte. Det finnes faktorer som bidrar til å begrense hvor mange som tester seg og får behandling, på både system-, tjenesteyter- og klientnivå. Faktorene kan være økonomiske begrensninger, dårlig kunnskap om HCV-behandling og stigmatisering og marginalisering av narkotikabrukere. Innovative metoder kreves for å overvinne disse utfordringene, og lokale narkotikatilak er viktige for å nå ut til sprøytebrukere med testing og behandlingshenvising.

Europeiske faglige retningslinjer anbefaler å tilby umiddelbar HCV-behandling til personer med høy risiko for å smitte andre med viruset, for eksempel innsatte og sprøytebrukere. Nye perorale regimer med direktevirkende antivirale midler gir i 95 % av tilfellene resultater innen 8–12 uker. Etter at prisen på disse legemidlene har gått ned, øker nå antallet land i Europa som gir ubegrenset tilgang til direktevirkende antivirale midler for alle pasientgrupper og alle virusgenotyper, uavhengig av infeksjonsgrad.

Tiltak i fengsler: variasjoner i nasjonal tilgjengelighet

Innsatte rapporterer høyere livstidsprevalens av narkotikabruk og mer skadelige bruksmønstre (herunder injeksjon) enn befolkningen generelt. Dermed blir fengslene en viktig arena for narkotikarelaterte tiltak. En ny EMCDDA-gjennomgang identifiserte bruk av nye psykoaktive stoffer i fengsler i 22 land (figur 3.14), og syntetiske cannabinoider ble identifisert som den største utfordringen. Nye psykoaktive stoffer ble knyttet til en rekke fysiske og psykiske helseskader, enten gjennom akutt forgiftning eller kronisk bruk. I Latvia knyttes bruken av nye syntetiske opioider til en økning i antall overdoser så vel som injeksjoner og nåledeling.

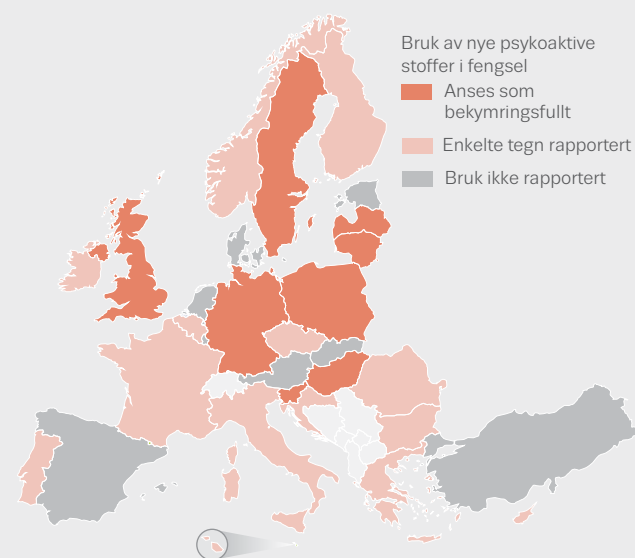
Testing for smittsomme sykdommer (HIV, HBV, HCV og tuberkulose) er tilgjengelig i fengslene i de fleste land, selv om dette kan være begrenset til testing idet soningen påbegynnes, eller testing av personer som viser symptomer. 24 land rapporterer at de behandler hepatitt C, men bare 5 av dem gir behandling til over 60 % av dem som trenger det. 16 land rapporterer at de har programmer for hepatitt B-vaksinasjon. Utdeling av rent sprøyteutstyr er mindre vanlig, og bare 3 land rapporterer at de har sprøyteprogrammer i fengsler. En analyse av HIV- og HCV-prevalens som ble gjennomført blant sprøytebrukere i 17 land i Europa for perioden 2006–2017, viste betydelig høyere utbredelse av HIV og HCV hos personer med fengselsopphold bak seg.

Det er store variasjoner fra land til land i dekingen av tiltak som tilbys innsatte, og tiltakene kan omfatte avrusning, individuell terapi og gruppeterapi, behandling i terapeutiske samfunn og egne avdelinger med døgnbasert behandling. Noen land i Europa har etablert et tverrinstitusjonelt samarbeid mellom fengselshelsetjenesten og behandlingsapparatet ute i samfunnet for å sikre tilbud om helseopplysning og behandling i fengsel og kontinuitet i omsorgen ved innsettelse og ved løslatelse. Alle landene rapporterer om forberedelse av de innsatte med tanke på løslatelse, inkludert sosial rehabilitering. Programmer for å senke overdoserisikoen, som er spesielt høy blant dem som injiserer opioider i perioden etter at de er løslatt, rapporteres i 5 land og omfatter da opplæring og informasjon samt utdeling av nalokson ved løslatelse.

I 2017 rapporterte 28 land at de tillater substitusjonsbehandling med opioider i fengsler, men dekningsgraden er ofte lav. Substitusjonsbehandling med opioider kan startes i fengselet i 24 land, og i 5 land tillates substitusjonsbehandling i fengsel bare hvis behandlingen startet før soningen.

FIGUR 3.14

Bruk av nye psykoaktive stoffer blant innsatte



NB: Basert på rapporter fra nasjonale eksperter.

Innsatte rapporterer høyere livstidsprevalens av narkotikabruk og mer skadelige bruksmønstre

Overdose: en vanlig dødsårsak hos høyrisikobrukere av narkotika

Det er allment kjent at narkotikabruk fører til dødsfall blant voksne i Europa som kunne ha vært unngått. Opioidbrukere i Europa har generelt 5–10 ganger så høy sannsynlighet for å dø som andre av samme kjønn i samme aldersgruppe. Det er bred enighet om at det er viktig å redusere dødeligheten ved overdose hos opioidbrukere. Men andre dødsårsaker indirekte knyttet til narkotikabruk, som infeksjoner, ulykker og vold (inkludert drap og selvmord) er også viktige dødsårsaker i denne gruppen. Kroniske lunge- og leversykdommer samt hjerte- og karsykdommer forekommer hyppig og forårsaker nå en stadig større andel av dødsfallene blant eldre og kroniske narkotikabrukere.

Overdosedata må tolkes med varsomhet, særlig totalen for EU, blant annet på grunn av systematisk underrapportering i enkelte land, ulikheter i måten toksikologiske undersøkelser gjennomføres på, og registreringsprosesser som kan føre til forsinkelser i rapporteringen. De årlige anslagene representerer derfor foreløpige minsteverdier.

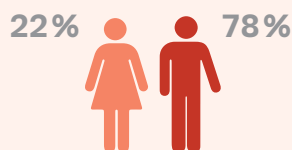
Det anslås at EU i 2017 hadde minst 8 238 overdosedødsfall som var relatert til et eller flere illegale rusmidler. Inkluderes Norge og Tyrkia, øker dette tallet til 9 461, noe som viser at situasjonen er stabil i forhold til det

reviderte estimatet på 9 397 i 2016. Totaltallet for EU er også stabilt sammenlignet med 2016. Som i foregående år står Storbritannia (34 %) og Tyskland (13 %) til sammen for nesten halvparten av alle overdosedødsfall i EU, Norge og Tyrkia. Dette tallet må tolkes i lys av både størrelsen på de risikoutsatte populasjonene i disse landene, men også underrapportering i andre land.

Over tre firedeler av dem som dør av overdoser, er menn (78 %). Gjennomsnittlig dødsalder fortsatte å øke og nådde 39,4 år i 2017. Menn døde 2 år yngre enn kvinner. Dette gjenspeiler at Europas opioidbrukere blir eldre, og at de har høyest risiko for overdosedødsfall. I noen land kan en viss andel av opioidtilfellene være dødsfall som er knyttet til bruk av opioider ved langvarig smertebehandling.

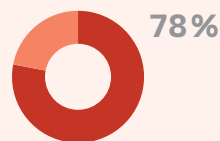
NARKOTIKAINDUSERTE DØDSFALL

Karakteristika

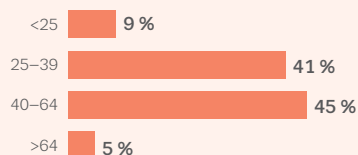


Gjennomsnittlig dødsalder **39** år

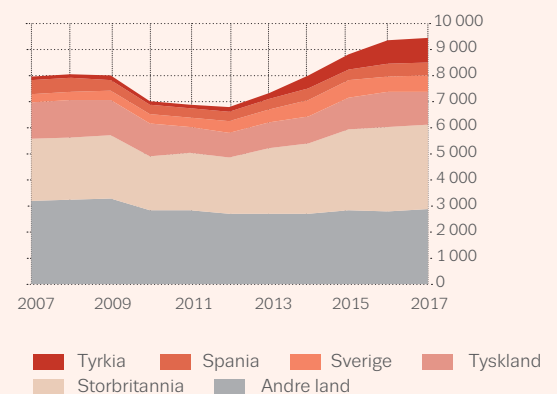
Dødsfall der opioider er påvist



Dødsalder



Trender for overdosedødsfall



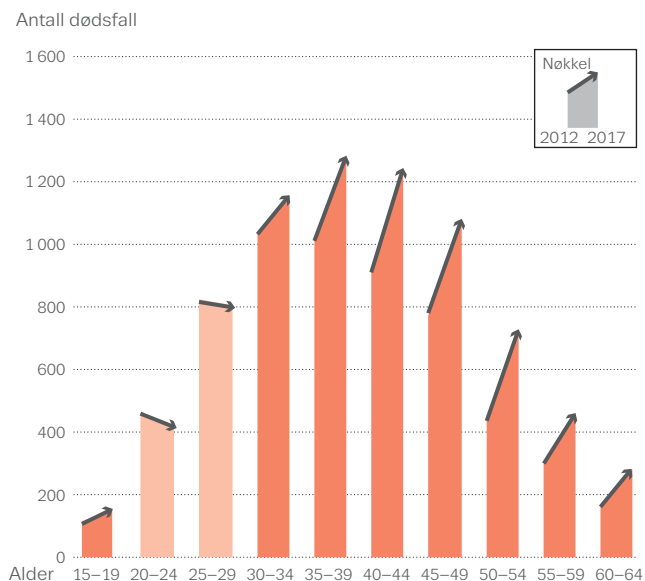
Antall dødsfall

8 238 EU  9 461 EU + 2

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

FIGUR 3.15

Antall narkotikainduserte dødsfall rapportert i Europa i 2012 og 2017 eller siste år med tilgjengelige data, etter aldersgruppe



Fra 2012 til 2017 økte antallet overdosedødsfall i EU for samtlige alderskategorier over 30 år (figur 3.15). Dødsfall i aldersgruppen 50+ økte med 62 % totalt, mens dødsfall i yngre aldersgrupper generelt har vært stabil. En analyse av overdosedødsfall rapportert av Tyrkia i 2017, viser en

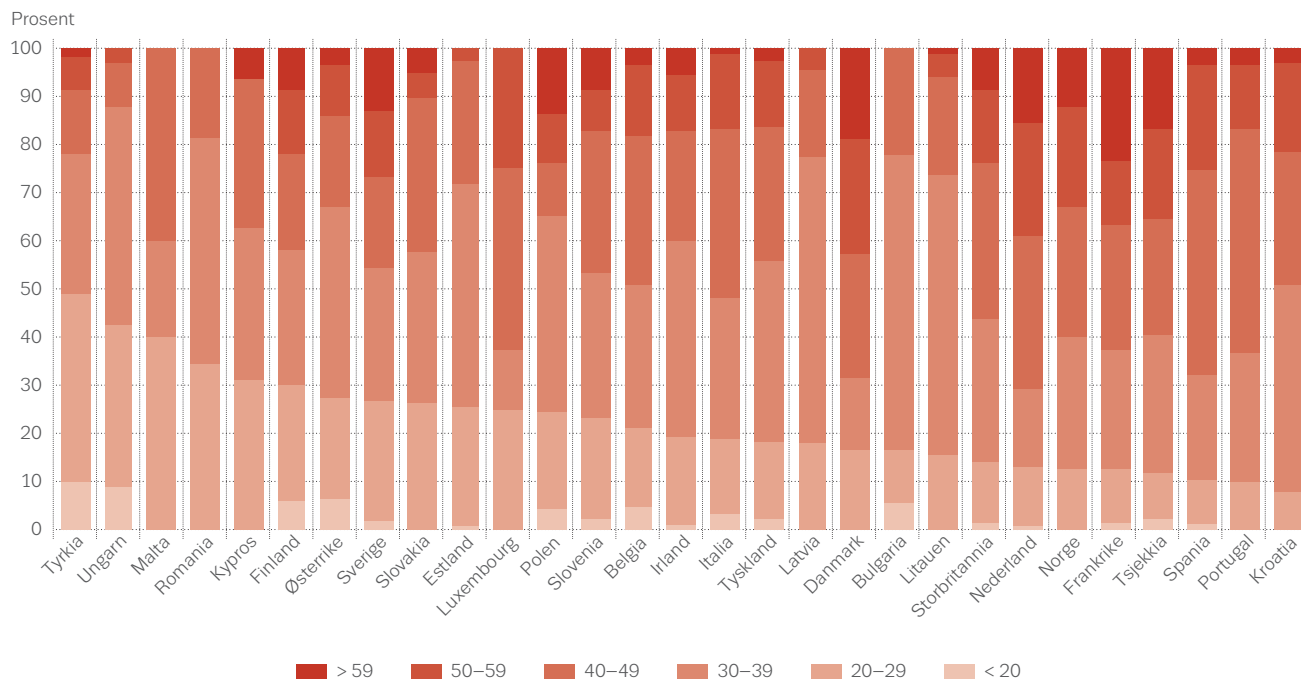
yngre profil enn gjennomsnittet for EU, med en gjennomsnittsalder på 32 år (figur 3.16).

Narkotikaindusert dødelighet: tall over gjennomsnittet rapportert i Nord-Europa

Dødelighet som følge av overdose i Europa i 2017 er anslått til 22,6 dødsfall per million innbyggere i aldersgruppen 15–64 år. Dødeligheten blant menn (35,8 tilfeller per million menn) er nesten fire ganger høyere enn blant kvinner (9,3 tilfeller per million kvinner). Nasjonale dødelighetstall og -trender varierer betraktelig (figur 3.17) og påvirkes av faktorer som prevalens og mønstre for narkotikabruk, injeksjonsbruk av opioider, risiko- og beskyttelsesfaktorer som tilgang til behandling, nasjonal praksis for rapportering, registrering av informasjon og koding av overdoser – herunder variasjon i nivåene av underreportering – i nasjonale dødelighetsdatabaser. Ifølge siste tilgjengelige data rapporterte 8 land i Nord-Europa over 40 dødsfall per million innbyggere. Høyest dødelighet ble rapportert av Estland (130 per million) og Sverige (92 per million) (figur 3.17).

FIGUR 3.16

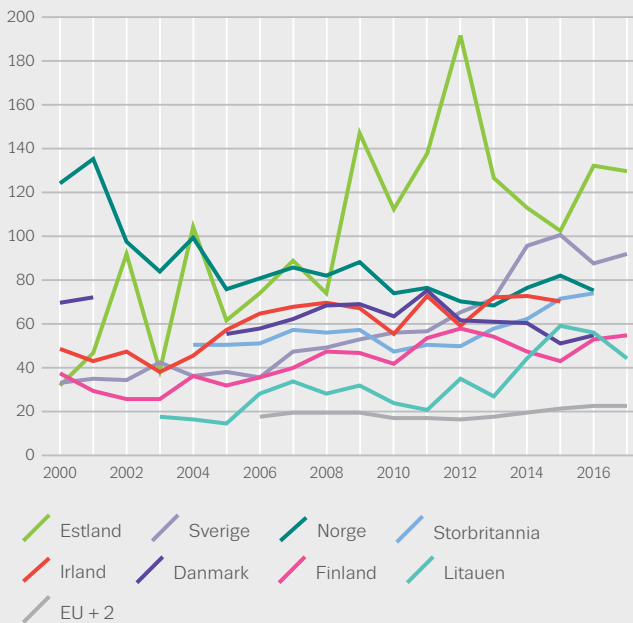
Antall narkotikainduserte dødsfall rapportert i 2017 eller siste år med tilgjengelige data, etter aldersgruppe i 10-årsintervaller



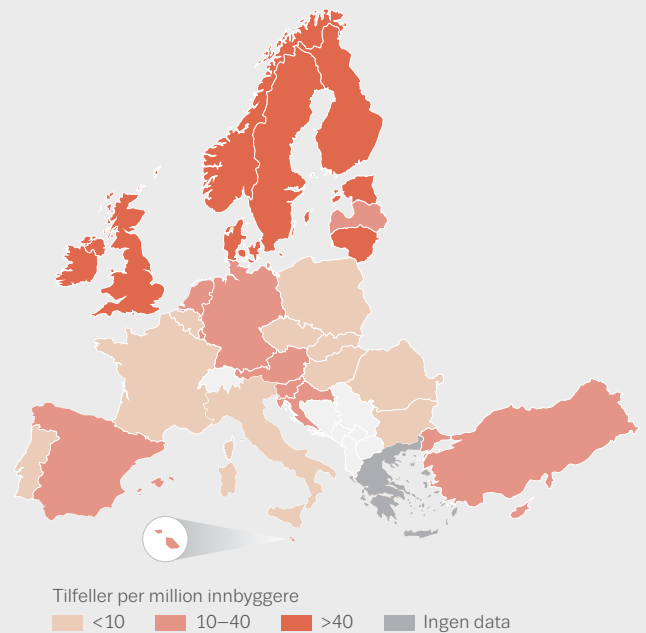
FIGUR 3.17

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

Tilfeller per million innbyggere



NB: Trender for de åtte landene som har rapportert de høyeste tallene i 2017 eller 2016 og samlet europeisk trend. EU + 2 viser til EU-medlemsstatene pluss Tyrkia og Norge.



Overdosedødsfall: de fleste dødsfallene involverer opioider

Opioider, hovedsakelig heroin eller metabolitter av heroin, ofte i kombinasjon med andre stoffer, er påvist i de fleste overdosedødsfall som rapporteres i Europa. De nyeste dataene viser en økning i antallet opioidrelaterte dødsfall i enkelte land i Europa, for eksempel i Storbritannia, der 9 av 10 dødsfall (89 %) involverte en eller annen form for opioid.

I Frankrike var heroin en faktor i 26 % av overdosedødsfallene i 2016, sammenlignet med 15 % i 2012, mens metadon forekom i over en tredel (36 %) av dødsfallene. Toksikologiske rapporter nevner også jevnlig andre opioider. I en del land er en betydelig andel av overdosedødsfallene forbundet med disse stoffene, primært metadon, men også buprenorfin (Finland), fentanyl og fentanylderivater (spesielt i Estland) og tramadol. Økningen i overdosedødsfall rapportert i Tsjekia i 2017 skyldes hovedsakelig en økning i antall tilfeller knyttet til fentanyllignende stoffer, morfin og kodein, mens økningen som ble rapportert i Slovakia for det meste dreide seg om tramadol.

Sentralstimulerende stoffer som kokain, amfetaminer, MDMA og katinoner er involvert i et mindre antall overdosedødsfall i Europa, selv om deres betydning

varierer mellom landene. I Frankrike involverte en femdel av dødsfallene kokain, og halvparten av disse involverte opioider. I Slovenia, der de fleste dødsfallene involverte heroin, ble kokain funnet i omtrent en tredel av tilfellene. I 2017 rapporterte Tyrkia 185 MDMA-relaterte dødsfall, en nedgang sammenlignet med 2016.

Tyrkia rapporterte også en kraftig økning i antall dødsfall relatert til syntetiske cannabinoider: fra 137 i 2015 til 563 i 2017. Syntetiske cannabinoider ble funnet i 60 % av alle narkotikarelaterte dødsfall rapportert i landet, og de fleste av tilfellene var unge menn i tjuårene. I over en firedel av disse ble det også funnet cannabis. I Storbritannia, særlig i Skottland, har det blitt rapportert en økning i antall dødsfall som involverer nye psykoaktive stoffer knyttet til benzodiazepiner.

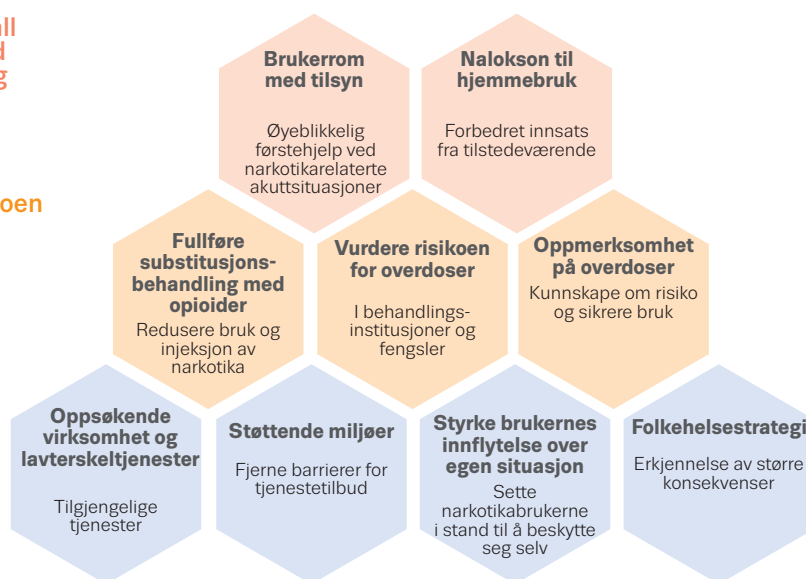
FIGUR 3.18

Viktigste tilnærminger for å redusere opioidrelaterte dødsfall

Redusere antall overdoser med dødelig utgang

Redusere risikoen for overdose

Redusere sårbarhet



Forebygging av overdoser og narkotikarelaterte dødsfall: viktige tilnærminger

Å redusere omfanget av overdoserelatert sykkelighet og dødelighet er en stor folkehelsepolitisk utfordring i Europa. En bredere folkehelsemessig respons på dette området tar sikte på å redusere sårbarheten blant brukerne av narkotika, og spesielt ved å fjerne barrierer og gjøre tjenester tilgjengelig, og ved å hjelpe narkotikabrukerne til å utsette seg for mindre risiko (figur 3.18). Vurderinger av risikoen for overdose blant narkotikabrukere og tiltak for å øke deres oppmerksomhet på overdoser, kombinert med effektiv narkotikabehandling, bidrar til å forebygge forekomsten av overdoser. Perioder med kjent forhøyet risiko, for eksempel ved løslatelse fra fengsel og utskrivning eller avbrytelse av behandling, krever særskilt oppmerksomhet. Tiltak som brukerrom med tilsyn og programmer med nalokson til hjemmebruk er målrettede tiltak som tar sikte på å bedre sjansene for å overleve en overdose. En metaanalyse fra 2018 av studier på dette området viser hvor viktig substitusjonsbehandling med opioider er for å redusere dødeligheten.

Brugerrom med tilsyn er steder der narkotikabrukere kan innta stoffene i mer hygieniske og tryggere forhold. Denne intervensjonen har som formål både å forebygge overdoser og å sørge for at fagpersonell er tilgjengelig dersom en overdose skulle inntreffe. De gir også en mulighet til å nå fram til ofte marginaliserte og vanskelig tilgjengelige brukergrupper for å gi råd og støtte om narkotikarelaterte og generelle helseproblemer. Vanligvis er brukerrom også et tilgangs- og henvisningspunkt til andre medisinske og sosiale tjenester, blant annet for rusmiddelbehandling. Det

argumenteres også for at slike brukerrom, ved å redusere narkotikabruk i det offentlige rom, bidrar til å bedre det sosiale miljøet i de områdene dette skjer i, for eksempel urbane narkotikamarked.

Ett enkelt tilbud kan overvåke et stort antall brukstilfeller – 80 000 tilfeller årlig rapporteres av noen av de største tilbudene – som ellers ville ha funnet sted på gaten eller i andre risikofylte omgivelser. Den første generasjonen brukerrom på 1980- og 1990-tallet fokuserte hovedsakelig på å overvåke injeksjonsbruk av heroin. I dag finnes det imidlertid tilbud også for brukere som sniffer, røyker eller inhalerer narkotika. I EU og Norge har 51 byer til sammen 72 overvåkede brukerrom i drift.

Reversering av opioidoverdoser: nalokson til hjemmebruk

Nalokson er en opioidantagonist som brukes av ambulansepersonell og i akuttmottak på sykehus for å reversere virkningen av opioidoverdoser. De siste årene har det vært en utvidelse av programmene for nalokson til hjemmebruk, der personer som det er sannsynlig vil kunne bli vitne til overdose, får opplæring i hvordan de skal kjenne igjen en overdose, og i hvordan nalokson brukes.

Nye systematiske vurderinger av effektiviteten av programmer for nalokson til hjemmebruk fant bevis for at opplysnings- og opplæringstiltak med tilbud om nalokson til hjemmebruk reduserer overdoserelatert dødelighet.

I 2018 var lokalsamfunnsbaserte programmer for nalokson til hjemmebruk iverksatt i 10 europeiske land. Disse programmene drives vanligvis av rusmiddel- og helsetjenestene, bortsett fra i Italia, der nalokson er et reseptfritt legemiddel. Innsatte inngår i målgruppene for programmene for nalokson til hjemmebruk i Estland, Frankrike, Storbritannia og Norge.

**Å redusere omfanget
av overdoserelatert sykkelighet
og dødelighet er en stor
folkehelsepolitisk
utfordring i Europa**

FINN UT MER

Publikasjoner fra EMCDDA

2019

Country Drug Reports 2019.

Drug prevention: exploring a systems perspective, Technical reports.

An analysis of practices of post-mortem toxicology practices in drug-related deaths cases in Europe, Technical reports.

2018

Recent changes in Europe's cocaine market: results from an EMCDDA trendspotter study, Rapid communications.

m-Health applications for responding to drug use and associated harms, EMCDDA Papers.

New psychoactive substances in prison, Rapid communications.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical reports.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

Report on the risk assessment of CUMYL-4CN-BINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of ADB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of THF-F, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 4F-iBF, Risk assessments.

Report on the risk assessment of AB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 5F-MDMB-PINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of carfentanil, Risk assessments.

Report on the risk assessment of cyclopropylfentanyl, Risk assessments.

Report on the risk assessment of methoxyacetylfentanyl, Risk assessments.

2017

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

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

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

New developments in national drug strategies in Europe, EMCDDA Papers.

2016

Health responses to new psychoactive substances, Rapid communications.

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

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

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

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

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

2015

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

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Felles publikasjoner fra EMCDDA og ECDC

2018

Public health guidance on active case finding of communicable diseases in prison settings.

Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Systematic review on the prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Guidance in brief: prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

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

Vedlegg

Nasjonale data for prevalensestimater for narkotikabruk omfatter problematisk bruk av opioider, substitusjonsbehandling, antall klienter i behandling totalt, inntak til behandling, sprøytebruk, narkotikainduierte dødsfall, narkotikarelaterte infeksjonssykdommer, sprøyteutdeling og beslag. Dataene er hentet fra EMCDDAs **Statistical Bulletin 2019, som inneholder merknader og metadata. Årene dataene viser til, er angitt.**

TABELL A1

OPIOIDER

Land	Estimater for høyrisikobruk av opioider		Klienter inntatt til behandling i løpet av året						Klienter i substitusjonsbehandling
			Andel opioidklienter i prosent av alle klienter inntatt til behandling			Prosentandel av opioidklienter med injisering som hovedinntaksmåte			
			Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangsklienter	Klienter med tidligere behandlingshistorie	Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangsklienter	Klienter med tidligere behandlingshistorie	
År for estimat	Tilfeller per 1 000	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	antall	
Belgia	–	–	22,5 (2 493)	8,2 (345)	32 (2 048)	14,1 (309)	9 (28)	15,2 (272)	16 546
Bulgaria	–	–	67,8 (1 136)	55,9 (100)	89,7 (600)	64,4 (437)	53,8 (50)	66,7 (377)	3 247
Tsjekkia	2017	1,8-2,0	19,1 (799)	10,9 (192)	25,6 (565)	63,9 (470)	57,4 (101)	66,1 (347)	5 000
Danmark	–	–	12 (587)	7,5 (170)	16,5 (399)	17,5 (94)	5,6 (9)	22 (80)	7 050
Tyskland (¹)	2016-17	0,9-3,0	29,9 (–)	9,6 (–)	–	20,1 (–)	17,9 (–)	–	78 800
Estland	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 186
Irland	2014	6,1-7,0	44,9 (3 837)	24,8 (807)	58,8 (2 860)	31,7 (1 180)	23 (184)	33,6 (930)	10 316
Hellas	2017	1,8-2,5	60,9 (2 593)	38,9 (652)	74,8 (1 892)	28,7 (733)	22,2 (143)	31 (581)	9 388
Spania	2016	1,5-2,9	26,8 (12 235)	13,3 (3 043)	42,6 (8 573)	14,9 (1 796)	7 (212)	17,2 (1 454)	58 749
Frankrike	2017	4,5-5,9	27,3 (12 899)	13,7 (1 813)	44 (8 039)	16,4 (1 842)	10,4 (174)	19,3 (1 360)	178 665
Kroatia	2015	2,5-4,0	–	21,2 (203)	–	–	30,9 (56)	–	4 792
Italia	2017	5,7-6,4	43,1 (20 095)	28,3 (5 921)	55,3 (14 174)	40,9 (7 137)	28,4 (1 395)	45,8 (5 742)	69 642
Kypros	2017	1,6-2,6	25,2 (212)	13,8 (58)	41,8 (137)	50,5 (104)	40,4 (23)	56 (75)	209
Latvia	2017	4,7-7,0	49,4 (399)	28,7 (123)	72,8 (276)	82,8 (323)	73,8 (90)	86,9 (233)	669
Litauen	2016	2,7-6,5	85,3 (1 448)	57 (138)	91,1 (1 298)	85,5 (1 236)	86,9 (119)	85,4 (1 108)	1 136
Luxembourg	2015	4,5	60,9 (109)	60,4 (29)	59,5 (47)	41,7 (43)	50 (14)	41,9 (18)	1 142
Ungarn	2010-11	0,4-0,5	4 (192)	1,8 (61)	9,4 (104)	40,5 (66)	36,2 (21)	43,9 (43)	669
Malta	2017	4,2-4,9	69,7 (1 274)	32,8 (76)	75,1 (1 198)	55,2 (690)	21,1 (16)	57,5 (674)	1 025
Nederland	2012	1,1-1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	5 241
Østerrike	2017	6,1-6,5	48,7 (1 793)	27,8 (432)	63,8 (1 361)	37,7 (529)	21,8 (70)	42,5 (459)	18 632
Polen	2014	0,4-0,7	15,8 (1 122)	5,9 (211)	26,2 (898)	57,4 (636)	37,4 (79)	62,2 (550)	2 685
Portugal	2015	3,8-7,6	41,4 (1 247)	23 (376)	63,3 (871)	13,1 (155)	9,3 (33)	14,7 (122)	16 888
Romania	2017	0,8-2,9	25,7 (918)	14,1 (359)	56,9 (551)	84,7 (729)	83,3 (295)	85,8 (429)	1 530
Slovenia	2017	3,2-4,2	86,5 (211)	67,7 (42)	93,4 (169)	44,1 (93)	21,4 (9)	49,7 (84)	3 042
Slovakia	–	–	26,3 (760)	12 (154)	39,5 (601)	70,7 (525)	53,6 (81)	75,2 (442)	620
Finland	2012	3,8-4,5	51,1 (363)	36,5 (92)	59,2 (271)	76 (275)	66,3 (61)	79,3 (214)	3 329
Sverige (²)	–	–	24,2 (9 387)	15,5 (2 140)	29 (7 247)	–	–	–	4 468
Storbritannia (³)	2014-15	8,3-8,7	49,8 (57 430)	21,8 (8 051)	63,1 (49 252)	31,8 (12 407)	16,5 (746)	33,9 (11 633)	149 420
Tyrkia	2011	0,2-0,5	58,6 (6 817)	43,4 (2 451)	72,9 (4 366)	27,3 (1 858)	17,8 (437)	32,5 (1 421)	–
Norge (⁴)	2013	2,0-4,2	17 (973)	11,2 (302)	22,1 (672)	–	–	–	7 622
Den europeiske union	–	–	35,1 (163 557)	16,6 (28 845)	47,9 (129 944)	29,1 (38 450)	20,8 (4 988)	31,3 (32 839)	654 086
EU, Tyrkia og Norge	–	–	35,4 (171 347)	17,4 (31 598)	48,2 (134 982)	29,0 (40 308)	20,5 (5 425)	31,4 (34 260)	661 708

Data for klienter inntatt til behandling gjelder 2017 eller siste år med tilgjengelige data: Estland og Spania 2016, Nederland 2015.

Data for klienter i substitusjonsbehandling gjelder 2017 eller siste år med tilgjengelige data: Spania og Slovenia 2016, Danmark, Ungarn, Nederland og Finland 2015. Tallet for Sverige representerer ikke alle klienter.

(¹) På grunn av endringer i systemet for rapportering av inntak til behandling, vises bare andeler.

(²) Data for klienter inntatt til behandling gjelder sykehusbasert behandling og spesialiserte polikliniske behandlingstilbud. Opplyste data gir ikke et helt representativt bilde av situasjonen nasjonalt.

(³) Estimater for høyrisikobruk av opioider inkluderer ikke Nord-Irland. Klienter i substitusjonsbehandling gjelder England og Wales.

(⁴) Andelen klienter som får behandling for opioidrelaterte problemer, er et minsteanslag og inkluderer ikke opioidklienter som er registrert som blandingbrukere.

TABELL A2

KOKAIN

Land	Prevalensestimater				Klienter inntatt til behandling i løpet av året					
	Befolkningen generelt			Skoleelever	Andel kokainklienter i prosent av alle klienter inntatt til behandling			Prosentandel av kokainklienter med injisering som hovedinntaksmåte		
	År for undersøkelse	Livstidsprevalens, voksne (15–64 år)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34 år)	Livstidsprevalens, skoleelever (15–16 år)	Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangsklienter	Klienter med tidligere behandlingshistorie	Alle klienter	Førstegangsklienter	Klienter med tidligere behandlingshistorie
	%	%	%	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	
Belgia	2013	–	0,9	1	24,3 (2 690)	23,9 (1 007)	24,2 (1 552)	6,2 (124)	1,4 (11)	8,6 (97)
Bulgaria	2016	0,9	0,5	2	2,7 (46)	3,9 (7)	1,6 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tsjekkia	2017	2,4	0,2	1	0,7 (28)	0,7 (12)	0,7 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danmark	2017	6,4	3,9	2	15,9 (776)	17,9 (407)	14 (338)	2,1 (15)	0,3 (1)	4,1 (13)
Tyskland (¹)	2015	3,8	1,2	3	4,8 (–)	6,4 (–)	–	1,5 (–)	0,8 (–)	–
Estland	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Irland	2015	7,8	2,9	3	16,8 (1 431)	23 (748)	12,8 (623)	1,3 (18)	0 (0)	2,6 (16)
Hellas	2015	1,3	0,6	1	8,1 (345)	10,3 (172)	6,8 (172)	9,9 (34)	4,7 (8)	15,2 (26)
Spania	2017	10,3	2,8	3	39,2 (17 889)	39,7 (9 052)	38,2 (7 678)	0,8 (134)	0,4 (33)	1,3 (98)
Frankrike	2017	5,6	3,2	4	8,4 (3 988)	7,8 (1 035)	9,8 (1 801)	8,8 (324)	3,8 (37)	13,6 (229)
Kroatia	2015	2,7	1,6	2	–	3,2 (31)	–	–	3,2 (1)	–
Italia	2017	6,9	1,7	2	33 (15 394)	38,1 (7 993)	28,9 (7 401)	2 (299)	1,1 (86)	3 (213)
Kypros	2016	1,4	0,4	3	14,7 (124)	12,1 (51)	19,8 (65)	5 (6)	2 (1)	7,9 (5)
Latvia	2015	1,5	1,2	2	0,5 (4)	0,7 (3)	0,3 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litauen	2016	0,7	0,3	2	0,8 (13)	2,1 (5)	0,5 (7)	11,1 (1)	33,3 (1)	0 (0)
Luxembourg	2014	2,5	0,6	2	21,8 (39)	14,6 (7)	25,3 (20)	40,5 (15)	57,1 (4)	42,1 (8)
Ungarn	2015	1,2	0,9	2	3,5 (167)	3,9 (132)	2,4 (26)	2,5 (4)	2,3 (3)	4 (1)
Malta	2013	0,5	–	3	18,6 (340)	41,8 (97)	15,2 (243)	13,4 (43)	4,1 (4)	17,5 (39)
Nederland	2017	6,2	4,5	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Østerrike	2015	3,0	0,4	2	9,2 (339)	10,1 (156)	8,6 (183)	9,3 (30)	5,4 (8)	12,6 (22)
Polen	2014	1,3	0,4	4	2,3 (163)	2,5 (88)	2,1 (72)	2,5 (4)	1,2 (1)	2,9 (2)
Portugal	2016	1,2	0,3	2	17,3 (522)	20,8 (341)	13,2 (181)	2,6 (13)	0,6 (2)	6,3 (11)
Romania	2016	0,7	0,2	3	1,2 (44)	1,4 (36)	0,6 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	2,1	1,2	2	4,5 (11)	6,5 (4)	3,9 (7)	45,5 (5)	25 (1)	57,1 (4)
Slovakia	2015	0,7	0,3	2	1,1 (31)	1,9 (24)	0,3 (5)	3,3 (1)	–	25 (1)
Finland	2014	1,9	1,0	1	0,1 (1)	0 (0)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Sverige (²)	2017	–	2,5	1	1,4 (552)	2,7 (371)	0,7 (181)	–	–	–
Storbritannia	2017	10,7	4,7	3	17,6 (20 290)	22,1 (8 185)	15,4 (12 054)	1,9 (259)	0,5 (31)	2,9 (226)
Tyrkia	2017	0,2	0,1	–	3,9 (456)	4,4 (247)	3,5 (209)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norge	2017	5,1	2,1	1	1,8 (102)	2,7 (72)	1 (30)	–	–	–
Den europeiske union	–	5,4	2,1	–	15,5 (72 424)	19,1 (33 178)	16,5 (36 594)	2,1 (1 550)	0,8 (259)	3,1 (1 241)
EU, Tyrkia og Norge	–	–	–	–	15,1 (72 982)	18,4 (33 497)	15,9 (36 833)	2,1 (1 550)	0,8 (259)	3,1 (1 241)

Prevalensestimater for skoleelever er hentet fra ESPAD-undersøkelsen 2015, unntatt for Belgia (2017; bare Flandern), Bulgaria (2017), Tyskland (2011), Italia (2017), Luxembourg (2014; 15-åringene), Spania (2016), Sverige (2017) og Storbritannia (2016; bare England, 15-åringene). Usikkerhet omkring prosedyrer for datainnsamling gjør at data fra Latvia ikke nødvendigvis er sammenlignbare.

Prevalensestimater for befolkningen generelt i Storbritannia viser bare til England og Wales. Aldersintervaller for prevalens i befolkningen generelt: Frankrike, Tyskland, Hellas og Ungarn, 18–64, 18–34; Danmark og Norge, 16–64, 16–34; Malta, 18–65; Sverige, 17–34; Storbritannia 16–59, 16–34.

Data for klienter inntatt til behandling gjelder 2017 eller siste år med tilgjengelige data: Estland og Spania 2016, Nederland 2015.

(¹) På grunn av endringer i systemet for rapportering av inntak til behandling, vises bare andeler.

(²) Data for klienter inntatt til behandling gjelder sykehusbasert behandling og spesialiserte polikliniske behandlingstilbud. Opplyste data gir ikke et helt representativt bilde av situasjonen nasjonalt.

TABELL A3

AMFETAMINER

Land	Prevalensestimater				Klienter inntatt til behandling i løpet av året					
	Befolkningen generelt			Skoleelever	Andel amfetaminklienter i prosent av alle klienter inntatt til behandling			Prosentandel av amfetaminklienter med injisering som hovedinntaksmåte		
	År for undersøkelse	Livstidsprevalens, voksne (15–64 år)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34 år)	Livstidsprevalens, skoleelever (15–16 år)	Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangsklienter	Klienter med tidligere behandlingshistorie	Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangsklienter	Klienter med tidligere behandlingshistorie
	%	%	%	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	% (antall)	
Belgia	2013	–	0,5	1	9,1 (1 011)	7,5 (315)	10,6 (681)	11,8 (96)	6,2 (16)	14,6 (80)
Bulgaria	2016	1,5	1,8	3	12,6 (211)	12,8 (23)	2,7 (18)	4,9 (2)	0 (0)	11,8 (2)
Tsjekia	2017	3,3	0,7	1	49,6 (2 078)	52,8 (933)	47,2 (1 041)	62,8 (1 256)	57,6 (520)	67,2 (683)
Danmark	2017	7,0	1,4	1	6,2 (303)	5,4 (122)	7 (170)	1,8 (5)	0,9 (1)	2,5 (4)
Tyskland (*)	2015	3,6	1,9	4	14,5 (–)	15,3 (–)	–	2,1 (–)	1,9 (–)	–
Estland	2008	–	2,5	2	3,8 (11)	6,9 (6)	2,5 (4)	50 (5)	66,7 (4)	33,3 (1)
Irland	2015	4,1	0,6	3	0,4 (38)	0,6 (19)	0,3 (17)	–	–	–
Hellas	–	–	–	2	0,8 (33)	1,3 (22)	0,4 (11)	18,2 (6)	22,7 (5)	9,1 (1)
Spania	2017	4	0,9	2	1,7 (754)	1,9 (431)	1,4 (291)	0,9 (7)	0,9 (4)	1 (3)
Frankrike	2017	2,2	0,6	2	0,4 (212)	0,5 (63)	0,5 (91)	9,7 (18)	8,5 (5)	10,8 (9)
Kroatia	2015	3,5	2,3	3	–	3,4 (33)	–	–	0 (0)	–
Italia	2017	2,4	0,3	2	0,2 (93)	0,3 (55)	0,1 (38)	1,2 (1)	2 (1)	0 (0)
Kypros	2016	0,5	0,1	3	6,8 (57)	6,2 (26)	9,5 (31)	9,1 (5)	4 (1)	13,3 (4)
Latvia	2015	1,9	0,7	3	17,5 (141)	22,9 (98)	11,3 (43)	64,1 (84)	54,9 (50)	85 (34)
Litauen	2016	1,2	0,5	1	3,5 (59)	9,9 (24)	2 (29)	29,6 (16)	13,6 (3)	48,1 (13)
Luxembourg	2014	1,6	0,1	1	–	–	–	–	–	–
Ungarn	2015	1,7	1,4	3	11,1 (534)	11,2 (378)	11,3 (124)	9,7 (51)	4,8 (18)	27 (33)
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (3)	0,4 (1)	0,1 (2)	66,7 (2)	100 (1)	50 (1)
Nederland	2017	5,4	3,9	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Østerrike	2015	2,2	0,9	3	5,5 (203)	7,2 (111)	4,3 (92)	2,2 (4)	1 (1)	3,6 (3)
Polen	2014	1,7	0,4	4	29,4 (2 085)	31,6 (1 126)	26,9 (924)	2,7 (55)	1,3 (15)	4,3 (39)
Portugal	2016	0,4	0,0	1	0,1 (3)	0,1 (2)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Romania	2016	0,3	0,1	1	0,8 (30)	1 (26)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	0,9	0,8	1	0,8 (2)	3,2 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovakia	2015	1,4	0,8	1	40,8 (1 182)	44 (566)	38,1 (580)	30,9 (350)	26,8 (148)	34,9 (192)
Finland	2014	3,4	2,4	1	18,9 (134)	20,2 (51)	18,1 (83)	71,2 (94)	52 (26)	82,9 (68)
Sverige (²)	2017	–	1,2	1	5,3 (2 076)	7,3 (1 007)	4,3 (1 069)	–	–	–
Storbritannia	2017	9,9	1,0	1	2,1 (2 476)	2,7 (1 015)	1,9 (1 450)	18,9 (295)	11,7 (70)	23,6 (225)
Tyrkia	2017	0,0	–	–	6,5 (751)	9,7 (549)	3,4 (202)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norge	2017	3,9	0,8	1	13 (744)	10,3 (277)	15,4 (467)	–	–	–
Den europeiske union	–	3,7	1,0	–	6,1 (28 291)	6,6 (11 393)	5,9 (16 465)	9,4 (2 871)	8,8 (1 015)	9,3 (1 714)
EU, Tyrkia og Norge	–	–	–	–	6,2 (29 786)	6,7 (12 219)	6,0 (17 134)	9,2 (2 871)	8,4 (1 015)	9,2 (1 714)

Prevalensestimater for skoleelever er hentet fra ESPAD-undersøkelsen 2015, unntatt for Belgia (2017; bare Flandern), Bulgaria (2017), Tyskland (2011), Italia (2017), Luxembourg (2014; 15-åring), Spania (2016), Sverige (2017) og Storbritannia (2016; bare England, 15-åring). Usikkerhet omkring prosedyrer for datainnsamling gjør at data fra Latvia ikke nødvendigvis er sammenlignbare.

Prevalensestimater for befolkningen generelt i Storbritannia viser bare til England og Wales. Aldersintervaller for prevalens i befolkningen generelt: Frankrike, Tyskland og Ungarn, 18–64, 18–34; Danmark og Norge, 16–64, 16–34; Malta, 18–65; Sverige, 17–34; Storbritannia 16–59, 16–34.

Data for klienter inntatt til behandling gjelder 2017 eller siste år med tilgjengelige data: Estland og Spania 2016, Nederland 2015. Data for Tyskland, Sverige og Norge viser til brukere av «andre sentralstimulerende stoffer enn kokain».

(*) På grunn av endringer i systemet for rapportering av inntak til behandling, vises bare andeler.

(²) Data for klienter inntatt til behandling gjelder sykehusbasert behandling og spesialiserte polikliniske behandlingstilbud. Opplyste data gir ikke et helt representativt bilde av situasjonen nasjonalt.

TABELL A4

MDMA

Land	Prevalensestimater			Klienter inntatt til behandling i løpet av året			
	Befolkningen generelt		Skoleelever	Andel MDMA-klienter i prosent av alle klienter inntatt til behandling			
	År for undersøkelse	Livstidsprevalens, voksne (15–64 år)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34 år)	Livstidsprevalens, skoleelever (15–16 år)	Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangsklienter	Klienter med tidligere behandlingshistorie
	%	%	%	% (antall)	% (antall)	% (antall)	
Belgia	2013	–	0,8	2	0,5 (53)	0,8 (32)	0,3 (19)
Bulgaria	2016	2,1	3,1	2	1,7 (29)	1,1 (2)	0 (0)
Tsjekkia	2017	5,8	2,1	3	0,6 (27)	1 (17)	0,4 (9)
Danmark	2017	3,2	1,5	1	0,3 (16)	0,6 (14)	0,1 (2)
Tyskland (¹)	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estland	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irland	2015	9,2	4,4	4	0,5 (42)	0,9 (29)	0,3 (13)
Hellas	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Spania	2017	3,6	1,2	2	0,2 (89)	0,3 (66)	0,1 (16)
Frankrike	2017	3,9	1,3	2	0,4 (168)	0,4 (54)	0,3 (56)
Kroatia	2015	3,0	1,4	2	–	0,8 (8)	–
Italia	2017	2,7	0,8	1	0,1 (59)	0,2 (34)	0,1 (25)
Kypros	2016	1,1	0,3	3	0,1 (1)	–	–
Latvia	2015	2,4	0,8	3	0,4 (3)	0,2 (1)	0,5 (2)
Litauen	2016	1,7	1,0	2	0,1 (2)	0 (0)	0,1 (2)
Luxembourg	2014	1,9	0,4	1	0,6 (1)	2,1 (1)	–
Ungarn	2015	4,0	2,1	2	2,3 (111)	1,7 (57)	3,7 (41)
Malta	2013	0,7	–	2	0,7 (12)	0,9 (2)	0,6 (10)
Nederland	2017	9,4	7,1	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Østerrike	2015	2,9	1,1	2	0,9 (32)	1,2 (19)	0,6 (13)
Polen	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (12)	0,3 (9)
Portugal	2016	0,7	0,2	2	0,2 (7)	0,2 (3)	0,3 (4)
Romania	2016	0,5	0,2	2	0,9 (33)	1,2 (30)	0,2 (2)
Slovenia	2012	2,1	0,8	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovakia	2015	3,1	1,2	3	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (2)
Finland	2014	3,0	2,5	1	0,1 (1)	0,4 (1)	0 (0)
Sverige (²)	2017	–	2,0	1	–	–	–
Storbritannia	2017	10,0	3,3	4	0,5 (616)	1,1 (415)	0,3 (200)
Tyrkia	2017	0,4	0,2	–	2 (230)	2,9 (161)	1,2 (69)
Norge	2017	4,1	2,2	1	–	–	–
Den europeiske union	–	4,1	1,7	–	0,3 (1 428)	0,5 (872)	0,2 (442)
EU, Tyrkia og Norge	–	–	–	–	0,3 (1 658)	0,6 (1 033)	0,2 (511)

Prevalensestimater for skoleelever er hentet fra ESPAD-undersøkelsen 2015, unntatt for Belgia (2017; bare Flandern), Bulgaria (2017), Tyskland (2011), Italia (2017), Luxembourg (2014; 15-åring), Spania (2016), Sverige (2017) og Storbritannia (2016; bare England, 15-åring). Usikkerhet omkring prosedyrer for datainnsamling gjør at data fra Latvia ikke nødvendigvis er sammenlignbare.

Prevalensestimater for befolkningen generelt i Storbritannia viser bare til England og Wales. Aldersintervaller for prevalens i befolkningen generelt: Frankrike, Tyskland, Hellas og Ungarn, 18–64, 18–34; Danmark og Norge, 16–64, 16–34; Malta, 18–65; Sverige, 17–34; Storbritannia 16–59, 16–34.

Data for klienter inntatt til behandling gjelder 2017 eller siste år med tilgjengelige data: Estland og Spania 2016, Nederland 2015.

TABELL A5

CANNABIS

Land	Prevalensestimater				Klienter inntatt til behandling i løpet av året		
	Befolkningen generelt			Skoleelever	Andel cannabisklienter i prosent av alle klienter inntatt til behandling		
	År for undersøkelse	Livstidsprevalens, voksne (15–64 år)	Siste 12 måneder, unge voksne (15–34 år)	Livstidsprevalens, skoleelever (15–16 år)	Alle klienter inntatt til behandling	Førstegangsklienter	Klienter med tidligere behandlingshistorie
	%	%	%	% (antall)	% (antall)	% (antall)	
Belgia	2013	15,0	10,1	18	34,2 (3 786)	50,7 (2 132)	23,2 (1 487)
Bulgaria	2016	8,3	10,3	20	9,9 (166)	5 (9)	2,5 (17)
Tsjekkia	2017	28,6	19,3	37	23,6 (988)	28,4 (501)	19,6 (433)
Danmark ⁽¹⁾	2017	38,4	15,4	12	62,7 (3 069)	65,9 (1 501)	59,5 (1 435)
Tyskland ⁽²⁾ (³)	2015	27,2	13,3	19	43,1 (–)	64,1 (–)	–
Estland	2008	–	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irland	2015	27,9	13,8	19	24,6 (2 102)	39 (1 270)	14,6 (712)
Hellas	2015	11,0	4,5	9	26,9 (1 148)	46,1 (773)	14,7 (373)
Spania ⁽³⁾	2017	35,2	18,3	31	29,2 (13 304)	40,7 (9 278)	15,9 (3 208)
Frankrike ⁽⁴⁾	2017	44,8	21,8	31	59,6 (28 205)	74,4 (9 828)	41,1 (7 517)
Kroatia	2015	19,4	16,0	21	–	62,9 (602)	–
Italia	2017	32,7	20,9	19	21,8 (10 155)	30,9 (6 483)	14,3 (3 672)
Kypros	2016	12,1	4,3	7	52,7 (444)	67,5 (284)	28,4 (93)
Latvia	2015	9,8	10,0	17	24 (194)	36 (154)	10,6 (40)
Litauen	2016	10,8	6,0	18	6,5 (110)	22,7 (55)	3,5 (50)
Luxembourg	2014	23,3	9,8	20	16,2 (29)	22,9 (11)	13,9 (11)
Ungarn	2015	7,4	3,5	13	63 (3 031)	68,2 (2 310)	49,2 (542)
Malta	2013	4,3	–	13	9,1 (167)	19 (44)	7,7 (123)
Nederland	2017	26,6	17,5	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Østerrike	2015	23,6	14,1	20	33,2 (1 222)	51,7 (802)	19,7 (420)
Polen ⁽¹⁾	2014	16,2	9,8	24	31,2 (2 209)	39 (1 390)	23,2 (796)
Portugal	2016	11,0	8,0	15	37,2 (1 120)	51,8 (848)	19,8 (272)
Romania ⁽⁵⁾	2016	5,8	5,8	8	49,3 (1 764)	62,4 (1 585)	15,8 (153)
Slovenia	2012	15,8	10,3	25	6,1 (15)	19,4 (12)	1,7 (3)
Slovakia	2015	15,8	9,3	26	25,7 (743)	38,5 (495)	14,3 (218)
Finland	2014	21,7	13,5	8	18 (128)	31,3 (79)	10,7 (49)
Sverige	2017	–	9,6	6	10 (3 878)	15,4 (2 125)	7 (1 753)
Storbritannia ⁽⁶⁾	2017	30	12,3	19	24,2 (27 920)	45,3 (16 733)	14,2 (11 114)
Tyrkia ⁽¹⁾	2017	2,7	1,9	–	6,4 (745)	9,2 (520)	3,8 (225)
Norge	2017	24,5	10,1	7	28,8 (1 651)	36,8 (989)	21,8 (662)
Den europeiske union	–	27,4	14,4	–	32,7 (152 373)	47,0 (81 566)	17,5 (58 103)
EU, Tyrkia og Norge	–	–	–	–	32,0 (154 769)	45,7 (83 075)	17,2 (58 990)

Prevalensestimater for skoleelever er hentet fra ESPAD-undersøkelsen 2015, unntatt for Belgia (2017; bare Flandern), Bulgaria (2017), Tyskland (2011), Italia (2017), Luxembourg (2014; 15-åring), Spania (2016), Sverige (2017) og Storbritannia (2016; bare England, 15-åring). Usikkerhet omkring prosedyrer for datainnsamling gjør at data fra Latvia ikke nødvendigvis er sammenlignbare.

Prevalensestimater for befolkningen generelt i Storbritannia viser bare til England og Wales. Aldersintervaller for prevalens i befolkningen generelt: Frankrike, Tyskland, Hellas og Ungarn, 18–64, 18–34; Danmark og Norge, 16–64, 16–34; Malta, 18–65; Sverige, 17–34; Storbritannia 16–59, 16–34.

Data for klienter inntatt til behandling gjelder 2017 eller siste år med tilgjengelige data: Estland og Spania, 2016; Nederland, 2015.

(¹) På grunn av endringer i systemet for rapportering av inntak til behandling, vises bare andeler.

(²) Data for klienter inntatt til behandling gjelder sykehusbasert behandling og spesialiserte polikliniske behandlingstilbud. Opplyste data gir ikke et helt representativt bilde av situasjonen nasjonalt.

TABELL A6

ANDRE INDIKATORER

Land	Narkotikainduserte dødsfall			HIV-diagnoser som tilskrives injeksjonsbruk (ECDC)	Estimat for injeksjonsbruk		Sprøyter utdelt gjennom spesialiserte programmer
	År	Alle aldersgrupper	Aldersgruppen 15-64		år for estimat	tilfeller per 1 000 innbyggere	antall
		antall	tilfeller per million innbyggere (antall)	tilfeller per million innbyggere (antall)			
Belgia	2014	61	8 (60)	0,6 (7)	2015	2,32-4,61	1 203 077
Bulgaria	2017	18	4 (18)	4,4 (31)	–	–	52 927
Tsjekia	2017	42	5 (35)	0,5 (5)	2017	6,18-6,47	6 409 862
Danmark	2016	237	55 (202)	1 (6)	–	–	–
Tyskland	2017	1 272	21 (1 120)	1,5 (127)	–	–	–
Estland	2017	110	130 (110)	10,6 (14)	2015	9,01-11,25	1 997 158
Irland	2015	224	69 (215)	2,9 (14)	–	–	519 578
Hellas	2017	62	– (–)	8 (86)	2017	0,43-0,68	278 415
Spania	2016	483	16 (482)	2,3 (105)	2016	0,25-0,57	1 503 111
Frankrike	2015	373	7 (299)	0,6 (43)	2017	2,58-3,29	11 907 416
Kroatia	2017	65	23 (64)	0 (0)	2015	1,79-2,87	244 299
Italia	2017	294	8 (293)	1,6 (94)	–	–	–
Kypros	2017	16	26 (15)	0 (0)	2017	0,38-0,59	245
Latvia	2017	22	17 (22)	40 (78)	2016	5,31-6,83	833 817
Litauen	2017	83	44 (83)	47,8 (136)	2016	4,37-4,89	251 370
Luxembourg	2017	8	19 (8)	15,2 (9)	2015	3,77	447 681
Ungarn	2017	33	5 (33)	0,1 (1)	2015	0,98	137 580
Malta	2017	5	16 (5)	0 (0)	–	–	315 541
Nederland	2017	262	22 (243)	0,1 (2)	2015	0,07-0,09	–
Østerrike	2017	154	26 (151)	1,4 (12)	–	–	6 293 593
Polen	2016	204	7 (181)	0,7 (27)	–	–	59 958
Portugal	2016	30	4 (30)	1,7 (18)	2015	1,00-4,46	1 421 666
Romania	2017	32	2 (32)	4,4 (86)	–	–	1 095 284
Slovenia	2017	47	32 (44)	0 (0)	–	–	578 926
Slovakia	2017	19	5 (18)	0 (0)	–	–	395 877
Finland	2017	200	55 (189)	1,8 (10)	2012	4,1-6,7	5 824 467
Sverige	2017	626	92 (574)	2 (20)	–	–	517 381
Storbritannia	2016	3 256	74 (3 108)	1,7 (115)	2004-11	2,87-3,22	–
Tyrkia	2017	941	17 (907)	0,2 (14)	–	–	–
Norge	2016	282	75 (258)	1,3 (7)	2016	2,15-3,04	2 884 230
Den europeiske union	–	8 238	23 (7 634)	2,0 (1 046)	–	–	–
EU, Tyrkia og Norge	–	9 461	22,6 (8 799)	1,8 (1 067)	–	–	–

(¹) I de tilfeller aldersgruppen ikke er angitt, er disse tilfellene ikke tatt med i beregningen av dødelighet: Tyskland (147), Danmark (5), Polen (1), Tyrkia (22).

(²) HIV-data for Tyskland gjelder 2016.

(³) Antall sprøyter utdelt gjennom spesialiserte programmer viser til 2016.

(⁴) Antall sprøyter utdelt gjennom spesialiserte programmer viser til 2015.

(⁵) Narkotikainduserte dødsfall i Romania: subnasjonalt utvalg

(⁶) Sprøytedata for Storbritannia: England, ingen data; Skottland 4 401 387 og Wales 2 630 382 (begge i 2017); Nord-Irland 310 005 (2016)

TABELL A7

BESLAG

Land	Heroin		Kokain		Amfetaminer		MDMA, MDA, MDEA	
	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag
	kg	antall	kg	antall	kg	antall	tabletter (kg)	antall
Belgia	53	1 790	44 752	4 695	163	2 855	491 183 (-)	1 692
Bulgaria	698	32	42	30	406	80	2 335 (322)	41
Tsjekkia	19	90	27	227	95	1 703	15 279 (5)	387
Danmark	16	561	151	4 786	322	2 244	2 731 476 (34)	933
Tyskland	298	-	8 166	-	1 784	-	693 668 (-)	-
Estland	<0,1	3	17	154	33	454	- (6)	310
Irland	-	765	-	792	-	91	- (-)	344
Hellas	359	1 952	234	596	164	16	589 (6)	83
Spania	524	7 283	40 960	42 206	272	4 505	363 138 (-)	3 569
Frankrike	658	4 544	17 500	12 214	405	773	1 130 839 (-)	1 073
Kroatia	27	140	466	418	38	775	- (9)	743
Italia	610	2 296	4 084	7 812	72	271	10 844 (8)	267
Kypros	0,4	4	8	118	1	73	159 (3)	13
Latvia	0,2	66	2	61	21	502	3 660 (28)	169
Litauen	4	173	623	98	28	278	- (22)	140
Luxembourg	1	69	3	222	0,2	26	956 (<0,1)	25
Ungarn	21	34	6	276	25	973	51 836 (1)	650
Malta	13	25	0,3	232	<0,1	1	405 (<0,1)	99
Nederland (*)	1 110	-	14 629	-	146	-	- (1 250)	-
Østerrike	70	967	71	1 571	55	1 488	446 465 (4)	1 183
Polen	2	2	69	9	608	33	- (-)	-
Portugal	29	492	2 734	816	1	51	1 598 (2)	282
Romania	4	222	8	169	2	115	18 810 (0,9)	477
Slovenia	11	286	12	277	6	242	1 537 (1)	63
Slovakia	0,6	41	3	42	4	661	2 448 (<0,1)	74
Finland	0,4	138	7	383	259	2 263	66 420 (-)	695
Sverige	45	675	162	3 640	770	5 524	34 919 (24)	1 993
Storbritannia	844	11 075	5 697	18 912	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Tyrkia	17 385	12 932	1 476	3 829	7 268	9 405	8 606 765 (-)	6 663
Norge	99	628	80	1 185	503	5 734	33 657 (12)	1 122
Den europeiske union	5 418	36 786	140 435	104 348	7 037	43 720	6 581 823 (1 727)	22 803
EU, Tyrkia og Norge	22 902	50 346	141 990	109 362	14 808	58 859	15 222 245 (1 739)	30 588

Merk: Amfetaminer omfatter amfetamin og metamfetamin.

Alle data gjelder 2017 eller siste år med tilgjengelige data.

(*) Ikke alle relevante myndigheter har rapportert antall beslag og beslaglagte kvanta. Oppgitte tall bør derfor betraktes som minimumstall. Kokainbeslag utgjør mesteparten av de store beslagene.

TABELL A7

BESLAG (forts.)

Land	Hasj		Marihuana		Cannabisplanter	
	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag	Beslaglagte kvanta	Antall beslag
	kg	antall	kg	antall	planter (kg)	antall
Belgia	947	6 133	946	28 519	416 576 (-)	1 234
Bulgaria	0,2	9	1 580	57	16 087 (33 822)	102
Tsjekkia	9	173	1 095	5 369	54 392 (-)	502
Danmark	6 637	16 678	293	1 803	38 859 (236)	380
Tyskland	1 295	–	7 731	–	101 598 (-)	–
Estland	80	54	54	823	– (24)	35
Irland	–	257	–	1 546	– (-)	280
Hellas	6 251	257	24 940	8 866	46 907 (-)	742
Spania	334 919	157 346	34 517	151 968	1 124 674 (-)	3 038
Frankrike	67 300	82 797	20 200	44 301	137 074 (-)	395
Kroatia	8	351	2 410	7 057	7 405 (-)	213
Italia	18 755	8 922	90 097	11 253	265 635 (-)	1 545
Kypros	1	8	151	826	161 (-)	23
Latvia	202	36	43	848	– (102)	55
Litauen	2 089	53	124	924	– (-)	–
Luxembourg	19	348	113	935	74 (-)	13
Ungarn	114	153	3 674	3 751	5 287 (-)	156
Malta	591	109	0,2	175	11 (-)	5
Nederland (*)	942	–	3 104	–	722 618 (-)	–
Østerrike	100	1 841	1 557	16 969	31 102 (-)	533
Polen	1 237	18	1 043	93	448 (-)	8
Portugal	14 790	3 647	410	437	22 910 (-)	158
Romania	6	185	276	2 861	6 780 (1 540)	179
Slovenia	20	126	838	3 768	13 594 (-)	218
Slovakia	1	26	144	1 115	2 299 (-)	31
Finland	693	252	322	1 158	15 200 (-)	1 150
Sverige	2 809	13 140	1 125	8 825	– (-)	–
Storbritannia	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Tyrkia	81 429	8 718	94 379	41 929	– (-)	3 143
Norge	2 035	9 533	385	3 473	– (43)	167
Den europeiske union	466 097	311 071	209 401	440 295	3 370 222 (35 725)	22 745
EU, Tyrkia og Norge	549 561	329 322	304 165	485 697	3 370 222 (35 768)	26 055

Merk: Alle data gjelder 2017 eller siste år med tilgjengelige data.

(*) Ikke alle relevante myndigheter har rapportert antall beslag og beslaglagte kvanta. Oppgitte tall bør derfor betraktes som minimumstall.

Getting in touch with the EU

In person

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

On the phone or by email

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

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

Finding information about the EU

Online

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

EU publications

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

EU law and related documents

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

Open data from the EU

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

Om denne rapporten

Rapporten *Trender og utviklinger* gir en oversikt over narkotikasituasjonen i Europa og tar opp aspekter som forsyning og bruk, folkehelseproblemer og narkotikapolitikk og tiltak. Sammen med de nettbaserte ressursene [Statistical Bulletin](#) og [30 Country Drug Reports](#) utgjør den pakken [Europeisk narkotikarapport 2019](#).

Om EMCDDA

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

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

