



Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

DA

ISSN 2314-9043

Europæisk narkotika- rapport

Tendenser og udvikling

2018



Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

Europæisk narkotika- rapport

Tendenser og udvikling

2018

Retlig meddelelse

Denne publikation tilhører Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EMCDDA) og er ophavsretligt beskyttet. EMCDDA påtager sig ingen form for ansvar for eventuelle følger af anvendelsen af de i dette dokument indeholdte oplysninger. Publikationens indhold er ikke nødvendigvis udtryk for de officielle holdninger hos EMCDDA's partnere, EU-medlemsstaterne eller Den Europæiske Unions institutioner eller agenturer.

Denne rapport foreligger på bulgarsk, dansk, engelsk, estisk, finsk, fransk, græsk, italiensk, kroatisk, lettisk, litauisk, nederlandsk, norsk, polsk, portugisisk, rumænsk, slovakisk, slovensk, spansk, svensk, tjekkisk, tyrkisk, tysk og ungarsk. Alle oversættelser er foretaget af Oversættelsescentret for Den Europæiske Unions Organer.

Luxembourg: Den Europæiske Unions Publikationskontor, 2018

PRINTED	ISBN 978-92-9497-262-0	ISSN 1977-9828	doi:10.2810/208535	TD-AT-18-001-DA-C
PDF	ISBN 978-92-9497-312-2	ISSN 2314-9043	doi:10.2810/351968	TD-AT-18-001-DA-N

© Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, 2018
Eftertryk tilladt med kildeangivelse.

Ved citat angives som kilde: Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (2018), *Europæisk narkotikarapport 2018: Tendenser og udvikling*, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.



Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

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

Tlf. +351 211210200

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

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Indhold

5	Forord
9	Indledning og tak
11	KOMMENTAR Forståelse af Europas narkotikaproblemer og udvikling af effektive tiltag
19	KAPITEL 1 Udbuddet af stoffer og markedet
39	KAPITEL 2 Prævalens for stofbrug og tendenser
59	KAPITEL 3 Narkotikarelaterede skader og reaktioner
83	BILAG Nationale datatabeller

Forord

Det er os en glæde at kunne præsentere EMCDDA's seneste analyse af narkotikafænomenet i Europa. *Europæisk narkotikarapport 2018: Tendenser og udvikling* giver et aktuelt indblik i Europas narkotikaproblemer og tiltag i denne forbindelse. Vores flagskibsrapport bygger på en grundig gennemgang af europæiske og nationale data, der fremhæver nye mønstre og problemer. I år ledsages den af 30 online "Country Drug Reports" og ressourcer, der indeholder komplette datasæt og grafik, der giver et overblik over de enkelte lande.

Hensigten med vores rapport er at give vores interessenter et omfattende overblik. Den indeholder ligeledes en tidlig advarsel om nye narkotikarelaterede tendenser, hjælper med at identificere prioriteter med henblik på national og lokal strategisk planlægning, muliggør sammenligninger mellem lande og støtter evalueringer gennem tilvejebringelse af data om tendenser. Rapporten suppleres af vores seneste EU-rapport om sundhedsmæssige og sociale tiltag over for stofbrug *Health and social responses to drug problems: a European guide* (2017), der udkommer hvert tredje år.



I år ser vi for en lang række stoffers vedkommende bekymrende tegn på en øget narkotikaproduktion i Europa, tættere på forbrugermarkeder. Teknologiske fremskridt letter denne udvikling, og de forbinder europæiske narkotikaproducenter og forbrugere til globale markeder via overfladenettet og mørkenettet. Vi ser også, at stigningen i kokainproduktionen i Sydamerika nu har en effekt på det europæiske marked og medfører både øget risiko for sundhedsproblemer for brugerne og mere komplekse udfordringer for de retshåndhævende myndigheder, når narkohandlerne ændrer og skifter forsyningsruter.



Nye tegn på øget tilgængelighed og brug af crack i Europa skaber ligeledes bekymring og kræver overvågning.

Nye psykoaktive stoffer, der er tilgængelige på de europæiske narkotikamarkeder, skaber fortsat offentlige sundhedsproblemer og udfordrer politikerne. Nylig EU-lovgivning har styrket informationsudvekslingen om nye stoffer på markedet og reduceret den tid, det tager for disse stoffer at blive risikovurderet og kontrolleret i hele Europa. Særlig stærke syntetiske opioider og cannabinoider skaber problemer i en række situationer, og i forbindelse med fentanylderivater, og bringer narkotikabrugere og beredskabspersonalet i større fare. Denne udfordring har sat fornyet fokus på opioidantidotet naloxon i responsstrategier ved overdosis og den adgang narkotikabrugere har til den.

Vi mener, at truslen fra narkotika mod den offentlige sundhed og sikkerhed i Europa fortsat kræver høj, tværfaglig respons. Den nye EU-handlingsplan, der blev vedtaget i 2017, danner ramme om det nødvendige europæiske samarbejde.

Vores rapport og den analyse, som præsenteres heri, tjener som bevis på den store støtte vi får fra vores nationale og institutionelle partnere. Input fra personalet ved de nationale Reitolxknudepunkter og nationale eksperter gør det muligt for os at skabe et unikt overblik over narkotikasituationen i Europa. Vi skylder også vores institutionelle partnere på EU-plan, især Europa-Kommissionen, Europol, Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme samt Det Europæiske Lægemiddelagentur en stor tak. Vi er desuden taknemmelige for vores specialiserede netværk, der har samarbejdet med os, så vi kan inkorporere avancerede og innovative data i vores rapport inden for områderne spildevandsanalyse, spørgeundersøgelser på skoler og narkotikarelaterede akutmodtagelser.

Laura d'Arrigo

Bestyrelsesformand, EMCDDA

Alexis Goosdeel

Direktør, EMCDDA

Indledning og tak

Denne rapport er baseret på oplysninger, som EMCDDA har modtaget i forbindelse med den årlige indberetningsproces fra EU's medlemsstater, kandidatlandet Tyrkiet samt Norge.

Formålet med denne rapport er at give et overblik over og et sammendrag af den europæiske narkotikasituation og de forskellige tiltag. De statistiske data i årsrapporten dækker 2016 (eller det seneste tilgængelige år). Tendensanalysen er kun baseret på de lande, der har indsendt tilstrækkelige data til at beskrive ændringer i den pågældende periode. Læseren bør også være opmærksom på, at overvågning af mønstre og tendenser i en skjult og stigmatiseret adfærd som stofbrug både er en praktisk og metodologisk udfordring. Der anvendes derfor flere forskellige datakilder i analysen i denne rapport. Selv om der kan konstateres store forbedringer, både nationalt og med hensyn til, hvad der kan opnås i en analyse på europæisk plan, er det nødvendigt at anerkende de metodologiske vanskeligheder på dette område. Der skal derfor anlægges en forsigtig fortolkning, navnlig når lande sammenlignes på grundlag af en enkelt foranstaltning. Forbehold og begrænsninger vedrørende de anvendte data findes i onlineudgaven af denne årsrapport og under linket Statistical Bulletin, hvor der også findes nærmere oplysninger om metodologi, analyse-mæssige begrænsninger og bemærkninger om begrænsningerne i de tilgængelige informationssæt. Der findes ligeledes oplysninger om de metoder og data, der er anvendt ved skønsvurderingen på europæisk plan, hvor data kan være interpoleret.

EMCDDA vil gerne takke følgende for deres indsats i forbindelse med udarbejdelsen af denne årsrapport:

- | lederne af de nationale Reitox-knudepunkter og deres personale
- | tjenester og eksperter i de enkelte medlemsstater, som har indsamlet rådata til denne årsrapport
- | medlemmerne af bestyrelsen og Det Videnskabelige Udvalg under EMCDDA
- | Europa-Parlamentet, Rådet for Den Europæiske Union – især Den Horisontale Narkotikagrube – og Europa-Kommissionen
- | Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC), Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA) og Europol
- | Europarådets Pompidou-gruppe, FN's Kontor for bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, WHO's regionalkontor for Europa, Interpol, Verdenstoldorganisationen, det europæiske skoleundersøgelingsprojekt om alkohol og andre stoffer (ESPAD), Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE), European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus)
- | Oversættelsescentret for Den Europæiske Unions Organer og Den Europæiske Unions Publikationskontor.

nationale Reitox-knudepunkter

Reitox er det europæiske informationsnet for narkotika og narkotikamisbrug. Netværket består af nationale knudepunkter i EU-medlemsstaterne, kandidatlandet Tyrkiet, Norge og Europa-Kommissionen. Disse focal points udnævnes af medlemsstaternes statslige myndigheder til nationale myndigheder med ansvar for formidling af oplysninger om narkotikasituationen til EMCDDA. Kontaktoplysninger for de nationale knudepunkter findes på [EMCDDA's websted](#).

Kommentar

**Udviklingerne
i de europæiske
lande både påvirkes
af og påvirker
de globale tendenser**

Forståelse af Europas narkotikaproblemer og udvikling af effektive tiltag

I denne kommentar undersøger vi nogle af nøgelfaktorerne, som tilsyneladende påvirker både mønstrene for narkotikamisbruget, som vi ser i Europa i 2018, og de sundhedsmæssige, sociale og sikkerhedsmæssige problemer, der er forbundet med dem. Et udgangspunkt for denne diskussion er den overordnede iagttagelse, at Europas narkotikaproblem i dag historisk set synes at være inde i en dynamisk fase, men de tilgængelige data antyder også, at tilgængeligheden af narkotika generelt set er høj og endda stigende. Dette udgør nye og vigtige udfordringer for de eksisterende nationale og europæiske tiltag over for narkotikamisbrug og narkotikarelaterede problemer, hvor enkelte af konsekvenserne ved disse diskuteres nedenfor.

| Tegn på forøget narkotikaproduktion i Europa

Udviklingerne i de europæiske lande både påvirkes af og påvirker de globale tendenser. I forbindelse med enkelte syntetiske stimulerende stoffer som MDMA er Europa en førende producent, der eksporterer produkter og ekspertise

til andre dele af verden. Hvad angår cannabis har den europæiske produktion til en vis grad erstattet importen og synes at have påvirket forretningsmodellen for eksterne producenter. En af konsekvenserne ved dette kan ses i den forøgede intensitet, hvormed cannabisharpiks nu smugles ind i Europa.

Hvad angår kokain og heroin, der er de to andre store plantebaserede ulovlige stoffer, fortsætter produktionen med at være centreret i henholdsvis Latinamerika og de asiatiske lande. Globale data antyder, at produktionen er forøget for begge stoffer. Hvordan dette påvirker den europæiske undersøgelse, bør undersøges nærmere. Hvad angår heroin er den samlede brug stabil på trods af stoffets relative høje renhed på gaden, og tallene for initieret brug synes at være lave. Hvad angår kokain er der dog flere indikatorer, der viser, at tendensen er opadgående. Dette diskuteres mere detaljeret nedenfor. Beslaglæggelsesdata for begge stoffer tyder dog på, at der har været nylige ændringer i produktionskæden, som kan have vigtige konsekvenser for fremtiden. Sekundærbehandling og ekstraktion af kokain fra »bærematerialer« iagttages fortsat i Europa, det samme gælder import af store mængder stoffer skjult i fragtcontainere. Hvad angår heroin har en ny udvikling været, at laboratorier, som laver heroin fra morfin, er blevet afsløret og afviklet i flere europæiske lande. Den drivende faktor for dette har højst sandsynligt været den større tilgængelighed af og den betydeligt lavere udgift i Europa til eddikesyreanhydrid, som er et prækursorkemikalie til produktion af heroin, samtidigt med at opiumsvalmuehøsten er stigende. Denne udvikling illustrerer ikke blot den globale sammenhæng mellem moderne narkotikanetværker men også behovet for kontrolrammetiltag i forbindelse med narkotika på globalt plan, som f.eks. kontrol med prækursorer.

Mens europæiske og internationale indsatser med henblik på begrænsning af produktionen og tilgængeligheden af nye psykoaktive stoffer nu synes at have en effekt, har der været rapporter om tabletering og fremstilling af disse stoffer inden for Europas grænser. På nuværende tidspunkt synes disse udviklinger inden for produktionen af nye stoffer at være begrænset. Ændringer på dette område har dog potentiale til at påvirke narkotikaproblemerne hurtigt, og derfor er det vigtigt med overvågning, så Europa er bedre forberedt til at reagere på potentielle trusler i fremtiden på dette område.

Salg på internettet: Europa på det globale marked

Salget af stoffer på internettet repræsenterer et andet godt eksempel på, hvordan der hurtigt kan opstå ændringer, som udfordrer den eksisterende politik, tiltagsmodeller og overvågning af stoffer. En nylig fælles rapport fra EMCDDA-Europol analyserede den rolle, som de europæiske leverandører og forbrugere spiller på dette globale marked. EU-leverandører blev vurderet til at være ansvarlige for næsten halvdelen af stofsalget på »darknettet« mellem 2011 og 2015. Onlineslag er i øjeblikket lille i forhold til det samlede marked for ulovlige stoffer, men det lader til at være i vækst. Mens opmærksomheden som oftest er rettet mod darknet, er det også tydeligt, at sociale medier og overfladenettet er lige så vigtigt for nye psykoaktive stoffer og misbrugte lægemidler. En særlig bekymring er i denne sammenhæng udbredelsen af nye benzodiazepin-relaterede stoffer. Siden 2015 har der været indberetninger om 14 nye benzodiazepiner til EU's system for tidlig varsling. Disse stoffer er ikke licenserede lægemidler i Den Europæiske Union, og der kendes kun meget lidt til deres toksikologi. Men risiciene forøges højst sandsynlig, når de indtages sammen med ulovlige stoffer eller alkohol. Den konstaterede tilgængelighed for begge og de nye benzodiazepiner på markedet for ulovlige stoffer synes at være stigende i enkelte lande, og disse stoffer er kendt som at spille en vigtig men ofte overset rolle i dødsfald med opioidoverdosis. De seneste tegn på, at brugen af disse stoffer kan være stigende blandt unge er især en grund til bekymring, og dette er et område, hvor der kræves yderligere undersøgelser, politikovervejelser og forebyggende indsatser. Brugen af benzodiazepiner blandt stofmisbrugere i højrisikogruppen er et emne, der behandles i et onlinesupplement til denne rapport.

Konsekvenserne ved det forøgede kokainudbud

Den stigende kokainproduktion i Latinamerika gør sig nu bemærket på det europæiske marked.

Spildevandsanalyser har i nogle lande givet en tidlig advarsel om den øgede tilgængelighed og brug af stoffer, som nu afspejles i andre datakilder. Mens priserne på kokain har været stabile, er stoffets renhed i øjeblikket på det højeste niveau i over et årti i Europa. Historisk set er den største del af den kokain, der ankommer til Europa, gået via Den Iberiske Halvø. Store beslaglæggelser på det seneste tyder på, at denne routes betydning kan være faldet en lille smule, da kokain nu i højere grad også smugles til Europa via store containerhavne. Det er i denne sammenhæng værd at bemærke, at Belgien i 2016 overhalede Spanien som det land, hvor der blev beslaglagt de største mængder kokain.

Samlet set er det vanskeligt at måle de folkesundhedsproblemer, som skyldes kokain, da dets rolle i både akutte problemer og langfristede sundhedsskader er svære at overvåge og som oftest ikke bemærkes. Problemerne kan forventes at tage til, men de vil de tage til, hvis prævalensen af brugen og især mønstrene for højrisikobrug stiger. Et af tegnene på at dette er ved at ske, er den iagttagede stigning af antallet af førstegangsindlæggelser med henblik på kokainrelaterede specialbehandlinger, selv om disse ikke er vendt tilbage til de høje niveauer, der blev konstateret for et årti siden. Selv om det forekommer sjældent, er det foruroligende, at der har været en stigning i indberettet crackkokain, og det giver næring til betænkeligheder i forhold til, om dette kan begynde at påvirke flere lande. Samlet set er der stadig et behov for bedre forståelse af, hvordan man behandler kokainbrugere effektivt, inklusive hvordan man bedst kan imødegå kokainproblemer, som kan findes samtidigt med opioidafhængighed.



Nye psykoaktive stoffer er fortsat en udfordring for folkesundheden

Vigtigheden ved at være forberedt på nye udfordringer ses tydeligt af, at EU's system for tidlig varsling for nye psykoaktive stoffer har været en succes. Dette system er blevet internationalt anerkendt, da det giver Europa mulighed for at identificere og imødegå udbredelsen af stoffer, som ikke har fandtes andre steder. Den udvidede EU-lovgivning på dette område er for nyligt blevet vedtaget, hvilket forøger indberetningshastigheden, mens nye informationsleverandører fortsætter med at tilslutte sig systemet. Nye psykoaktive stoffer er en voksende udfordring for narkotikapolitikken. I alt overvåges ca. 670 stoffer af systemet, hvoraf 400 indberettes hvert år. Listen over stoffer på markedet fortsætter med at vokse med ca. et ekstra nyt psykoaktivt stof, som indberettes hver uge i Europa. Selv om antallet af nye stoffer, der debuterede på markedet, er faldet fra det højeste niveau i 2015, er de negative folkesundhedsproblemer, der skyldes brugen af disse stoffer, fortsat høj.

Forekomsten i Europa af syntetiske opioider og syntetiske cannabinoider, der kædes sammen med dødsfald og akutte forgiftninger, førte til, at EMCDDA vurderede, at der findes et hidtil uset antal stoffer, som udgør en risiko for folkesundheden. Dette kan udløse hurtige lovmæssige tiltag i hele Den Europæiske Union. Der blev også sendt data til Verdenssundhedsorganisationen i 2017, og enkelte af disse stoffer overvejes nu med henblik på international kontrol. Fem fentanylderivater blev undersøgt i 2017. Disse stoffer findes også i et antal nye former, inklusive næsespray. De er også af og til blevet fundet blandet med andre stoffer, som f.eks. heroin, kokain eller falske lægemidler, hvilket har haft den konsekvens, at brugere ofte ikke har været sig bevidste om, at de har brugt stoffet. Udbredelsen af disse stærke stoffer, som ofte købes på internettet, skaber betydelige udfordringer for både sundheden og retshåndhævelsestjenester. Stofferne er nemme at transportere og skjule, hvor små mængder ofte repræsenterer mange hundredtusinder potentielle doser på gaden. Set fra et sundhedsmæssigt perspektiv bidrager de til den i forvejen betydelige byrde af andre dødsfald som følge af opioider. I USA er fentanylderivater i øjeblikket en stor bidragsyder til den aktuelle opioidkrise, og disse stoffer er på kort tid blevet de stoffer, der mest forbindes med de dødelige overdoser. I Europa er problemet ikke af samme størrelsesorden, men ikke desto mindre understreger indberetninger til EMCDDA om dødsfald og ikke-dødelige overdoser i forbindelse med fentanyl og ikke-kontrollerede fentanylderivater behovet for fortsat overvågning.

Syntetiske cannabinoider forbindes i stigende grad med sundhedsproblemer

Indberetninger om sundhedsskader med forbindelse til nye syntetiske cannabinoider førte til, at EMCDDA foretog yderligere fire risikovurderinger i 2017. Syntetiske cannabinoider er blevet knyttet til dødsfald og akutte forgiftninger. En nylig EMCDDA-rapport henledte opmærksomheden på de stigende antal sundheds- og sikkerhedsproblemer, som brugen af disse stoffer forårsager i enkelte europæiske fængsler. Det er også tydeligt, at disse problemer af og til ikke bemærkes pga., at disse stoffer kan smugles nemt ind i fængslerne samt pga. udfordringer ved at opdage brugen af dem.

Syntetiske cannabinoider blev først markedsført som lovlige alternativer til naturlige cannabisprodukter, men de adskiller sig på mange forskellige punkter. På trods af at syntetiske cannabinoider i starten blev associeret med rekreativ brug, bruges de nu på problematisk vis af mere marginaliserede sociale grupper, som f.eks. hjemløse, selv om vores samlede forståelse af brugsmønstrene for disse stoffer fortsat er begrænset. De steder, hvor der findes information som viser, at prævalensen for syntetisk cannabinoidbrug generelt er lav, men at potentialet for at disse stoffer kan forårsage skade, er betydelig. En indikation på dette kan ses i de seneste data fra Tyrkiet, hvor en samlet stigning i forgiftningsdødsfald anses for delvist at skyldes brugen af syntetiske cannabinoider.

**Syntetiske opioider og
syntetiske cannabinoider
tilskrives dødsfald og
akutte forgiftninger**

Det skiftende cannabismarked giver nye udfordringer for politikken

Cannabis fortsat det mest udbredte anvendte ulovlige stof i Europa. Stoffets dominans ses tydeligt med henblik på beslaglæggelse, overtrædelser og narkotikalovovertrædelser, prævalensestimater og efterspørgsler efter nye behandlinger. Udviklinger i både Nord- og Sydamerika, hvilket omfatter legaliseringen af stoffet i enkelte retskredse, har medført en hurtig udvikling af et erhvervsomtøkket cannabismarked. Dette resulterer i innovationer med henblik på, hvordan stoffet er til rådighed og leveringssystemerne for dets forbrug. Dette inkluderer meget stærke typer cannabis, e-væsker og produkter, der kan indtages. Det lovligt rekreative marked er blevet fulgt af lovgivning, der gør det muligt at få adgang til cannabis med henblik på medicinske eller behandlingsmæssige formål i enkelte retskredse. EMCDDA overvåger disse udviklinger og udarbejder forklarende politikreferater for at fremhæve enkelte af de problemer, som det skaber for diskussionen i Europa. Blandt disse er muligheden for, at enkelte af dette stofs nye former kan optræde på det europæiske marked for stoffer.

Udviklinger i Nordamerika har fremmet en ny interesse for den rolle som cannabis spiller i narkopåvirket kørsel. I 2017 var EMCDDA vært for det tredje internationale symposium om narkopåvirket kørsel. Rapporten fra internationale eksperter, der deltog i dette møde, fremhævede vanskelighederne ved at udvikle effektive politiktiltag på dette område, hvilket er et emne, der er relevant for lande uafhængigt af dette stofs juridiske status.

Andre vigtige politikspørgsmål på dette område omfatter, hvad der udgør en passende behandling af cannabisrelaterede sygdomme, hvordan man sikrer politiksynergier med strategier for tobaksreduktion, og hvilke tilgange, der udgør en effektiv skadesbegrænsning på dette område. Prævalensen af cannabisforbruget i Europa er historisk set fortsat høj, og den seneste stigning er blevet bemærket i enkelte EU-medlemsstater. Stoffets styrke, både i form af blade og harpiks, er også på et højt niveau, hvilket er steget kraftigt i det seneste årti. Ud over folkesundhedsproblemerne er der bekymringer angående, hvordan dette store illegale marked påvirker samfundets sikkerhed og kan hjælpe med at finansiere organiseret kriminalitet. Definitionen af det mest passende tiltag mod cannabisbrug med tanke på de mange involverede problemer er en opgave, der i stigende grad bliver kompleks og vigtig. EMCDDA er forpligtet til at forbedre forståelsen af disse problemer og tilvejebringe de nøjagtige, videnskabelige og upartiske oplysninger, der er nødvendige for at debatten om dette problematiske politikemne kan foregå på et oplyst grundlag.

Tiltag mod opioidoverdosis: naloxons rolle

Stofrelaterede dødsfald er fortsat høj i Europa, og opioider spiller en rolle i størstedelen af tilfældene. Udbredelsen af fentanylderivater på det europæiske stofmarked bidrager til de allerede betydelige argumenter for at forbedre adgangen til opiatmodgiften naxalon. Der er voksende dokumentation for, at den lettere tilgængelighed til dette stof sammen med undervisning i genkendelse af og tiltag mod overdoser kan hjælpe med at forhindre dødsfald blandt personer, som bruger opioider. Naloxontilbuddet anerkendes derfor i mange lande i stigende grad som et vigtigt element i deres strategi for at sænke antallet af overdoser. Tilgængeligheden af fentanylderivater øger risikoen på dette område yderligere pga. deres styrke og pga., at de anvendes af personer uden kendskab til opioider eller som ved et uheld udsættes for disse via deres arbejde, f.eks. retshåndhævelsespersonale. Disse udviklinger peger på et hastende behov for at gennemgå det aktuelle naloxonpolitikker og forøge undervisningen og opmærksomhedsskabende oplysninger til stofbrugere og personale, som møder stoffet. Denne gennemgang skal også medtage de nye ikke-injicerende formler, som f.eks. næsesprays, som kan lette brugen af naloxon i mange forskellige miljøer.

Fængsler: et vigtigt miljø for gennemførelse af tiltag

Tiltag mod stofbrug i strafferetlige institutioner er et af de emner, der behandles i EMCDDA's publikation *Health and social responses to drug problems: a European guide* (Sundheds- og sociale tiltag mod stofproblemer: en europæisk vejledning). Løsladelse fra fængslet er en særlig højrisikoperiode for de personer, som tidligere har brugt opioider. For at imødegå dette har forskellige lande udviklet innovative programmer, som tilvejebringer naloxon og undervisning til de personer, som løslades fra fængslet. Sammen med naloxontilbuddet anerkendes henvisning til passende fællesskabsbehandling og tjenester, der yder social støtte, som hovedtiltagene inden for dette område. Dette fremhæver rollen for det strafferetlige system generelt og fængselsmiljøet specifikt som et kritisk sted for imødegåelse af problemer for højrisikostofbrugere. Der kan opstå en betydelig fordel for samfundet ved at vurdere stofbrugere og imødegå deres sundhedsmæssige og sociale behov, før de løslades fra fængslet.

Cannabis er det mest udbredte ulovlige stimulerende stof i Europa

SKØN OVER STOFBRUG I EU — I KORTE TRÆK

Cannabis



Voksne (15-64 år)

Brug inden for det seneste år **24,0 mio.**
7,2 %



Langtidsbrug **87,6 mio.**
26,3 %



Unge voksne (15-34 år)

Brug inden for det seneste år **17,2 mio.**
14,1 %



Nationale skøn over brug inden for det seneste år

Laveste 3,5 % Højeste 21,5 %

Kokain



Voksne (15-64 år)

Brug inden for det seneste år **3,5 mio.**
1,1 %



Langtidsbrug **17,0 mio.**
5,1 %



Unge voksne (15-34 år)

Brug inden for det seneste år **2,3 mio.**
1,9 %



Nationale skøn over brug inden for det seneste år

Laveste 0,2 % Højeste 4,0 %

MDMA



Voksne (15-64 år)

Brug inden for det seneste år **2,6 mio.**
0,8 %



Langtidsbrug **13,5 mio.**
4,1 %



Unge voksne (15-34 år)

Brug inden for det seneste år **2,2 mio.**
1,8 %



Nationale skøn over brug inden for det seneste år

Laveste 0,2 % Højeste 7,4 %

Amfetaminer



Voksne (15-64 år)

Brug inden for det seneste år **1,7 mio.**
0,5 %



Langtidsbrug **11,9 mio.**
3,6 %



Unge voksne (15-34 år)

Brug inden for det seneste år **1,2 mio.**
1,0 %



Nationale skøn over brug inden for det seneste år

Laveste 0 % Højeste 3,6 %

Opioider

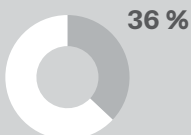


Højrisikobrugere af opioider

1,3 mio.

Anmodninger om behandling for stofbrug

Primært stof i ca. **36 %** af alle anmodninger om behandling for stofbrug i EU



Overdosis med dødelig udgang

84 %

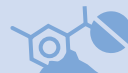


628 000

opioidbrugere modtog substitutionsbehandling i 2016

Opioider forekommer i **84 %** af alle tilfælde af overdoser med dødelig udgang

Nye psykoaktive stoffer



15-16-årige skoleelever i 24 europæiske lande

Brug inden for det seneste år **3,0 %**



Langtidsbrug **4,0 %**



Kilde: ESPAD Report 2015, supplerende tabeller.

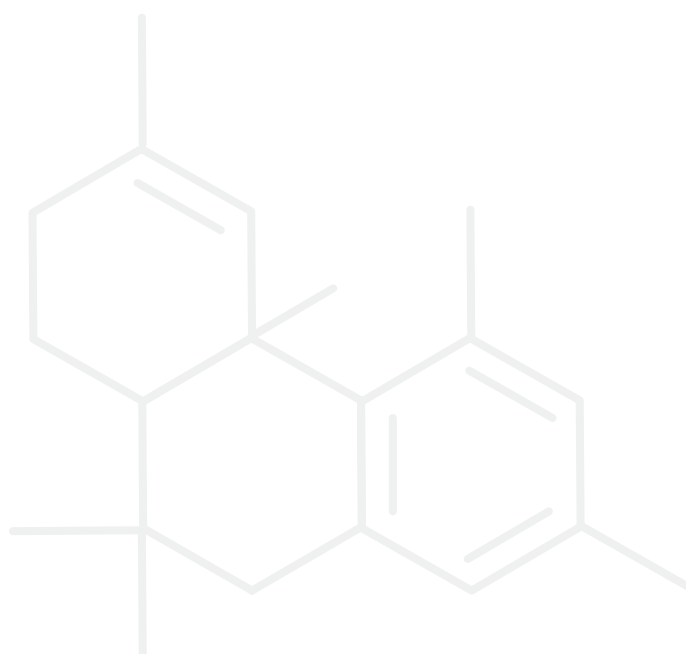
Et eksempel på dette er den potentielle fordel, som kan opnås ved at opskalere tester for og behandling af infektionssygdomme blandt de indsatte. Dette er blevet særlig vigtigt som et resultat af Den Europæiske Unions forpligtelse til at udrydde hepatitis C-virussen. Intravenøs brug af stoffer er den mest almindelige form for overførsel af denne infektion. Der er nu nye effektive behandlinger til rådighed, men det er fortsat en udfordring at sikre, at de inficerede personer får adgang til dem. Fængsler og stofbehandlingstjenester er vigtige for at identificere de personer, der har HCV-infektion. I 2018 støtter EMCDDA et nyt initiativ med henblik på at skabe opmærksomhed og opfordre til adgang til test for og behandling af hepatitis C for at imødegå dette store stofrelaterede problem.

Sikring af overvågningen er fortsat følsom over for skiftende stofproblemer

Selv om dataene om tilgængeligheden af nye psykoaktive stoffer bliver bedre, er det fortsat vanskeligt at vurdere efterspørgslen efter disse stoffer i Europa. Disse vanskeligheder forstærkes, når vi ser på misbrug af omdirigerede, falske eller ulicenserede lægemidler.

En vigtig betragtning i denne forbindelse er, at vores eksisterende overvågningsværktøjer kan være ufølsomme over for enkelte vigtige ændringer, som opstår i stofbrugsmønstrene. Yderligere investeringer i etablerede og nye overvågningstilgange som f.eks. spildevandsanalyse, webbaserede undersøgelser og undersøgelser om tendenser, er nødvendige for at holde trit med disse ændringer. EMCDDA offentliggjorde for nyligt resultaterne fra den årlige vurdering af stofrester i spildevand indsamlet fra byer i 19 europæiske lande, hvilket viste hvor stor en hjælp disse supplerende informationskilder var med henblik på at få et mere aktuelt billede af stoftendenserne i forhold til anvendelse af mere traditionelle datakilder.

Den Europæiske Union hjælper både med at indsamle data inden for Europa og arbejder for at hjælpe tredjelande med at udvikle deres overvågningskapaciteter. Initiativer i denne sammenhæng inkluderer projekter for EU-kandidater, potentielle kandidater og nabolande med henblik på teknisk assistance, der finansieres af Europa-Kommissionen. Disse aktiviteter er vigtige, ikke kun fordi stofproblemerne vanskeliggør sundheds- og sikkerhedsproblemerne, som lande, der grænser op til EU, oplever, men også fordi udviklingerne i disse lande interagerer med og påvirker de problemer, som vi har i vores egne medlemsstater. Analysen, der blev rapporteret i dette års Europæiske Narkotikarapport, anerkender derfor eksplicit, at det også er nødvendigt at forstå de globale dimensioner ved dette problem for at kunne forstå de aktuelle og fremtidige udfordringer, som stofbrug udgør for Europas sundhedsmæssige og sikkerhedsmæssige politiske dagsorden.



1

**Europa er et vigtigt
marked for stoffer i den
globale sammenhæng**

Udbuddet af stoffer og markedet

I den globale sammenhæng er Europa et vigtigt narkotikamarked, der både forsyner den indenlandske produktion og indsmugling af narkotika fra andre af verdens regioner. Sydamerika, Vestasien og Nordafrika er vigtige kildeområder for ulovlige stoffer, der kommer til Europa, mens Kina er kildeland til nye psykoaktive stoffer. Desuden sendes nogle stoffer og prækursorer i transit gennem Europa til andre kontinenter. Europa er også producentregion for cannabis og syntetiske stoffer. Cannabisproduktionen er for det meste beregnet til lokalt forbrug, mens der fremstilles nogle syntetiske stoffer med henblik på eksport til andre dele af verden.

Der har eksisteret betydelige markeder for cannabis, heroin og amfetaminer i mange europæiske lande siden 1970'erne og 1980'erne. Andre stoffer har ligeledes gennem tiden etableret sig på markedet, herunder MDMA og kokain i 1990'erne. Det europæiske stofmarked fortsætter sin udvikling med et bredt udbud af nye psykoaktive stoffer, der er dukket op det sidste årti. Blandt de nylige ændringer på markedet for ulovlige stoffer, som

i vidt omfang er knyttet til globalisering og ny teknologi, kan nævnes nye narkotikafremstillingsmetoder og smuglerteknikker, etablering af nye smuglerruter og onlinemarkeder.

Overvågning af narkotikamarkeder, -udbud og -lovgivning

Analysen i dette kapitel er baseret på indberettede data om beslaglæggelser af narkotika og narkotikapreursorer og opbragte forsendelser, lukning af produktionsanlæg, narkotikalovgivning og overtrædelser heraf samt stoffernes detailpriser, renhed og styrke. I nogle tilfælde er det vanskeligt at analysere tendenser, hvis der ikke foreligger data om beslaglæggelser fra centrale lande. Tendenser kan påvirkes af en lang række faktorer såsom forbrugernes præferencer, ændringer i fremstilling og handel, retshåndhævelsesaktiviteternes omfang og prioriteringer samt forbudsforanstaltningernes effektivitet. Fuldstændige datasæt og omfattende metodologiske notater findes online på Statistical Bulletin.

Her fremlægges ligeledes data om meddelelser og beslaglæggelser af nye psykoaktive stoffer anmeldt til EU's tidlige varslingsystem af de nationale partnere i EMCDDA og Europol. Da disse oplysninger er hentet fra indberetninger af tilfælde og ikke fra rutineovervågningssystemer, er skønnene over beslaglæggelser minimumsskøn. En fuldstændig beskrivelse af EU's system for tidlig varslings findes på EMCDDA's websted: [Action on new drugs](#).

Markederne for ulovlige stoffer i Europa: komplekst og på flere forskellige niveauer

Markederne for ulovlige stoffer er komplekse fremstillings- og distributionssystemer, som genererer store pengesummer på forskellige niveauer. Markedets karakter gør det vanskeligt at overvåge. Men et forsigtigt skøn anslår markedet for salg af ulovlige stoffer i Den Europæiske Union til at have en værdi på 24 mia. EUR i 2013, hvor cannabis har den største andel (38 %), efterfulgt af heroin (28 %) og kokain (24 %).

Mens offlinemarkederne fortsat er fremherskende, har der de seneste år været en vækst på onlinemarkederne med henblik på at blive en vigtig platform for at markedsføre og distribuere ulovlige stoffer. Dette har givet nye muligheder for at overvåge en sektor af markedsaktiviteten. En nylig analyse fra EMCDDA og Europol identificerede over 100 globale darknetmarkeder, hvor købere og sælgere benytter forskellige teknologier for at skjule deres identitet. Det skønnes, at to tredjedele af alle køb, der foregår på disse markeder, er stofrelaterede. Leverandører med base i EU var ansvarlige for ca. 46 % af stofomsætningen på disse markeder mellem 2011 og 2015, hvor det meste blev forhandlet af sælgere i Tyskland, Nederlandene og Det Forenede Kongerige. Stimulerende stoffer omfatter størstedelen af alle salg af stoffer på darknettet i Europa. Darknetmarkedet gør det lettere at sælge små mængder eller sælge direkte til forbrugere, selv om en analyse af en markedsplads, Alphabay, dokumenterede, at sammenlignet med andre stoffer var en højere andel af MDMA-køb, der blev købt med henblik på videresalg.

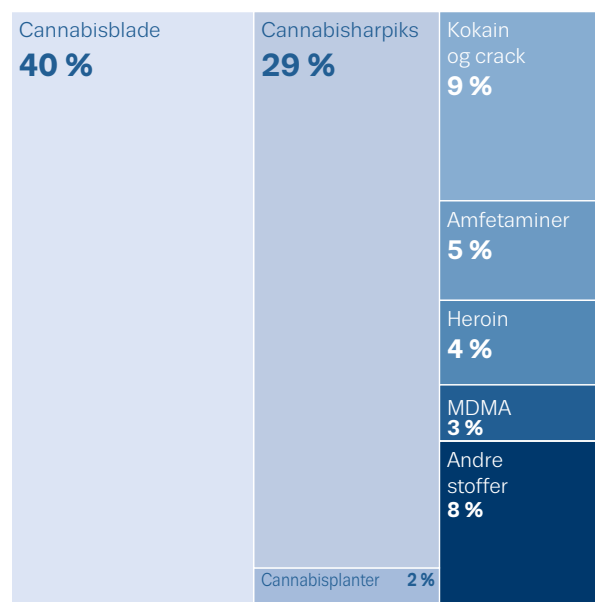
Over en million beslaglæggelser af ulovlige stoffer

De retshåndhævende myndigheders beslaglæggelse af ulovlige stoffer er en vigtig indikator for stofmarkedet. Der blev indberettet over 1 mio. beslaglæggelser af ulovlige stoffer i Europa i 2016. De fleste indberettede beslaglæggelser omfatter små mængder stoffer, der er konfiskeret fra brugerne. Forsendelser på flere kilo beslaglagt fra smuglere og producenter udgør dog størstedelen af den samlede mængde af beslaglagte stoffer. Cannabis er det hyppigst beslaglagte stof og tegner sig for over 70 % af det samlede antal beslaglæggelser i Europa (figur 1.1). De tre lande, som indberetter det største antal beslaglæggelser, og som tilsammen står for over 60 % af alle stofbeslaglæggelser i Den Europæiske Union, er Spanien, Det Forenede Kongerige og Frankrig.

Der findes imidlertid ikke data om antallet af beslaglæggelser for Nederlandene og Polen, mens

FIGUR 1.1

Antal indberettede beslaglæggelser af stoffer, opdelt efter stof, 2016



dataene fra 2015 er de seneste, der er til rådighed for Tyskland, Irland og Slovenien, hvilket gør analysen en anelse usikker.

Cannabis: beslaglæggelse af cannabisharpiks dominerer, men mængden af blade vokser

Cannabisblade (marihuana) og cannabisharpiks (hash) er de to primære cannabisprodukter på det europæiske narkotikamarked, mens cannabisolie er forholdsvis sjældnere. Cannabisprodukter udgør den største andel (38 %) af detailmarkedet for ulovlige stoffer i Den Europæiske Union med en anslået værdi på min. 9,3 mia. EUR (sandsynligt spænd på 8,4-12,9 mia. EUR). Inden for Europa findes der både cannabisblade, som dyrkes lokalt, og blade, der smugles ind fra tredjelande. Cannabisblade, der fremstilles i Europa, dyrkes primært indendørs. Cannabisharpiks, som i stigende grad produceres i Europa, importeres for det meste og hovedsageligt fra Marokko, men der er også rapporter om, at Libyen er blevet et stort distributionssted for smugling af cannabisharpiks. Derudover er Vestbalkan en kilde for både marihuana og cannabisolie.

I 2016 blev der indberettet 763 000 beslaglæggelser af cannabisprodukter i EU, heriblandt 420 000 beslaglæggelser af cannabisblade, 317 000 af cannabisharpiks og 22 000 af cannabisplanter. Siden 2009 har antallet af beslaglæggelser af cannabisblade overgået tallet for cannabisharpiks, og der har været forholdsvis stabile tendenser i beslaglæggelserne af både

cannabisharpiks og -blade siden 2011 (figur 1.2). Mængden af beslaglagt cannabisharpiks er mere end 3 gange så høj som mængden af cannabisblade (424 t mod 124 t). Dette skyldes til dels, at det meste cannabisharpiks handles i store mængder over store geografiske afstande og over nationale grænser og derfor i højere grad rammes af et forbud. Analysen af mængden af beslaglagt cannabis viser, at et lille antal lande tegner sig for en særlig stor andel af den beslaglagte mængde som følge af deres beliggenhed på vigtige smuglerruter. Således stod Spanien, der er et vigtigt indgangssted for cannabisharpiks produceret i Marokko, for indberetningen af tre fjerdedele af den samlede mængde, der blev beslaglagt i Den Europæiske Union i 2016 (figur 1.3).

En stigning i de beslaglagte mængder af marihuana i 2016 er delvist forbundet med forøgelsen, der er indberettet i Spanien, Grækenland og Italien. Tyrkiet indberettede også

en større mængde beslaglæggelse af cannabisblade i 2016 (111 t) sammenlignet med 2015.

Beslaglæggelserne af cannabisplanter kan betragtes som en indikator for indenlandsk produktion af stoffet. Men forskellene mellem de to lande, både hvad angår indberetningspraksis og prioriteter samt ressourcer inden for lovhåndhævelse, er en usikkerhedsfaktor når man fortolker beslaglæggelserne af cannabisplanter. Antallet af planter beslaglagt i Europa toppede ved 11,5 mio. i 2015 som følge af et kraftigt iværksat forbud i Nederlandene det pågældende år, før det faldt til 3,3 mio. planter i 2016, hvilket svarer til et lignende niveau i forhold til de tidligere år. I 2016 blev der indberettet 1200 beslaglæggelse af cannabisolie, hvilket er næsten fire gange som meget som i 2015, hvor Tyrkiet (53 liter) og Danmark (14 liter) beslaglagde de største mængder.

CANNABIS



HARPIKS

Beslaglæggelser

Antal

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

Mængde

424 EU **463** EU + 2

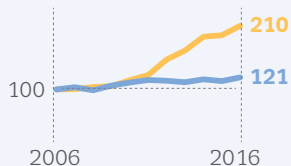
Pris

(EUR/g)

25 €
9–13 €
2 €

Indekserede
tendenser

Pris og styrke



Styrke

(% THC)

27 %
14–21 %
7 %

BLADE

Beslaglæggelser

Antal

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

Mængde

124 EU **235** EU + 2

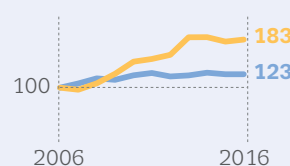
Pris

(EUR/g)

21 €
8–12 €
4 €

Indekserede
tendenser

Pris og styrke



Styrke

(% THC)

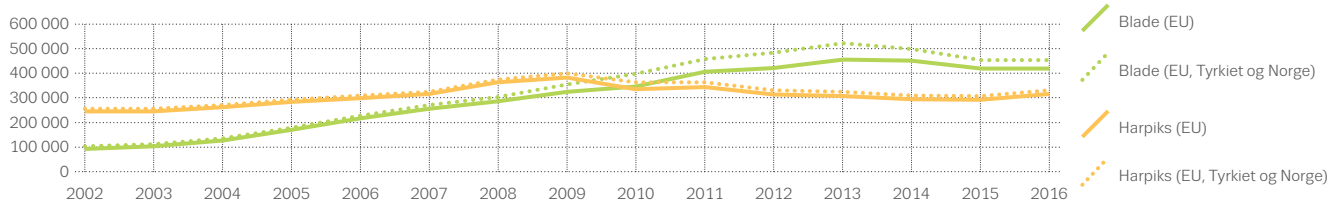
18 %
9–12 %
2 %

NB: EU + 2 omfatter EU-medlemsstaterne, Tyrkiet og Norge. Cannabisprodukters pris og styrke: nationale gennemsnitsværdier – minimums-, maksimums- og interkvartilinterval. De omfattede lande varierer efter indikator.

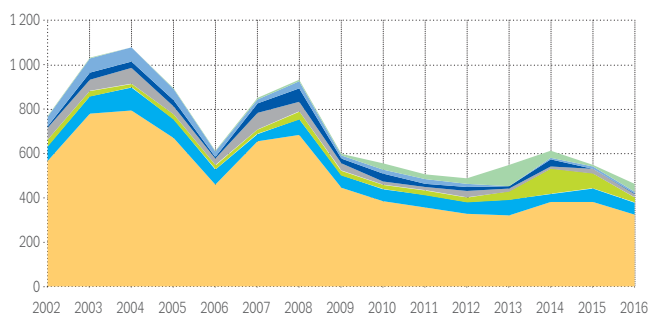
FIGUR 1.2

Tendenser for antal beslaglæggelser af cannabis og beslaglagt mængde: harpiks og blade

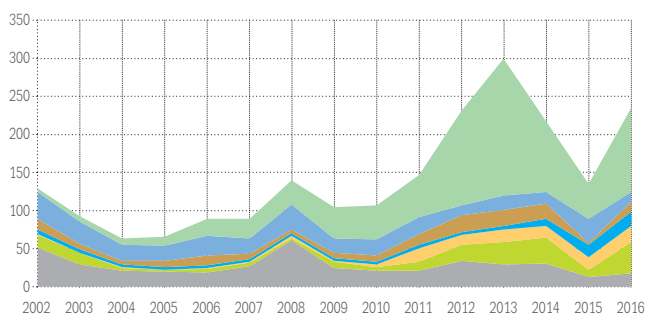
Antal beslaglæggelser



Harpiks (t)



Blade (t)



Tyrkiet Det Forenede Kongerige Portugal Andre lande
Italien Frankrig Spanien

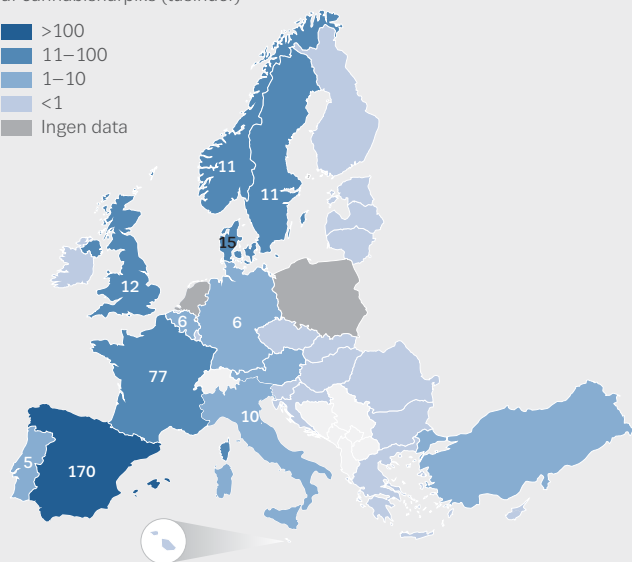
Tyrkiet Det Forenede Kongerige Grækenland Frankrig
Spanien Italien Andre lande

FIGUR 1.3

Beslaglæggelser af cannabis harpiks og cannabis blade, 2016 eller nyeste årstal

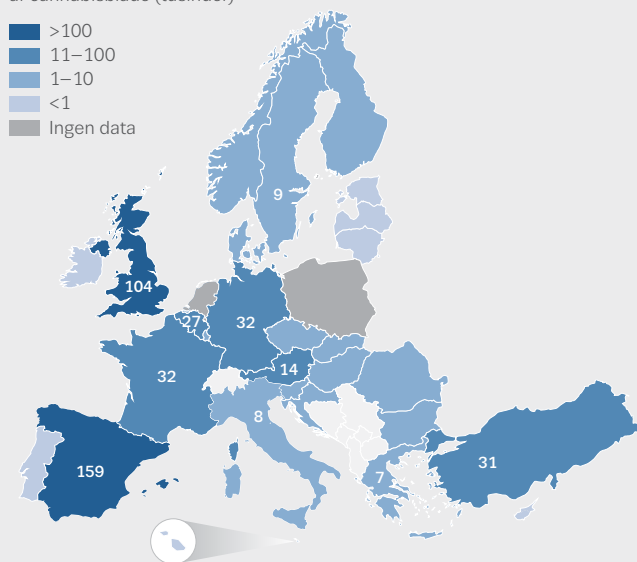
Antal beslaglæggelser af cannabis harpiks (tusinder)

>100
11–100
1–10
<1
Ingen data



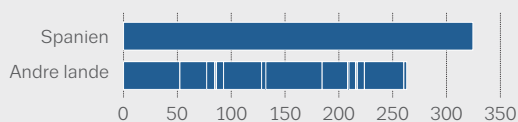
Antal beslaglæggelser af cannabis blade (tusinder)

>100
11–100
1–10
<1
Ingen data

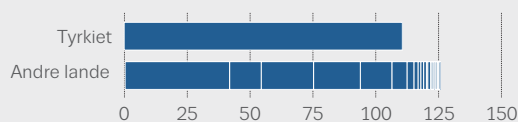


NB: Antal beslaglæggelser (tusinder) for de 10 lande med de højeste værdier.

Mængde beslaglagt cannabis (t)



Mængde beslaglagt cannabis blade (t)



Analysen af indekserede tendenser i de lande, der indberetter konsekvent, viser en stor stigning i styrken (indhold af tetrahydrocannabinol, THC) i både cannabisblade og cannabisbark siden 2006. Styrken for begge former steg indtil 2013, hvor cannabisbladenes styrke stabiliserede sig, hvorimod harpiksstyrken fortsatte med at stige. Den drivende faktor for denne forøgede styrke i harpiksen kan omfatte indførelse af intensive produktionsteknikker inden for Europa, introduktion af planter med høj styrke og nye teknikker i Marokko samt nye flertypede eller hybride plantebaserede harpiksprodukter. Selv om harpiks gennemsnitligt har en højere styrke end blade, tyder dataene på, at de har lignende priser.

Beslaglæggelse af heroin: fald i mængderne

Heroin er det mest udbredte opioid på markedet for ulovlige stoffer i EU med en anslået detailværdi på 6,8 mia. EUR (sandsynligt spænd på 6,0-7,8 mia. EUR) i 2013. Der har traditionelt været adgang til to former for importeret heroin i Europa. Den mest almindelige er brun heroin (stoffets kemiske grundform), der især stammer fra Afghanistan. Og så er der den meget mindre almindelige hvide heroin (en saltform), der tidligere kom fra Sydøstasien, men nu også kan være fremstillet i Afghanistan eller i nabolande. Andre opioider, der er tilgængelige på ulovlige markedet omfatter opium og medicinsk morfin, metadon, buprenorphin, tramadol og forskellige fentanyl derivater. Enkelte opioider kan være omdirigeret fra lovlige leveringer af lægemidler, mens andre er produceret ulovligt.

Afghanistan er stadig verdens største ulovlige producent af opium, og størsteparten af den heroin, der findes i Europa, anses for at være produceret der eller i nabolandene Iran eller Pakistan. Ulovlig opioidproduktion i Europa har indtil for nyligt været begrænset til hjemmelavede valmueprodukter fremstillet i visse østeuropæiske lande. Afsløringen af flere laboratorier, der omdanner morfin til heroin, i Nederlandene, Spanien og Tjekkiet de senere år viser, at der nu også produceres en bestemt mængde heroin i Europa. Denne ændring kan afspejle, at leverandører forsøger at sænke udgifterne ved at udføre de sidste trin i heroinproduktionen i Europa, mens prækursorer som eddikesyreanhydrid fås til lavere priser end i de opiumproducerende lande. Fremstilling af stoffet tættere på forbrugeren kan også være målrettet mod at sænke risiciene ved et forbud.

HEROIN

Beslaglæggelser

Antal

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

Mængde

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

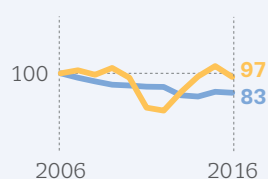
Pris

(EUR/g)

140 €
35-65 €
22 €

Indekserede tendenser

Pris og renhed



Renhed

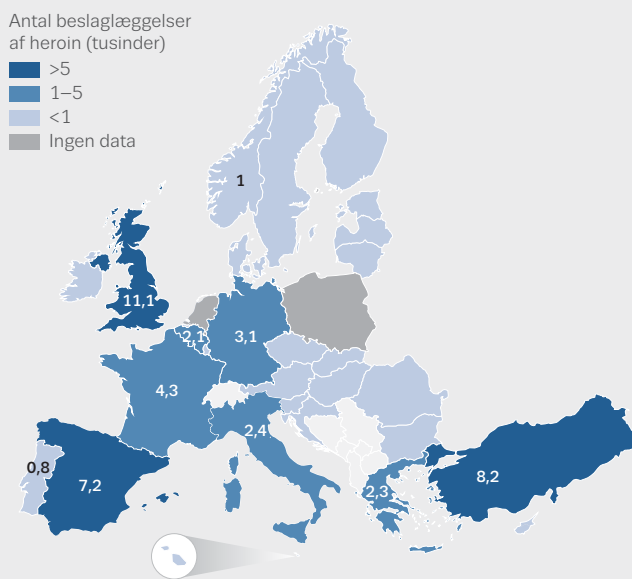
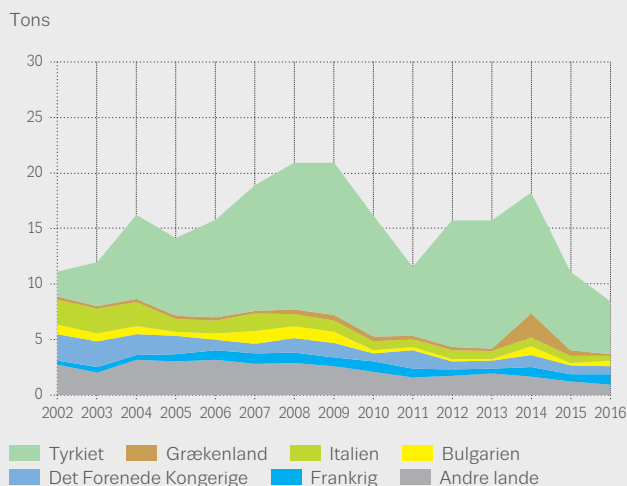
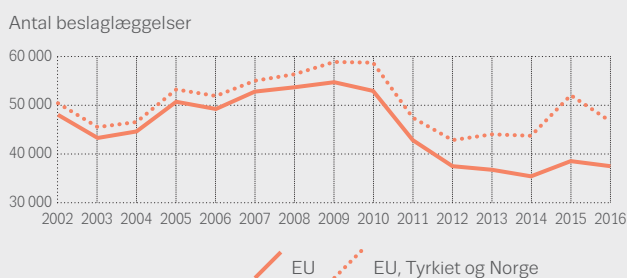
(%)

41 %
15-29 %
11 %

NB: EU + 2 omfatter EU-medlemsstaterne, Tyrkiet og Norge. Pris og renhed for "brun heroin": nationale gennemsnitsværdier – minimums-, maksimums- og interkvartilinterval. De omfattede lande varierer efter indikator.

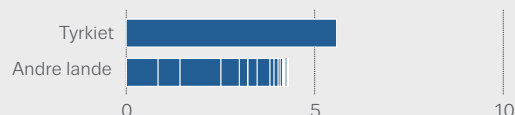
FIGUR 1.4

Antal beslaglæggelser af heroin og beslaglagt mængde: tendenser og 2016 eller det senest tilgængelige år



NB: Antal beslaglæggelser (tusinder) for de 10 lande med de højeste værdier.

Mængde beslaglagt heroin (t)



Heroinen kommer til Europa via fire hovedsmuglerruter. De to vigtigste er "Balkanruten" og "den sydlige rute". Den første af disse ruter går gennem Tyrkiet via Balkanlandene (Bulgarien, Rumænien eller Grækenland) til Central-, Syd- og Vesteuropa. En sidegren til Balkanruten via Syrien og Irak er kommet til. Den sydlige rute, hvor sendinger fra Iran og Pakistan kommer ind i Europa med fly eller skib, enten direkte eller gennem vest-, syd- og østafrikanske lande, er vokset i betydning de seneste år. Af andre ruter kan

nævnes "den nordlige rute" og en rute gennem det sydlige Kaukasus og hen over Sortehavet.

Stofmarkedet i flere europæiske lande oplevede et fald i heroins tilgængelighed i 2010/11, hvilket blev dokumenteret med et samlet fald i beslaglæggelserne fra 2009 til 2014, før det stabiliserede sig i 2015 og 2016. Mellem 2002 og 2014 blev mængden af den beslaglagte heroin i Den Europæiske Union halveret fra 10 til 5 t, og dette har stabiliseret sig i de seneste år, hvor der blev

TABEL 1.1

Beslaglæggelser af andre opioider end heroin i 2016

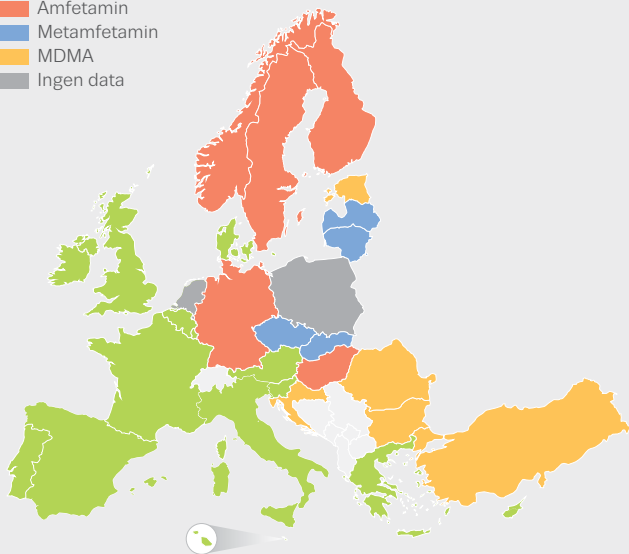
Opioid	Antal	Mængde			Antal lande
		Kg	Liter	Tabletter	
Metadon	1 245	21,75	1,84	115 906	16
Buprenorphin	3 523	1,94	0,0005	69 373	16
Tramadol	3 553	2,03		63 412 688	16
Fentanylderivater	738	1,55	1,2	11 792 (†)	12
Morfin	225	11,08		4 201	13
Opium	335	327,5			10
Codein	339	20,65		9 506	9
Oxycodon	12	0,005		107	6

(†) Plastre eller blade.

FIGUR 1.5

Hyppigst beslaglagte stimulans i Europa, 2016 eller det seneste tilgængelige år

- Kokain
- Amfetamin
- Metamfetamin
- MDMA
- Ingen data



registreret 4,3 t i 2016. Tyrkiet er fortsat det land, der beslaglægger mere heroin end alle andre europæiske lande til sammen (figur 1.4), selv om mængden af den samlede mængde heroin beslaglagt i Tyrkiet faldt fra 8,3 t i 2015 til 5,6 t i 2016. Blandt de lande, der indberetter regelmæssigt, antyder de indekserede tendenser, at heroinrenheden i Europa faldt i 2016 sammenlignet med 2015 efter en periode med en hurtig stigning fra et lavpunkt i 2012, mens prisen er faldet i det seneste årti.

Ud over heroin beslaglægges også andre opioidprodukter i europæiske lande, men de udgør kun en lille del af den samlede beslaglagte mængde. De andre hyppigst beslaglagte opioider er de medicinske opioider tramadol, buprenorphin og metadon (se tabel 1.1). I 2016 var der en stor stigning i antallet af beslaglagte tramadoltabletter, og desuden blev fentanylderivater også beslaglagt i meget større mængder.

Markedet for stimulerende stoffer i Europa: regionale forskelle

De primære ulovlige stimulerende stoffer, der udbydes i Europa, er kokain, amfetamin, metamfetamin og MDMA. Detailhandelsværdien af stimulansmarkedet i EU blev anslået til 6,3-10,2 mia. EUR i 2013. Der er markante regionale forskelle på, hvilket stimulerende stof der hyppigst beslaglægges (figur 1.5). Forskellene afspejler placeringen af indførselshavne og smuglerruter, større produktionsanlæg og store forbrugermarkeder. Kokain er det stimulerende stof, der beslaglægges hyppigst i mange vest- og sydeuropæiske lande, mens amfetaminer og MDMA fortrinsvist beslaglægges i Nord- og Østeuropa.

Markedet for kokain: fortsat tilbagevenden

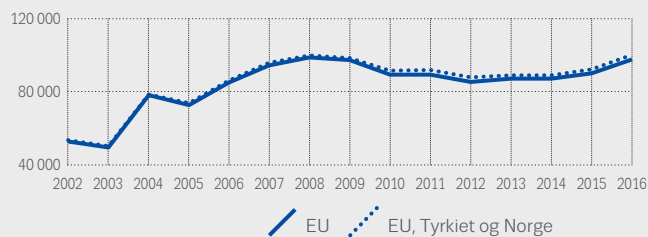
I Europa findes der to former for kokain, hvoraf den almindeligste er kokainpulver (saltformen). Mindre almindeligt er crackkokain (fri base), som kan indtages ved rygning. Kokain dyrkes fortrinsvist i Bolivia, Colombia og Peru og fremstilles af kokabuskens blade. Kokain transporteres til Europa på forskellige måder, bl.a. med passagerfly, luftfragt, postfragt, private fly, lystbåde og søtransportcontainere. Detailmarkedet for kokain i EU blev anslået til en værdi af mindst 5,7 mia. EUR.

Heroin er det mest udbredte opioid på narkotikamarkedet i EU

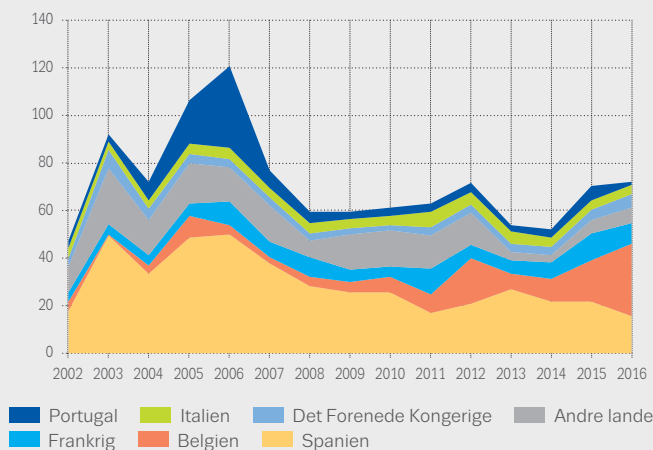
FIGUR 1.6

Antal beslaglæggelser af kokain og beslaglagt mængde: tendenser og 2016 eller det senest tilgængelige år

Antal beslaglæggelser

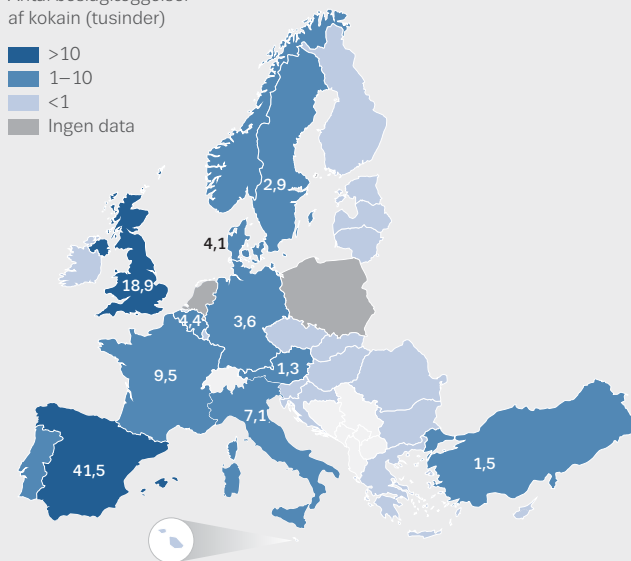


Tons



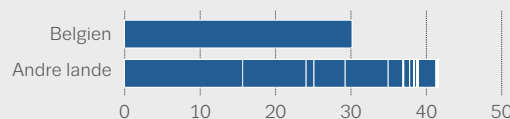
Antal beslaglæggelser af kokain (tusinder)

- >10
- 1-10
- <1
- Ingen data



NB: Antal beslaglæggelser (tusinder) for de 10 lande med de højeste værdier.

Mængder beslaglagt kokain (t)



I alt blev der i EU i 2016 indberettet 98 000 beslaglæggelser af kokain svarende til 70,9 t. Sammenlignet med det foregående år var der en lille stigning i mængden af beslaglagt kokain i 2016 og en mere markant stigning i antallet af beslaglæggelser (se figur 1.6). Med beslaglæggelser på ca. 30 t kokain eller

43 % af den samlede estimerede mængde i EU overhalede Belgien Spanien (15,6 t) som det land, der indberetter den højeste årlige beslaglæggelse af stoffet. Der blev også indberettet samlede beslaglæggelser på over 5 t af stoffet af Frankrig (8,5 t) og Det Forenede Kongerige (5,7 t). Samlet set antyder de indekserede tendenser, at den

KOKAIN

Beslaglæggelser

Antal

98 000 EU  100 000 EU + 2

Mængde

70,9 EU  71,8 EU + 2

Pris

(EUR/g)

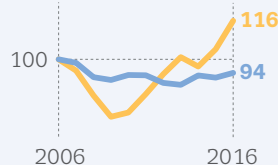
105 €  57-76 €
44 €

Renhed

(%)

Indekserede tendenser

Pris og renhed



84 %  51-73 %
40 %

NB: EU + 2 omfatter EU-medlemsstaterne, Tyrkiet og Norge. Pris og renhed for kokain: nationale gennemsnitsværdier – minimums-, maksimums- og interkvartilinterval. De omfattede lande varierer efter indikator.

opadgående tendens i kokainens renhed, der har kunnet konstateres siden 2010, er fortsat i 2016, hvilket gør, at kokainens renhed er på det højeste niveau inden for det sidste årti.

Der blev også beslaglagt andre kokaprodukter i Europa i 2016, inklusive 569 kg væske, der indeholder kokain, og 3 kg kokablade. Derudover antyder beslaglæggelsen af 79 kg kokapasta i Spanien og yderligere 7 kg i Italien, at der findes ulovlige laboratorier i Europa, der producerer kokainhydroklorid. Denne udvikling antyder et skift i fremstillingstaktikken hos enkelte kriminelle organisationer, idet de fleste kokainlaboratorier, der hidtil er fundet i Europa, har været »sekundære udvindingsanlæg«, hvor kokainen hentes ud af materialer, hvori de har været indarbejdet (f.eks. vin, tøj og plast).

Narkotikaproduktion: udviklinger af narkotikaprækursorer

Narkotikaprækursorer er kemikalier, der er nødvendige for at fremstille ulovlige stoffer. Da disse anvendes af mange lovlige brugere, er de ikke forbudte, men handlen overvåges og kontrolleres via EU-lovgivning, som registrerer bestemte kemikalier (det vil sige tilføjer dem til

listen over kontrollerede stoffer). Udbuddet af prækursorer har en stor virkning på markedet for syntetiske stoffer og på fremstillingsmetoderne i de ulovlige laboratorier. Fremstillingsteknikkerne udvikles konstant for at undgå kontrol, og skiftet omfatter typisk brugen af ikkeregistrerede kemikalier for at fremstille syntetiske stoffer eller prækursorerne for disse, som f.eks. det for nyligt opdagede N-t-BOC-MDMA (N-tert-butyloxycarbonyl-MDMA). Den yderligere forarbejdning kræver flere kemikalier og genererer mere affald, der potentiel kan medføre miljøskade.

Data om beslaglæggelser og opbragte forsendelser af narkotikaprækursorer bekræfter, at der både anvendes registrerede og ikkeregistrerede kemikalier i fremstillingen af ulovlige stoffer i EU, især til amfetaminer og MDMA (tabel 1.2). Inkluderingen af BMK-prækursoren (benzylmethylketon) APAAN (alpha-phenylacetoacetonitril) i slutningen af 2013 fortsætter med at have en virkning, idet beslaglæggelserne faldt fra 48 t i 2013 til ca. 600 kg i 2016. Der var en kraftig stigning i 2016 af beslaglæggelser af alternative kemikalier APAA (alpha-phenylacetoacetamid) og BMK-glycididderivate, der først blev indberettet i 2015, og som også er nemme at omforme til BMK.

TABEL 1.2

Oversigt over beslaglæggelser og opbragte forsendelser af EU-registrerede prækursorer eller ikkeregistrerede kemikalier, der anvendes til fremstilling af udvalgte syntetiske stoffer i EU, 2016

Registrerede/ikkeregistrerede	Beslaglæggelser		Opbragte forsendelser		I ALT	
	Antal	Mængde	Antal	Mængde	Antal	Mængde
MDMA eller beslægtede stoffer						
PMK (liter)	8	1 077	0	0	8	1 077
Safrol (liter)	5	63	0	0	5	63
Piperonal (kg)	2	1	4	7 700	6	7 701
PMK glycidid/glycidat (kg)	16	5 905	1	1 000	17	6 905
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	123	0	0	1	123
Amfetamin og metamfetamin						
Efedrin, parti (kg)	33	64	0	0	33	64
BMK (liter)	24	2 506	0	0	24	2 506
Pseudoefedrin, parti (kg)	12	20	0	0	12	20
APAAN (kg)	7	597	0	0	7	597
PAA, fenyleddikesyre (kg)	0	0	5	112	5	112
APAA (kg)	27	5 884	2	2 025	29	7 909
BMK glycidid/glycidat (kg)	19	3 290	0	0	19	3 290

Beslaglæggelse af både PMK (piperonylmethylketon) og ikkeregistrerede kemikalier til fremstilling af MDMA steg i 2016. Beslaglæggelse af PMK i Frankrig, PMK-glycididsyrederivater i Bulgarien og opbragte forsendelser af prækursorer i Spanien tyder på, at smuglerruterne ændrer sig.

Amfetamin og metamfetamin: beslaglæggelsesmængden er forsat stabil

Amfetamin og metamfetamin er syntetiske stimulerende stoffer, der ofte samles under paraplybetegnelsen »amfetaminer«, og det kan derfor være vanskeligt at skelne mellem dem i nogle datasæt. Gennem de seneste 10 år har beslaglæggelserne vist, at udbuddet af metamfetamin er steget, men at det stadig er meget mindre end amfetamin.

Begge stoffer fremstilles i Europa til det europæiske marked. Dataene tyder på, at produktionen af metamfetamin primært finder sted i Belgien, Nederlandene og Polen og i mindre omfang i de baltiske lande og Tyskland. Enkelte af disse lande har indberettet lukning af laboratorier, hvor det sidste trin i fremstillingen, nemlig omformningen af amfetaminbaseolie til amfetaminsulfat, foregår. Dette tyder på en ændring af stedet for denne fremstillingsproces, som menes at være forbundet med en præference blandt enkelte grupper for smugling af væsker i stedet for det færdige produkt for at omgå forbud.

Visse amfetaminer fremstilles også til eksport, primært til Mellemøsten, Fjernøsten og Oceanien. Der har også været en nylig stigning i beslaglæggelserne af amfetamintabletter med Captagon-logoet, især i Tyrkiet, hvor over 13 mio. tabletter blev beslaglagt i 2016.

AMFETAMINER



AMFETAMIN

Beslaglæggelser

Antal

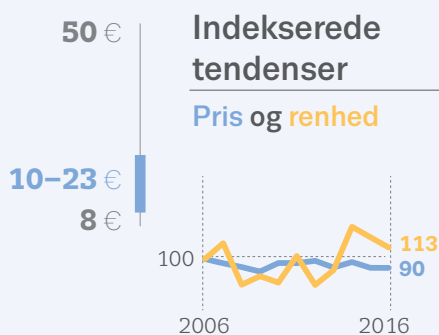
34 000 EU  **39 000** EU + 2

Mængde

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

Pris

(EUR/g)



Renhed

(%)

61 %
20-31 %
14 %

METAMFETAMIN

Beslaglæggelser

Antal

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

Mængde

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

Pris

(EUR/g)

170 €
19-71 €
15 €

Renhed

(%)

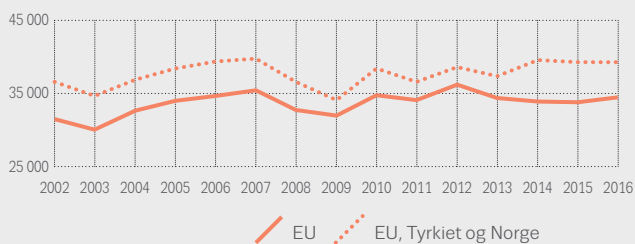
73 %
25-58 %
22 %

NB: EU + 2 omfatter EU-medlemsstaterne, Tyrkiet og Norge. Pris og renhed for amfetaminer: nationale gennemsnitsværdier – minimums-, maksimums- og interkvartilinterval. De omfattede lande varierer efter indikator. Der findes ikke nogen indekserede tendenser for metamfetamin.

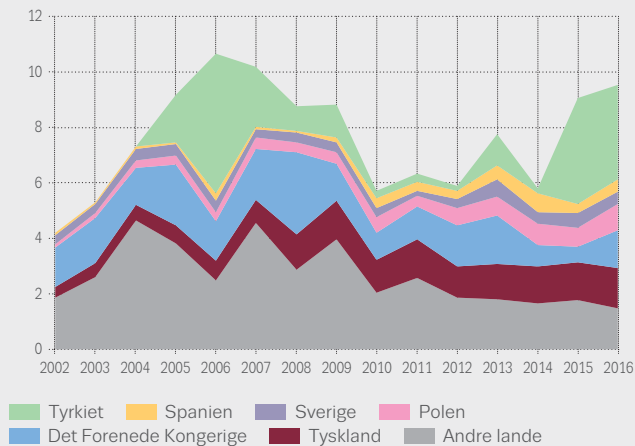
FIGUR 1.7

Antal beslaglæggelser af amfetaminer og beslaglagt mængde: tendenser og 2016 eller det senest tilgængelige år

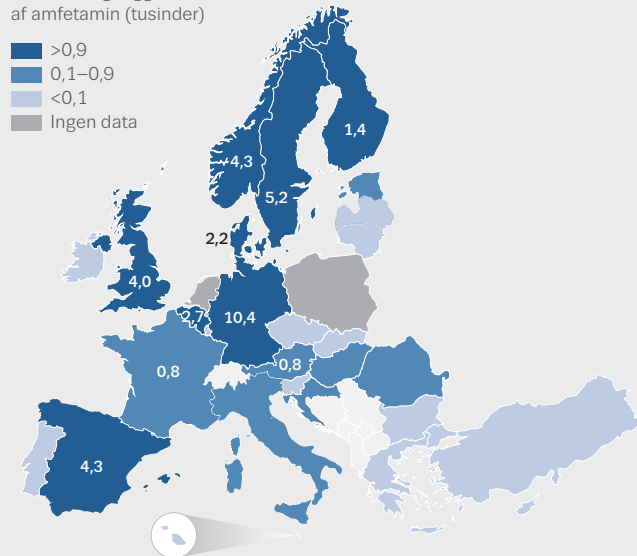
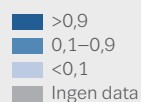
Antal beslaglæggelser



Tons

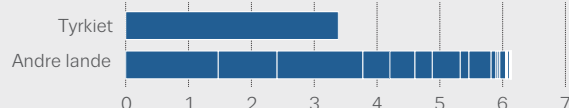


Antal beslaglæggelser af amfetamin (tusinder)



NB: Antal beslaglæggelser (tusinder) for de 10 lande med de højeste værdier.

Mængder beslaglagt amfetamin (t)



Tjekkiet har længe været kilde til meget af Europas metamfetamin, og på det seneste er grænseområder i nabolandene blevet leveringsdygtige. I Tjekkiet fremstilles metamfetamin primært fra prækursoren pseudoefedrin, som udvindes fra medicinske produkter, der hovedsageligt importeres fra Polen eller i stigende grad fra andre steder via Polen. Stoffet kan også fremstilles ved hjælp af BMK. I 2016 var 261 ud af 291 ulovlige metamfetamin-laboratorier, der blev indberettet i EU, beliggende i Tjekkiet. Små laboratorier, der forsyner det hjemlige marked, dominerer, men der er også blevet indberettet store produktionsanlæg, der involverer grupper inden for organiseret kriminalitet, som fremstiller metamfetamin til andre europæiske lande.

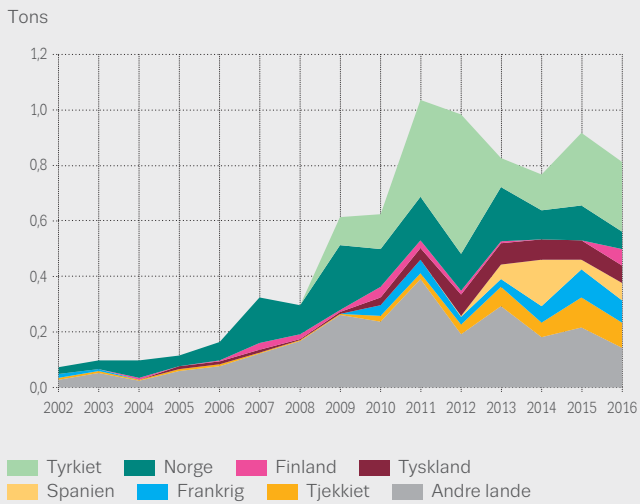
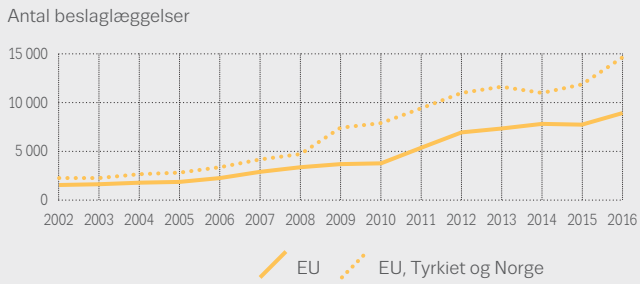
I 2016 indberettede EU-medlemsstaterne 34 000 beslaglæggelser på i alt 5,7 t amfetamin. Samlet set er mængden af beslaglagt amfetamin i EU stabil, idet den svinger mellem 5 og 6 t hvert år siden 2010 (figur 1.7). Antallet af metamfetaminbeslaglæggelser er langt lavere, idet der i EU i 2016 blev indberettet 9 000 beslaglæggelser på i alt 0,5 t, hvoraf Tjekkiet beslaglagde den største mængde (figur 1.8). Antallet af metamfetaminbeslaglæggelser viser en opadgående tendens siden 2002, mens den beslaglagte mængde har været relativt stabil siden 2009. I 2016 blev der også beslaglagt store

mængder amfetamin i Tyrkiet, primært som "Captagon" (1,3 mio. tabletter eller anslået 3,4 t amfetamin) samt 0,25 t metamfetamin.

Den gennemsnitlige indberettede renhedsgrad er typisk højere i prøver af metamfetamin end i amfetamin.

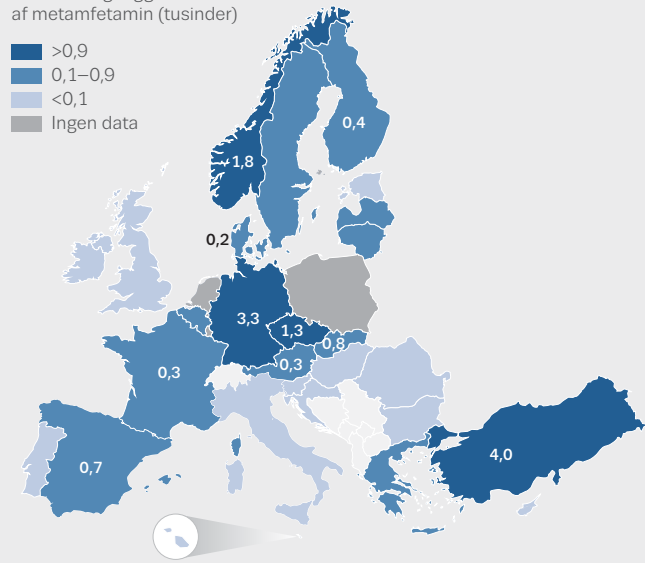
FIGUR 1.8

Antal beslaglæggelser af metamfetamin og beslaglagt mængde: tendenser og 2016 eller det senest tilgængelige år



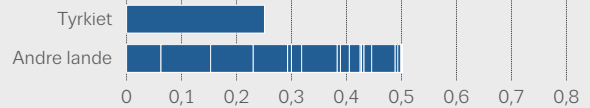
Antal beslaglæggelser af metamfetamin (tusinder)

- >0,9
- 0,1–0,9
- <0,1
- Ingen data



NB: Antal beslaglæggelser (tusinder) for de 10 lande med de højeste værdier.

Mængder beslaglagt metamfetamin (t)



MDMA: stigning i fremstilling og beslaglæggelse

Det syntetiske stof MDMA (3,4-methylenedioxy-metamfetamin) er kemisk knyttet til amfetaminer, men virkningerne er ikke de samme. MDMA indtages

i tabletform (ofte kaldet ecstasy), og det findes også i pulver- og krystalform. Der kommer hele tiden nye udformninger af MDMA-tabletterne med hensyn til farve, form og logo. I 2013 var detailmarkedet for MDMA i Den Europæiske Union anslået til en værdi af mindst

MDMA



Beslaglæggelser

Antal

24 000 EU 31 000 EU + 2

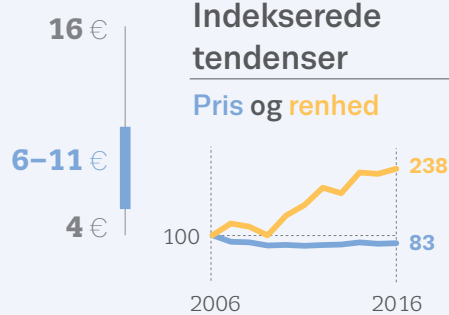
Mængde

5,3 EU MIO. TABLETTER 9,1 EU + 2

295 EU KG 306 EU + 2

Pris

(EUR/tablet)



Renhed

(MDMA mg/tablet)

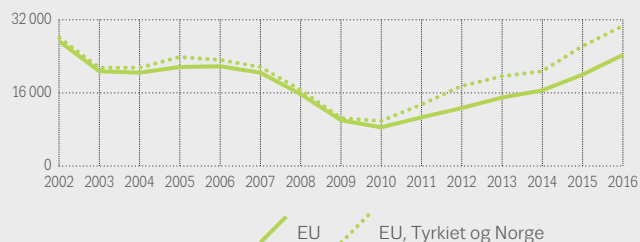
168
86–152
41

NB: EU + 2 omfatter EU-medlemsstaterne, Tyrkiet og Norge. Pris og renhed for MDMA: nationale gennemsnitsværdier – minimums-, maksimum- og interkvartilinterval. De omfattede lande varierer efter indikator.

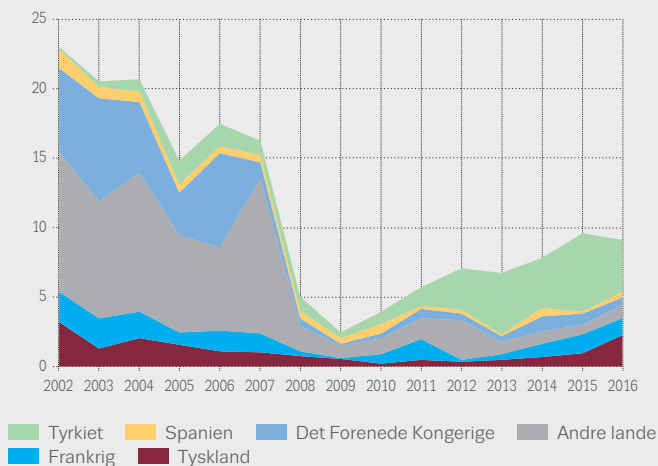
FIGUR 1.9

Antal beslaglæggelser af MDMA og beslaglagt mængde: tendenser og 2016 eller det senest tilgængelige år

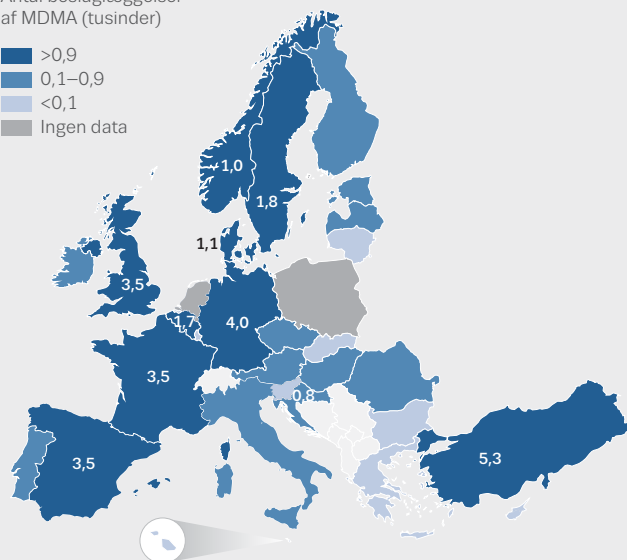
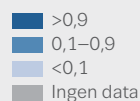
Antal beslaglæggelser



Tabletter (mio.)

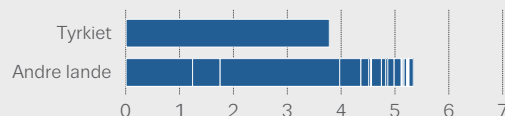


Antal beslaglæggelser af MDMA (tusinder)



NB: Antal beslaglæggelser (tusinder) for de 10 lande med de højeste værdier.

Mængde beslaglagte MDMA-tabletter (mio.)



0,7 mia. EUR. Efter en periode med et lavt udbud på grund af mangel på prækursorkemikalier til fremstillingen af MDMA har dette marked fået en opblomstring de seneste år. Det gennemsnitlige indhold af MDMA i tabletterne er steget siden 2009, og store mængder MDMA i visse partier er blevet kædet sammen med skader og dødsfald.

Fremstillingen af MDMA i Europa er primært koncentreret i Nederlandene og Belgien, da der blev lukket 11 MDMA-laboratorier i den Europæiske Union i 2016 (10 i Nederlandene og 1 i Belgien), hvilket er dobbelt så mange som i 2015. MDMA, der er fremstillet i Europa, eksporteres også til andre dele af verden, f.eks. har det australske politi indberettet, at den største enkelte mængde MDMA, der blev beslaglagt i Australien i 2016 (1,2 t), stammere fra Europa.

Det er vanskeligt at vurdere de seneste tendenser for MDMA-beslaglæggelser på grund af manglende data fra nogle lande, som sandsynligvis ville øge det samlede antal betydeligt. Der findes ingen data fra Nederlandene for 2016, og antallet af beslaglæggelserne i Tyskland og Polen er ikke tilgængelige. Uden disse vigtige bidrag anslås det, at mængden af beslaglagt MDMA i Den Europæiske Union i 2016 steg til anslået 5,3 mio. tabletter og 295 t MDMA-pulver.

Det samlede tal for indberettede beslaglæggelser af MDMA i Den Europæiske Union er fortsat med at stige siden 2010, mens den beslaglagte mængde også er steget tilsvarende i samme periode, selv om der har været udsving fra år til år. Der er også blevet beslaglagt store mængder MDMA i Tyrkiet i 2016, som udgør 3,8 mio. tabletter (figur 1.9). De indekserede tendenser viser, at MDMA-indholdet i de beslaglagte tabletter er steget betydeligt i løbet af de seneste år.

Beslaglæggelser af LSD, GHB og ketamin

Der indberettes beslaglæggelser af andre ulovlige stoffer i EU, bl.a. ca. 1 700 beslaglæggelser af i alt 97 000 enheder af LSD (lysergsyredietylamid) i 2016. Det samlede antal LSD-beslaglæggelser er næsten fordoblet siden 2010, om end den beslaglagte mængde har været svingende. Fjorten EU-lande indberettede ca. 1 800 beslaglæggelser af ketamin til en anslået mængde på 83 kg, hvoraf det meste blev beslaglagt i Danmark, Italien og Det Forenede Kongerige. Norge indberettede også et lille antal beslaglæggelser af ketamin — 50 beslaglæggelser, der i alt udgør 0,2 kg. I 2016 indberettede 13 EU-lande plus Norge og Tyrkiet at have beslaglagt GHB (gamma-hydroxybutyrat) eller GBL (gamma-butyrolacton).

Samlet set blev der i alt foretaget 1 700 beslaglæggelser af næsten 360 kg og 1 400 liter af stoffet, hvor Norge stod for over en fjerdedel af det samlede antal beslaglæggelser.

Nye psykoaktive stoffer: et komplekst marked

Ved udgangen af 2017 overvågede EMCDDA over 670 nye psykoaktive stoffer, der er blevet identificeret i Europa. Disse stoffer er ikke omfattet af international narkotikakontrol og udgør en bred vifte af stoffer såsom syntetiske cannabinoider, stimulanser, opioider og benzodiazepiner (figur 1.10). I de fleste tilfælde markedsføres de som "lovlige" erstatninger for ulovlige stoffer, mens andre rettes mod små grupper, der ønsker at udforske dem med hensyn til mulige nye virkninger.

I mange tilfælde fremstilles nye stoffer i hele partier på kemiske og farmaceutiske fabrikker i Kina. Derfra sendes de til Europa, hvor de forarbejdes til produkter, pakkes og sælges. Desuden kan visse nye stoffer skaffes som lægemidler, som enten omdirigeres fra den lovlige forsyningskæde eller fremskaffes ulovligt. Stofferne kan også være fremstillet i hemmelige laboratorier, enten i Europa eller andre steder. En række indikatorer, herunder opdagelse af ulovlige laboratorier, analyse af dumpet affald fra syntetiske stoffer og beslaglæggelser af prækursorer, tyder på, at der de seneste år har været en stigning i denne form for fremstilling i Europa.

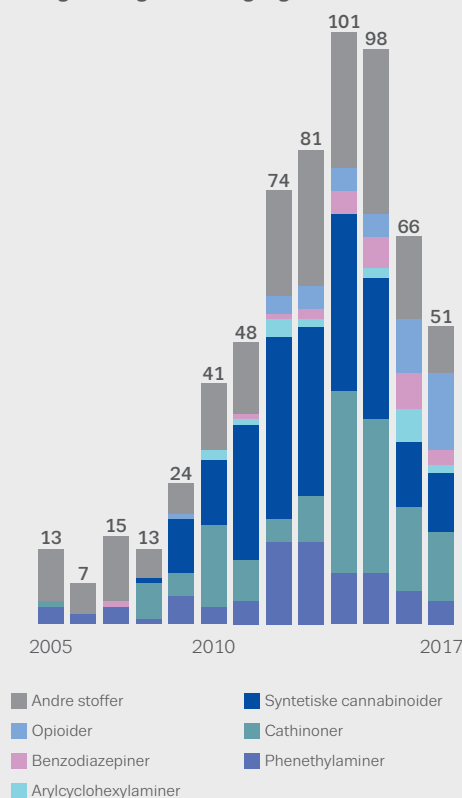
Visse nye stoffer sælges åbent i fysiske specialbutikker og på overfladenettet, og det betegnes ofte som legale rusmidler ("legal highs"). Desuden sælges de på markederne på det mørke net og det ulovlige marked, sommetider under deres eget navn og andre gange på falske forudsætninger som heroin, kokain, ecstasy og benzodiazepiner.

Næsten 70 % af de nye stoffer, der blev fundet gennem EU's system for tidlig varsling, er blevet fundet inden for de seneste 5 år. I 2017 blev 51 nye stoffer fundet for første gang i Europa. Det er mindre end i nogen af de foregående 5 år og repræsenterer et fald fra rekordniveauerne på ca. 100 nye identifikationer hvert år, som blev nået i 2014 og 2015. Årsagerne til dette fald er uklare, men kan til dels være forbud mod nye stoffer, der er indført i medlemsstater i Europa, især åbent salg af dem. Desuden kan kontrolforanstaltninger og retshåndhævels tiltag i Kina målrettet mod laboratorier, der producerer nye stoffer, have været en vigtig faktor.

Antallet af nye stoffer, der findes første gang hvert år, er blot et ud af flere målekriterier, som EMCDDA bruger til at forstå det samlede marked. For at illustrere hvor komplekst

FIGUR 1.10

Antal og kategorier af nye psykoaktive stoffer anmeldt til EU's system for tidlig varsling for første gang, 2005-2015



dette marked er blevet, kan det nævnes, at f.eks. over 50 % (369) af de nye stoffer, der i øjeblikket overvåges, fortsat blev registreret på stofmarkedet i Europa i 2016.

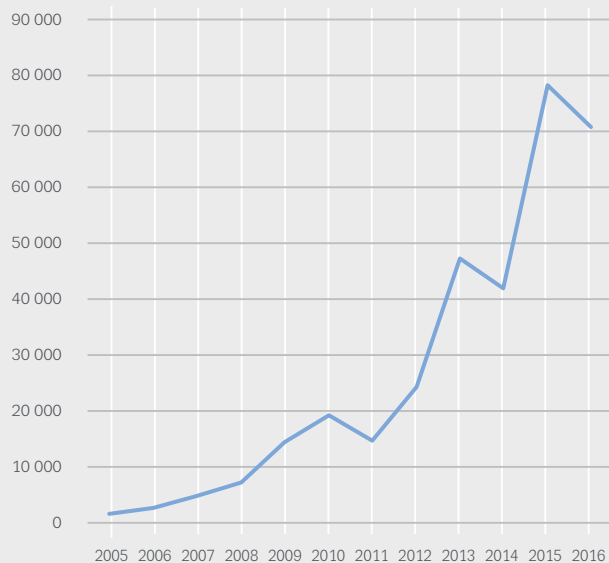
Beslaglæggelse af nye psykoaktive stoffer: syntetiske cathinoner og cannabinoider fortsætter med at dominere

I 2016 blev der indberettet næsten 71 000 beslaglæggelser af nye psykoaktive stoffer via EU's system for tidlig varsling (figur 1.11). Tilsammen udgjorde syntetiske cathinoner og syntetiske cannabinoider næsten 80 % af alle beslaglæggelser og 80 % af alle mængder nye beslaglagte stoffer i 2016. Der blev iagttaget et samlet fald i de beslaglagte mængder i 2016 sammenlignet med det foregående år. Dog steg de beslaglagte mængder af syntetiske cathinoner, benzodiazepiner og syntetiske opioider. Det samlede antal europæiske beslaglæggelser af nye stoffer skal forstås som minimumsværdier, idet dataene trækkes fra indberetninger af tilfælde frem for overvågningssystemer. De indberettede beslaglæggelser påvirkes af faktorer såsom øget bevidsthed om nye stoffer, ændring af deres retlige status, de retshåndhævende myndigheders kapacitet og prioriteringer samt indberetningspraksis.

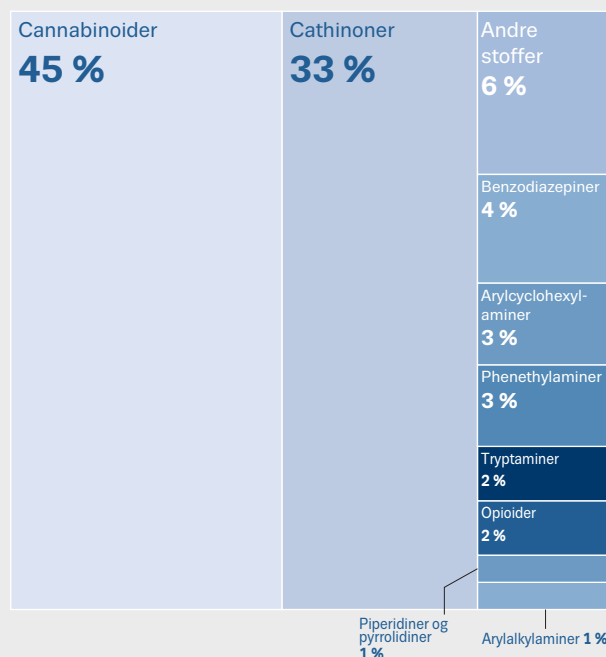
FIGUR 1.11

Antal beslaglæggelser af nye psykoaktive stoffer anmeldt til EU's system for tidlig varsling: tendenser og opdelt efter kategorier i 2016

Antal beslaglæggelser



NB: Data for EU-medlemsstaterne, Tyrkiet og Norge.



Nye syntetiske opioider

Samlet set er der blevet fundet 38 nye opioider på Europas narkotikamarked siden 2009, herunder 13, der blev indberettet for første gang i 2017. Heri indgår 28 fentanylderivater, hvoraf de 10 blev indberettet for første gang i 2017. Selv om de nye fentanylderivater i øjeblikket spiller en lille rolle på Europas narkotikamarked, er der tale om meget stærke stoffer, som udgør en alvorlig trussel mod den enkelte bruger og folkesundheden.

Der er blevet beslaglagt nye opioider i forskellige former: primært som pulvertyper, tabletter og væsker. Næsten 4,6 liter syntetiske opioider blev beslaglagt i 2016, hvilket er en stigning fra de 1,8 liter, der blev indberettet det foregående år. Over 70 % af de ca. 1 600 beslaglæggelser af nye syntetiske opioider indberettet i 2016 var fentanylderivater. Der blev fundet fentanylderivater i 96 % af de beslaglagte væsker. Det vækker i denne forbindelse bekymring, at der er dukket næsespray op på markedet med indhold af fentanylderivater, f.eks. acryloylfentanyl, furanylfentanyl, 4-fluoroisobutyrylfentanyl, tetrahydrofuranlylfentanyl og carfentanil. Nye opioider udgjorde 2,3 % af det samlede antal beslaglæggelser af nye stoffer i 2016, hvilket er en stigning på 0,8 % i forhold til indberetningerne for 2015.

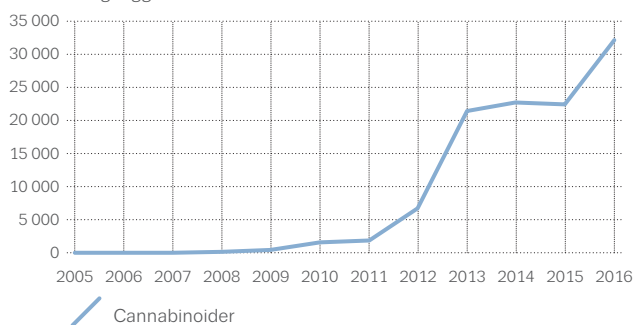
Syntetiske cannabinoider

Syntetiske cannabinoider er stoffer, der efterligner virkningerne af delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), som er det mest psykoaktive stof i cannabis. Producenter i Europa importerer bulkforsendelser med cannabinoidpulvre og blander dem med tørret plantemateriale. De markedsføres som lovlige erstatninger for cannabis og sælges som »urtetobak«. Syntetiske cannabinoider er fortsat den største gruppe af nye stoffer, som EMCDDA overvåger, og de bliver stadig mere kemisk forskellige. Der er således fundet 179 siden 2008, herunder 10 indberettet i 2017.

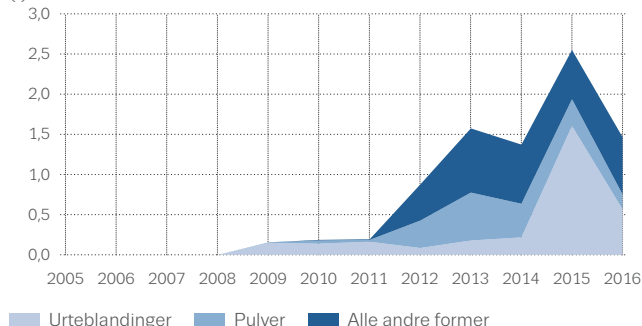
FIGUR 1.12

Beslaglæggelser af syntetiske cannabinoider og cathinoner anmeldt til EU's system for tidlig varslings: tendenser i antal beslaglæggelser og beslaglagt mængde

Antal beslaglæggelser

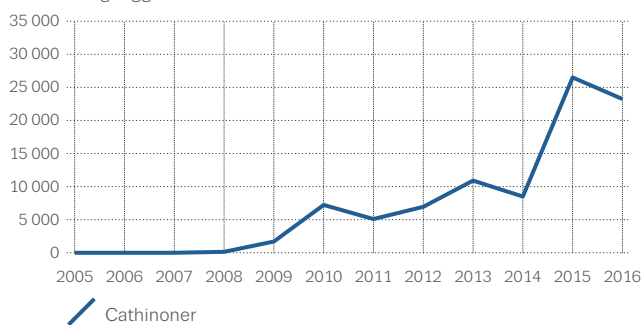


Cannabinoider (t)

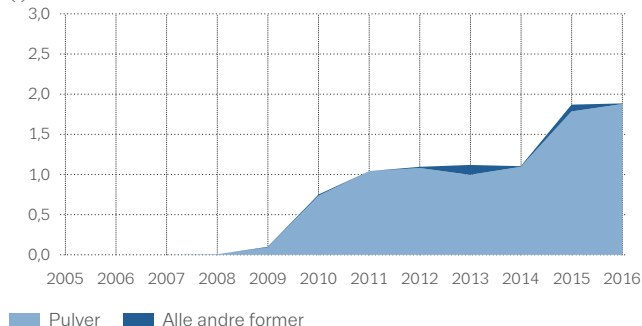


NB: Data for EU-medlemsstaterne, Tyrkiet og Norge.

Antal beslaglæggelser



Cathinoner (t)



Syntetiske cannabinoider var blandt de nye psykoaktive stoffer, der blev beslaglagt oftest, i 2016 med lige over 32 000 indberettede beslaglæggelser (figur 1.12). Dette er en stigning på næsten 10 000 beslaglæggelser i forhold til det foregående år og udgør næsten halvdelen af beslaglæggelserne af nye psykoaktive stoffer, der blev indberettet i 2016. De fem hyppigst beslaglagte syntetiske cannabinoider var i 2016 DMB-CHMICA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 og AMB-FUBINACA.

Beslaglæggelser af syntetiske cannabinoider udgjorde næsten 1,5 t af stoffet. Dette repræsenterer et betydeligt fald fra de 2,5 t, som blev beslaglagt i 2015. Urteblandinger udgjorde 40 % af de beslaglagte mængder i 2016, hvor pulvertyper stod for næsten 13 %.

Beslaglæggelsen af syntetiske cannabinoider i pulverform sammen med afsløring af forarbejdningsanlæg i Europa viser, at produkterne pakkes i Europa. De beslaglagte pulvertyper kunne, såfremt de var blevet forarbejdet til "urtetobak", have givet mange millioner doser. Cannabinoiderne med de højeste samlede beslaglagte mængder i pulverform i 2016 var AM-6527 5-fluoropentylderivater (54 kg), CUMYL-4CN-BINACA (50 kg), AMB-FUBINACA (27 kg), 5F-MDMB-PINACA (15 kg) og AB-FUBINACA (7 kg).

Syntetiske cathinoner

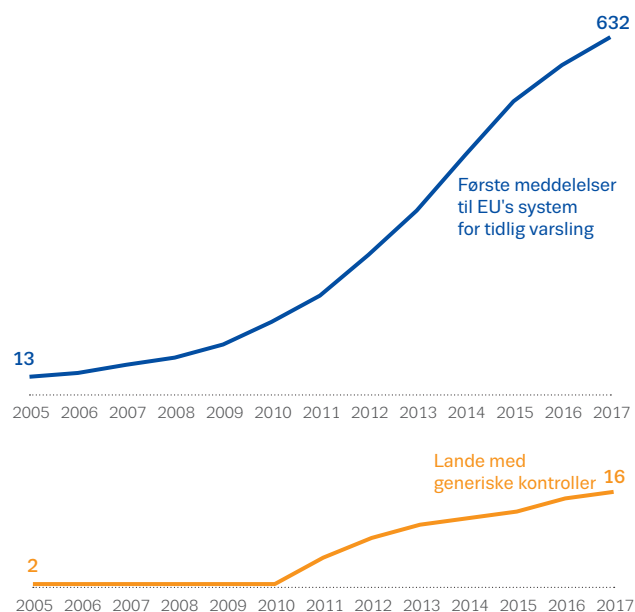
Syntetiske cathinoner er kemisk beslægtede med cathinon, som er et naturligt forekommende stimulerende stof i khatplanter (*Catha edulis*). Disse stoffer har virkninger svarende til almindelige ulovlige stimulerende stoffer såsom amfetamin, kokain og MDMA. Syntetiske cathinoner er den næststørste gruppe af nye stoffer, der overvåges af EMCDDA, idet der er fundet 130 i alt, herunder 12 fundet for første gang i 2017.

Syntetiske cathinoner var den anden hyppigst beslaglagte gruppe af nye psykoaktive stoffer i 2016 med over 23 000 beslaglæggelser, hvilket svarer til næsten en tredjedel af det samlede antal beslaglæggelser. Dette er et lille fald i tallene fra det foregående år. De fem hyppigst beslaglagte cathinoner i 2016 var alpha-PVP, 4-CMC, 3-CMC, 4-methyl-N,N-dimethylcathinon og 3-MMC.

Beslaglæggelserne af disse stoffer udgjorde næsten 1,9 t, hvilket gjorde syntetiske cathinoner til de mest beslaglagte nye psykoaktive stoffer efter mængde i 2016 (figur 1.12). Syntetiske cathinoner findes generelt i pulverform. Cathinonerne med de højeste samlede beslaglagte mængder i pulverform var 4-CMC (890 kg), 4-CEC (247 kg), NEH (186 kg), 3-MMC (126 kg) og mexedron (50 kg).

FIGUR 1.13

Forekomst af ny psykoaktive stoffer og introduktion af generiske gruppekontroller i Europa siden 2005



Nye benzodiazepiner

EMCDDA overvåger i øjeblikket 23 nye benzodiazepiner — hvoraf 3 blev fundet for første gang i Europa i 2017. Visse nye benzodiazepiner sælges som tabletter, kapsler eller pulver under eget navn. I andre tilfælde anvender falsknere disse stoffer til fremstilling af falske versioner af almindeligt ordinerede angstdæmpende lægemidler, såsom diazepam og alprazolam, som blev solgt direkte på markedet for ulovlige stoffer. Mens antallet af beslaglæggelser af benzodiazepiner faldt i 2016 sammenlignet med 2015, steg den beslaglagte mængde betydeligt. I løbet af 2016 blev der beslaglagt over en halv million tabletter, der indeholdte nye benzodiazepiner som diclazepam, etizolam, flubromazolam, flunitrazolam og fonazepam, hvilket er en stigning på to tredjedele i forhold til det antal, der blev indberettet i 2015.

Nye psykoaktive stoffer: nye lovmæssige tiltag

Europæiske lande træffer foranstaltninger til begrænsning af udbuddet af ulovlige stoffer i henhold til tre FN-konventioner, der udgør en ramme for kontrollen med fremstilling, handel og besiddelse af over 240 psykoaktive stoffer. Den hurtige udbredelse af nye psykoaktive stoffer og mangfoldigheden i udbuddet af produkter har været en udfordring for konventionerne og de politiske beslutningstagere og lovgivere i Europa.

På nationalt plan er der blevet ivæ lovgivningen skat forskellige tiltag til kontrol af nye stoffer, og der kan overordnet set identificeres tre typer tiltag. Mange lande i Europa reagerede først ved at benytte forbrugersikkerhedslovgivningen og senere ved at udvide eller tilpasse eksisterende narkotikalovgivning til at tage højde for nye psykoaktive stoffer. Landene har i stigende grad udformet specifik ny lovgivning til at tage højde for dette fænomen.

I mange år har de fleste lande i Europa kun oplyst kontrollerede stoffer individuelt. Men da antallet af nye stoffer fundet i Europa er steget, har flere lande forsøgt at kontrollere grupperne af stofferne (figur 1.13). De fleste lande har defineret grupperne efter den kemiske struktur ("generiske" grupper), mens et par enkelte har defineret grupperne efter effekterne. De fleste lande, som har valgt en generisk tilgang, har tilføjet gruppedefinitionerne til den

eksisterende narkotikalovgivning, dog har enkelte lande kun inkluderet sådanne grupper i specifik lovgivning om nye psykoaktive stoffer.

På EU-plan er de retlige ramme for at imødegå folkesundhedsmæssige og sociale trusler fra nye psykoaktive stoffer, der stammede tilbage fra 2005, blevet revideret med henblik på at oprette et hurtigere og mere effektivt system. Den nye lovgivning fastholder tretrinstillgangen til nye psykoaktive stoffer, tidlig varsel, risikovurdering og kontrolforanstaltninger, mens de eksisterende processer styrkes ved at strømline og accelerere dataindsamlingen og vurderingsprocedurerne og indføre kortere frister. Efter risikovurderingen kan Kommissionen stille et forslag om at underlægge det pågældende stof kontrolforanstaltninger. Europa-Parlamentet og Rådet har inden for 2 måneder og under bestemte forhold ret til at gøre indsigelse mod Kommissionens forslag. De nationale myndigheder har 6 måneder (i stedet for 12) til at underlægge stoffet kontrolforanstaltninger på deres territorium, så snart beslutningen træder i kraft.

EMCDDA overvåger

i øjeblikket 23 nye

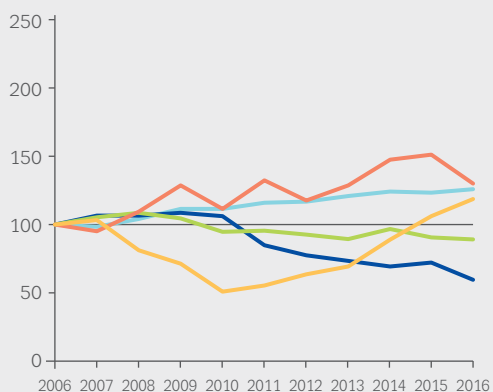
benzodiazepiner

FIGUR 1.14

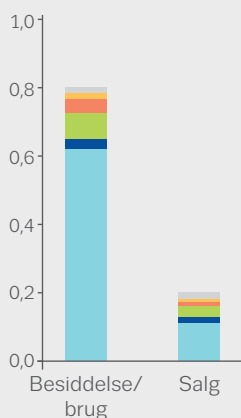
Narkotikalovovertrædelser i Europa vedrørende brug af stoffer eller besiddelse til eget brug eller salg: indekseerede tendenser og indberettede lovovertrædelser i 2016

Overtrædelser vedrørende besiddelse/brug

Indekserede tendenser

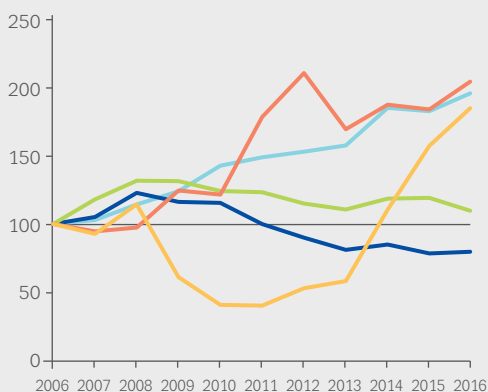


Antal lovovertrædelser (mio.)



Overtrædelser vedrørende salg

Indekserede tendenser



Heroin Kokain MDMA Cannabis Amfetaminer Andre stoffer

NB: Data for lovovertrædelser, hvor det involverede stof er indberettet.

Narkotikalovovertrædelser: cannabis dominerer

Gennemførelsen af lovgivningen overvåges gennem data om indberetninger af narkotikalovovertrædelser. Inden for Den Europæiske Union blev der indberettet et anslået antal 1,5 mio. narkotikalovovertrædelser i 2016, hvilket er en stigning på en tredjedel (33 %) siden 2006. De fleste af disse overtrædelser (74 %) var relateret til besiddelse, hvilket i alt udgjorde 1 mio. overtrædelser i 2016, som er en stigning på 28 % sammenlignet med 2006. Over tre fjerdedele af stofbruget eller overtrædelser vedrørende besiddelse omfattede cannabis (77 %). Den opadgående tendens angående overtrædelser for brug alle besiddelse af MDMA er fortsat i 2016, selv om de kun udgør 2 % af de brugsrelaterede overtrædelser (figur 1.14).

Antallet af lovovertrædelser i form af narkotikasalg inden for Den Europæiske Union er samlet set steget med 14 % siden 2006 og nåede ifølge skøn op på over 200 000 tilfælde i 2016. Cannabis tegnede sig for de fleste lovovertrædelser i form af narkotikasalg (57 %). Der har været en brat stigning i indberetningerne af lovovertrædelser i form af salg af MDMA siden 2013 (figur 1.14).

HVIS DU VIL VIDE MERE

EMCDDA-publikationer

2018

Country Drug Reports 2018.

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

2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

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

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

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

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

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

2015

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

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

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2014

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

Fælles publikationer fra EMCDDA og Europol

2018

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

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

2017

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

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

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

EMCDDA–Europol Joint Report on AB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acryloylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on ADB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on carfentanil.

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

EMCDDA–Europol Joint Report on furanylfentanyl.

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

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

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

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on α -PVP.

Fælles publikationer fra EMCDDA og Eurojust

2016

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

Alle publikationer er tilgængelige under linket www.emcdda.europa.eu/publications.

2

**Stofbrug i Europa
omfatter nu en længere
række af stoffer
end nogensinde**

Prævalens for stofbrug og tendenser

Stofbrug i Europa omfatter nu en længere række af stoffer end nogensinde. Blandt stofbrugere er blandingsmisbrug almindeligt, og de individuelle brugsmønstre varierer fra eksperimentel brug over vanemæssig brug til afhængighed. Prævalensen for cannabisbrug er omkring fem gange højere end for andre stoffer. Selv om heroin og andre opioider fortsat bruges forholdsvis sjældent, er disse stoffer fortsat dem, der hyppigst sættes i forbindelse med mere skadelige former for brug, herunder intravenøs stofbrug. Stofbrug er generelt mere fremherskende blandt mænd, og denne kønsforskel er normalt tydeligere, jo mere intensive eller regelmæssige brugsmønstrene er.

Overvågning af stofbrug

EMCDDA indsamler og vedligeholder datasæt, der dækker stofbrug og brugsmønstre i Europa.

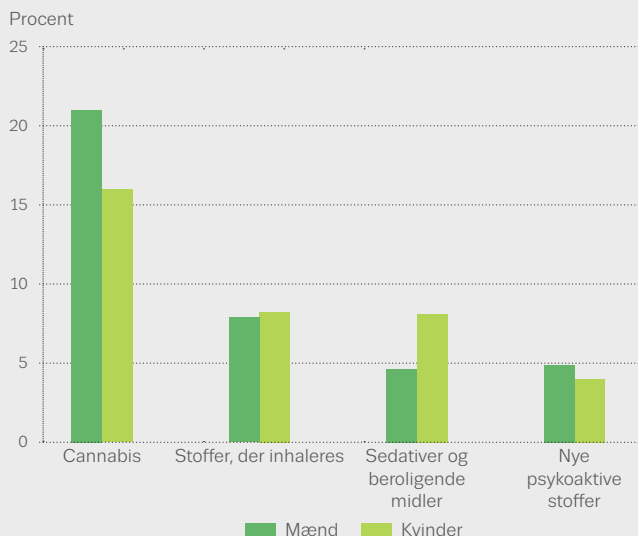
Undersøgelser blandt skoleelever og den generelle befolkning kan give et overblik over prævalensen for eksperimentel brug og fritidsbrug af stoffer. Disse undersøgelsesresultater kan suppleres med offentlige myndigheders analyser af rester af stoffer i det kommunale spildevand i byer i hele Europa.

Undersøgelser, der har resulteret i skøn over højrisikobrug af stoffer, kan bidrage til at identificere omfanget af mere rodfæstede narkotikarelaterede problemer, mens data om personer, der kommer ind i specialiserede stofbehandlingssystemer, anvendt sammen med andre indikatorer kan bidrage til forståelsen af arten af og tendenserne i højrisikobrug af stoffer.

Fuldstændige datasæt og omfattende metodologiske notater findes online på [Statistical Bulletin](#).

FIGUR 2.1

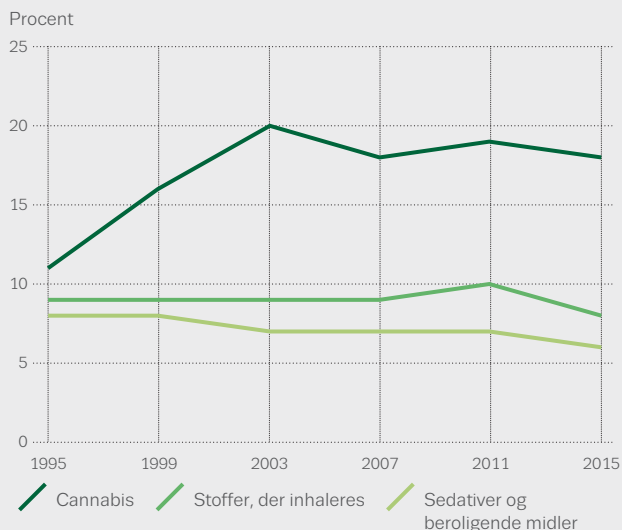
Langvarig brug af stoffer blandt 15- til 16-årige europæiske skoleelever efter køn



NB: Baseret på data for de 23 EU-medlemsstater og Norge, som deltog i 2015-runden af ESPAD.

FIGUR 2.2

Tendenser inden for langtidspævalens for cannabis, stoffer, der inhaleres, og medikamenter (sedativer og beroligende midler uden recept) blandt 15- til 16-årige europæiske skoleelever



NB: Baseret på data for de 21 EU-medlemsstater og Norge, som har deltaget i mindst fire runder af ESPAD.

Stofbrug blandt skoleelever: stabil eller faldende tendens

Overvågning af stofbruget blandt skoleelever giver vigtig indsigt i unges risikoadfærd i dag og potentielle fremtidige tendenser. I 2015 gennemførte det europæiske skoleundersøgelserprojekt om alkohol og andre stoffer (ESPAD) sjette runde af dataindsamlingen siden oprettelsen i 1995. Denne seneste undersøgelse høstede sammenlignelige data om stofbrug blandt 15-16-årige skoleelever fra 35 europæiske lande, herunder 23 EU-medlemsstater og Norge. Blandt eleverne i disse 24 lande fortalte i gennemsnit 18 %, at de havde brugt cannabis mindst én gang (langtidspævalens). De højeste niveauer blev indberettet i Tjekkiet (37 %) og Frankrig (31 %), og 8 % fortalte om brug inden for seneste 30 dage. Brugen af andre ulovlige stoffer end cannabis (MDMA/ecstasy, amfetamin, kokain, metamfetamin og hallucinogener) var langt lavere. Her var den samlede langtidspævalens 5 %.

Undersøgelsen spurgte også om brugen af andre stoffer, som f.eks. om stoffer, der inhaleres, medicin og nye psykoaktive stoffer. Blandt deltagerne fra EU og Norge var den gennemsnitlige langtidspævalens for brug af stoffer, der inhaleres, på 8 % (lige fra 3 % i Belgien (Flandern) til 25 % i Kroatien). Langtidspævalens af sedativer eller beroligende midler uden recept blev oplyst af gennemsnitligt 6 % af eleverne (lige fra 2 % i Rumænien til 17 % i Polen), og langtidspævalens af nye psykoaktive stoffer blev oplyst af gennemsnitligt 4 % af eleverne (lige fra 1 % i Belgien (Flandern) til 10 % i Estland og Polen) (figur 2.1).

Blandt brugerne af nye psykoaktive stoffer inden for de seneste 12 måneder (3,2 % af deltagerne), blev »urtetobak« oplyst som det mest almindelige stof (indberettet af 2,6 % af alle deltagere), mens brugen af pulvertyper, krystaller eller tabletter, væsker eller andre former for nye psykoaktive stoffer er mindre almindelig.

Blandt de 22 lande med tilstrækkelige analysedata toppede den samlede indberettede langtidspævalens af cannabis i 2003 efterfulgt af et mindre fald i undersøgelsen fra 2007 (figur 2.2). Siden dette tidspunkt har prævalensen været relativ stabil. Der var et fald i den indberettede langtidspævalens af stoffer, der inhaleres, mellem 2011 (10 %) og 2015 (8 %), men den langfristede tendens mellem 1995 og 2015 har været relativ stabil (figur 2.2). Hvad angår sedativer og beroligende midler, har langtidspævalensen været faldende mellem 1995 og 2015 med en konsekvent højere prævalens for brug blandt piger end blandt drenge i denne periode. Tendensdata om nye psykoaktive stoffer er ikke tilgængelige fra ESPAD, da spørgsmål angående brugen af disse stoffer først blev inkluderet i 2015.

Over 92 mio. voksne har prøvet ulovlige stoffer

Det anslås, at over 92 mio. voksne eller lige over en fjerdedel af de 15-64-årige i EU har prøvet ulovlige stoffer på et eller andet tidspunkt i deres liv. Erfaringer med stofbrug rapporteres hyppigere af mænd (56,0 mio.) end af kvinder (36,3 mio.). Det hyppigst afprøvede stof er cannabis (53,5 mio. mænd og 34,3 mio. kvinder), mens der angives meget lavere skøn for langtidsbrug af kokain (11,8 mio. mænd og 5,2 mio. kvinder), MDMA (9,0 mio. mænd og 4,5 mio. kvinder) og amfetaminer (8,0 mio. mænd og 4,0 mio. kvinder). Niveauerne for langtidsbrug af cannabis varierer meget fra land til land, lige fra ca. 41 % af voksne i Frankrig til under 5 % på Malta.

Brugen af stoffer inden for det seneste år giver en målestok for nyligt stofbrug og er primært koncentreret blandt unge voksne. Et skøn viser, at 18,9 mio. unge voksne (15-34 år) har brugt stoffer inden for det seneste år, heraf oplyste dobbelt så mange mænd som kvinder at have brugt stoffer.

Cannabisbrug: samlet set stabilt med kraftige nationale udsving

Cannabis er det ulovlige stof, der med størst sandsynlighed bruges af alle aldersgrupper. Stoffet ryges normalt, og i Europa blandes det sædvanligvis med tobak.

Mønstrene for cannabisbrug kan gå fra lejlighedsvis til regelmæssig og afhængig brug.

Det skønnes, at 87,6 mio. voksne i Den Europæiske Union (15-64 år) eller 26,3 % af denne aldersgruppe har prøvet cannabis på et tidspunkt i livet. Heraf anslås 17,2 mio. unge voksne (15-34 år) eller 14,1 % af denne aldersgruppe at have brugt cannabis inden for det sidste år, og at 9,8 mio. heraf lå i aldersgruppen 15-24 år (17,4 % af denne aldersgruppe). Prævalensen for brug inden for det seneste år blandt de 15-34-årige varierer fra 3,5 % i Ungarn til 21,5 % i Frankrig. Blandt unge, der har brugt cannabis inden for det seneste år, er der dobbelt så mange mænd som kvinder.

De seneste undersøgelsesresultater viser, at de fleste lande indberetter enten stabile tal eller en stigning af brug af cannabis inden for det seneste år blandt unge voksne. Af de lande, der har gennemført undersøgelser siden 2015 og indrapporteret konfidensintervaller, indberettede 8 højere skøn, 9 var uændrede, og 2 indberettede et lavere skøn end i den tidligere sammenlignelige undersøgelse.

CANNABISBRUGERE, DER GÅR I BEHANDLING



Kendetegn

16% 84%



16 Gennemsnitsalder ved første brug

25 Gennemsnitsalder ved første behandling

83 000 Førstegangsb ehandlede

57 000 Tidligere behandlede

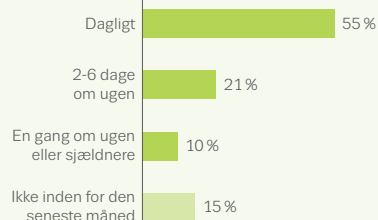
59%

41%

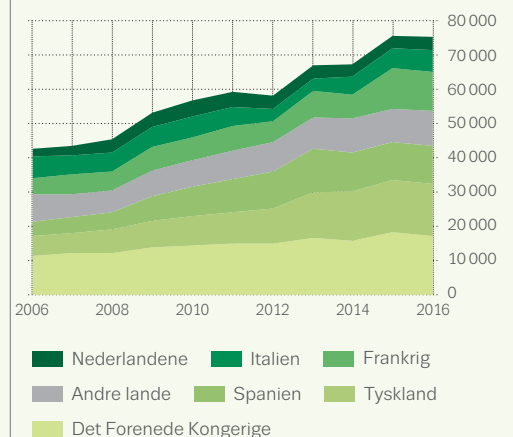


Brugshyppighed inden for den seneste måned

Gennemsnitlig brug 5,5 dage om ugen



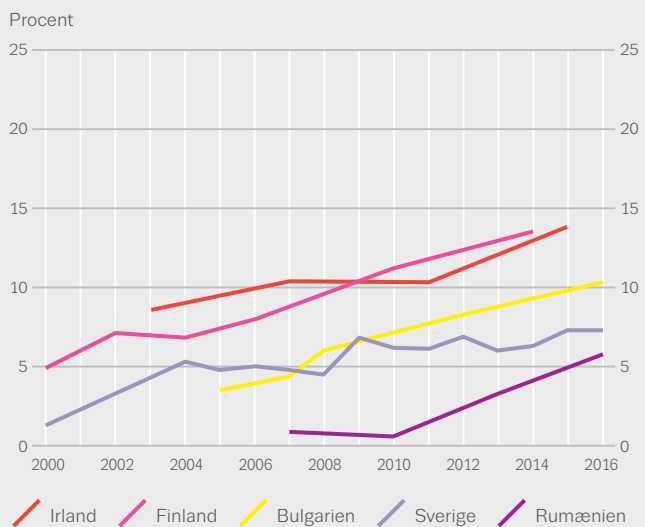
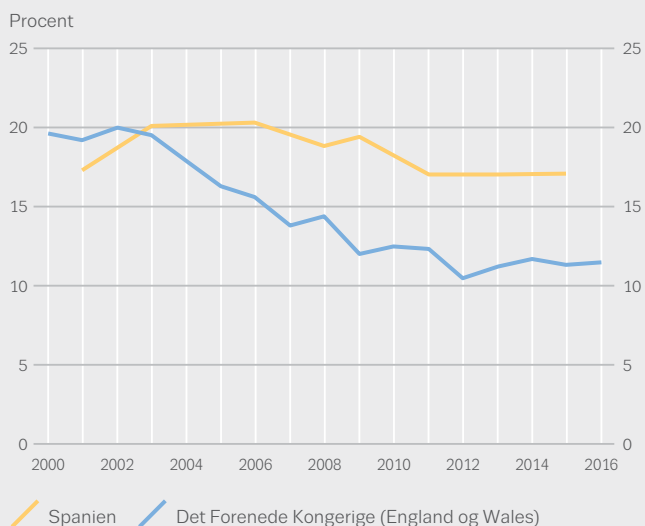
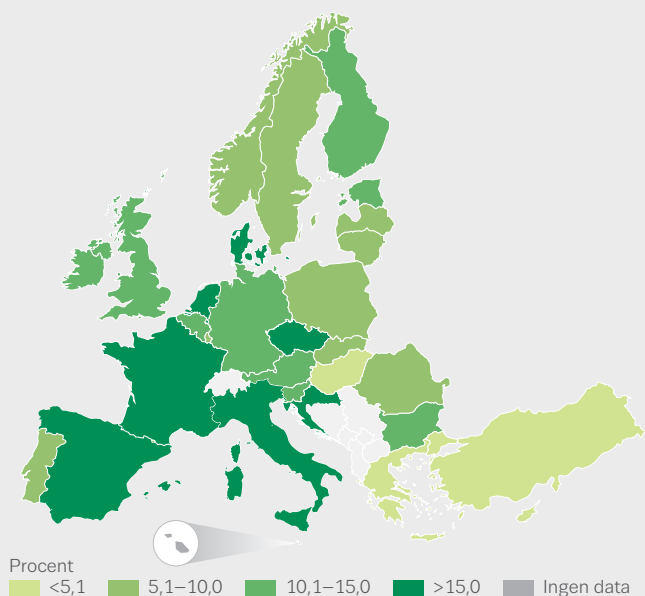
Tendenser for førstegangsb ehandlede



NB: Bortset fra tendenserne findes der data for alle, der kom i behandling med cannabis som primært stof. Tendenser i førstegangsb ehandlede er baseret på 25 lande. Kun lande med data for mindst 9 ud af de seneste 11 år er inkluderet i grafen over tendenser. Manglende værdier er interpoleret fra tilstødende år. På grund af ændringer i datastrømmen på nationalt plan er tallene siden 2014 for Italien ikke sammenlignelige med tidligere år.

FIGUR 2.3

Prævalens for cannabisbrug blandt unge voksne (15-34 år) det seneste år: seneste data (kort) og udvalgte tendenser



Kun få lande har tilstrækkelige undersøgelsesdata til at foretage en statistisk analyse af tendenser for cannabisbrug inden for det seneste år blandt unge voksne (15-34 år). Blandt disse har den faldende langtidstendens, der har været iagttaget over de seneste 10 år i Spanien og Det Forenede Kongerige, nu stabiliseret sig i de nyeste data (figur 2.3).

Inden for det seneste årti har der kunne iagttages en opadgående tendens i mange lande for cannabisbrugen inden for de seneste tolv måneder blandt unge voksne. Dette inkluderer Irland og Finland, hvor de seneste data indikerer niveauer, der nærmer sig EU-gennemsnittet på 14,1 % samt Bulgarien, Rumænien og Sverige, dog med lavere aktuelle niveauer. Blandt de lande, der indberettede de seneste undersøgelsesdata, bekræftede en tredje sammenlignelig årlig undersøgelse i Nederlandene i 2016 en prævalens på lige under 16 %. I Danmark blev der i en undersøgelse fra 2017 rapporteret et af få fald: 15,4 % i modsætning til estimatet fra 2013 på 17,6 %.

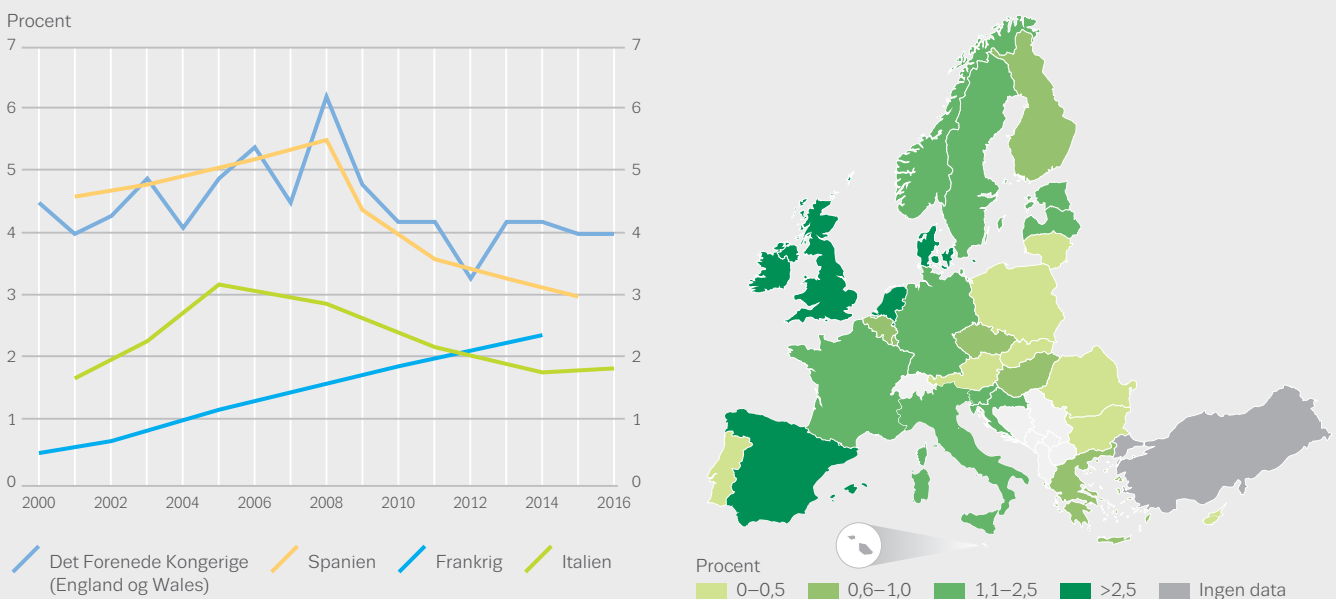
Højrisikobrug af cannabis: en opadgående tendens

På baggrund af generelle befolkningsundersøgelser anslås det, at ca. 1 % af voksne europæere er daglige eller næsten daglige cannabisbrugere, dvs. de har brugt det i 20 dage eller derover i den seneste måned. Ca. 37 % heraf er ældre stofbrugere i gruppen 35-64 år, og ca. tre fjerdedele er mænd.

Når dataene om klienter, der for første gang kommer i behandling for cannabisrelaterede problemer, anvendes sammen med andre indikatorer, kan de give indsigt i arten og omfanget af højrisikobruget af cannabis i Europa. I 2016 påbegyndte over 150 000 personer en stofbehandling for problemer med relation til cannabisbrug. Af disse påbegyndte 83 000 personer behandling for første gang i deres liv. I de 25 lande, som der findes pålidelige data fra, steg det samlede antal førstegangsbehandlede for cannabisrelaterede problemer med 76 % mellem 2006 og 2016, hvor størstedelen (18) af landene indberettede en stigning i denne periode. Der kan findes flere faktorer bag denne stigning, inklusive en højere prævalens af cannabisbrug blandt den almene befolkning, stigninger i antallet af intensive brugere, tilgængeligheden af produkter med kraftigere styrke, stigninger i behandlingstilbuddenes niveauer og henvisning til behandling, især fra det strafferetlige system. Samlet set indberettede 50 % af de primære cannabisbrugere, der modtog behandling første gang i 2016, daglig brug af stoffet i den foregående måned. Dog varierer andelen af daglige brugere meget mellem landene, lige fra 10 % eller mindre i Letland, Ungarn og Rumænien til 60 % eller i Spanien, Frankrig, Nederlandene og Tyrkiet.

FIGUR 2.4

Prævalens for kokainbrug blandt unge voksne (15-34 år) det seneste år: udvalgte tendenser og de seneste data



Kokainbrug: samlet set stabilt, men der er tegn på en stigning

Kokain er det mest udbredte ulovlige stimulerende stof i Europa, og brugen er mere fremherskende i de sydlige og vestlige lande. Blandt regelmæssige forbrugere kan der foretages en bred sondring mellem mere socialt integrerede brugere, der ofte sniffer kokainpulver (kokainhydroklorid), og marginaliserede brugere, der injicerer kokain eller ryger crack (kokainbase), til tider sammen med brug af opioider. Det er ikke muligt at skelne mellem de to former for kokain (kokainpulver eller crack) i mange datasæt, og betegnelsen "kokain" omfatter begge former.

Det skønnes, at 17,0 mio. europæiske voksne (15-64 år) eller 5,1 % af denne aldersgruppe har prøvet kokain på et tidspunkt i livet. Heraf skønnes omkring 2,3 mio. unge voksne i alderen 15-34 år (1,9 % af denne aldersgruppe) at have taget kokain inden for det seneste år.

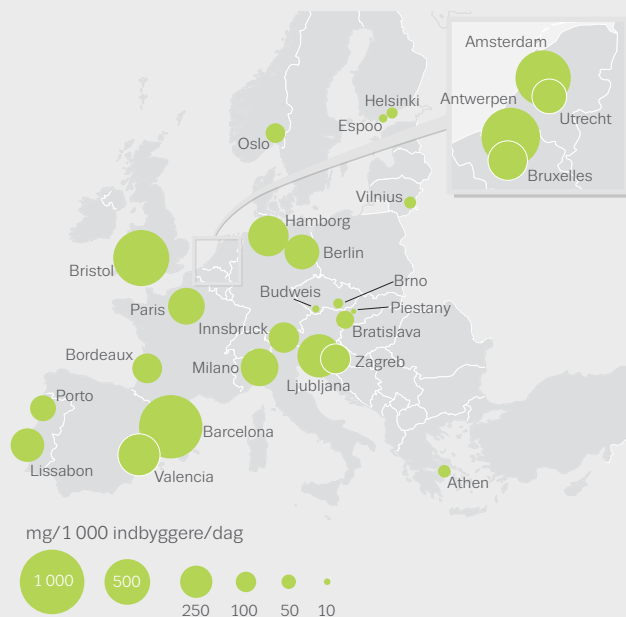
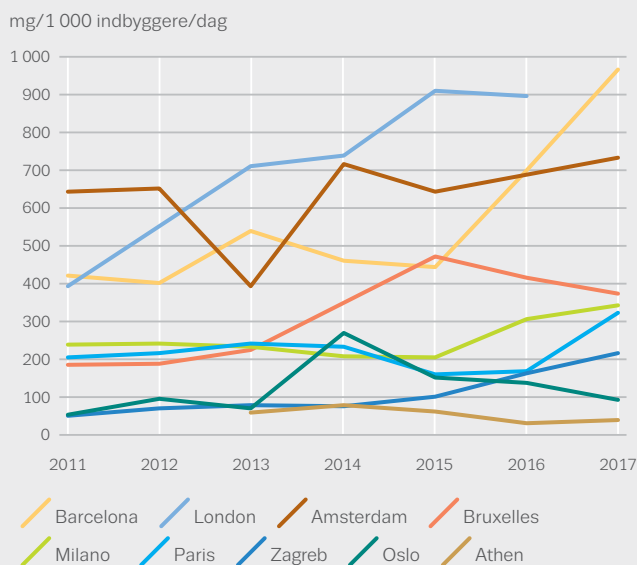
Kun Danmark, Irland, Spanien, Nederlandene og Det Forenede Kongerige har indberettet en prævalens for kokainbrug blandt unge voksne inden for det seneste år på 2,5 % eller derover. I Europa som helhed kan de fald i kokainbrug, der blev indberettet tidligere år, ikke ses i de nyeste undersøgelser. 3 af de lande, der har gennemført undersøgelser siden 2015 og indberettet konfidensintervaller, indberettede højere skøn, 14 indberettede stabile tendenser, og 1 enkelt land indberettede et lavere skøn end i den tidligere sammenlignelige undersøgelse.

Kun i få lande er det muligt at foretage en statistisk analyse af langtidstendenser i kokainbrug blandt unge voksne det seneste år, og de nye data bekræfter de eksisterende tendenser. Spanien og Det Forenede Kongerige indberettede tendenser om stigende prævalens indtil 2008 og derefter stabile eller faldende tal (figur 2.4). Mens Italien har iagttaget et fald fra topniveauet i 2005, peger de seneste undersøgelser på, at niveauet nu har stabiliseret sig. Der er iagttaget en opadgående tendens i 2014 i Frankrig, hvor prævalensen for første gang steg til over 2 %.



FIGUR 2.5

Restkoncentrationer af kokain i spildevand i udvalgte europæiske byer: tendenser og de seneste data



NB: Gennemsnitlig daglig mængde benzoylcononin i mg pr. 1 000 indbyggere. Prøveudtagningen blev gennemført i udvalgte europæiske byer i løbet af en uge hvert år fra 2011 til 2017.

Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Analyser af kommunalt spildevand for kokainrester, som er foretaget i en undersøgelse over flere byer, supplerer resultaterne af befolkningsundersøgelser. Analyser af kommunalt spildevand afdækker det samlede forbrug af rene stoffer i kommunen, og resultaterne er ikke direkte sammenlignelige med prævalensskønnene fra de nationale befolkningsundersøgelser. Resultaterne af spildevandsanalysen præsenteres i standardiserede mængder (mængdemæssig belastning) af stofrester pr. 1 000 indbyggere pr. dag.

En analyse fra 2017 viste, at de højeste belastninger af benzoylcononin – den vigtigste kokainmetabolit – forekom i byer i Belgien, Spanien, Nederlandene og Det Forenede Kongerige, mens der var meget lave tal i størstedelen af de undersøgte østeuropæiske byer (figur 2.5). Af de 31 byer, der havde data for 2016 og 2017, indberettede 19 en stigning, 6 et fald, og 7 en stabil situation. Der indberettes om stigende langtidstendenser i mange af de 13 byer med data for 2011 og 2017.

Højrisikobrug af kokain: flere personer søger behandling

Prævalensen for højrisikobrug af kokain blandt voksne i Europa er vanskelig at vurdere, da kun fire lande har foretaget nyere skøn, og der er brugt forskellige definitioner og metodologier. I Spanien anvendte en ny undersøgelse

en høj frekvens af brug for at anslå højrisikobruget af kokain til 0,43 % blandt personer i alderen 14-18 i 2016/17. I 2015 anslog Tyskland ud fra skalaspørgsmål om afhængighedsalvorligheden højrisikobruget af kokain blandt den voksne andel af befolkningen til 0,20 %. I 2015 fremlagde Italien et skøn på 0,65 % for den voksne andel af befolkningen, der har behov for behandling for kokainbrug. I Portugal anvendte en undersøgelse indirekte statistiske metoder for at anslå højrisikobruget af kokain til 0,98 % for den voksne andel af befolkningen i 2015.

Spanien, Italien og Det Forenede Kongerige står for næsten tre fjerdedele (73 %) af alle indberettede personer, der kom i specialbehandling for kokain i Europa. Samlet set blev kokain nævnt som primært stof for ca. 67 000 klienter, der kom i specialiseret behandling for stofmisbrug i 2016, og for ca. 30 000 førstegangsbehandlede.

Efter en periode med fald er det samlede antal førstegangsbehandlede for kokain steget med over en femtedel mellem 2014 og 2016. Selv om Italien og Det Forenede Kongerige stod for meget af denne stigning, indberettede næsten alle lande en stigning for samme periode.

Størstedelen af de personer, der påbegyndte specialbehandling for problemer med relation til kokainbrug, er primært brugere af pulverkokain (51 000 eller 10 % af alle stofklienter i 2016). Det er primært mest kokainklienter, der på eget initiativ opsøger behandling for deres stofbrug (31 % af alle pulverkokainklienter) eller i kombination med cannabis (26 %), alkohol (31 %) eller andre stoffer (12 %). Denne gruppe indberettes generelt som værende socialt velintegreret med stabile boligforhold og regelmæssig beskæftigelse. En anden gruppe, der består af mere marginaliserede brugere, går i behandling primært pga. af brug af crackkokain (8 300 klienter eller 2 % af alle stofklienter i 2016), hvor mange kan være brugere af heroin som et sidestof. De seneste stigninger i antallet af crackkokain indberettes i Italien og i Det Forenede Kongerige.

Brugen af kokain i kombination med heroin eller andre opioider indberettes af 53 000 klienter, der gik i specialbehandling for stofbrug i Europa i 2016. Dette antal repræsenterer 15 % af alle førstegangsbehandlede, som der både findes oplysninger om primær og sekundær stofbrug på.



KOKAINBRUGERE, DER GÅR I BEHANDLING

Kendetegn

14%  86% 

23 Gennemsnitsalder ved første brug
34 Gennemsnitsalder ved første behandling

30 300 Førstegangsbehandlede

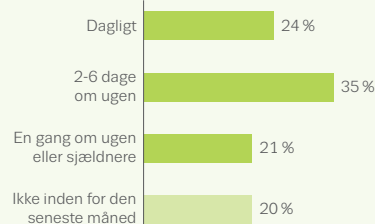
47%

34 400 Tidligere behandlede

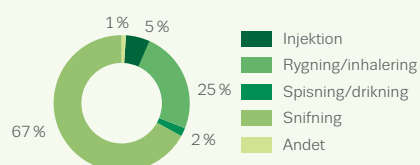
53%

Brugshyppighed inden for den seneste måned

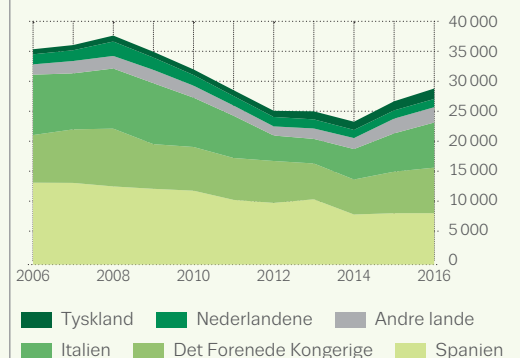
Gennemsnitlig brug **4,1** dage om ugen



Indtagelsesmåde



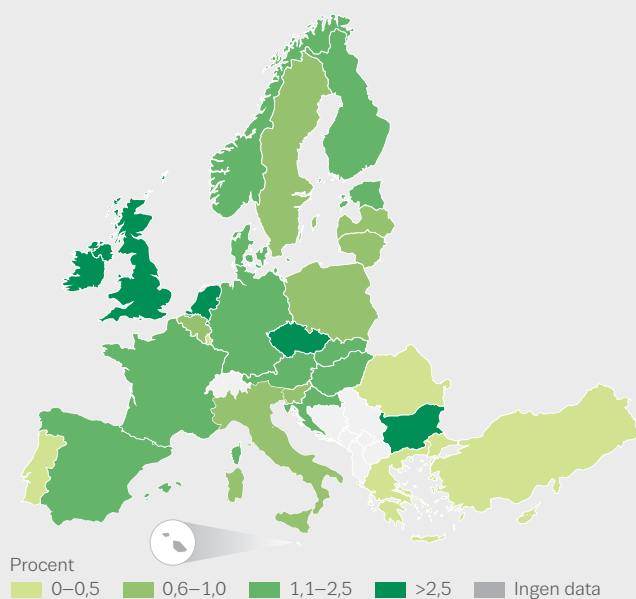
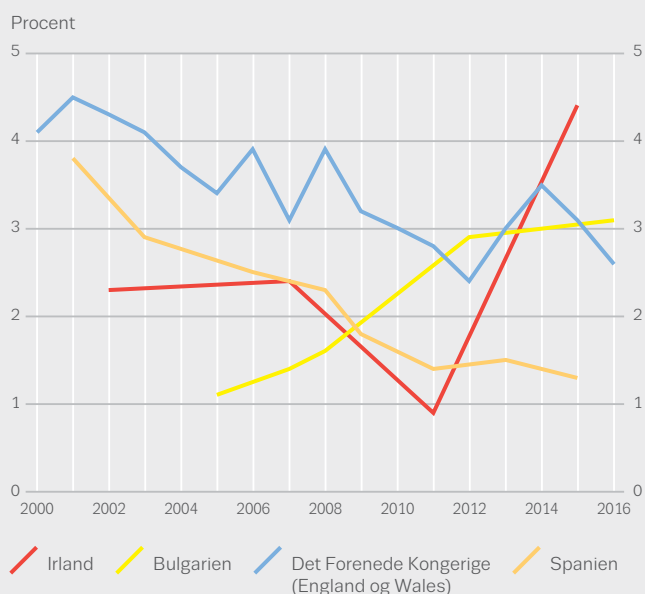
Tendenser for førstegangsbehandlede



NB: Bortset fra tendenserne findes der data for alle, der kom i behandling med kokain som primært stof. Tendenser i førstegangsbehandlede er baseret på 25 lande. Kun lande med data for mindst 9 ud af de seneste 11 år er inkluderet i grafen over tendenser. Manglende værdier er interpoleret fra tilstødende år. På grund af ændringer i datastrømmen på nationalt plan er tallene siden 2014 for Italien ikke sammenlignelige med tidligere år.

FIGUR 2.6

Prævalens for brug af MDMA blandt unge voksne (15-34 år) det seneste år: udvalgte tendenser og de seneste data



MDMA: brugen ser ud til at stabilisere sig

MDMA (3,4-methylenedioxy-metamfetamin) bruges i form af tabletter (ofte kaldet ecstasy) men også som krystal- eller pulverform. Tabletterne synkes normalt, mens krystaller og pulver indtages oralt og også kan sniffes.

Det skønnes, at 13,5 mio. europæiske voksne (15-64 år) eller 4,1 % af denne aldersgruppe har prøvet MDMA/ecstasy på et tidspunkt i livet. Tallene for mere nylig brug i den aldersgruppe, hvor stofbrug er højest, tyder på, at 2,2 mio. unge voksne (15-34 år) har brugt MDMA det seneste år (1,8 % af denne aldersgruppe) med nationale skøn fra 0,2 % i Portugal og Rumænien til 7,4 % i Nederlandene.

Indtil for nylig havde prævalensen for MDMA i mange lande været vigende i forhold til rekordniveauerne i begyndelsen og midten af 00'erne. I de seneste år har overvågningskilder dog antydnet, at der sker en stabilisering eller stigende brug af MDMA i enkelte lande. Blandt de lande, som har udarbejdet nye undersøgelser siden 2015 og indberettet konfidensintervaller, har 5 lande indberettet højere skøn ind i den foregående sammenlignelige undersøgelse, 12 lande indberettede stabile skøn og 1 land indberettede et lavere skøn.

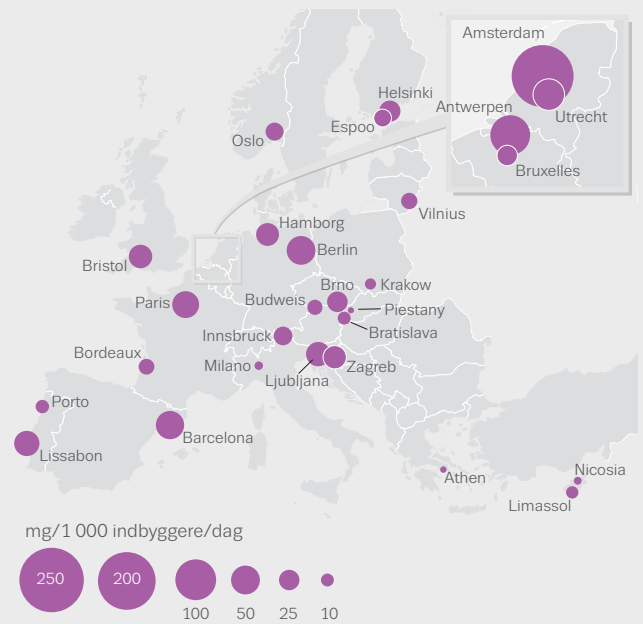
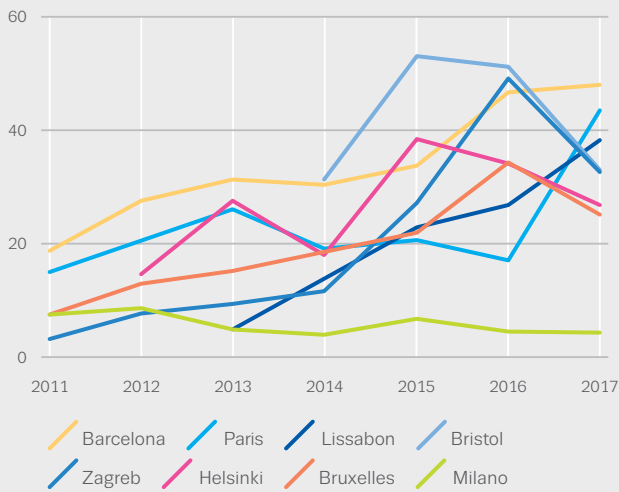
I de tilfælde, hvor der findes data til at foretage en statistisk analyse af tendenserne i brug af MDMA det seneste år blandt unge voksne, tyder nyere data på ændringer (figur 2.6). I Det Forenede Kongerige er den stigning, der kunne iagttages mellem 2012 og 2014, gået



FIGUR 2.7

Restkoncentrationer af MDMA i spildevand i udvalgte europæiske byer: tendenser og de seneste data

mg/1 000 indbyggere/dag



NB: Gennemsnitlig daglig mængde MDMA i mg pr. 1 000 indbyggere. Prøveudtagningen blev gennemført i udvalgte europæiske byer i løbet af en uge hvert år fra 2011 til 2017.

Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

tilbage iht. de seneste data, så man kan tale om en nedadgående tendens. I Spanien er den langfristede tendens fortsat nedadgående, selv om de seneste tal er stabile. De seneste data viser en markedsstigning i Irland hvad angår prævalens siden 2011 og en fortsat opadgående tendens i Bulgarien. Dataene fra undersøgelsen i Nederlandene bekræfter de høje niveauer, der blev indberettet i to tidligere årlige rapporter.

Analysen fra 2017 af flere byer viste, at de højeste mængdemæssige belastninger af MDMA i spildevand forekom i belgiske, nederlandske og tyske byer (se figur 2.7). Af de 33 byer, der havde data for 2016 og 2017, indberettede 11 en stigning, 7 en stabil situation, og 15 et fald. Med henblik på de langfristede tendenser var MDMA-belastningerne i spildevandet højere i 2017 end i 2011 i de fleste byer, der havde data for både 2011 og 2017

(12 byer). De kraftige stigninger i perioden 2011-2016 ser dog ud til at stabilisere sig i 2017 for de fleste byer.

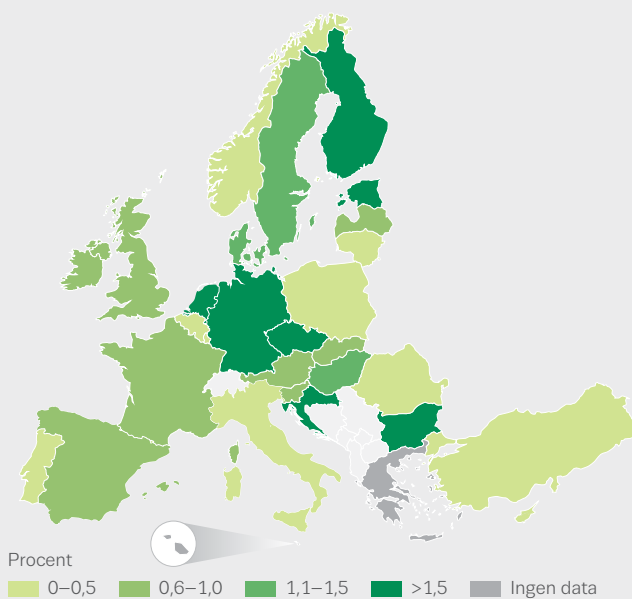
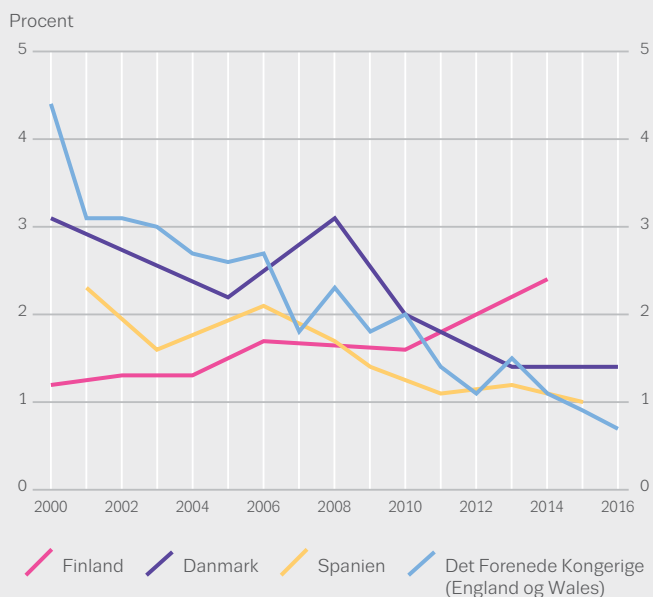
MDMA indtages ofte i kombination med andre stoffer, herunder alkohol. Der er i øjeblikket tegn på, at MDMA i lande med højere prævalens ikke længere er et niche- eller subkulturstof. Det er ikke begrænset til danseklubber og fester, men bruges af en bred vifte af unge i nattelivets mainstreammiljøer, såsom barer og private fester.

MDMA-brug anføres sjældent som grund til at gå i specialiseret stofbehandling. I 2016 blev MDMA indberettet af under 1 % (ca. 1 000 tilfælde) af de førstebehandlede i Europa, primært i Spanien, Frankrig, Det Forenede Kongerige og Tyrkiet.

Overvågningskilder antyder en stabilisering eller et stigende brug af MDMA

FIGUR 2.8

Prævalens for amfetaminbrug blandt unge voksne (15-34 år) det seneste år: udvalgte tendenser og de seneste data



Amfetaminer: forskellig brug men stabile tendenser

Amfetamin og metamfetamin, to tæt forbundne stimulanter, bruges begge i Europa, selv om amfetamin er langt det mest anvendte stof. Historisk set har brugen af metamfetamin været begrænset til Tjekkiet og på det seneste Slovakiet, selv om der de seneste år har været stigende brug i andre lande. I nogle datasæt er det ikke muligt at skelne mellem disse to stoffer, og i sådanne tilfælde anvendes fællesbetegnelsen amfetaminer.

Begge stoffer kan indtages oralt eller sniffes. Derudover udgør intravenøs brug en betydelig del af stofproblemet i enkelte lande. Metamfetaminer kan også ryges, men denne indtagelsesmåde indberettes ikke hyppigt i Europa.

Det skønnes, at 11,9 mio. europæiske voksne (15-64 år) eller 3,6 % af denne aldersgruppe har prøvet amfetaminer på et tidspunkt i livet. Tallene for mere nylig brug i den aldersgruppe, hvor stofbrug er højest, tyder på, at 1,2 mio. (1,0 %) unge voksne (15-34 år) har brugt amfetaminer det seneste år med de nyeste nationale prævalensskøn fra 0,1 % i Portugal til 3,6 % i Nederlandene. Ifølge de tilgængelige data har amfetaminbruget været forholdsvis stabilt i de fleste europæiske lande siden omkring 2000. 2 af de lande, der har gennemført undersøgelser siden 2015 og indrapporteret konfidensintervaller, indberettede højere skøn, 13 indberettede stabile tendenser, og to indberettede et lavere skøn end i den tidligere sammenlignelige undersøgelse.

Kun i få lande er det muligt at foretage en statistisk analyse af prævalensen for brug af amfetaminer blandt unge voksne det seneste år. Der kan iagttages langfristede nedadgående tendenser i Danmark, Spanien og Det Forenede Kongerige (figur 2.8). I modsætning til dette er prævalensen af amfetaminbruget blandt unge voksne i Finland steget mellem 2000 og 2014.

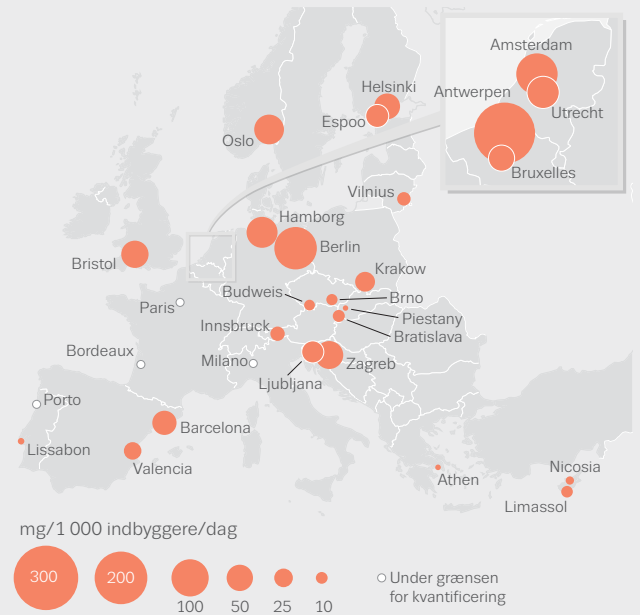
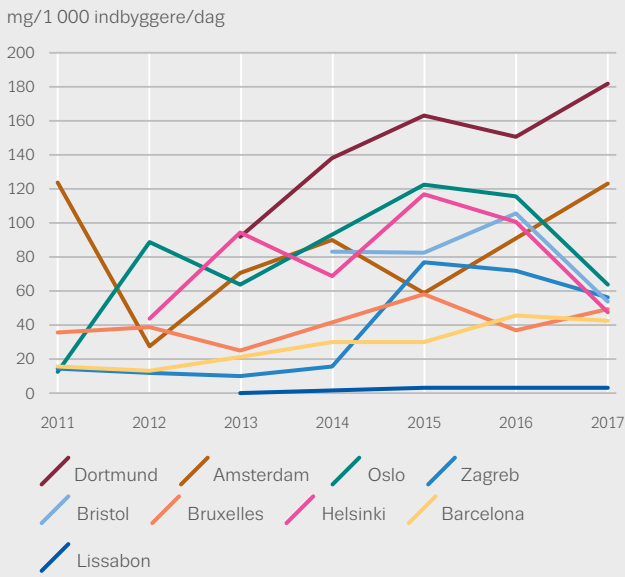
Analyser af kommunalt spildevand udført i 2017 viste, at den mængdemæssige belastning af amfetamin varierede betragteligt i Europa, og de højeste niveauer forekom i byer i Nord- og Østeuropa (figur 2.9). I byerne i Sydeuropa blev der fundet meget lavere koncentrationer af amfetamin.

Af de 33 byer, der havde data for 2016 og 2017, indberettede 9 en stigning, 11 en stabil situation, og 13 et fald. Samlet set viste dataene fra 2011 til 2017 et forskelligt billede med dog med relative stabile tendenser for de fleste byer, hvad angår amfetamin.

Brugen af metamfetamin, der traditionelt har været lav i Europa og historisk begrænset til Tjekkiet og Slovakiet, forekommer nu også på Cypren, det østlige Tyskland, Spanien og Nordeuropa (se figur 2.10). Af de 34 byer, der havde data om metamfetamin i spildevand for 2016 og 2017, indberettede 12 en stigning, 10 en stabil situation, og 12 et fald.

FIGUR 2.9

Restkoncentrationer af amfetamin i spildevand i udvalgte europæiske byer: tendenser og de seneste data

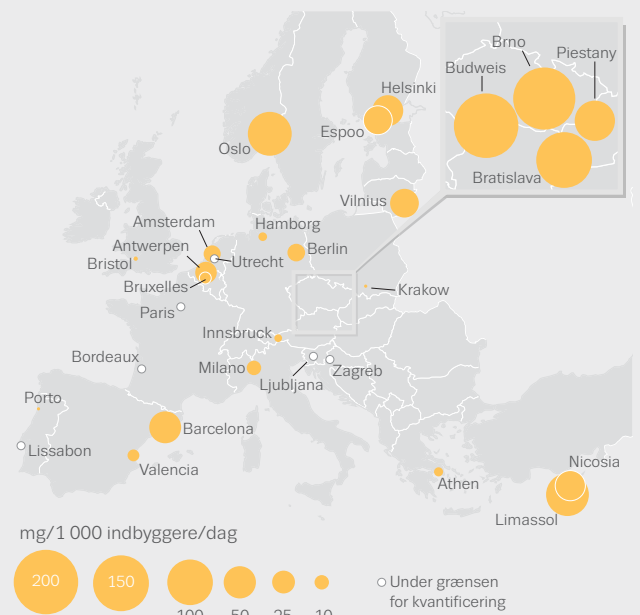
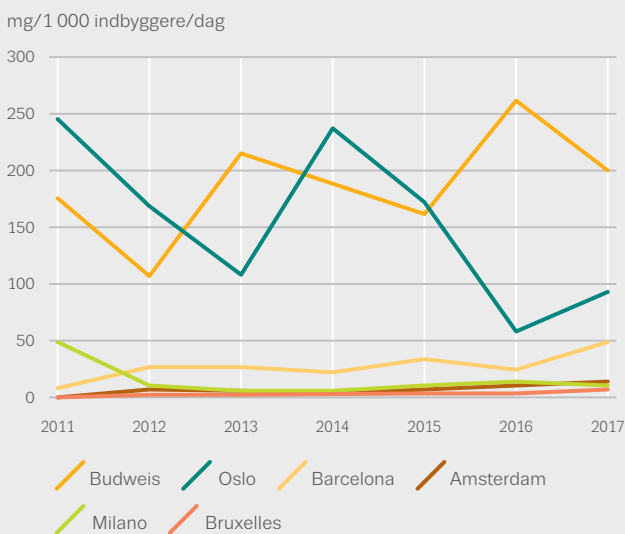


NB: Gennemsnitlig daglig mængde amfetamin i mg pr. 1 000 indbyggere. Prøveudtagningen blev gennemført i udvalgte europæiske byer i løbet af en uge hvert år fra 2011 til 2017.

Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

FIGUR 2.10

Restkoncentrationer af metamfetamin i spildevand i udvalgte europæiske byer: tendenser og de seneste data



NB: Gennemsnitlig daglig mængde metamfetamin i mg pr. 1 000 indbyggere. Prøveudtagningen blev gennemført i udvalgte europæiske byer i løbet af en uge hvert år fra 2011 til 2017.

Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Højrisikobrug af amfetaminer: behovet for behandling er fortsat højt


Problemer relateret til langvarig kronisk intravenøs brug af amfetamin er historisk set primært blevet observeret i nordeuropæiske lande. Til gengæld har metamfetaminrelaterede problemer kunnet iagttages mest tydeligt i Tjekkiet og Slovakiet. Der findes nylige skøn over højrisikobrug af amfetaminer for Norge, hvor skønnet ligger på 0,33 % eller 11 200 voksne (i 2013), og for Tyskland, hvor tallene er 0,19 % eller 102 000 voksne i 2015. Amfetaminbrugere udgør sandsynligvis størstedelen af de anslået 2 230 (0,18 %) brugere af højrisikostimulanser, der er indberettet for Letland i 2016, hvilket er et fald fra 6 540 (0,46 %) i 2010. Tjekkiet og Cypern har leveret nylige skøn over højrisikobrug af metamfetamin. I Tjekkiet lå skønnet over højrisikobrug af metamfetamin blandt voksne (15-64 år) på ca. 0,50 % i 2016 (svarende til 34 300 brugere). Dette repræsenterer en stigning fra 20 900 brugere i 2007, selv om tallene har været relative stabile i de seneste år. Skønnet for Cypern lå på 0,02 % eller 105 brugere i 2016.

Amfetaminer nævnes som det primære stof af omkring 35 000 klienter, der kom i specialiseret stofbehandling i Europa i 2016, og hvoraf 15 000 var førstegangsbehandlede. Primære amfetaminbrugere tegner sig for over 15 % af antallet af indberettede førstegangsbehandlede i Tyskland, Letland, Polen og Finland. Klienter, der kom i behandling for brug af metamfetamin som primært stof, er koncentreret i Tjekkiet og Slovakiet, der tilsammen tegner sig for næsten 90 % af de 9 200 metamfetaminklienter, der påbegynder specialiserede behandlingstilbud i Europa.

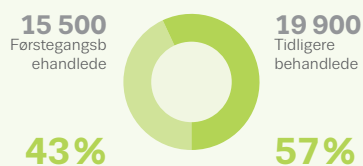
AMFETAMINBRUGERE, DER GÅR I BEHANDLING



Kendetegn

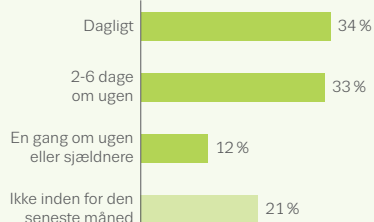
27%  73% 

20 Gennemsnitsalder ved første brug
29 Gennemsnitsalder ved første behandling

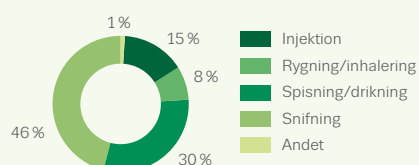


Brugshyppighed inden for den seneste måned

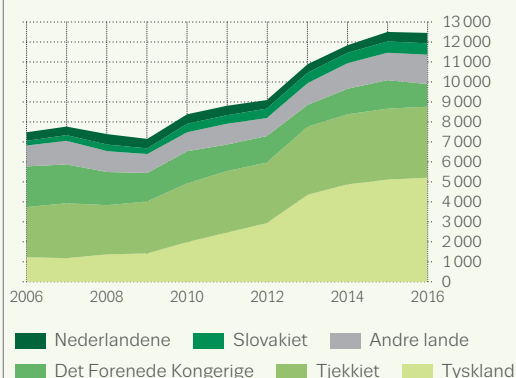
Gennemsnitlig brug 4,4 dage om ugen



Indtagelsesmåde



Tendenser for førstegangsbehandlede



NB: Bortset fra tendenserne finder der data for alle, der kom i behandling med amfetaminer som primært stof. Tendenser i førstegangsbehandlede er baseret på 25 lande. Kun lande med data for mindst 9 ud af de seneste 11 år er inkluderet i grafen over tendenser. Manglende værdier er interpoleret fra tilstødende år.

Ketamin, GHB og hallucinogener: fortsat lav brug

En række andre stoffer med hallucinogene, beroligende, dissociative eller angstdæmpende egenskaber bruges i Europa. Disse omfatter LSD (lysergisyrediætylamid), hallucinogene svampe, ketamin og GHB (gamma-hydroxybutyrat).

I de sidste 20 år er der blevet berettet om fritidsbrug af ketamin og GHB (herunder stoffets prækursor GBL, gamma-hydroxybutyrat) blandt undergrupper af stofbrugere i Europa. De tilgængelige nationale skøn over prævalensen for brug af GHB og ketamin hos både voksne og skoleelever ligger fortsat på et lavt niveau. I den norske 2016-undersøgelse lå prævalensen for brug af GHB det seneste år på 0,1 % for voksne (16-64 år). I 2016 blev prævalensen for brug det seneste år af ketamin blandt unge voksne (15-34 år) skønnet til 0,1 % i Tjekkiet og Rumænien og 0,8 % i Det Forenede Kongerige.

De overordnede prævalensniveauer for brugen af LSD og hallucinogene svampe i Europa har generelt været lave og stabile i en årrække. De nationale undersøgelser fra 2016 eller de seneste år giver et skøn over prævalens for brug det seneste år blandt unge voksne (15-34 år) på mindre end 1 % for begge stoffer med undtagelse af Nederlandene (1,9 %), Finland (1,9 %) og Tjekkiet (3,1 %) for hallucinogene, og Finland (1,3 %) og Tjekkiet (1,4 %) for LSD.

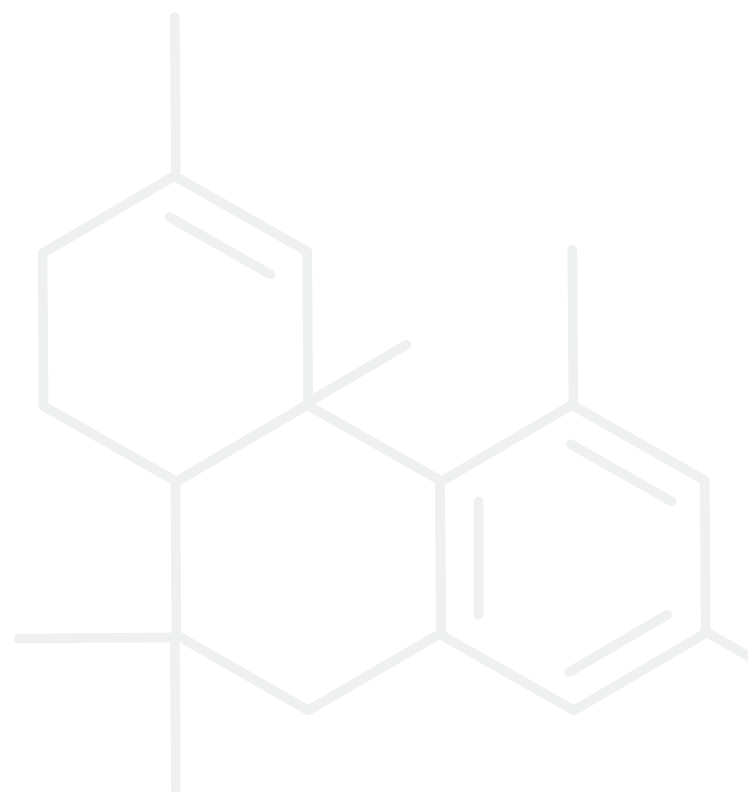
Brug af nye psykoaktive stoffer: højrisikobrug i marginaliserede befolkningsgrupper

En række lande har indarbejdet nye psykoaktive stoffer i deres generelle befolkningsundersøgelser, om end forskelle i metoder og spørgsmål begrænser sammenligneligheden af de forskellige landes resultater. Siden 2011 har 13 europæiske lande indberettet nationale skøn over brugen af nye psykoaktive stoffer (ikke for ketamin og GHB). For unge voksne (15-34 år) varierer prævalensen for brug af disse stoffer det seneste år fra 0,2 % i Italien og Norge, til 1,7 % i Rumænien. Der findes tilgængelige undersøgelsesdata om brug af mefedron for Det Forenede Kongerige (England og Wales). I den nyeste undersøgelse (2016/17) blev brug det seneste år af dette stof blandt 16-34-årige skønnet til 0,3 %, hvilket er et fald fra 1,1 % i 2014/15. I de seneste år gik brug af syntetiske cannabinoider inden for det sidste år blandt de 15- til 34-årige fra 0,2 % i Spanien til 1,5 % i Letland.

Mens forbrugsniveauerne for nye psykoaktive stoffer samlet set er lave i Europa, indberettede over to tredjedele af landene i en EMCDDA undersøgelse, at de bliver brugt af højrisikostofbrugere. Især brugen af syntetiske cathinoner hos intravenøse brugere af opioid og stimulerende stoffer er blevet tilskrevet sundhedsmæssige og sociale problemer. Derudover er rygning af syntetiske cannabinoider hos marginaliserede befolkningsgrupper, hvilket også omfatter hjemløse og indsatte, blevet identificeret som et problem i mange europæiske lande.

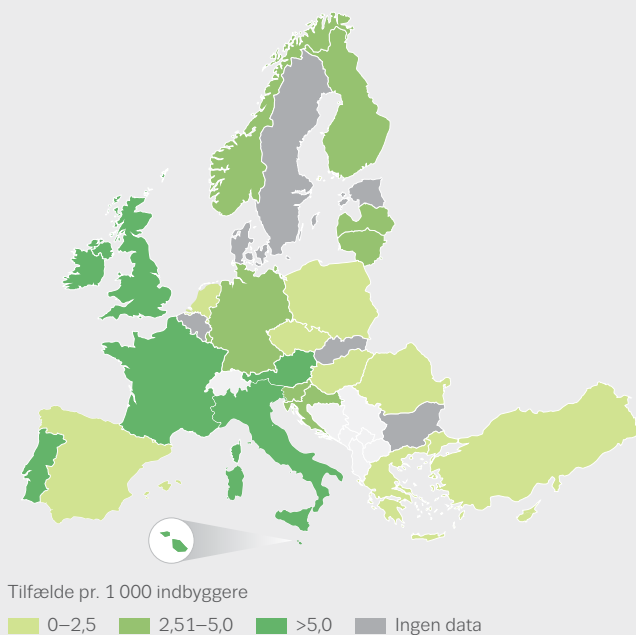
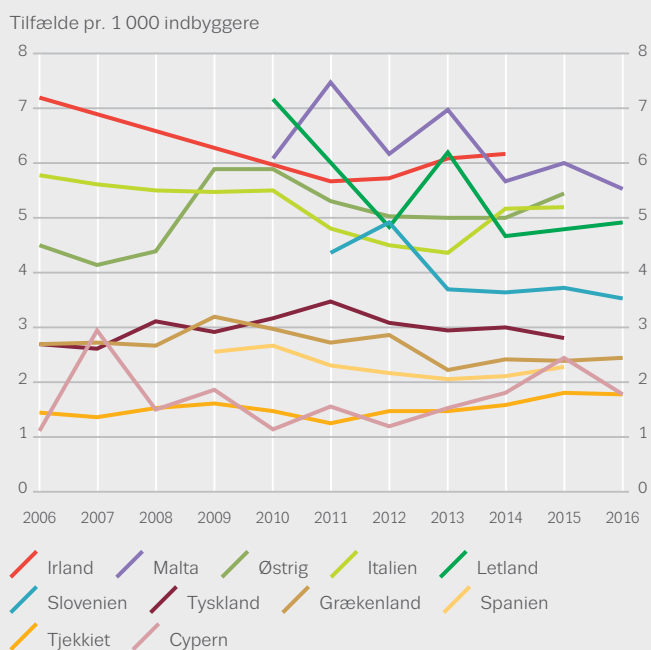
Samlet set er det kun få personer, der i Europa i øjeblikket kommer i behandling for problemer knyttet til brug af nye psykoaktive stoffer, selv om disse stoffer er betydelige for enkelte lande. I de seneste data blev brugen af syntetiske cannabinoider indberettet som hovedårsagen for at påbegynde specialiseret stofbehandling for 17 % af klienterne i Tyrkiet og for 7 % i Ungarn: Problemer relateret til den primære brug af syntetiske cathinoner blev opgivet til 0,3 % af de førstegangsbehandlede i Det Forenede Kongerige.

I Det Forenede Kongerige er brugen af syntetiske cannabinoider blandt indsatte en særlig bekymring. En undersøgelse foretaget i 2016 i fængslerne i Det Forenede Kongerige dokumenterede, at 33 % af de 625 indsatte indberettede brugen af »spice« inden for den seneste måned. Til sammenligning indberettede 14 % cannabisbrug inden for den seneste måned.



FIGUR 2.11

Nationale skøn over prævalensen for højrisikopioidbrug det seneste år: udvalgte tendenser og seneste data



Højrisikobrug af opioider: heroin stadig dominerende

Det mest udbredte ulovlige opioide, der bruges i Europa, er heroin, som kan ryges, sniffes eller injiceres. Også en række syntetiske opioider som f.eks. metadon, buprenorphin og fentanyl misbruges.

Europa har oplevet forskellige bølger af heroinafhængighed, hvoraf den første ramte mange vesteuropæiske lande midt i 1970'erne, mens en anden bølge ramte andre lande, især i Central- og Østeuropa midt og sidst i 1990'erne. De seneste år er der identificeret en aldrende kohorte af højrisikobrugere af opioider, hvoraf mange sandsynligvis har været i substitutionsbehandling.

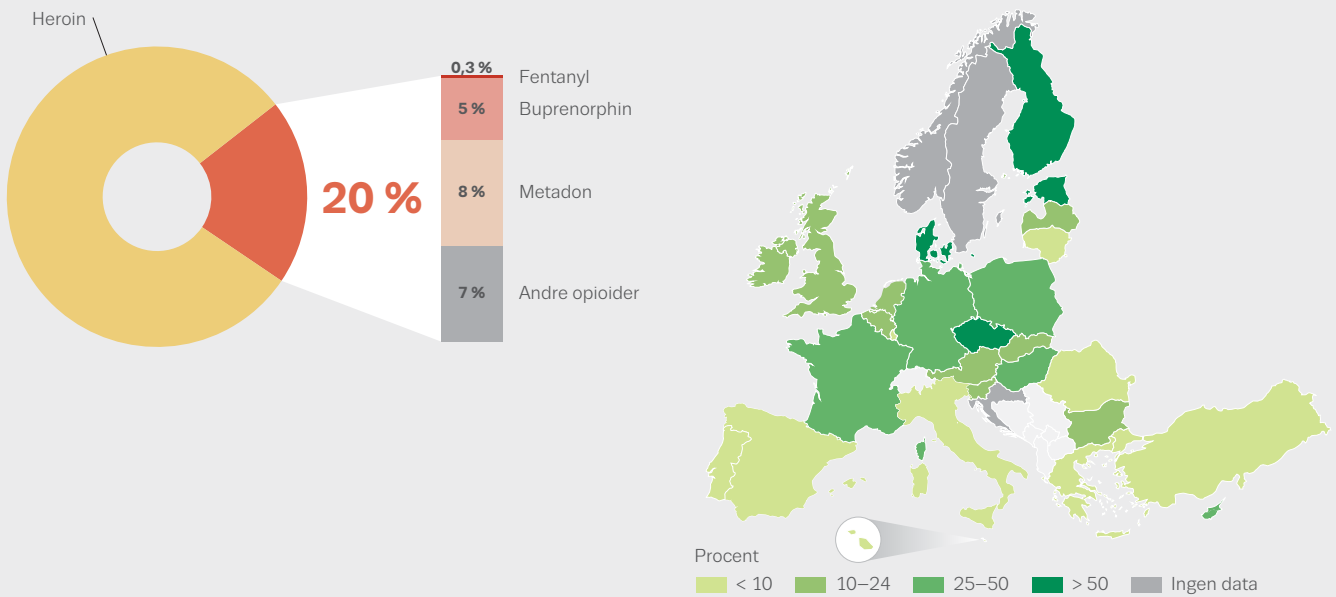
Prævalensen for højrisikobrug af opioider blandt voksne (15-64 år) skønnes at ligge på 0,4 % af EU's befolkning, hvilket svarer til 1,3 mio. højrisikobrugere af opioider i 2016. På nationalt plan svinger den skønnede prævalens for højrisikobrug af opioider fra under et til over otte tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år. De fem mest befolkede lande i Den Europæiske Union, der udgør 62 % af dennes befolkning, har tre fjerdedele (76 %) af dets anslåede antal højrisikobrugere af opioider (Tyskland, Spanien, Frankrig, Italien, Det Forenede Kongerige). Af de 11 lande, der har foretaget regelmæssige prævalensskøn for højrisikobrug af opioider i perioden mellem 2006 og 2016, har Spanien og Italien et statistisk set betydeligt fald, mens Tjekkiet har en statistisk set betydelig stigning (figur 2.11).

I 2016 blev brug af opioider indberettet som hovedårsagen til påbegyndelse af specialiseret stofbehandling af 177 000 klienter eller 37 % af alle, som påbegyndte en stofbehandling i Europa. Af disse var 35 000 førstegangsbehandlede. Brugere med heroin som primært stof udgjorde 82 % af de førstegangsbehandlede opioidebrugere.

I henhold til de tilgængelige data er antallet af førstegangsheroinklienter mere end halveret fra topniveauet i 2007 til lavpunktet i 2013, før det stabiliserede sig i de seneste år.

FIGUR 2.12

Klienter, der kom i behandling og anførte opioider som deres primære stof: opdelt efter type opioid (venstre) og procentdel, der anførte andre opioider end heroin (højre)



Syntetiske opioider: diverse stoffer, der forekommer i Europa

Selv om heroin fortsat er det mest udbredte ulovlige opioid, viser en række kilder også, at lovlige syntetiske opioider i stigende grad misbruges (f.eks. metadon, buprenorphin og fentanyl). Blandt de opioider, som klienter

i behandling nævner, er misbrugt metadon, buprenorphin, fentanyl, codein, morfin, tramadol og oxycodon. I nogle lande udgør andre opioider end heroin den mest almindelige form for opioidbrug blandt klienter, der kommer i specialiseret behandling. I 2016 rapporterede 18 europæiske lande, at over 10 % af alle opioidklienter, der kom i specialiseret behandling, blev behandlet for

HEROINBRUGERE, DER GÅR I BEHANDLING

Kendetegn

20% 80%



23 Gennemsnitsalder ved første brug

34 Gennemsnitsalder ved første behandling

28 200 Førstegangsb ehandlede

19%

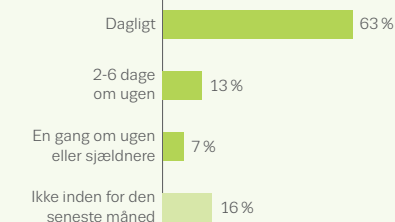


117 200 Tidligere behandlede

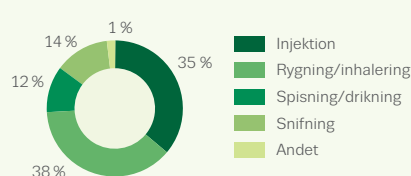
81%

Brugshyppighed inden for den seneste måned

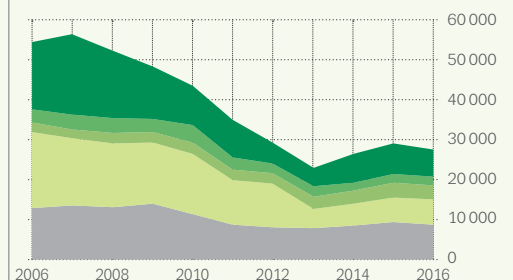
Gennemsnitlig brug 6 dage om ugen



Indtagelsesmåde



Tendenser for førstegangsb ehandlede

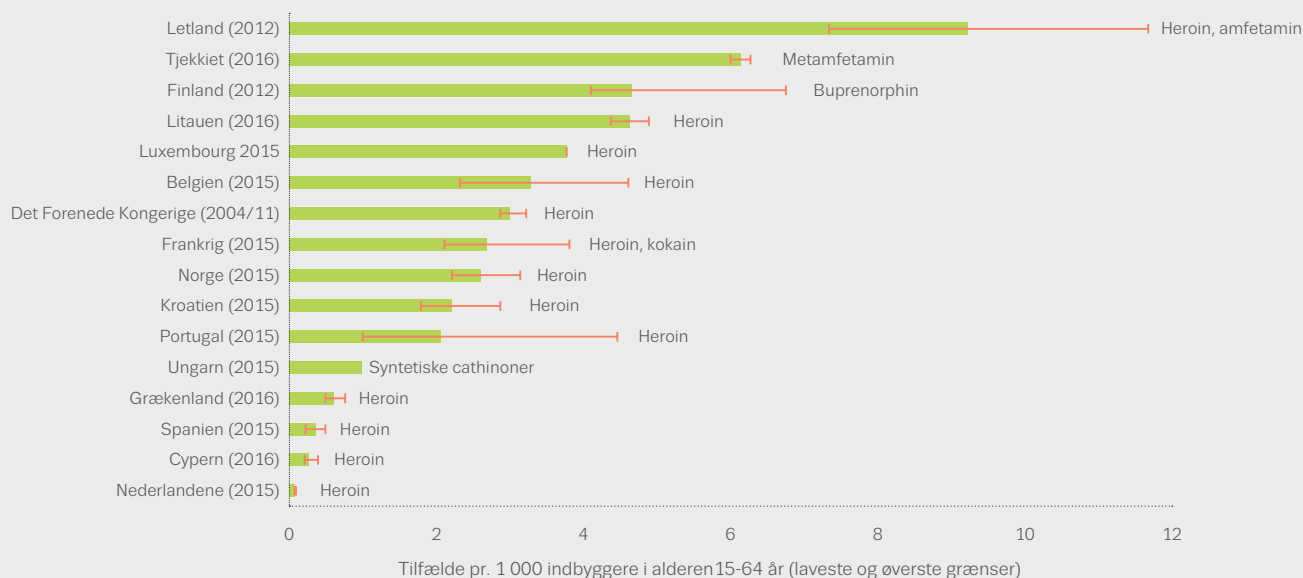


Italien Spanien Tyskland Det Forenede Kongerige Andre lande

NB: Bortset fra tendenserne findes der data for alle, der kom i behandling med heroin som primært stof. Data for Tyskland gælder for førstegangsb ehandlede med "opioider" som primært stof. Tendenser i førstegangsb ehandlede er baseret på 25 lande. Kun lande med data for mindst 9 ud af de seneste 11 år er inkluderet i grafen over tendenser. Manglende værdier er interpoleret fra tilstødende år. På grund af ændringer i datastrømmen på nationalt plan er tallene siden 2014 for Italien ikke sammenlignelige med tidligere år.

FIGUR 2.13

Intravenøs stofbrug: seneste skøn for prævalens og det primære injicerede stof



problemer, der primært var relateret til andre opioider end heroin (figur 2.12). I Estland brugte flertallet af nye klienter, der kom i behandling med et opioid som deres primære stof, fentanyl, mens buprenorphin var det mest nævnte primære opioid blandt førstegangsbehandlede i Finland. Misbrug af buprenorphin indberettes af ca. 30 % af opioidklienterne i Tjekkiet og misbrug af metadon af 22 % af opioidklienterne i Danmark. På Cypern og i Polen kommer mellem 20 % og 30 % af opioidklienterne i behandling for problemer, der er relateret til brugen af andre opioider som f.eks. oxycodon (Cypern) og »kompot« — heroin fremstillet af valmuestrå (Polen). Derudover kan de, der starter i behandling for problemer med relation til nye psykoaktive stoffer med opioidlignende effekter, have indberettet disse under den generelle betegnelse for opioider.

Intravenøs stofbrug: fortsat fald blandt førstegangsbehandlede

Intravenøs stofbrug forbindes normalt med opioider, selv om injektion af stimulanter såsom amfetaminer og kokain er et problem i nogle få lande.

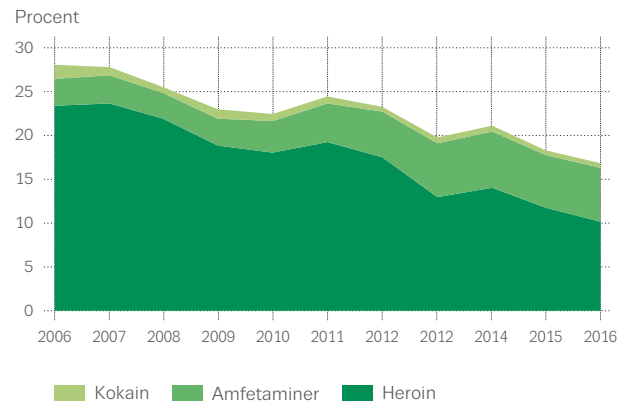
Kun 16 lande har udarbejdet skøn over prævalensen siden 2011 for intravenøs stofbrug, der strækker sig fra under 1 til omkring 9 tilfælde pr. 1.000 indbyggere i alderen 15-64 år. I de fleste af disse lande kan det primære intravenøse stof identificeres tydeligt, selv om de to stoffer har lignende høje brugsniveauer. Opioider indberettes som et primært intravenøst stof i størstedelen (14) af landene (se figur 2.13). Heroin nævnes i 13 af disse lande, mens buprenorphin nævnes i Finland. Stimulerende stoffer indberettes som et primært intravenøst stof i 4 lande, hvor de anvendte stoffer inkluderer syntetiske cathinoner (Ungarn), kokain (Frankrig), amfetamin (Letland) og metamfetamin (Tjekkiet).

FIGUR 2.14

Blandt de førstegangsklienter, der kom i specialiseret stofbehandling i 2016 og angav heroin som deres primære stof, anførte 27 % injektion som deres vigtigste indtagelsesmåde, hvilket er et fald fra 43 % i 2006. I denne gruppe varierer injektionsomfanget mellem landene fra 8 % i Spanien til over 90 % i Letland, Litauen og Rumænien. Intravenøs brug indberettes som vigtigste indtagelsesmåde af 1 % af førstegangskokainklienterne og 47 % af førstegangsklienterne med amfetamin som primært stof. Det samlede billede af amfetaminer, er dog kraftigt påvirket af Tjekkiet, som står for 87 % af de nye amfetaminklienter i Europa, som bruger stoffet intravenøst. For de tre vigtigste injicerede stoffer under ét er antallet af førstegangsklienter i Europa, der anfører injektion som den vigtigste indtagelsesmåde, faldet fra 28 % i 2006 til 17 % i 2016 (figur 2.14).

Injektion af syntetiske cathinoner, om end det ikke er et udbredt fænomen, indberettes fortsat for specifikke grupper, herunder intravenøse opioidbrugere og klienter i behandling i visse lande og blandt nålebytteklienter i Ungarn. Ifølge en nylig undersøgelse fra EMCDDA indberettede 10 lande injektion af syntetisk cathinon (ofte sammen med andre stimulanser og GHB) i forbindelse med sexfester blandt mindre grupper af mænd, som har sex med mænd.

Injektion blandt førstegangsbearbejdede med heroin, kokain eller amfetaminer som primært stof: indberetningsprocent for injektion som vigtigste indtagelsesmåde



NB: Tendenserne er baseret på 21 lande med data for mindst 9 ud af de seneste 11 år.



Injektionen af syntetiske cathinoner fortsætter med at blive indberettet i specifikke befolkningsgrupper

HVIS DU VIL VIDE MERE

EMCDDA-publikationer

2018

Country Drug Reports 2018.

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

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

2017

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

2016

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

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

2015

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

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

2013

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

2012

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

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

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

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

Fælles publikationer fra EMCDDA og ESPAD

2016

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

Alle publikationer er tilgængelige under linket www.emcdda.europa.eu/publications.

3

**Brug af ulovlige stoffer
regnes for at bidrage til
den globale sygdomsbyrde**

Narkotikarelaterede skader og reaktioner

Brug af ulovlige stoffer regnes for at bidrage til den globale sygdomsbyrde. Kroniske og akutte helbredsproblemer kædes sammen med brug af ulovlige stoffer og forværres af forskellige faktorer, bl.a. stoffernes egenskaber, indtagelsesmåden, individuel sårbarhed og social baggrund for forbruget af stoffer. Blandt de kroniske problemer kan nævnes afhængighed og narkotikarelaterede infektionssygdomme, mens der findes en hel række akutte skader, hvoraf den bedst dokumenterede er overdosis. Om end opioidbrug er forholdsvis sjælden, er den stadig årsag til megen narkotikarelateret sygelighed og dødelighed. Intravenøs stofbrug forøger risiciene. Til sammenligning kan den høje prævalens for brugen af cannabis få konsekvenser for folkesundheden, selv om sundhedsproblemer knyttet til brugen af dette stof ligger klart lavere. Variationen i indhold og renhed af de stoffer, der nu udbydes til brugerne, øger de potentielle skader og skaber et udfordrende miljø for den narkotikarelaterede indsats.

Udformningen og leveringen af effektive evidensbaserede tiltag mod narkotikaproblemer prioriteres højt i europæiske

narkotikapolitikker og involverer en række foranstaltninger. Forebyggelsesindsatser og tidlig indgriben sigter mod at forebygge stofbrug og de dertil hørende problemer, mens behandling, herunder både psykosociale og farmakologiske metoder, udgør det primære svar på afhængighed. Nogle centrale foranstaltninger, såsom opioidsstitutionsbehandling og nåle- og sprøjteprogrammer, blev udviklet som led i bekæmpelse af intravenøs opioidbrug og deraf følgende problemer, især spredning af infektionssygdomme og dødsfald som følge af overdosis.

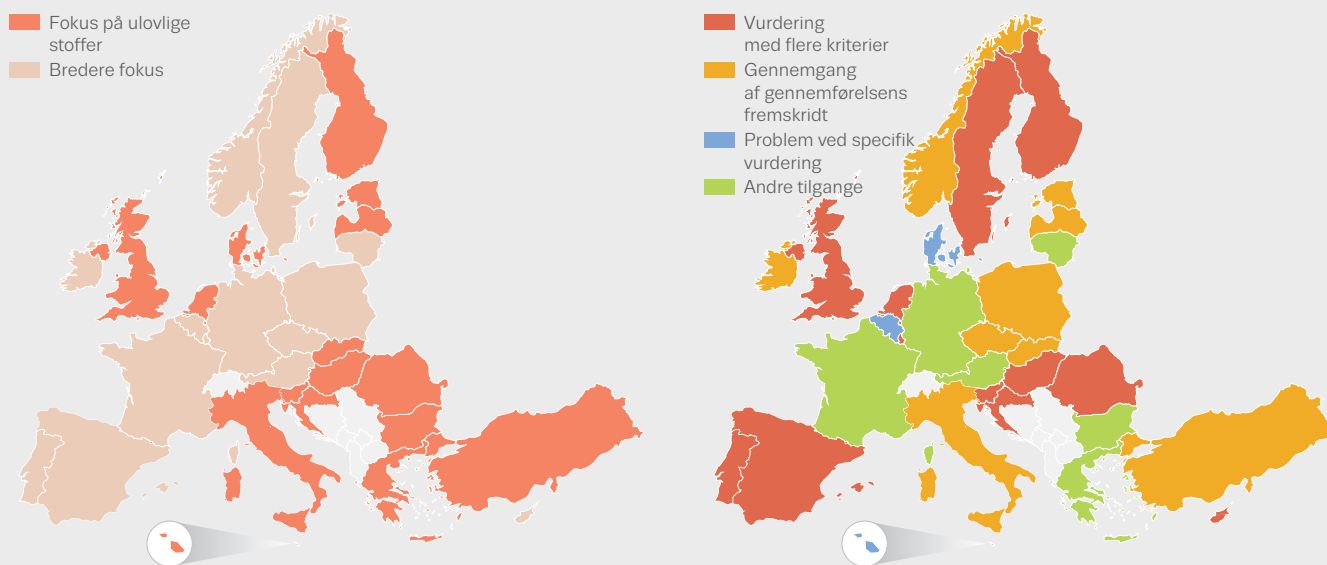
Overvågning af narkotikarelaterede skader og reaktioner

EMCDDA modtager information om sundhedsmæssige og sociale tiltag over for stofbrug, herunder narkotikastrategier og narkotikarelaterede offentlige udgifter, fra nationale Reitox-knudepunkter og ekspertarbejdsgrupper. Ekspertvurderinger giver yderligere oplysninger om tilgængeligheden af indsatser, hvor der ikke foreligger mere formelle datasæt. Desuden giver gennemgang af videnskabelige resultater oplysninger om effektiviteten af offentlige sundhedsindsatser. Der findes støttedokumentation på EMCDDA's websted på [Health and social responses to drug problems: a European Guide](#) og [Best practice portal](#).

Narkotikarelaterede infektionssygdomme og dødelighed og sygelighed forbundet med stofbrug er de primære helbredsskader, som overvåges systematisk af EMCDDA. De suppleres af mere begrænsede data om stofrelaterede henvendelser på skadestuer og data fra EU's system for tidlig varsling, som overvåger skader, der knyttes til nye psykoaktive stoffer. Der findes yderligere oplysninger online på [Key epidemiological indicators](#), [Statistical Bulletin](#) og [Action on new drugs](#).

FIGUR 3.1

Fokus på nationale narkotikastrategidokumenter (venstre side) og tilgange til vurderingsmetoder (højre side) i 2017



NB: Strategier med bredere fokus kan f.eks. omfatte lovlige stoffer og afhængighed af andre rusmidler. Selv om Det Forenede Kongerige har en strategi for ulovlige stoffer, har både Wales og Nordirland kombinerede strategier, der også omfatter alkohol.

Narkotikastrategier: et bredere fokus

Næsten halvdelen af de 30 lande, som overvåges af EMCDDA, inkluderer nu forskellige kombinationer af stofbaserede og adfærdsmæssige problemer sammen med ulovlige stoffer i deres nationale narkotikastrategier. Disse planlægningsværktøjer anvendes af statslige regeringer for at udarbejde deres samlede tilgang til og specifikke foranstaltninger for imødegåelse af forskellige sundhedsmæssige, sociale og sikkerhedsmæssige dimensioner ved narkotikaproblemerne. Mens Danmarks nationale narkotikapolitik har udmøntet sig i en række strategiske dokumenter, love og konkrete initiativer, har alle andre lande et nationalt narkotikastrategidokument. I 16 lande er narkotikastrategien primært rettet mod ulovlige stoffer. I de 14 andre lande er det politiske fokus bredere med større hensyntagen til andre former for misbrug og misbrugsadfærd (se figur 3.1). I Det Forenede Kongerige har de uddelegerede forvaltninger i Wales og Nordirland imidlertid brede strategidokumenter. Når disse to dokumenter indregnes, stiger det samlede antal brede strategier over for ulovlige stoffer til 16. Disse brede dokumenter retter sig primært mod ulovlige stoffer, og der er udsving i, hvordan disse stoffer og afhængigheden heraf vurderes. Alle dokumenter omhandler alkohol, 10 tobak, 9 lægemidler, 3 dopingmidler til sport (f.eks. præstationsfremmende midler), og 8 omhandler også misbrugsadfærd (f.eks. ludomani). Alle nationale narkotikastrategier, uanset fokus, understøtter den afbalancerede tilgang til narkotikapolitikken, som blev

fremSAT i EU's narkotikastrategi (2013-2020) og handlingsplan (2017-2020), som både lægger vægt på begrænsning af narkotikaefterspørgslen og nedbringelse af udbuddet af narkotika.

Alle lande i Europa vurderer deres nationale narkotikastrategier, men de gør det med forskellige tilgange. Formålet med evalueringerne er normalt at vurdere det opnåede niveau for gennemførelse af strategien og forandringer med tiden i narkotikasituationen generelt. I 2017 blev der indberettet nyligt afholdte aktiviteter i form af 12 evalueringer af mange kriterier, 9 statusvurderinger af fremskridt med gennemførelsen og 3 emnespecifikke evalueringer, mens 6 lande valgte andre tilgange, såsom en blanding af indikatorvurdering og forskningsprojekter (se figur 3.1). Tendensen mod en brug af strategier med bredt fokus afspejles gradvist i brugen af evalueringer med et bredere fokus. I øjeblikket har Frankrig, Luxembourg, Sverige og Norge offentliggjort evalueringer med strategier, der har et bredt fokus. Dette udvidede strategiomfang giver mulighed for at opnå en mere integreret tilgang til folkesundheden, men den har også udfordringer med henblik på koordinering af gennemførelsen, overvågningen og evalueringen.

Evidensbaseret forebyggelse: understøttelse af gennemførelsen

Forebyggelse af stofbrug og stofrelaterede problemer blandt unge er et hovedformål i de europæiske nationale narkotikastrategier og omfatter et bredt område af tilgange. Miljøbaserede og generelle metoder er målrettet hele befolkninger, selektiv forebyggelse er rettet mod sårbare grupper, og indiceret forebyggelse er fokuseret på enkeltpersoner, der er udsat for risiko.

Interessen for gennemførelsen af evidensbaserede forebyggelsesprogrammer i Europa har været stigende i de seneste år, der understøttes af oprettelsen af registre, uddannelsesinitiativer og kvalitetsstandarder. I 2018 blev der oprettet eller udviklet registre i over en tredjedel af de 30 EMCDDA lande. Registerne har kriterier for indføring og rating med henblik på programmernes effektivitet. Det europæiske register Xchange er forbundet med nationale registre og indeholder ca. 20 manualbaserede narkotikaforebyggelsesprogrammer, som er blevet grundigt evalueret og deres resultater bedømt. Det omfatter også gennemførelseserfaringer fra praktiserende læger om problemer, der inkluderer organisatoriske og kulturelle hindringer for gennemførelsen (ansættelse, timing, tilpasning til udfordringer) og hvordan disse overvindes.

Professionel uddannelse er afgørende for en vellykket introduktion af forebyggelsestilgange. Men mulighederne for formel uddannelse inden for forebyggelse på videnskabelig baggrund er dog begrænsede. Et nyt initiativ, Universal Prevention Curriculum, som er baseret på internationale evidensstandarder, er for nyligt blevet tilpasset til et europæisk publikum, både med et 9 ugers universitetsundervisningsprogram og et koncentreret 3 - 5 dages uddannelseskursus (UPC-Adapt) til regionale eller lokale beslutningstagere og meningsdannere. Den korte version gennemføres i en tredjedel af EU's medlemsstater i 2018.

Professionel uddannelse er afgørende for en vellykket introduktion af forebyggelsestilgange

Miljøbaseret forebyggelse: nattelivsprogrammer med flere komponenter

Den øgede anvendelse af miljøbaserede forebyggelsestilgange i natklubmiljøer indberettes af et bestemt antal lande, for det meste i Nordeuropa. De fleste miljøbaserede tilgange er primært rettet mod alkohol, men de fælles (kontekstmæssige) risikofaktorer for problemet med alkohol og andre stoffer kan også gøre sådanne tilgange velegnede til at forebygge brugen af andre stoffer. Deres gennemførelse er dog fortsat begrænset. En interessant tilgang er koalitioner med flere komponenter i nattelivet, der kombinerer uddannelse af det serverende personale, indgangskontroller, overvågning og fællesskabsmobilisering. Der findes dokumentation, der tyder på, at denne tilgang kan være effektiv for at nedbringe de alkohol- og stofrelaterede skader. Et eksempel er STAD-projektet i Sverige, som nu iværksættes i 6 andre EU-lande. Ikke desto mindre var det kun 2 lande (Finland, Det Forenede Kongerige), der i 2016 indberettede en omfattende tilgængelighed af indsatser med flere komponenter.

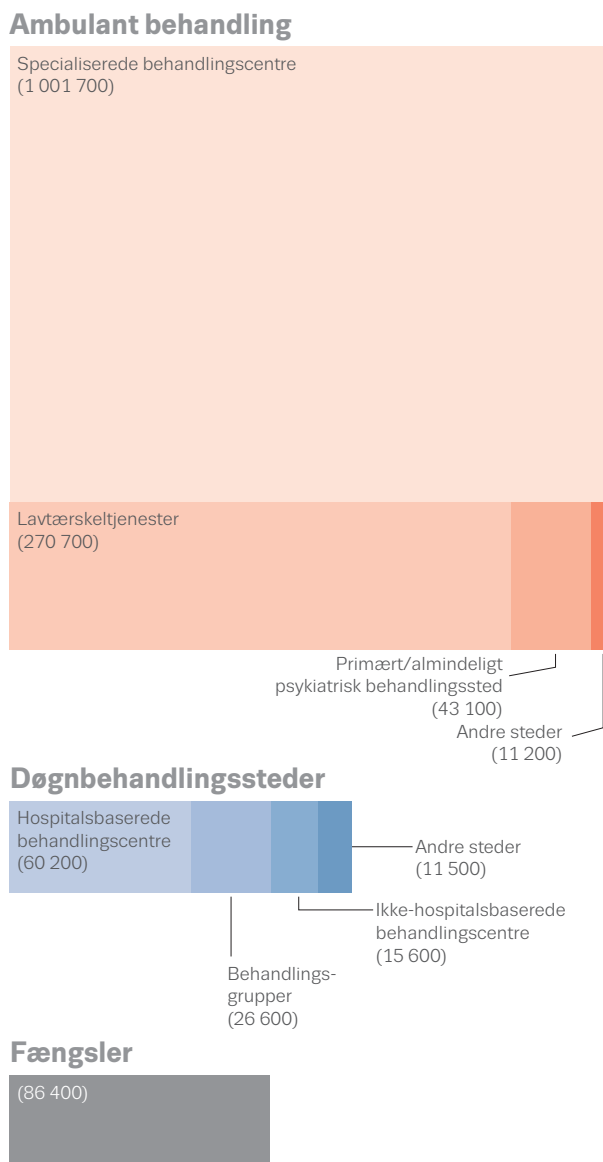
M-health: udvidet adgang til indsatser

Der findes i højere grad et bredt område af forebyggende indsatser mod stoffer online, hvilket inkluderer mobile sundhedsapplikationer på smartphones (m-health). Internetbaserede og m-health-indsatser har potentiale til at nå længere ud blandt målgruppen og dække et større geografisk område for forebyggelsesprogrammer til personer, som måske ikke har adgang til specialiserede stofbehandlingstilbud. Indsatser, der tilgås via smartphones, kan omfatte e-learning-redskaber til personale, der arbejder med narkotika, narkotikaforebyggelse, tilvejebringelse af skadesbegrænsning, digital opsøgning på platforme for sociale medier, patientmonitorering, overvågning og udbud af behandling.

En nylig EMCDDA-undersøgelse identificerede over 60 narkotikarelaterede m-health-applikationer (eller »apps«), der fås på online-appbutikker, hvor halvdelen af disse stammer fra Europa. De fleste apps gav narkotikarelaterede informationer sammen med en form for forebyggelse. Europæiske m-health-indsatser havde primært til hensigt at fremme skadesbegrænsningen blandt festdeltagere og unge. Blandt de teknikker, der anvendes i apperne, var oprettelse af forebyggende internetbaserede behandlingsmetoder, som f.eks. forbrugsdagbøger, individuel feedback om egne mål om at sænke stofbrugen og interaktion med behandlingspersonale, f.eks. via krypterede

FIGUR 3.2

Antal klienter, der modtog stofbehandling i Europa i 2016, opdelt efter behandlingssted



Størstedelen af stofbehandlingen i Europa foregår ambulant

tekstmeddelelser. Enkelte apps benytter også effektive forebyggelsesteknikker som f.eks. metoder angående sociale normer og imødegåelse af forkerte opfattelser angående stofbrug i grupper. De manglende kvalitetsstandarder for m-health-apps inden for narkotikaområdet samt bekymringer angående databeskyttelse og manglen på evidensbaseret viden er en udfordring med henblik på den fremtidige udvikling inden for dette område. Ikke desto mindre er det sandsynligt, at m-health-applikationer bliver et vigtigt redskab til narkotikarelateret forebyggelse blandt brugere og personale i hele Europa.

Stofbehandling: samfundsbaseerede tilbud

Narkotikabehandling er den primære indsats, der bruges til personer, som oplever problemer med deres stofbrug, herunder afhængighed, og det er et centralt politisk mål at sikre god adgang til hensigtsmæssige behandlingstilbud.

Hovedparten af stofbehandlingen i Europa foregår ambulant, og specialiserede ambulatorier er de største udbydere af behandling målt i antal behandlede stofbrugere (figur 3.2). Lavtærskeltjenester er den andenstørste udbyder efterfulgt af primært sundhedscentre og almindelige psykiatriske behandlingssteder. Denne sidste kategori omfatter også praktiserende læger, som er en vigtig gruppe med hensyn til at ordinere opioidsstitutionsbehandling i en række større lande, såsom Frankrig og Tyskland. Andre steder, f.eks. i Slovenien, spiller ambulante psykiatriske behandlingssteder en central rolle i behandlingstilbuddene.

En mindre del af stofbehandlingen i Europa foregår på døgnbehandlingssteder, hovedsageligt hospitalsbaserede behandlingscentre (f.eks. psykiatriske hospitaler) men også behandlingsgrupper og specialiserede døgnbehandlingscentre. Der er meget store forskelle mellem den relative betydning af ambulant behandling og døgnbehandling i nationale behandlingssystemer i de enkelte lande.

Stofbehandling: adgangsmuligheder og klienternes vej til behandling

Anslået 1,3 mio. brugere modtog behandling for brug af ulovlige stoffer i EU i løbet af 2016 (1,5 mio. med Norge og Tyrkiet). Egenhenviisning er fortsat den almindeligste vej til specialiseret stofbehandling. Denne form for henviisning, som også gælder familiemedlemmers eller venners hjælp, var indgangsvinklen for ca. halvdelen (48 %) af dem, der

FIGUR 3.3

kom i specialiseret narkotikabehandling i Europa i 2016. Ca. 26 % af klienterne blev henvist af social-, uddannelses- og sundhedsvæsenet inklusive andre specialiserede stofbehandlingscentre, mens 16 % blev henvist via det strafferetlige system. I en række lande findes der ordninger for, hvordan man får lovovertrædere bort fra retssystemet og ind i stofbehandlingsprogrammer. Det kan kræve en retskendelse om at frekventere et behandlingstilbud eller en betinget dom mod at tage imod behandling. I visse lande er det også muligt at lede brugere på rette spor på et tidligere tidspunkt i den strafferetlige proces.

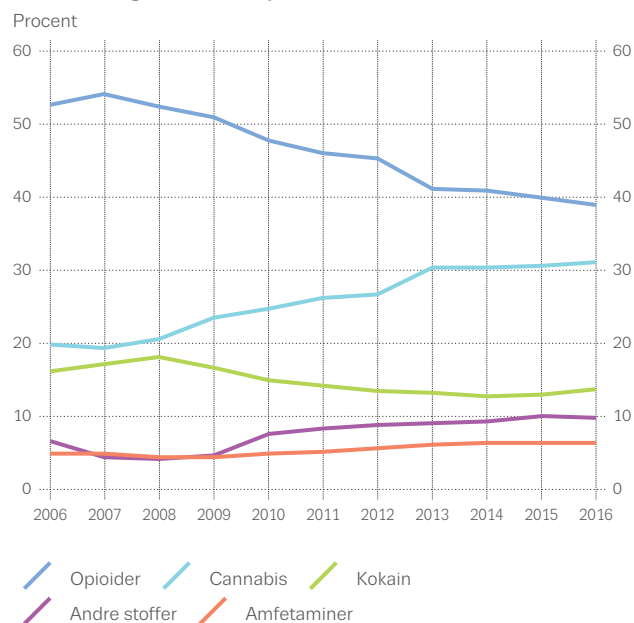
Praksissen for behandlingshenvisning varierer kraftigt både efter land og efter hovedstof. Det strafferetlige system spiller en særlig vigtig rolle ved henvisning af cannabisbrugere til behandling. Samlet set blev 26 % af alle cannabis-klienter henvist til behandling via det strafferetlige system. Andelen er dog meget forskellig fra land til land. Andelen, der blev henvist til cannabisbehandling via domstole, tilsyn eller politi, gik fra 2 % i Nederlandene til over 80 % i Ungarn og Rumænien i lande med over 100 nye cannabisbehandlingsklienter i 2016.

Klienternes vej gennem narkotikabehandlingen kendetegnes ofte ved benyttelse af forskellige tjenester, mange indgangsvinkler og varierende varighed af opholdene. Opioidbrugere udgør den største gruppe, der er i specialiseret behandling, og lægger beslag på de fleste tilgængelige behandlingsressourcer, primært i form af substitutionsbehandling. Der er oparbejdet en indsigt i behandlingsforløb ved hjælp af resultater fra en analyse af data om specialiseret behandling i ni europæiske lande i 2016. Af de 370 000 klienter, der indberettes at have været i behandling i disse lande i 2015, var lige under 20 % kommet i behandling for første gang i livet, 27 % var kommet i behandling igen efter at have modtaget behandling et tidligere år, og over halvdelen havde været i fortløbende behandling i over et år. De fleste af klienterne i fortløbende behandling var mænd i slutningen af 30'erne, som havde været i behandling i over tre år, og som havde problemer i forbindelse med opioidbrug, især heroin.

Opioidsubstitutionsbehandling: forskelle i de nationale tilbud

Den almindeligste behandling for opioidafhængighed er substitutionsbehandling, ofte i forbindelse med psykosociale indsatser. Denne tilgang understøttes af den foreliggende dokumentation, og resultaterne har været positive med hensyn til fastholdelse i behandling, forbruget af ulovlige opioider, rapporteret risikoadfærd, narkotikarelaterede skader og dødelighed. Brugere af

Tendenser for procentdel af klienter, der kom i specialiseret stofbehandling, fordelt efter primært stof

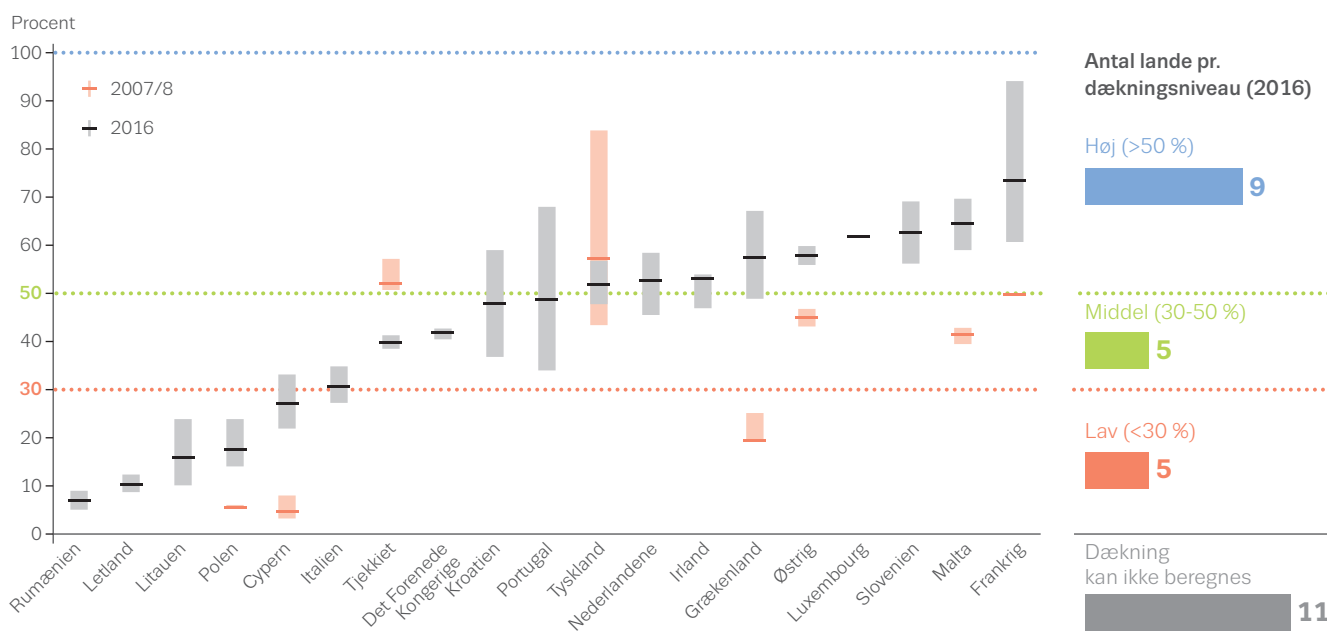


cannabis og kokain er de anden og tredje største grupper, der påbegynder behandlingstilbud (figur 3.3). Psykosociale indsatser er den primære behandlingsmodalitet for disse klienter.

Anslået 628 000 opioidbrugere modtog substitutionsbehandling i EU i 2016 (636 000 med Norge). Tendensen viser en samlet stigning i klienttallet, som toppede i 2010, fulgt af et fald på 10 % frem til 2016. Fra 2010 til 2016 blev der konstateret fald i 23 lande, hvoraf de største (fald på over 25 %) blev indberettet af Spanien, Nederlandene og Portugal. Dette fald kan forklares med faktorer knyttet til udbud og efterspørgsel, herunder en skrumpende befolkningsgruppe af aldrende kroniske opioidbrugere eller ændringer i behandlingsmålene i visse lande. Andre lande har fortsat udvidelsen af tilbuddene, idet de har søgt at forbedre behandlingsdækningen. 16 lande har indberettet stigninger i personer, der modtager substitutionsbehandling, fra 2010 til 2016, herunder Letland (173 %), Rumænien (167 %) og Grækenland (57 %).

FIGUR 3.4

Dækning af opioidsstitutionsbehandling (procent for de vurderede højrisikooioidbrugere, der modtog indsatsen) i 2016 eller det seneste år og i 2007/8



NB: Data vist som punktmæssige skøn og usikkerhedsintervaller.

En sammenligning med aktuelle skøn over antallet af højrisikobruger af opioide i Europa tyder på, at samlet set ca. halvdelen modtager substitutionsbehandling, men der er forskelle landene imellem (figur 3.4). I disse lande, hvor der findes sammenlignelige data fra 2007 eller 2008, var der generelt set en stigning i dækningen. I enkelte lande er tilbuddenes niveauer dog fortsat lave.

Metadon er det hyppigst ordinerede opioidsstitutionsstof, der modtages af ca. to tredjedele (63 %) af substitutionsklienterne i Europa. Yderligere 35 % af klienterne behandles med buprenorfinbaserede lægemidler, der udgør det primære substitutionsstof i 8 lande (figur 3.5). Andre stoffer som f.eks. depotmorfin eller diacetylmorfin (heroin) ordineres sjældnere, og det anslås, at de modtages af omkring 2 % af de klienter, som modtager substitutionsbehandling i Europa. Størstedelen af de personer, som er i substitutionsbehandling i Europa, er over 35 år og har modtaget behandling i over 2 år. Der er adgang til alternative behandlinger for opioidbrugere i alle europæiske lande. I de 13 lande, der findes data for, modtager mellem 3 % og 28 % af alle opioidklienter et behandlingstilbud, som ikke involverer opioidsstitution.

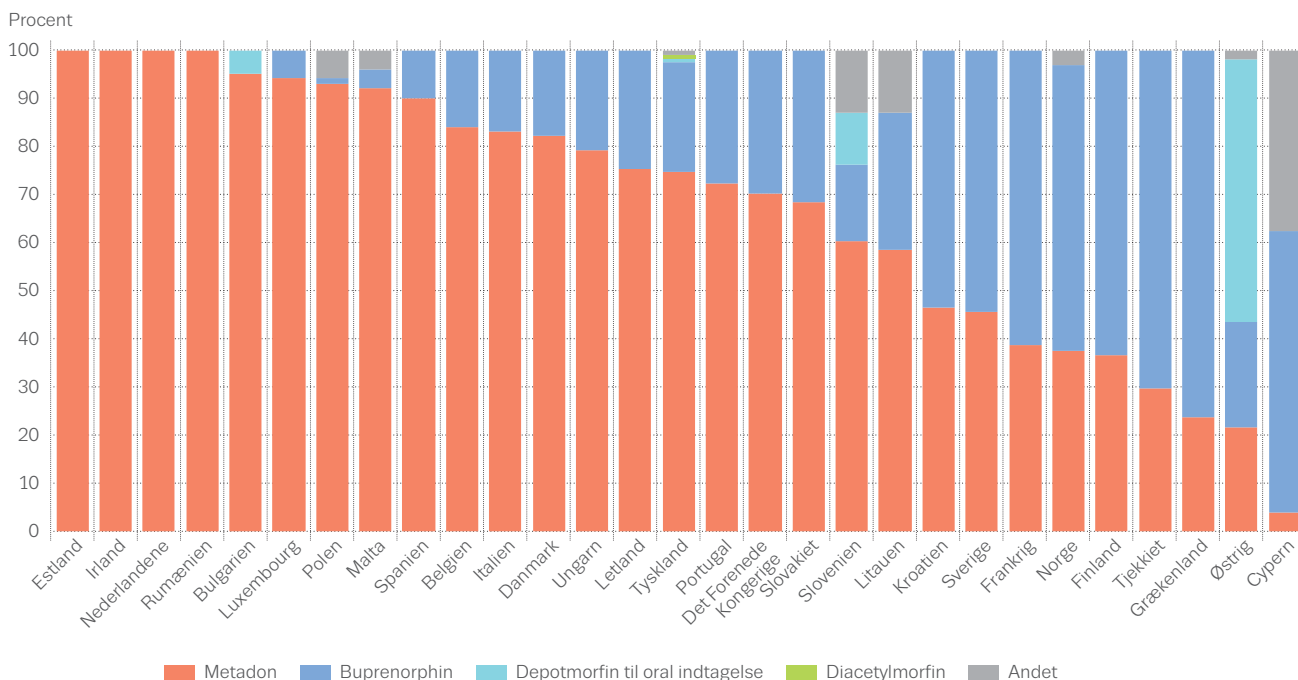
Behandlingsresultater: kvalitetsstandardernes rolle

Det er vigtigt at overvåge behandlingsresultater for at forbedre de behandlingsforløb, som klienterne gennemgår, og justere tjenesterne til bedre at passe til de observerede behov. Oprettelsen af resultatovervågning hindres dog af en manglende aftale om behandlingsmål og de dertilhørende passende foranstaltninger. En nylig EMCDDA-rapport fremhævede de store forskelle ved de målte resultater og identificerede otte forskellige resultatdomæner: "stofbrug", "kriminalitet", "sundhed", "behandlingsrelaterede resultater", "social funktion", "skader", "dødelighed" og "økonomiske skøn".

Brugen og kvalitetsstandarder er en anden måde at sikre på, at gennemførelsen af indsatser og anbefalinger for praksis omsat til retningslinjer sker på en hensigtsmæssig måde. Mens gennemførelse ved brug af standarder generelt set sker på lokalt plan, findes der også internationale standarder, der anvendes til at opnå enighed om generelle principper for indsatser. For eksempel fastsætter de europæiske minimumskvalitetsstandarder for begrænsning af narkotikæfterspørgsel vedtaget af EU-Rådet generelle principper, som gennemføres på nationalt plan på forskellige måder.

FIGUR 3.5

Andelen af klienter, der modtager forskellige typer ordineret opioidsstitutionsmedikamenter i europæiske lande



NB: Data fra Det Forenede Kongerige omfatter England, Wales og Nordirland.

KLIENTER I OPIOIDSUBSTITUTIONSBEHANDLING

Befolkning

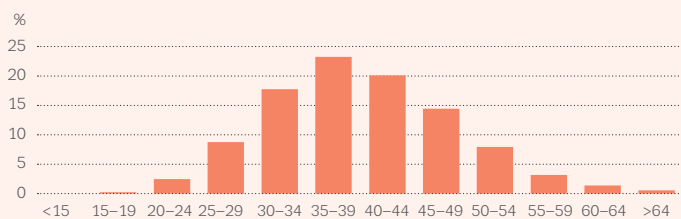
628 000 EU

636 000 EU + Norge

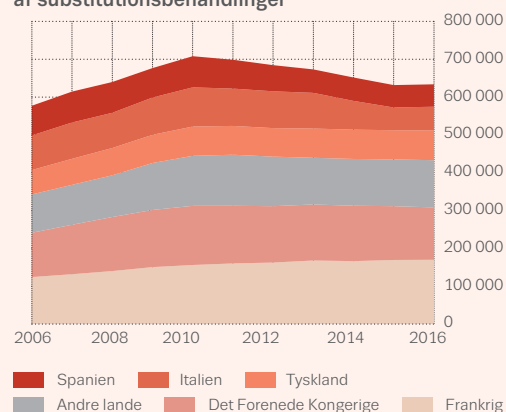
26% 74%



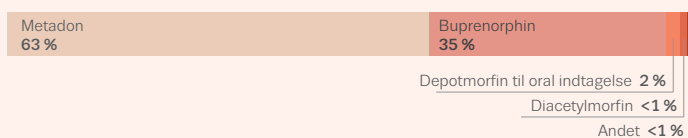
Aldersfordeling



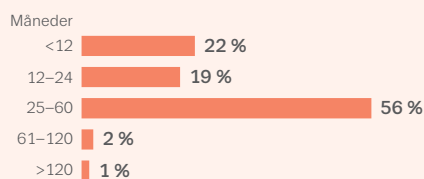
Tendenser i antallet af substitutionsbehandlinger



Medikamenttype



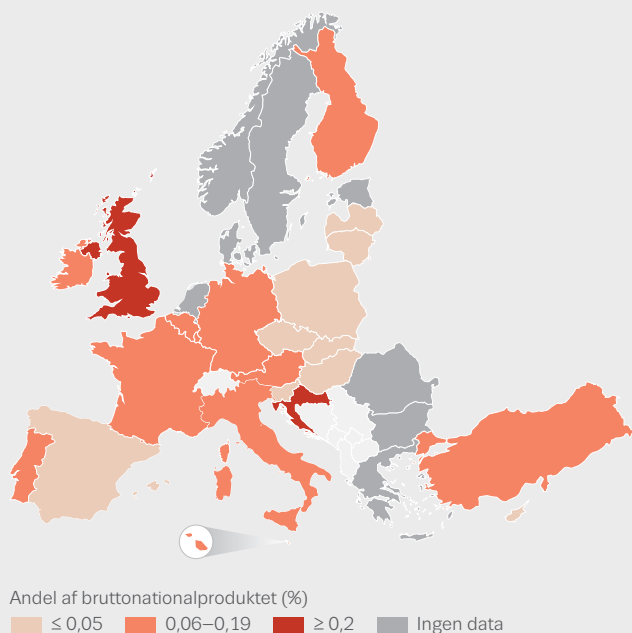
Behandlingsvarighed



NB: Kun lande med data for mindst 8 ud af de seneste 11 år er inkluderet i grafen over tendenser. Manglende værdier er interpoleret fra tilstedende år.

FIGUR 3.6

De seneste skøn over narkotikarelaterede offentlige udgifter (% af BNP)



Tiltag mod narkotikaproblemer: udgifter og omkostninger

Forståelsen af omkostningerne ved narkotikarelaterede handlinger er en vigtig faktor for både udvikling og evaluering af politikkerne. De foreliggende oplysninger om narkotikarelaterede offentlige udgifter i Europa på lokalt og nationalt plan er imidlertid fortsat begrænsede og uensartede. Inden for de sidste årti har 22 lande udarbejdet skøn over de narkotikarelaterede offentlige udgifter (figur 3.6). Skønnene går fra 0,01 % til 0,5 % af bruttonationalproduktet (BNP), hvor ca. halvdelen af skønnene ligger mellem 0,05 % og 0,2 % af BNP.

Udgifterne til initiativer for at begrænse efterspørgslen som en andel af det samlede narkotikastrategibudget varierer meget fra 21 % til 75 % af de offentlige narkotikarelaterede udgifter alt efter land iht. de skøn, der er indberettet til EMCDDA i løbet af det sidste årti. Stofbehandling og andre sundhedsudgifter udgør en stor del af de skønnede udgifter med relation til indsatser for at begrænse efterspørgslen. Mens de nationale forskelle delvist skyldes forskellige politikker og tilbud, påvirker de forskellige metodologier for skøn samt de forskellige narkotikaproblemer og organiseringen af offentlige tjenester også i høj grad resultaterne.

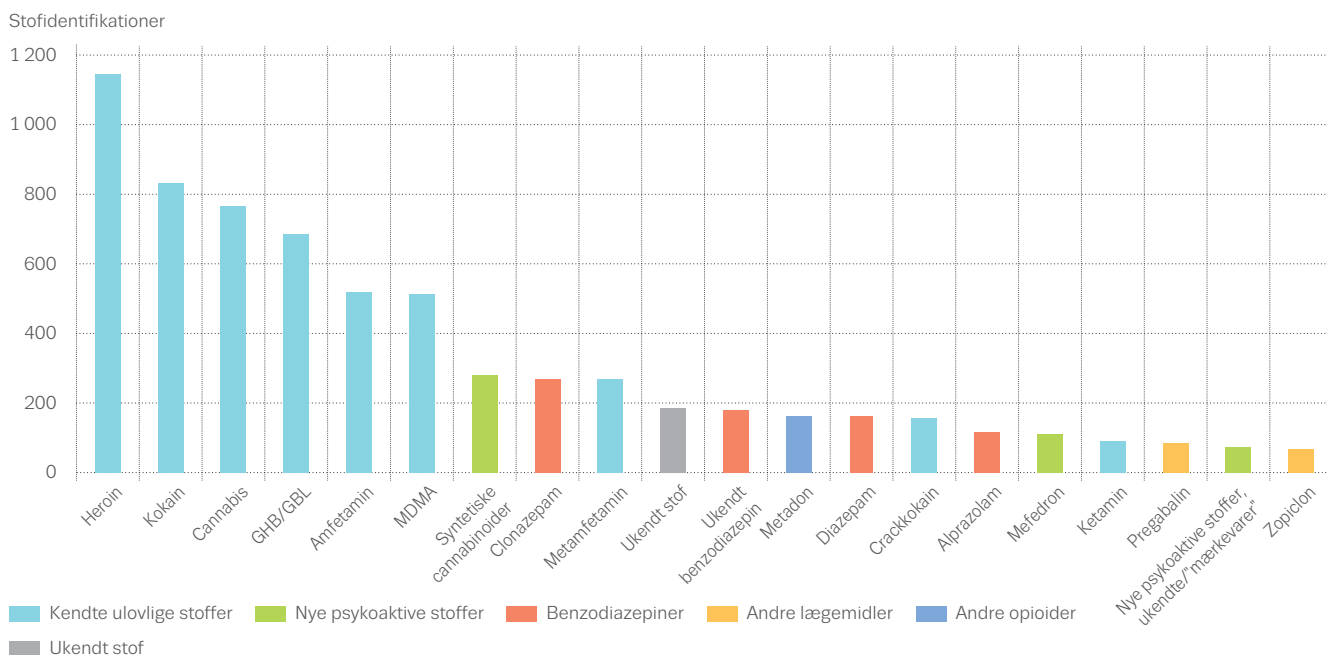
Akutte narkotikarelaterede skader: heroin og kokain dominerer

Data om nødindsatser på hospitaler kan give et indblik i akutte narkotikarelaterede skader og forbedre vores forståelse for påvirkningen af folkesundheden, der skyldes brug af stoffer i Europa. Det er kun et lille antal lande, som overvåger stofrelaterede henvendelser på skadestuer på nationalt plan. Blandt disse indberettede Litauen og Det Forenede Kongerige, at der fandtes en stigning i heroinrelaterede akutte henvendelser. I modsætning hertil har Danmark og Tjekkiet indberettet en nedadgående tendens for heroinrelaterede akutte henvendelser. I Spanien var kokain involveret i næsten halvdelen af de indberettede stofrelaterede akutte henvendelser i 2015, og andelen ser ud til at stabilisere sig efter et fald. Samtidigt er andelen af cannabisrelaterede akutte henvendelser fortsat med at stige. Slovenien indberettede også en opadgående tendens i 2016, hvad angår antallet af akutte henvendelser med relation til kokain, amfetaminer og GHB. I 2016 indberettede overvågede regioner i Nederlandene 272 akutttilfælde med relation til 4-fluoroamphetamin (4-FA), der er et nyt stof, som stimulerer centralnervesystemet. Størstedelen af disse tilfælde blev betragtet som førstehjælpsposter i natklubmiljøer, mens næsten en tredjedel af de narkotikarelaterede ambulanceindsatser blev knyttet til brugen af GHB.

Akutte narkotikarelaterede forgiftningshenvendelser på 19 (overvågede) hospitaler i 13 europæiske lande overvåges af European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus). I 2016 registrerede projektet 4 874 henvendelser med en gennemsnitsalder på 32 år, hvor de fleste (77 %) var mænd. Næsten tre fjerdedele af henvendelserne blev kørt på hospitalet med ambulance. Størstedelen (78 %) blev udskrevet fra hospitalet inden for 12 timer. En lille minoritet (6 %) blev indlagt på intensiv eller på en psykiatrisk afdeling (4 %). Der blev i alt registreret 22 dødsfald, hvor 13 af disse involverede opioider.

FIGUR 3.7

De 20 hyppigst angivne stoffer ved henvendelser på skadestuer på overvågede hospitaler i 2016



NB: Resultater af 4 874 henvendelser på skadestuer på 19 overvågede hospitaler i 13 europæiske lande.
 Kilde: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus).

I gennemsnit blev der indberettet ca. 1,5 stoffer pr. henvendelse (7 768 i alt). De stoffer, som hyppigst var involveret, var heroin, kokain, cannabis, GHB/GBL, amfetamin og MDMA (figur 3.7). En femtedel (21 %) af henvendelserne involverede misbrug af receptpligtig medicin eller håndkøbsmedicin (som regel opioider og benzodiazepiner). 7 % involverede nye psykoaktive stoffer (sammenlignet med 9 % i 2015 og 6 % i 2014). Antallet af henvendelser med relation til syntetiske cathinoner faldt markant fra 400 i 2014 til 160 i 2016, mens antallet med relation til syntetiske cannabinoider steg fra 28 til 282. Stigningen i antallet af henvendelser med relation til syntetiske cannabinoider skyldes fortrinsvist centrene i London og Polen.

Forskellene i de stoffer, der er involveret i akuthenvendelserne mellem stederne, kan afspejle forskelle i hospitalets indsatsområde og lokale brugsmønstre. F.eks. var de akuttillfælde, der involverede heroin, de hyppigste i Dublin (Irland) og Oslo (Norge), mens det i London (Det Forenede Kongerige) var mest almindeligt med henvendelser om GHB/GBL, kokain og MDMA.

Nye stoffer: meget stærke og skadelige

Nye psykoaktive stoffer, herunder syntetiske opioider, syntetiske cannabinoider og syntetiske cathinoner, forårsager en række alvorlige skader i Europa og udgør en udfordring for narkotikapolitikken. Syntetiske opioider og syntetiske cannabinoider er to stofgrupper, som er af særlig stor bekymring.

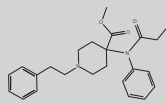
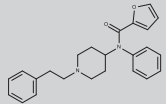
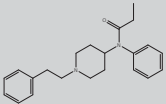
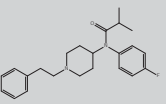
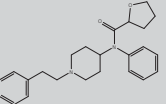
På trods af en lille rolle på Europas narkotikamarked udgør nye opioider en alvorlig trussel mod den enkelte og folkesundheden. Særligt bekymrende er fentanylderivater, som udgør størstedelen af de nye opioider, der overvåges af EMCDDA. Disse stoffer kan være særligt stærke, hvor små mængder kan forårsage livstruende forgiftning fra hurtig og alvorlig åndenød. Dette gør dem særlig farlige, især for uvidende brugere, som går ud fra, at de køber heroin, andre ulovlige stoffer eller smertestillende medikamenter. Under sådanne omstændigheder kan det

være nødvendigt at vurdere adgangen til opioidmodgiften naloxon. Ud over den akutte risiko for en overdosis synes fentanylderivater også at have et højt misbrugspotentiale og er potentielt meget afhængighedsskabende, hvilket kunne forværre folkesundheden og de sociale problemer, der almindeligvis forbindes med højrisikobrug af opioider.

Fælles undersøgelser og risikovurdering

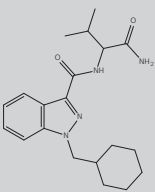
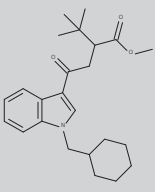
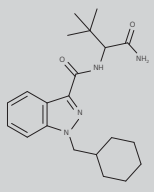
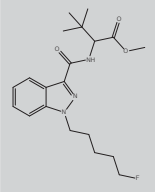
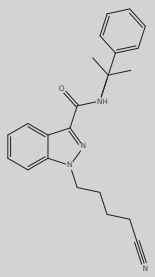
Som opfølgning på de to fælles undersøgelser om acryloylfentanyl og furanylfentanyl, som blev foretaget af EMCDDA og Europol i 2016, blev der undersøgt fem fentanylderivater i 2017, efter der blev indberettet dødsfald via EU's system for tidlig varslings. Stofferne (4-fluoroisobutyrylfentanyl, tetrahydrofuranylfentanyl, carfentanil, methoxyacetylfentanyl, cyclopropylfentanyl) var involveret i over 160 dødsfald, hvor af mange blev direkte tilskrevet disse stoffer. Samlet set blev fem af disse syv stoffer også formelt risikovurderet af EMCDDA i løbet af 2017 (tabel 1). De resterende to stoffer vil blive vurderet i 2018. På nuværende tidspunkt er acryloylfentanyl og furanylfentanyl blevet underlagt kontrolforanstaltninger på EU-plan, da de udgør en risiko for folkesundheden i Europa.

Tabel 1. Hovedresultater fra risikovurderinger af fem fentanylderivater

Fællesnavn	Karfentanil	Furanylfentanyl	Acryloylfentanyl	4F-iBF (4-fluoroisobutyryl-fentanyl)	THF-F (tetrahydrofuranylfentanyl)
Kemisk struktur					
Formel meddelelse til EU's system for tidlig varslings	12. februar 2013	3. november 2015	7. juli 2016	26. august 2016	23. december 2016
Antal dødsfald	61	23	47	20	14
Antal lande, hvor de tilknyttede dødsfald optrådte	8	6	3	2	1
Antal beslaglæggelser udfør af retshåndhævende myndigheder	801	143	162	24	53
Antal lande, hvor det er blevet beslaglagt (EU, Tyrkiet og Norge)	7	14	5	4	1

I løbet af 2017 blev der også undersøgt fire syntetiske cannabinoider, hvilket førte til risikovurderinger (tabel 2). Stofferne (AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, CUMYL-4CN-BINACA) var involveret i over 80 dødsfald. Disse følger efter MDMB-CHMICA, som var det første cannabinoid, der blev risikovurderet af EMCDDA. Årsagerne bag den alvorlige giftighed, som disse stoffer kan forårsage, inkluderer deres kraftige styrke og ringe fremstillingspraksisser. Dokumentationen tyder på, at producenterne gætter sig til den mængde af stoffet, der skal bruges til fremstillingen af »urtetobak«. Desuden kan de primitive fremstillingsmetoder muligvis ikke sikre, at stoffet blandes ensartet i produktet. Dette kan føre til, at nogle produkter indeholder forhøjede mængder af stoffet, hvilket medfører en øget risiko for forgiftning.

Tabel 2. Hovedresultater fra risikovurderinger af fem syntetiske cannabinoider

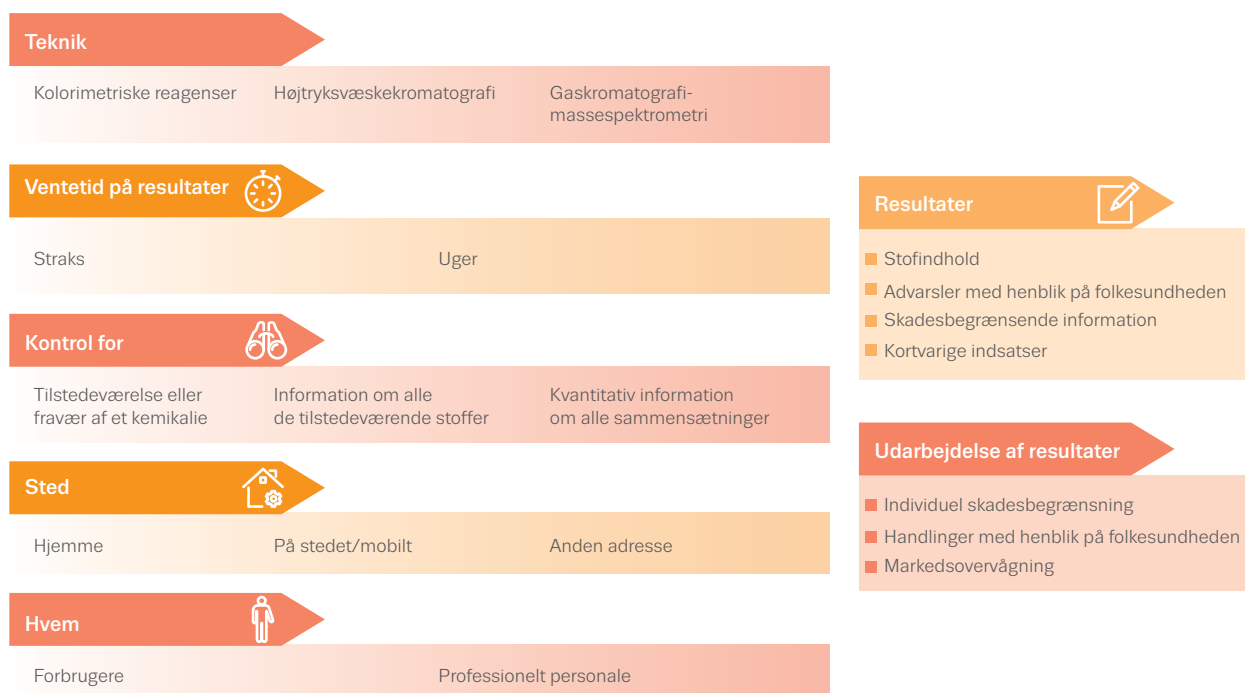
Fællesnavn	AB-CHMINACA	MDMB-CHMICA	ADB-CHMINACA	5F-MDMB-PINACA,	CUMYL-4CN-BINACA,
Kemisk struktur					
Formel meddelelse til EU's system for tidlig varsling	10. april 2014	12. september 2014	24. september 2014	8. januar 2015	4. marts 2016
Antal dødsfald	31	29	13	28	11
Antal lande, hvor de tilknyttede dødsfald optrådte	6	6	3	2	2
Antal beslaglæggelser udfør af retshåndhævende myndigheder	6422	>3600	3794	1986	2461
Antal lande, hvor det er blevet beslaglagt (EU, Tyrkiet og Norge)	26	25	19	27	12

Nye opioider udgør en alvorlig trussel mod den enkelte og folkesundheden



FIGUR 3.8

Eksempler på narkotikakontrolteknikker og deres anvendelse



Narkotikakontroltjenester: tilgængelighed i Europa

Narkotikakontroltjenester giver brugerne mulighed for at få deres stoffer analyseret med henblik på at få oplysninger om indholdet af prøven. Formålet med narkotikakontroltjenester går fra at nedsætte skaden vha. rådgivning og oplysninger til stofbrugere til overvågning af de aktuelle og de fremtidige stoftendenser. I enkelte lande er narkotikakontroltjenester en integreret del af de nationale systemer for tidlig varsling, især med henblik på understøttelse til at identificere og overvåge nye psykoaktive stoffer.

Der findes narkotikakontroltjenester i 10 af EU's medlemsstater. Tjenesterne findes i forskellige udgaver hvad angår sted, metoder, tid for modtagelse af resultater, kommunikation af resultater og formål (figur 3.8). Kontroltjenester kan foregå i faste laboratorier eller i mobile laboratorier, f.eks. ved musikfestivaler og klubber. De anvendte metoder går fra sæt til test på egen hånd, som viser tilstedeværelsen eller fraværet af et bestemt stof eller fyldstof, til sofistikeret udstyr, som kan identificere og kvantificere forskellige stoffer. Tiden der går, før man får resultaterne, kan også variere, lige fra få sekunder til et par dage.

Kommunikationen af resultaterne er vigtigt for narkotikakontroltjenester, og resultaterne ledsages ofte af råd eller korte indsatser. De anvendte kommunikationsmetoder omfatter også advarsler til

folkesundheden og forbrugere, informationsplancher på diskoteker, offentliggørelse af resultaterne online eller at resultaterne gives direkte til de enkelte personer.

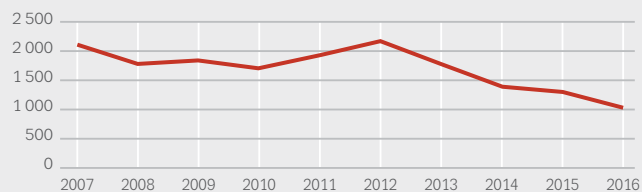
Kroniske narkotikarelaterede skader: fald i hiv-tilfælde, men sen diagnosticering er fortsat udbredt

Personer, der bruger stoffer, navnlig intravenøse stofbrugere, risikerer at pådrage sig smitsomme sygdomme ved at dele materialer til stofbrug og som følge af ubeskyttet sex. Risikoadfærd med intravenøs brug af stoffer er fortsat en vigtig faktor for overførslen af blodbårne infektionssygdomme, herunder hepatitis C-virus (HCV) og i nogle lande human immundefekt virus (hiv). I 2016 blev der til EU (figur 3.9) indberettet 1 027 nye hivdiagnoser hos personer, der var blevet smittet gennem intravenøs stofbrug, hvilket udgør 5 % af alle hiv-diagnoser, hvor man kender indtagelsesmåden. Denne andel er forblevet lav og stabil i de seneste 10 år. Antallet af nye hivinfektioner blandt intravenøse stofbrugere er faldet i de fleste europæiske lande, og der har været et samlet fald på 51 % fra 2007 til 2016. Intravenøs brug er dog fortsat en vigtig overførselsmåde i enkelte lande: I 2016 var der iht. de indberettede data til Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC) over en fjerdedel af nyligt diagnosticerede hiv-tilfælde, som blev knyttet til intravenøs stofbrug i Litauen (47 %), Luxembourg (29 %) og Letland (27 %). Mens tallene for

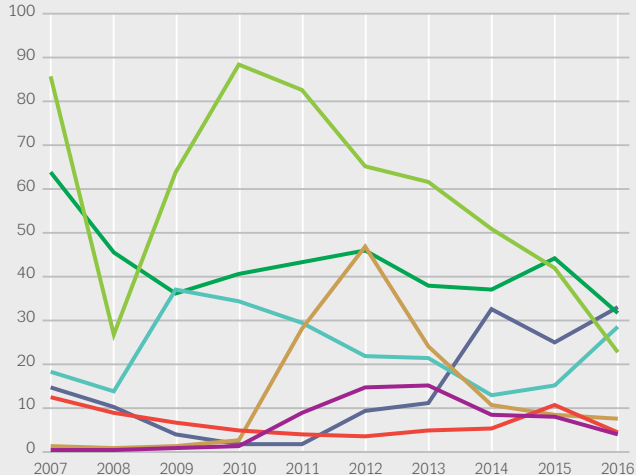
FIGUR 3.9

Nydiagnosticerede hivtilfælde i forbindelse med intravenøst stofbrug: samlet og udvalgte tendenser og de seneste data

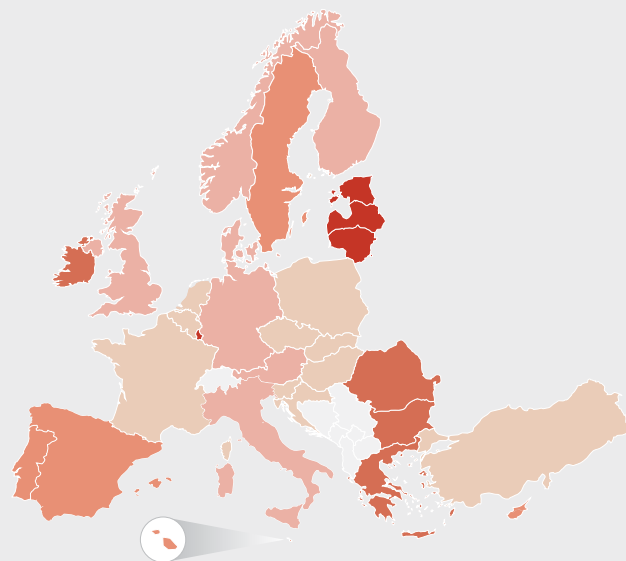
Tilfælde i Den Europæiske Union



Tilfælde pr. 1 mio. indbyggere



— Luxembourg — Letland — Litauen — Estland
— Grækenland — Irland — Rumænien



Tilfælde pr. 1 mio. indbyggere
■ <1 ■ 1,0–2 ■ 2,1–3 ■ 3,1–8 ■ >8

Kilde: ECDC. Data for 2016.

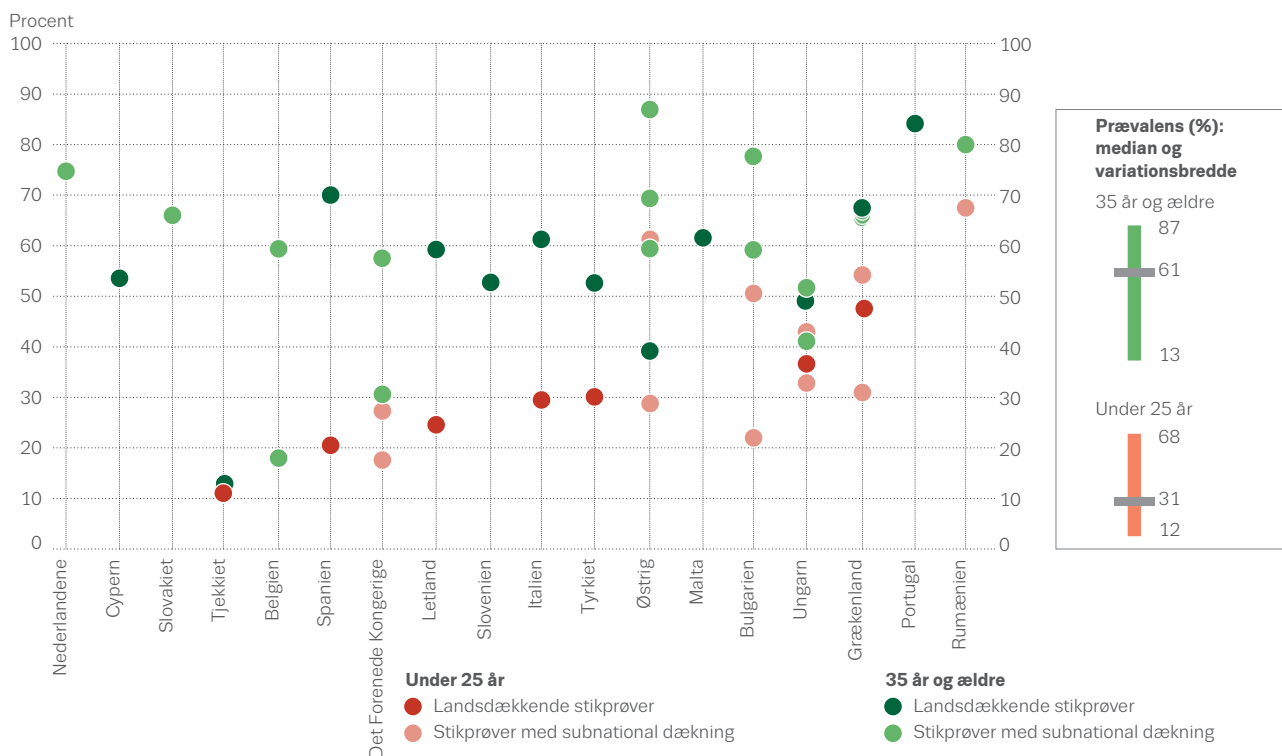
nye hiv-infektioner i forbindelse med intravenøs stofbrug fortsatte med at falde i 2016, var de i Rumænien og Grækenland fortsat over de niveauer, der blev indberettet før udbruddene i 2012.

Størstedelen af landene indberettede fald i antallet af injektionsrelaterede hiv-tilfælde mellem 2015 og 2016, herunder Irland og Det Forenede Kongerige, som havde indberettet stigninger i 2015. I Irland og Det forenede Kongerige skyldtes det delvist lokale udbrud. Det udbrud, som blev indberettet i Luxembourg i 2014, fortsatte i 2016, og den stigende injektion af stimulerende stoffer sammen med høje niveauer for brugermarginalisering er en faktor i forbindelse med dette udbrud. Litauen indberettede en kraftig stigning i nye hiv-infektioner blandt stiknarkomaner, hvilket er næsten en fordobling fra 44 til 83 tilfælde i 2016. Desuden er intravenøs brug af stimulerende stoffer i en seksuel kontekst ("slamming") blandt små grupper af mænd, som har sex med mænd, blevet sat i forbindelse med en øget risiko for overførsel af infektion.

I 2016 blev 13 % af de nye indberettede aidstilfælde i EU, hvor overførselsmåden var kendt, tilskrevet intravenøs stofbrug. De 422 injektionsrelaterede anmeldelser udgør under en fjerdedel af det antal, der blev indberettet for ti år siden.

FIGUR 3.10

Prævalens for hepatitis C-infektion blandt stiknarkomaner, opdelt efter alder, 2015 til 2016



NB: Stikprøver under 10 vises ikke. Rækkefølgen for landene er angivet efter dataene for -25.

Ud fra den tilgængelige information blev halvdelen af de nye hivdiagnoser, der blev tilskrevet intravenøs stofbrug i Den europæiske Union i 2016, diagnosticeret sent — det vil sige, at virussen allerede havde begyndt at beskadige immunsystemet. I Grækenland og Rumænien diagnosticeres ca. 2 ud af 3 nye injektionsrelaterede hiv-tilfælde sent. Sen hiv-diagnose knyttes til forsinkelse i påbegyndelsen af antiretroviral behandling og forøget morbiditet og dødelighed. Politikken med hurtig iværksættelse af antiretroviral behandling, så snart hivdiagnosen er stillet ("test-and-treat"), nedbringer antallet af smittede og er særlig vigtig i grupper med alvorligere risikoadfærd, f.eks. intravenøse stofbrugere. Tidlig diagnosticering og iværksættelse af antiretroviral behandling giver de smittede en normal forventet levetid.

HCV-prævalens: nationale forskelle

Viral hepatitis, især infektion forårsaget af hepatitis C-virus (HCV), er stærkt udbredt blandt intravenøse stofbrugere i hele Europa. For hver 100 personer, der er smittet med HCV, vil 75-80 udvikle en kronisk infektion. Det har alvorlige følger på lang sigt, da kronisk HCV-infektion, som hyppigt forværres af et kraftigt alkoholbrug, vil føre til et stigende antal dødsfald og tilfælde af alvorlige leversygdomme, bl.a.

skrumpelever og leverkræft, blandt en aldrende kohorte af højrisikobrugere.

Prævalensen for HCV-antistoffer, der vidner om aktuel eller tidligere infektion, i nationale stikprøver af intravenøse stofbrugere i 2015-16 varierede mellem 15 % og 82 %, mens fem af de 13 lande, der har nationale data, meldte om en prævalens på over 50 %. Blandt lande med nationale data for tendensen i perioden 2010-165 meldtes der om faldende HCV-prævalens hos intravenøse stofbrugere i 4 lande, mens 3 andre kunne konstatere en stigning.

HCV har større prævalens blandt ældre stiknarkomaner end blandt deres yngre modparter, hvilket fremhæver akkumulationsrisikoen over årene og den høje infektionsbelastning blandt de ældre grupper (figur 3.10).

Blandt stofbrugere er infektioner forårsaget af hepatitis B-virus (HBV) mindre udbredt end HCV-infektion. Hvad angår denne virus, tyder forekomsten af antigenet HBVsAg imidlertid på en aktuel infektion, som kan være akut eller kronisk. I de syv lande med nationale data anslog man, at mellem 1,5 % og 11 % af intravenøse stofbrugere aktuelt havde en HBV-infektion.

Intravenøs stofbrug er en risikofaktor for andre infektionssygdomme, og der blev rapporteret om narkotikarelaterede klynger af hepatitis A i Tjekkiet og Tyskland i 2016. Der er også indberettet udbrud af sårbotulisme i små klynger og sporadiske tilfælde blandt intravenøse stofbrugere i Tyskland, Norge og Det Forenede Kongerige.

Forebyggelse af infektionssygdomme: effektive foranstaltninger

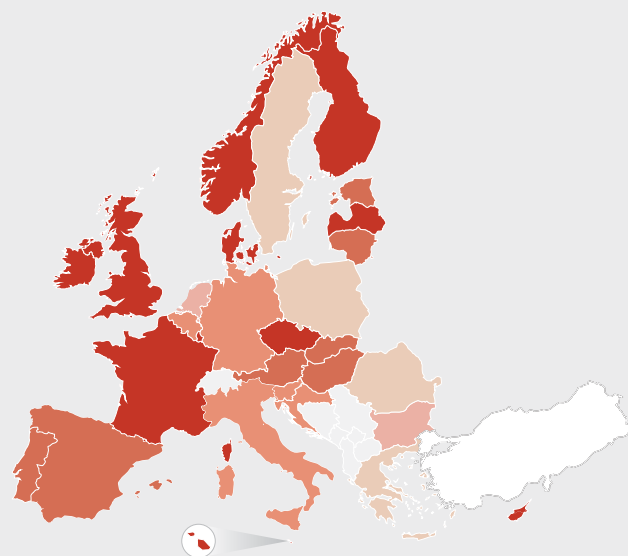
Anbefalede foranstaltninger for at nedbringe stofrelaterede infektionssygdomme blandt stiknarkomaner omfatter tilbuddet af opioidsubstitutionsbehandling, uddeling af sterilt injektionsudstyr, vaccination, test for infektionssygdomme, behandling af hepatitis og hiv-behandling samt indsatser for sundhedsfremme med fokus på mere sikker injektionsadfærd og nedbringelse af seksuel risikoadfærd.

For intravenøse opioiddbrugere betyder substitutionsbehandling en betydeligt nedsat infektionsrisiko, og visse analyser viser, at den beskyttende virkning stiger, når en bred behandlingsdækning kombineres med et stort antal udleverede sprøjter. Der er dokumentation for, at nåle- og sprøjteprogrammer effektivt kan nedbringe overførslen af hiv blandt intravenøse stofbrugere. Af de 30 lande, der overvåges af EMCDDA, tilbyder alle undtagen Tyrkiet rent injektionsudstyr fra specialiserede udleveringssteder. Der findes dog betydelige forskelle blandt landene angående den geografiske spredning af sprøjteudleveringerne (se figur 3.11). Der er også forskelle mellem landene, hvad angår dækningen af målgruppen for indsatsen (figur 3.12). Der findes oplysninger fra 25 lande om udlevering af sprøjter gennem specialprogrammer, i alt ca. 54 mio. sprøjter i det seneste år, hvor der er tilgængelige data (2015/16). Dette tal er en betydelig undervurdering, idet flere store lande som Tyskland, Italien og Det Forenede Kongerige ikke indberetter fuldstændige nationale oplysninger om udlevering af sprøjter.

Europæiske lande indberettede også om specialiserede narkotikaagenturers uddeling af andet materiale sammen med sprøjter og nåle. Over halvdelen af landene indberettede f.eks. skriftlig information om sikker brug, kondomer, desinficeringsservietter og citronsyre. Tilbuddet af folie eller rør til at muliggøre og fremme inhalation i stedet for injektion af stoffer indberettes af 8 lande, mens der i Tjekkiet uddeles gelatinekapsler for at fremme oral indtagelse af metamfetamin (pervitin).

FIGUR 3.11

Geografisk tilgængelighed for nåle og sprøjter i Den Europæiske Union, Norge og Tyrkiet



Procent af regionale enheder med 1 eller flere udleveringer

0 <20 20–39 40–59 60–79 >80

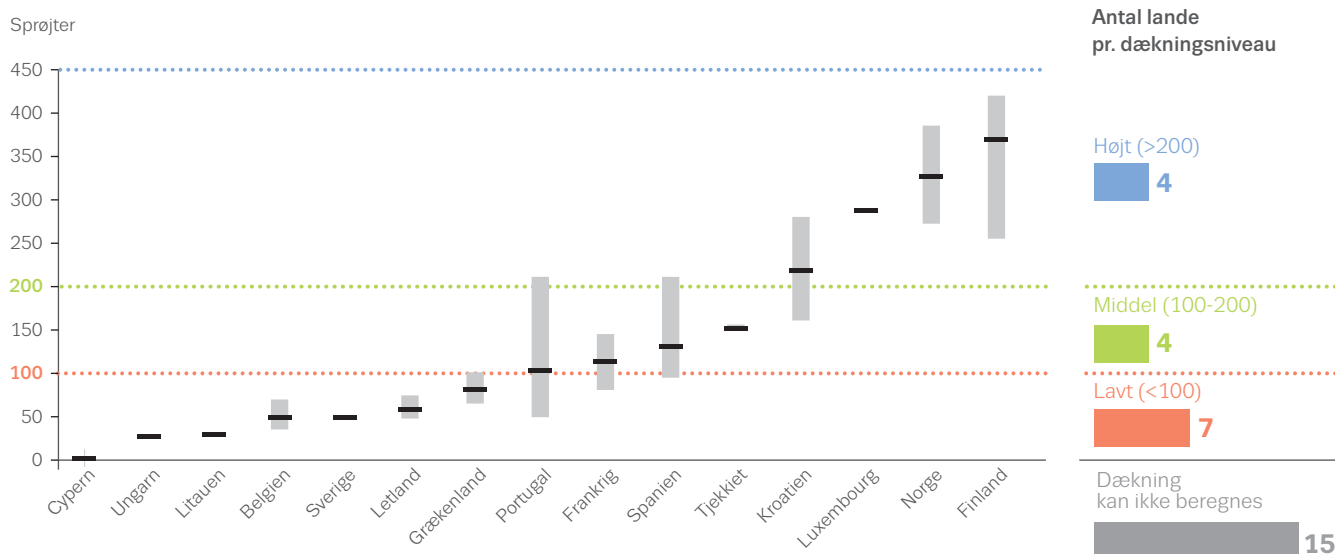
NB: Baseret på Eurostat NUTS-3 regionale enheder. Værdier for Spanien, Tyskland og Italien er baseret på ekspertvurderinger. Den geografiske tilgængelighed afspejler eventuelt ikke andelen af målgruppen, der nås af indsatsen.

HCV-eliminering: adgang til test og behandling

EU's minimumskvalitetsstandarder for begrænsning af efterspørgslen fremmer de frivillige tilbud med henblik på test af blodbårne infektionssygdomme i lokale klinikker sammen med rådgivning om risikoadfærd og hjælp til håndtering af sygdommen. Imidlertid er stigmatisering og marginalisering af stofbrugere en stor forhindring for test og behandling. Der kræves innovative metoder for at overvinde disse udfordringer, især et bredere brug af rådgivning og test udført af uddannede sundhedsplejere. Derudover bør enhver udvidelse af test for infektionssygdomme også ledsages af foranstaltninger for at sikre passende tilbud til behandling af infektioner.

FIGUR 3.12

Specialiserede sprøjteprogrammers dækning: anslået antal sprøjter uddelt pr. intravenøs stofbruger



NB: Data vist som punktmæssige skøn og usikkerhedsintervaller.

De europæiske ekspertretningslinjer anbefaler at overveje HCV-behandling med det samme hos enkelte personer, som højrisikogruppen for overførsel af virussen — dette omfatter aktive stiknarkomaner og indsatte.

Nye effektive interferonfrie behandlinger, der tolereres bedre og kun indtages oralt med direkte virkende antivirale midler kan kurere 95 % af tilfældene. Ubegrænset adgang er fortsat en sjældenhed pga. de høje udgifter til disse medikamenter. I oktober 2017 havde halvdelen af de europæiske lande fastlagt deres tilgang til forebyggelse af hepatitis og pleje i et politikdokument. De kliniske retningslinjer i 9 lande omfattede dog kriterier, som begrænser adgangen til HCV-behandling for personer, som er stofbrugere (der f.eks. kræver afholdenhed for brug af stoffer i 3-12 måneder).

Indsatser i fængsler: forskelle mellem national tilgængelighed

Indsatte i fængsler beretter om et større langtidsbrug af stoffer end befolkningen som helhed og om mere skadelige brugsmønstre, herunder injektion, hvilket gør fængsler til et vigtigt miljø for narkotikarelaterede indsatser. Mange indsatte har komplekse sundhedsbehov, og vurderingen af stofbrug og narkotikarelaterede problemer er en del af sundhedsscreeningen ved

indsættelsen i fængsel i mange lande. Analyse af data fra 17 europæiske lande angående HIV- og HCV-prævalens blandt stiknarkomaner, der dækker 2006 til 2017, viste, at prævalensen for disse infektioner var betydeligt højere blandt enkeltpersoner med en fængselshistorik i de fleste lande: 10 ud af 17 lande med henblik på HIV og 14 ud af 17 med henblik på HCV.

Test for infektionssygdomme (HIV, HBV, HCV og tuberkulose) er tilgængelig i fængslerne i de fleste lande, selv om dette kan være begrænset til test ved start af afsoning eller kun enkelte personer, der har symptomer. Tilbuddet af hepatitis C-behandling indberettes kun af 11 lande. Ifølge indberetningerne findes der programmer for vaccination mod hepatitis B i 16 lande. Tilbuddet af rent injektionsudstyr er mindre almindeligt, da der kun indberettes sprøjteprogrammer til disse miljøer af 5 lande, hvor kun 3 af disse lande indberetter indsatsens faktiske gennemførelse.

To vigtige principper for gennemførelsen af sundhedsindsatser i fængslet er, at der gives lige så mange tilbud som i lokalsamfundet, og at de fortsætter efter løsladelsen. I 28 lande er det muligt at tilbyde opioidsstitutionsbehandling i fængslerne, men dækningen er lav i de fleste lande. Indsatser, som tilbydes til indsatte omfatter afgiftning, individuel rådgivning og i grupper, behandling i behandlingsgrupper og på særlige

døgnbehandlingsafdelinger. Næsten alle lande indberetter et eller flere af disse behandlingstilbud. De fleste europæiske lande har etableret tværorganisatoriske partnerskaber mellem fængslernes sundhedstjenester og leverandører af sundhedstjenester i lokalsamfundet for at sikre tilbud om sundhedsoplysning og behandling i fængsler og sikre kontinuitet inden for tilbuddene, både efter fængsling og efter løsladelse. I alle lande gennemføres der forberedelse til løsladelse, herunder social reintegration. 5 lande angiver, at de har programmer til forebyggelse af risikoen for en overdosis af stoffer, som især er høj blandt intravenøse opioidbrugere i perioden efter løsladelsen, og i programmerne indgår uddannelse og oplysning og tilbud om naloxon efter løsladelsen.

også fremtrædende. Dårligt helbred kendetegnet ved samtidige og indbyrdes forbundne lidelser er udbredt. Kroniske lunge- og leverlidelser samt hjerte-kar-problemer er hyppige og skyld i et øget antal dødsfald blandt ældre og kroniske stofbrugere.

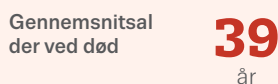
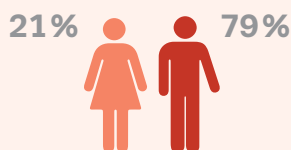
I Europa er overdosis af stoffer fortsat den væsentligste årsag til dødsfald blandt stofbrugere, og mere end tre fjerdedele af dem, der dør af en overdosis, er mænd (79 %). Overdosisdata, især det samlede tal for Europa, skal fortolkes med forsigtighed. Blandt årsagerne hertil er systematisk underrapportering i visse lande og registreringsprocesser, der resulterer i forsinkelser i rapporteringen. De årlige skøn repræsenterer derfor en foreløbig minimumsværdi.

Dødsfald i forbindelse med overdosis: stigning blandt højriskostofbrugere.

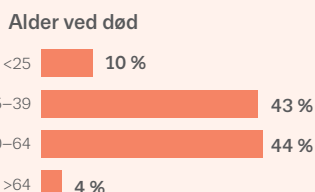
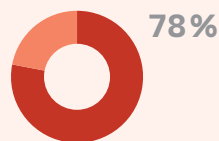
Stofbrug er en anerkendt årsag til undgåelig dødelighed blandt unge europæere. Undersøgelser af kohorter af højriskostofbrugere viser generelt en samlet dødelighed i størrelsesordenen 1-2 % om året. Opioidbrugere i Europa har samlet set 5-10 gange så stor risiko for at dø som andre på samme alder og af samme køn. Øget dødelighed blandt opioidbrugere skyldes primært overdosering, men andre dødsårsager, som er indirekte forbundet med stofbrug, f.eks. infektioner, ulykker, vold og selvmord, er

FORGIFTNINGSDØDSFALD

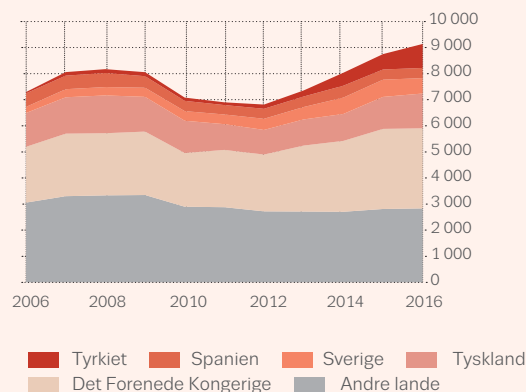
Kendetegn



Dødsfald i forbindelse med opioider



Tendenser for dødsfald som følge af overdosis



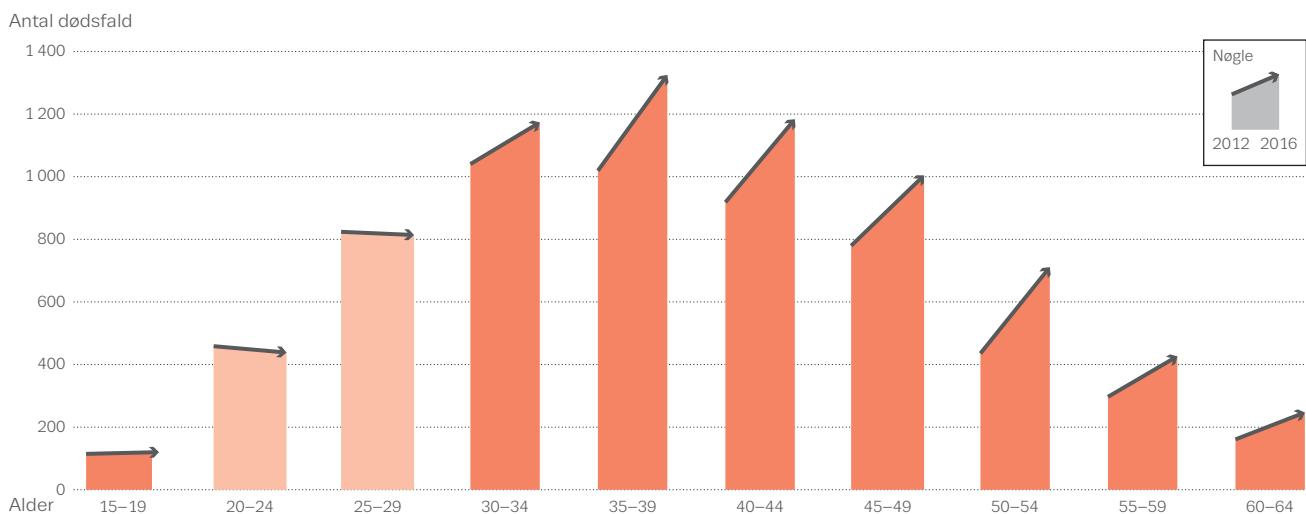
Antal dødsfald



NB: Data for EU-medlemsstaterne, Tyrkiet og Norge (EU + 2).

FIGUR 3.13

Antal forgiftningsdødsfald indberettet i Den Europæiske Union i 2012 og 2016 eller de seneste år, fordelt på aldersintervaller



I 2016 vurderes det, at der i EU skete mindst 7 929 dødsfald som følge af overdosis med et eller flere stoffer involveret. Dette tal stiger til omkring 9 138 dødsfald, hvis Norge og Tyrkiet medregnes, hvilket udgør en stigning på 4 % i forhold til det reviderede tal fra 2015 på 8 749. EU-situationen er samlet set stabil sammenlignet med 2015. Som i tidligere år står Det Forenede Kongerige (34 %) og Tyskland (15 %) tilsammen for en ca. halvdelen af den samlede mængde i Europa. Dette knytter sig delvis til størrelsen af de befolkningsgrupper, der er i risiko i disse lande, men også til underreportering i visse andre lande. Med fokus på lande, der har et relativt robust indberetningssystem, og hvor der findes data for 2016, er der iagttaget en stigning i overdosisdødsfald i Estland og Tyskland. I Nederlandene er det endnu ikke klart, om en kraftig stigning af de indberettede overdosisdødsfald (op til 91 % sammenlignet med 2014) udgør en reel stigning i antallet af forgiftningsdødsfald eller om det har andre årsager, som f.eks. ændringer i registreringen. I Det Forenede Kongerige blev der indberettet en stigning i 2015 med 13 % flere dødsfald i forhold til 2014 og 21 % flere end i 2013. Foreløbige data antyder, at denne stigning fortsatte i 2016. Den opadgående tendens, som kunne iagttages i Sverige i et par år, vendte i 2016. Tyrkiet fortsætter med at indberette store stigninger, hvor antallet for 2016 næsten blev fordoblet i forhold til 2014, men dette skyldes tilsyneladende forbedring af dataindsamlingen og indberetningen.

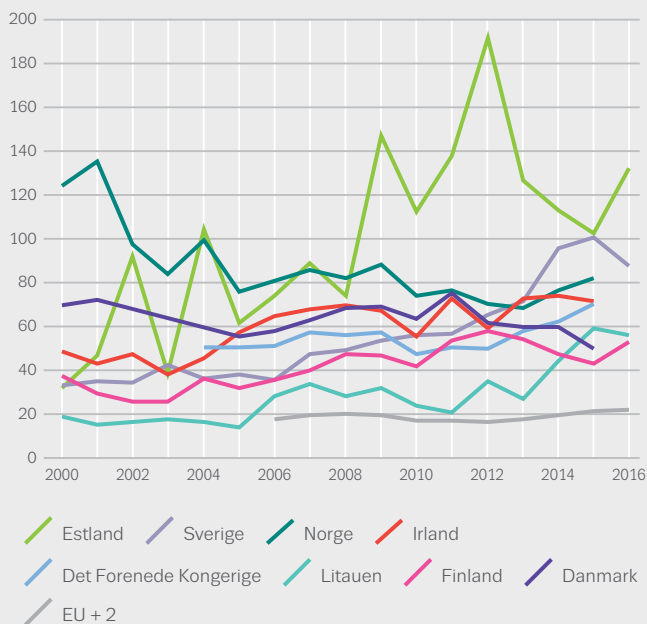
Den stigende tendens i det indberettede antal overdosisdødsfald blandt ældre aldersgrupper afspejler de aldrende opioidbrugere i Europa, som har den største risiko for at dø af en overdosis. Mellem 2012 og 2016 steg overdosisdødsfaldene i Den Europæiske Union i alle kategorier over 30 år (figur 3.13). Dødsfaldene blandt de 50+ aldersgrupper steg samlet set med 55 % sammenlignet med en stigning på 25 % i dødsfald, der var i alderen 30-49. Antallet af overdosisdødsfald, der foregår blandt yngre aldersgrupper, har samlet set været stabilt i Den Europæiske Union. Analyser af dødelige overdoser indberettet af Tyrkiet i 2016 har en yngre profil end i Den Europæiske Union med en gennemsnitsalder på 31 år (sammenlignet med 39 år), og hvor en tredjedel af tilfældene er yngre end 25 år.

Overdosis af stoffer er fortsat den væsentligste årsag til dødsfald blandt højrisikostofbrugere

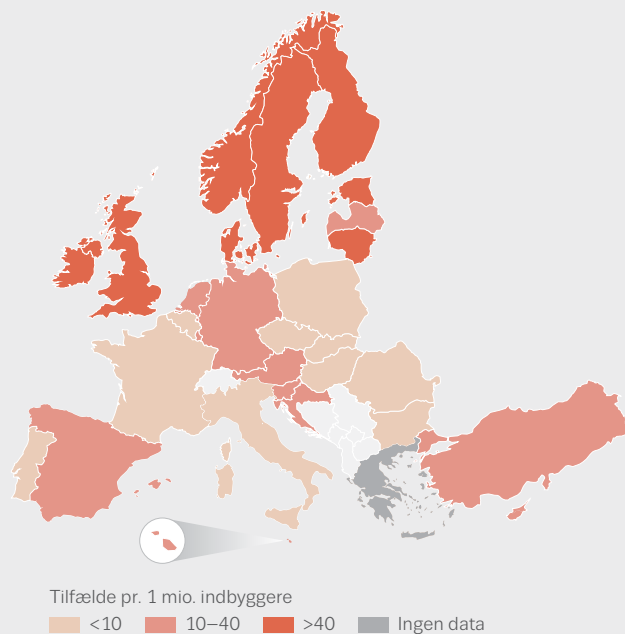
FIGUR 3.14

Narkotikaforårsaget dødelighed blandt voksne (15-64 år): udvalgte tendenser og de seneste data

Tilfælde pr. 1 mio. indbyggere



NB: Tendenser i de 8 lande, der rapporterede de højeste tal i 2016 eller 2015 og samlet europæisk tendens. EU + 2 omfatter EU-medlemsstaterne, Tyrkiet og Norge.



Forgiftningsdødelighed: højeste indberettede niveauer i Nordeuropa

For 2016 skønnes dødeligheden som følge af overdosis i Europa at ligge på 21,8 dødsfald pr. mio. indbyggere i alderen 15-64 år. Tallet blandt mænd (34,7 tilfælde pr. mio. mænd) er næsten fire gang så højt som for kvinder (8,9 tilfælde pr. mio. kvinder). Tallet for overdosisdødelighed er højest i alderen 35-39 år for mænd med 57,4 dødsfald pr. mio. indbyggere og i alderen 40-44 år for kvinder med 12,4 dødsfald pr. mio. indbyggere. Gennemsnitsalderen ved død er dog 39 år for både mænd og kvinder. De nationale dødelighedsprocenter og tendenser varierer betydeligt (figur 3.14) og påvirkes af faktorer, såsom brugsprævalens og -mønstre og national rapporteringspraksis, dataregistrering og kodning af overdosistilfælde, herunder variable niveauer af underreportering, i nationale dødelighedsdatabaser. Ifølge de seneste tilgængelige data blev der indberettet tal på over 40 dødsfald pr. mio. i 8 nordeuropæiske lande med de højeste tal i Estland (132 pr. mio.), Sverige (88 pr. mio.), Norge (81 pr. mio.), Irland (70 pr. mio.) og Det Forenede Kongerige (70 pr. mio.) (figur 3.14).

Dødelige overdoser: opioidrelaterede dødsfald dominerer

Heroin eller dens metabolitter, ofte i kombination med andre stoffer, er involveret i de fleste indberettede tilfælde af overdosis med dødelig udgang i Europa. De seneste data viser en stigning i antallet af heroinrelaterede dødsfald i Europa, navnlig i Det Forenede Kongerige, hvor størstedelen af overdosisdødsfaldene (87 %) involverede en form for opioid. I England og Wales blev heroin eller morfin nævnt i forbindelse med 1 177 dødsfald registreret i 2015, hvilket udgør en stigning på 18 % i forhold til året før og på 44 % i forhold til 2013. Dødsfald med relation til heroin eller morfin steg også i Skotland (Det Forenede Kongerige), hvor der blev registreret 473 sådanne dødsfald i 2016, der udgjorde en stigning på 37 % i forhold til det foregående år. I Frankrig var heroin involveret i 30 % af overdosisdødsfald i 2015 sammenlignet med 15 % i 2012. Andre opioider nævnes også regelmæssigt i toksikologiske rapporter. Disse stoffer, primært metadon men også buprenorphin (Finland), fentanyl og derivater af dette (især i Estland) og tramadol, kædes sammen med en væsentlig andel af dødsfaldene som følge af overdosis i visse lande.

Stimulanser som kokain, amfetaminer, MDMA og cathinoner optræder i et mindre antal tilfælde af overdosis med dødelig udgang i Europa, om end signifikansen varierer alt efter landet. I Det Forenede Kongerige (England og Wales) steg antallet af dødsfald, hvor kokain indgik, fra 169 i 2013 til 320 i 2015, selv om mange af dem menes at

skyldes heroinoverdoser hos personer, som også brugte crack. I 2016 omfattede de stimulansrelaterede dødsfald i Tyrkiet 100 tilfælde med kokain involveret, 98 tilfælde med amfetaminer og 252 tilfælde med MDMA. Tyrkiet indberettede også en stor stigning i antallet af dødsfald med relation til syntetiske cannabinoider: fra 137 i 2015 til 373 i 2016. I Det Forenede Kongerige er antallet af dødsfald, der involverer nye psykoaktive stoffer, fortsat relativt lavt, men det er steget siden 2010, navnlig i Skotland.

Overdoser og narkotikarelaterede dødsfald: forebyggende indsatser

Begrænsning af sygelighed og dødelighed som følge af overdosis er en stor udfordring for folkesundheden i Europa. Et bredere offentligt sundhedstiltag inden for dette område er rettet mod at nedbringe sårbarheden blandt stofbrugere, især ved at fjerne hindringer og give adgang til tjenester og ved at give stofbrugere mulighed for at tage færre chancer (figur 3.15). Vurdering af risikoen for overdosis blandt stofbrugere og forøgelse af deres bevidsthed om overdosis kombineret med tilbud om en effektiv stofbehandling hjælper med at forhindre, at der opstår overdoser. Perioder med forhøjet risiko som f.eks. løsladelse fra fængsel og udskrivning eller frafald fra behandling kræver særlig opmærksomhed. Indsatser som overvågende stofindtagelsesrum samt udleveringsprogrammer for naloxon er direkte målrettede

FIGUR 3.15

Hovedtilgange for at nedbringe antallet af opioidrelaterede dødsfald

Nedbringelse af overdoser med dødelig udgang

Nedbringelse af risikoen for overdosis

Nedbringelse af sårbarhed



tiltag, som har til formål at forbedre sandsynligheden for at overleve en overdosis.

Overvågede stofindtagelsesfaciliteter er rum, hvor stofbrugere kan indtage stofferne under hygiejniske og sikre forhold. Denne indsats har til formål både at forebygge overdoser og sikre adgang til professionel støtte i tilfælde af en overdosis. Disse faciliteter har typisk adgang til et bredt udvalg af medicinske og sociale tjenester samt henvisning til stofbehandling, og de har mulighed for at tiltrække den del af brugerne, som er vanskelig at nå. Hver enkelt facilitet tager imod et stort antal brugere, som ellers ville have været henvist til gaden eller under andre utrygge forhold. Der findes voksende dokumentation for fordelene ved dem, herunder en nedsætning af risikoadfærd, overdosisdødeligheden og overførsel af infektioner samt stofbrugernes forøgede adgang til behandling og andre sundhedsmæssige og sociale tjenester. Samtidigt kan de hjælpe med at sænke stofbruget i det offentlige rum og forbedre den offentlige velfærd i områder omkring urbane stofmarkeder. Sådanne faciliteter drives nu i 56 byer i 6 EU-lande og Norge, i alt 78 faciliteter. I Tyskland, hvor sådanne rum har fungeret siden starten af 1990'erne, har en revision af de lovmæssige bestemmelser for nyligt givet mulighed for overvågning af typer af brug med lavere risiko, som f.eks. snifning, rygning og inhalering. Derudover er to af de 16 delstater begyndt at tillade, at disse bruges af personer i substitutionsbehandling.

| Naloxon: udleveringsprogrammer

Naloxon er en opioidmodgift, som kan modvirke en opioidoverdosis. Det anvendes på hospitalernes akutafdelinger, af ambulancepersonale og personale hos tjenester, som regelmæssigt kommer i kontakt med stofbrugere. De senere år har der været en stigning i udbuddet af udleveringsprogrammer med naloxon, som gør medikamentet tilgængeligt for opioidbrugere, deres partnere, venner og familie sammen med oplæring i at genkende og reagere på en overdosis. I 2017 var der seksten udleveringsprogrammer af naloxon

i 10 europæiske lande. En [systematisk gennemgang](#) af effektiviteten af udleveringsprogrammer for naloxon dokumenterer, at det sammen med uddannelses- og undervisningstiltag nedbringer den overdosisrelaterede dødelighed. Dette kan være særlig nyttigt for bestemte befolkningsgrupper med en forhøjet risiko for overdosis, f. eks. nyligt løsladte fra fængsler. Indsatte er inkluderet i udleveringsprogrammer for naloxon i Estland, Frankrig og i Det Forenede Kongerige, og en fængselsbaseret naloxonuddeling er fastlagt til at starte i Norge i 2018.

De fleste naloxonsæt, der tilbydes af stof- og sundhedstjenester inkluderer enten generiske injektionsnaloxon (0,4 eller 1 mg/1 ml) i ampuller eller sprøjter, der forinden er fyldt med medikamentet. I Frankrig fik en mere koncentreret formulering af lægemidlet i form af næsespray (0,9 mg/0,1 ml), og som var blevet anvendt på forsøgsbasis siden 2016, markedsføringstilladelse i juli 2017, hvilket åbner op for en mere udstrakt brug. I november 2017 godkendte Europa-Kommissionen en næsespray til markedsføring i EU, Norge, Island og Liechtenstein. Næsesprayeren giver en dosis på 1,8 mg naloxon i en 0,1 ml opløsning.



Begrænsning af sygelighed og dødelighed som følge af overdosis er en stor udfordring for folkesundheden

HVIS DU VIL VIDE MERE

EMCDDA-publikationer

2018

Country Drug Reports 2018.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical report.

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

2017

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

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

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

Report of the risk assessment on acryloylfentanyl, Risk assessments.

Report of the risk assessment on furanfentanyl, Risk assessments.

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

2016

Health responses to new psychoactive substances, Rapid communications.

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

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

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

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

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

2015

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

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

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

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

2014

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

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

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

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Fælles publikationer fra EMCDDA og ECDC

2017

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

2015

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

2012

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

Alle publikationer er tilgængelige under linket www.emcdda.europa.eu/publications.

Bilag

Nationale data til skøn over prævalens for stofbrug, herunder problematisk brug af opioider, substitutionsbehandling, samlet antal klienter i behandling, førstegangsbehandling, intravenøs stofbrug, forgiftningsdødsfald, narkotikarelaterede infektionssygdomme, udlevering af sprøjter og beslaglæggelser. Oplysningerne hentes i og er delmængder af EMCDDA's **statistiske bulletin for 2018**, hvor man kan finde noter og metadata. Det årstal, dataene henviser til, er angivet.

TABEL A1

OPIOIDER

Land	Skøn over problematisk opioidbrug		Klienter, der kommer i behandling i årets løb						Klienter i substitutionsbehandling
			Opioidklienter, % af klienter i behandling			% intravenøse opioidklienter (vigtigste indtagelsesmåde)			
			Alle i behandling	Førstegangsbehandlede	Tidligere behandlede	Alle i behandling	Førstegangsbehandlede	Tidligere behandlede	
Skøn for år	Tilfælde pr. 1 000 indbyggere	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	optælling	
Belgien	–	–	25 (2625)	9,4 (366)	34,3 (2114)	14,1 (331)	10,1 (35)	14,3 (272)	16 560
Bulgarien	–	–	73,5 (1261)	52,5 (93)	92,7 (531)	68,2 (542)	56,5 (52)	67,6 (356)	3 338
Tjekkiet	2016	1,7–1,9	17 (1720)	7 (333)	25,9 (1387)	82,6 (1412)	79,8 (264)	83,2 (1148)	5 000
Danmark	–	–	12,7 (543)	6,7 (134)	18,5 (396)	22,4 (103)	3,3 (4)	29,9 (99)	7 050
Tyskland	2015	2,6–3,0	31,9 (27 702)	13,5 (3 614)	40,1 (24 088)	31,3 (9 956)	29,6 (1 546)	31,6 (8 410)	78 500
Estland	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 248
Irland	2014	6,1–7,0	46,9 (4 202)	26,9 (947)	60,5 (3 070)	34,2 (1 375)	24,6 (229)	37,4 (1 100)	10 087
Grækenland	2016	2,1–2,9	66,4 (2 833)	48,1 (833)	78,8 (1 986)	29,3 (824)	28 (232)	29,8 (589)	9 851
Spanien	2015	1,6–3,0	25,7 (12 146)	11,5 (2 727)	42,2 (8 239)	12,7 (1 456)	7,1 (191)	14,4 (1 146)	59 264
Frankrig	2015	4,4–6,9	26,1 (12 111)	12,3 (1 830)	44,6 (7 640)	17,6 (1 830)	11,5 (193)	20,1 (1 325)	169 750
Kroatien	2015	2,5–4,0	–	22,1 (170)	–	–	37,7 (61)	–	4 256
Italien	2015	4,6–5,9	48,5 (23 556)	33,3 (7 190)	60,7 (16 366)	47,5 (9 654)	35,6 (2 103)	52,3 (7 551)	62 868
Cypern	2016	1,5–2,2	24,3 (212)	10,7 (49)	44,3 (132)	53,8 (112)	54,2 (26)	55,8 (72)	229
Letland	2016	4,1–5,9	50,6 (445)	29,4 (136)	74,3 (309)	91,7 (399)	85,6 (113)	94,4 (286)	647
Litauen	2016	2,7–6,5	86,4 (2 059)	53,4 (175)	92,1 (1 877)	85 (1 746)	83,4 (146)	83,9 (146)	1 231
Luxembourg	2015	4,46	48,7 (129)	15,4 (10)	55,2 (80)	46,4 (58)	55,6 (5)	52,6 (41)	1 085
Ungarn	2010–11	0,4–0,5	4,8 (198)	1,6 (44)	13,5 (146)	46,5 (87)	42,9 (18)	48,6 (69)	669
Malta	2016	5,1–6,0	71,7 (1 290)	27,4 (72)	79,3 (1 218)	61,1 (738)	47,7 (21)	61,7 (717)	1 030
Nederlandene	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Østrig	2015	5,3–5,6	51,3 (1 884)	32,1 (515)	66 (1 369)	36,7 (502)	22 (78)	41,9 (424)	18 222
Polen	2014	0,4–0,7	17,3 (1 151)	6,3 (192)	27,8 (951)	57,9 (658)	30,4 (58)	63,7 (598)	2 564
Portugal	2015	3,8–7,6	43,5 (1 198)	26,5 (459)	72,1 (739)	17,8 (194)	15,4 (61)	19,1 (133)	16 368
Rumænien	2016	1,1–1,8	27,2 (963)	12,9 (312)	58,7 (650)	88,9 (855)	80,8 (252)	92,9 (603)	1 480
Slovenien	2016	3,2–3,9	82,2 (221)	55,3 (26)	88,2 (195)	52 (115)	23,1 (6)	55,9 (109)	3 042
Slovakiet	–	–	28,6 (869)	13,5 (181)	42,1 (672)	71,4 (609)	42,5 (76)	79,5 (527)	642
Finland	2012	3,8–4,5	47,8 (317)	27,2 (67)	60 (250)	73,2 (230)	68,2 (45)	74,6 (185)	3 329
Sverige (1)	–	–	23,7 (8 602)	15,6 (1 976)	28,1 (6 626)	–	–	–	4 136
Det Forenede Kongerige	2010–11	7,9–8,4	49,6 (57 673)	22,4 (8 591)	63 (48 936)	31,1 (12 428)	16,4 (827)	33,2 (11 555)	138 422
Tyrkiet	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	–
Norge (2)	2013	2,0–4,2	18,1 (1 033)	12,6 (343)	23 (690)	–	–	–	7 554
Den Europæiske Union	–	–	36,1 (167 443)	17,9 (31 520)	49,1 (130 977)	33,8 (46 440)	26,2 (6 709)	35,3 (37 608)	628 289
EU, Tyrkiet og Norge	–	–	36,8 (176 549)	19,2 (35 490)	49,5 (136 113)	33,3 (48 434)	24,9 (7 270)	35,2 (39 041)	635 843

Data om førstegangsbehandlede er for 2016 eller det seneste tilgængelige år: Tjekkiet, 2014; Danmark, Spanien, Nederlandene og Tyrkiet, 2015.

Data om klienter i substitutionsbehandling er for 2016 eller det seneste tilgængelige år: Danmark, Spanien, Ungarn, Polen og Finland, 2015; Nederlandene, 2014; Tyrkiet, 2011. Antallet for Sverige repræsenterer ikke alle klienter.

(1) Data for førstegangsbehandlede henviser kun til hospitalsbaseret pleje og specialiseret ambulans behandling.

(2) Andelen af klienter i behandling for opioidrelaterede problemer er en minimumsværdi, idet den ikke rummer opioidklienter, der er registreret som blandingsbrugere.

TABEL A2

KOKAIN

Land	Prævalensskøn				Klienter, der kommer i behandling i årets løb					
	Befolkningen som helhed			Skole-søgende	Kokainklienter, % af klienter i behandling			% intravenøse kokainklienter (vigtigste indtagelsesmåde)		
	Under-søgel-ses-år	Hele livet, voksne (15-64 år)	Seneste år, unge voksne (15-34 år)		Alle i behandling	Første-gangs-behandlede	Tidligere behandlede	Alle klienter	Første-gangs-behandlede	Tidligere behandlede
	%	%	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)
Belgien	2013	–	0,9	2	21,7 (2 277)	21,8 (851)	21,0 (1 299)	4,7 (95)	1,1 (8)	7,1 (80)
Bulgarien	2016	0,9	0,5	5	2 (34)	5,1 (9)	0,7 (4)	6,7 (1)	0 (0)	0 (0)
Tjekkiet	2016	1,4	0,7	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danmark ⁽¹⁾	2017	6,4	3,9	2	7,1 (306)	7,2 (144)	7,4 (158)	3,3 (8)	1,7 (2)	5 (6)
Tyskland ⁽²⁾	2015	3,8	1,2	3	6,7 (5 855)	6,4 (1 713)	6,9 (4 142)	14,3 (2 376)	7 (301)	16,9 (2 075)
Estland	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Irland	2015	7,8	2,9	3	12,2 (1 096)	16,1 (565)	9,9 (502)	1,3 (14)	0,2 (1)	2,2 (11)
Grækenland ⁽²⁾	2015	1,3	0,6	1	6,8 (292)	8,8 (152)	5,5 (139)	10,7 (31)	2 (3)	20,3 (28)
Spanien	2015	9,1	3,0	3	36,6 (17 327)	35,5 (8 445)	37,1 (7 248)	1 (167)	0,4 (30)	1,6 (116)
Frankrig	2014	5,4	2,4	4	6,7 (3 108)	5,9 (878)	8,3 (1 418)	8,5 (243)	2,6 (21)	13,7 (178)
Kroatien	2015	2,7	1,6	2	–	2,9 (22)	–	–	–	–
Italien	2017	6,8	1,9	3	29,2 (14 197)	34,3 (7 417)	25,1 (6 780)	2,9 (394)	2,2 (154)	3,7 (240)
Cypern	2016	1,4	0,4	3	12,7 (111)	11,8 (54)	16,4 (49)	2,8 (3)	0 (0)	6,1 (3)
Letland	2015	1,5	1,2	2	0,7 (6)	1,1 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litauen	2016	0,7	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,4 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Luxembourg	2014	2,5	0,6	3	17 (45)	12,3 (8)	19,3 (28)	39,5 (17)	14,3 (1)	46,4 (13)
Ungarn ⁽²⁾	2015	1,2	0,9	2	2,7 (112)	3 (83)	1,8 (20)	1,8 (2)	0 (0)	10 (2)
Malta	2013	0,5	–	3	14,6 (263)	34,2 (90)	11,3 (173)	10,7 (28)	3,3 (3)	14,6 (25)
Nederlandene	2016	5,9	3,7	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Østrig	2015	3,0	0,4	2	8,5 (311)	11,2 (180)	6,3 (131)	6,5 (19)	1,7 (3)	13,6 (16)
Polen	2014	1,3	0,4	4	2,3 (155)	2,4 (73)	2,3 (77)	0,7 (1)	0 (0)	1,3 (1)
Portugal	2016	1,2	0,3	2	13,3 (366)	15,7 (272)	9,2 (94)	4,3 (14)	3,8 (9)	5,9 (5)
Rumænien	2016	0,7	0,2	3	1 (36)	1,3 (31)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenien	2012	2,1	1,2	2	6,3 (17)	14,9 (7)	4,5 (10)	11,8 (2)	–	20 (2)
Slovakiet	2015	0,7	0,3	2	1,2 (36)	2,1 (28)	0,4 (7)	9,7 (3)	8,3 (2)	14,3 (1)
Finland	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	– (0)	– (0)	– (0)
Sverige ^(1,3)	2013	–	1,2	1	1,2 (438)	2,4 (300)	0,6 (138)	–	–	–
Det Forenede Kongerige ^(1,4)	2016	9,7	4,0	2	15,5 (18 008)	19,5 (7 492)	13,5 (10 490)	1,4 (174)	0,5 (28)	2,1 (141)
Tyrkiet	–	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norge ⁽¹⁾	2016	3,8	1,3	1	1,2 (66)	1,7 (45)	0,7 (21)	–	–	–
Den Europæiske Union	–	5,1	1,9	–	14,5 (67 113)	17,1 (30 195)	12,8 (34 253)	5,3 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)
EU, Tyrkiet og Norge	–	–	–	–	14 (67 377)	16,4 (30 319)	12,5 (34 393)	5,2 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)

Prævalensskøn for skoleelever er hentet fra ESPAD-undersøgelsen fra 2015, bortset fra Belgien (2016, kun Flandern), Spanien (2016), Tyskland (2011), Italien (2016), Luxembourg (2010, i alderen 15 år), Sverige (2016) og Det Forenede Kongerige (2014, kun England, i alderen 15 år). På grund af usikkerhed om dataindsamlingsprocedurerne er data for Letland muligvis ikke sammenlignelige.

Data om klienter i substitutionsbehandling er for 2016 eller det seneste år: Tjekkiet, 2014; Danmark, Spanien, Nederlandene og Tyrkiet, 2015.

⁽¹⁾ Aldersinterval for prævalensskøn for befolkningen som helhed: 16-64 år, 16-34 år.

⁽²⁾ Aldersinterval for prævalensskøn for befolkningen som helhed: 18-64 år, 18-34 år.

⁽³⁾ Data for førstegangsbehandlede henviser kun til hospitalsbaseret pleje og specialiseret ambulans behandling.

⁽⁴⁾ Prævalensskøn for befolkningen som helhed gælder kun for England og Wales.

TABEL A3

AMFETAMINER

Land	Prævalensskøn				Klienter, der kommer i behandling i årets løb					
	Befolkningen som helhed			Skole-søgende	Amfetaminklienter, % af behandlede			% intravenøse amfetaminklienter (vigtigste indtagelsesmåde)		
	Under-søgel-ses-år	Hele livet, voksne (15-64 år)	Seneste år, unge voksne (15-34 år)		Hele livet, skoleele-ver (15-16 år)	Alle i behandling	Første-gangs-behandlede	Tidligere behandlede	Alle i behandling	Første-gangs-behandlede
	%	%	%	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)
Belgien	2013	–	0,5	2	9,3 (978)	7,2 (282)	10,9 (672)	11,1 (88)	2,5 (6)	14,8 (80)
Bulgarien	2016	1,5	1,8	6	11,4 (195)	15,3 (27)	3 (17)	17,6 (9)	7,4 (2)	23,5 (4)
Tjekkiet	2016	3,0	1,7	1	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Danmark (1)	2017	7,0	1,4	1	6,4 (275)	6,5 (131)	6,5 (139)	1,6 (4)	0,8 (1)	2,4 (3)
Tyskland (2)	2015	3,6	1,9	4	16,9 (14 714)	19,4 (5 210)	15,8 (9 504)	2,1 (706)	1,6 (189)	2,4 (517)
Estland	2008	–	2,5	2	3,8 (11)	6,9 (6)	2,5 (4)	50 (5)	66,7 (4)	33,3 (1)
Irland	2015	4,1	0,6	3	0,6 (55)	0,7 (24)	0,6 (29)	12,7 (7)	16,7 (4)	10,3 (3)
Grækenland	–	–	–	2	0,7 (28)	0,8 (14)	0,6 (14)	10,7 (3)	14,3 (2)	7,1 (1)
Spanien	2015	3,6	1,0	2	1,4 (674)	1,6 (382)	1,2 (243)	1,1 (7)	0,8 (3)	1,7 (4)
Frankrig	2014	2,2	0,7	2	0,4 (182)	0,4 (57)	0,4 (68)	11,6 (18)	–	13,6 (8)
Kroatien	2015	3,5	2,3	3	–	4,8 (37)	–	–	–	–
Italien	2017	2,4	0,3	2	0,3 (126)	0,4 (87)	0,1 (39)	2,5 (3)	1,2 (1)	5,7 (2)
Cypern	2016	0,5	0,1	3	5,1 (44)	3,9 (18)	6,7 (20)	4,5 (2)	0 (0)	5 (1)
Letland	2015	1,9	0,7	3	15,8 (139)	19,2 (89)	12 (50)	63,6 (77)	57,7 (45)	74,4 (32)
Litauen	2016	1,2	0,5	1	2,7 (64)	5,2 (17)	2,2 (44)	30 (18)	41,2 (7)	41,2 (7)
Luxembourg	2014	1,6	0,1	1	0,8 (2)	3,1 (2)	–	–	–	–
Ungarn (2)	2015	1,7	1,4	3	12,4 (507)	13,1 (366)	10,5 (114)	6,3 (31)	6,1 (22)	7,2 (8)
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (4)	0,8 (2)	0,1 (2)	25 (1)	–	50 (1)
Nederlandene	2016	5,3	3,6	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Østrig	2015	2,2	0,9	3	5,5 (203)	7,3 (117)	4,1 (86)	3,8 (7)	3,7 (4)	3,9 (3)
Polen	2014	1,7	0,4	4	27,7 (1 841)	29,9 (915)	26 (889)	3,9 (70)	1,8 (16)	5,8 (51)
Portugal	2016	0,4	0,0	1	0,2 (5)	0,3 (5)	–	0 (0)	0 (0)	–
Rumænien	2016	0,3	0,1	1	0,6 (22)	0,6 (14)	0,7 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenien	2012	0,9	0,8	1	1,9 (5)	4,3 (2)	1,4 (3)	40 (2)	–	66,7 (2)
Slovakiet	2015	1,4	0,8	1	40,5 (1 231)	44,2 (592)	36,3 (579)	30,1 (350)	27,6 (157)	33,3 (182)
Finland	2014	3,4	2,4	1	20,4 (135)	25,2 (62)	17,5 (73)	70,8 (92)	49,2 (29)	88,7 (63)
Sverige (1,3)	2013	–	1,3	1	5,9 (2 152)	7,4 (937)	5,1 (1 215)	–	–	–
Det Forenede Kongerige (1,4)	2016	9,2	0,7	1	2,4 (2 828)	3 (1 144)	2,2 (1 679)	20 (353)	14,6 (99)	23,3 (253)
Tyrkiet	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norge (1)	2016	3,4	0,5	1	13,2 (756)	9,4 (254)	16,7 (502)	–	–	–
Den Europæiske Union	–	3,6	1,0	–	7,4 (34 270)	8,3 (14 576)	7,2 (19 304)	15,1 (7 303)	16,7 (3 179)	14,1 (4 088)
EU, Tyrkiet og Norge	–	–	–	–	7,3 (35 222)	8,1 (14 963)	7,2 (19 869)	15,1 (7 304)	16,6 (3 180)	14 (4 088)

Prævalensskøn for skoleelever er hentet fra ESPAD-undersøgelsen fra 2015, bortset fra Belgien (2016, kun Flandern), Spanien (2016), Tyskland (2011), Italien (2016), Luxembourg (2010, i alderen 15 år), Sverige (2016) og Det Forenede Kongerige (2014, kun England, i alderen 15 år). På grund af usikkerhed om dataindsamlingsprocedurerne er data for Letland muligvis ikke sammenlignelige.

Data om klienter i substitutionsbehandling er for 2016 eller det seneste år: Tjekkiet, 2014; Danmark, Spanien, Nederlandene og Tyrkiet, 2015. Data for Tyskland, Sverige og Norge henviser til brugere af "andre stimulerende stoffer end kokain".

(1) Aldersinterval for prævalensskøn for befolkningen som helhed: 16-64 år, 16-34 år.

(2) Aldersinterval for prævalensskøn for befolkningen som helhed: 18-64 år, 18-34 år.

(3) Data for førstegangsbehandlede henviser kun til hospitalsbaseret pleje og specialiseret ambulans behandling.

(4) Prævalensskøn for befolkningen som helhed gælder kun for England og Wales.

TABEL A4

MDMA

Land	Prævalensskøn				Klienter, der kommer i behandling i årets løb		
	Befolkningen som helhed			Skole-søgende	MDMA-klienter, % af klienter i behandling		
	Under-søgelses-år	Hele livet, voksne (15-64 år)	Seneste år, unge voksne (15-34 år)	Hele livet, skoleelever (15-16 år)	Alle i behandling	Førstegangs-behandlede	Tidligere behandlede
	%	%	%	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	
Belgien	2013	–	0,8	2	0,5 (48)	0,8 (31)	0,3 (16)
Bulgarien	2016	2,1	3,1	5	0,7 (12)	1,1 (2)	0 (0)
Tjekkiet	2016	7,1	4,1	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Danmark ⁽¹⁾	2017	3,2	1,5	1	0,7 (28)	1 (21)	0,3 (7)
Tyskland ⁽²⁾	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estland	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irland	2015	9,2	4,4	4	0,6 (51)	1,1 (39)	0,2 (11)
Grækenland ⁽²⁾	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Spanien	2015	3,6	1,3	2	0,3 (157)	0,6 (131)	0,1 (19)
Frankrig	2014	4,2	2,3	2	0,4 (187)	0,6 (85)	0,3 (53)
Kroatien	2015	3,0	1,4	2	–	1 (8)	–
Italien	2017	2,8	0,9	2	0,2 (79)	0,2 (40)	0,1 (39)
Cypern	2016	1,1	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)	0,3 (1)
Letland	2015	2,4	0,8	3	0,1 (1)	0,2 (1)	0 (0)
Litauen	2016	1,7	1,0	2	0,2 (4)	0,6 (2)	0,1 (2)
Luxembourg	2014	1,9	0,4	1	0,8 (2)	1,5 (1)	0,7 (1)
Ungarn ⁽²⁾	2015	4,0	2,1	2	1,8 (73)	1,8 (50)	1,7 (18)
Malta	2013	0,7	–	2	1 (18)	–	1,2 (18)
Nederlandene	2016	9,2	7,4	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Østrig	2015	2,9	1,1	2	0,9 (34)	1,4 (22)	0,6 (12)
Polen	2014	1,6	0,9	3	0,3 (17)	0,2 (5)	0,4 (12)
Portugal	2016	0,7	0,2	2	0,2 (6)	0,3 (5)	0,1 (1)
Rumænien	2016	0,5	0,2	2	0,6 (21)	0,8 (19)	0,2 (2)
Slovenien	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Slovakiet	2015	3,1	1,2	3	0,2 (6)	0,4 (5)	0,1 (1)
Finland	2014	3,0	2,5	1	0,3 (2)	0,8 (2)	0 (0)
Sverige ⁽¹⁾	2013	–	1,0	1	–	–	–
Det Forenede Kongerige ^(1,3)	2016	9,0	2,6	3	0,5 (599)	1,1 (404)	0,2 (193)
Tyrkiet	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norge ⁽¹⁾	2016	2,7	1,6	1	–	–	–
Den Europæiske Union	–	4,1	1,8	–	0,3 (1 442)	0,5 (951)	0,2 (424)
EU, Tyrkiet og Norge	–	–	–	–	0,3 (1 548)	0,6 (1 028)	0,2 (453)

Prævalensskøn for skoleelever er hentet fra ESPAD-undersøgelsen fra 2015, bortset fra Belgien (2016, kun Flandern), Spanien (2016), Tyskland (2011), Italien (2016), Luxembourg (2010, i alderen 15 år), Sverige (2016) og Det Forenede Kongerige (2014, kun England, i alderen 15 år). På grund af usikkerhed om dataindsamlingsprocedurerne er data for Letland muligvis ikke sammenlignelige.

Data om klienter i substitutionsbehandling er for 2016 eller det seneste år: Tjekkiet, 2014; Danmark, Spanien, Nederlandene og Tyrkiet, 2015.

⁽¹⁾ Aldersinterval for prævalensskøn for befolkningen som helhed: 16-64 år, 16-34 år.

⁽²⁾ Aldersinterval for prævalensskøn for befolkningen som helhed: 18-64 år, 18-34 år.

⁽³⁾ Prævalensskøn for befolkningen som helhed gælder kun for England og Wales.

TABEL A5

CANNABIS

Land	Prævalensskøn				Klienter, der kommer i behandling i årets løb		
	Befolkningen som helhed			Skole-søgende	Cannabisklienter, % af klienter i behandling		
	Under-søgelses-år	Hele livet, voksne (15-64 år)	Seneste år, unge voksne (15-34 år)	Hele livet, skoleelever (15-16 år)	Alle i behandling	Førstegangsbehandlede	Tidligere behandlede
	%	%	%	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	
Belgien	2013	15,0	10,1	18	33,9 (3 565)	51,7 (2 016)	23,7 (1 456)
Bulgarien	2016	8,3	10,3	27	4,7 (80)	8,5 (15)	2,1 (12)
Tjekkiet	2016	26,6	19,4	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Danmark ⁽¹⁾	2017	38,4	15,4	12	69,6 (2 983)	76 (1 529)	62,9 (1 345)
Tyskland ⁽²⁾	2015	27,2	13,3	19	39,5 (34 292)	56,2 (15 097)	32 (19 195)
Estland	2008	–	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irland	2015	27,9	13,8	19	26,6 (2 381)	41,2 (1 450)	16,8 (852)
Grækenland ⁽²⁾	2015	11,0	4,5	9	23 (984)	39,7 (687)	11,7 (295)
Spanien	2015	31,5	17,1	31	33,1 (15 676)	47 (11 185)	17,7 (3 448)
Frankrig	2016	41,4	21,5	31	62,5 (28 998)	77,9 (11 601)	42,3 (7 240)
Kroatien	2015	19,4	16,0	21	-	59,5 (458)	-
Italien	2017	33,1	20,7	19	20,3 (9 872)	29,6 (6 394)	12,9 (3 478)
Cypern	2016	12,1	4,3	7	57,5 (501)	73 (333)	32,2 (96)
Letland	2015	9,8	10,0	17	22,1 (194)	34,1 (158)	8,7 (36)
Litauen	2016	10,8	6,0	18	6,7 (159)	27,1 (89)	3,2 (66)
Luxembourg	2014	23,3	9,8	16	32,8 (87)	67,7 (44)	24,8 (36)
Ungarn ⁽²⁾	2015	7,4	3,5	13	56,7 (2 323)	63 (1 763)	40,7 (441)
Malta	2013	4,3	–	13	10,7 (193)	31,2 (82)	7,2 (111)
Nederlandene	2016	25,2	15,7	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Østrig	2015	23,6	14,1	20	30,9 (1 136)	45,8 (734)	19,4 (402)
Polen	2014	16,2	9,8	24	30 (1 995)	38 (1 164)	22,8 (780)
Portugal	2016	11,0	8,0	15	38,7 (1 066)	53,5 (925)	13,8 (141)
Rumænien	2016	5,8	5,8	8	48,5 (1 719)	64,6 (1 564)	13,4 (149)
Slovenien	2012	15,8	10,3	25	4,1 (11)	14,9 (7)	1,8 (4)
Slovakiet	2015	15,8	9,3	26	24,3 (739)	35,9 (481)	15 (239)
Finland	2014	21,7	13,5	8	19,8 (131)	35,4 (87)	10,6 (44)
Sverige ^(1,3)	2016	15,1	7,3	5	10,9 (3 958)	16,7 (2 112)	7,8 (1 846)
Det Forenede Kongerige ^(1,4)	2016	29,6	11,5	19	25,2 (29 350)	45,2 (17 342)	15,3 (11 916)
Tyrkiet	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norge ⁽¹⁾	2016	20,6	8,6	7	29 (1 660)	37,6 (1 021)	21,3 (639)
Den Europæiske Union	–	26,3	14,1	–	32,1 (148 793)	46,3 (81 720)	20,9 (55 625)
EU, Tyrkiet og Norge	–	–	–	–	31,5 (151 106)	45,1 (83 157)	20,5 (56 501)

Prævalensskøn for skoleelever er hentet fra ESPAD-undersøgelsen fra 2015, bortset fra Belgien (2016, kun Flandern), Spanien (2016), Tyskland (2011), Italien (2016), Luxembourg (2010, i alderen 15 år), Sverige (2016) og Det Forenede Kongerige (2014, kun England, i alderen 15 år). På grund af usikkerhed om dataindsamlingsprocedurerne er data for Letland muligvis ikke sammenlignelige.

Data om klienter i substitutionsbehandling er for 2016 eller det seneste år: Tjekkiet, 2014; Danmark, Spanien, Nederlandene og Tyrkiet, 2015.

⁽¹⁾ Aldersinterval for prævalensskøn for befolkningen som helhed: 16-64 år, 16-34 år.

⁽²⁾ Aldersinterval for prævalensskøn for befolkningen som helhed: 18-64 år, 18-34 år.

⁽³⁾ Data for førstegangsbehandlede henviser kun til hospitalsbaseret pleje og specialiseret ambulante behandling.

⁽⁴⁾ Prævalensskøn for befolkningen som helhed gælder kun for England og Wales.

TABEL A6

ANDRE INDIKATORER

Land	Forgiftningsdødsfald (15-64 år)	Hiv-diagnoser med relation til intravenøs stofbrug (ECDC)	Skøn over intravenøs stofbrug		Sprøjter distribueret gennem specialiserede programmer
	tilfælde pr. mio. indbyggere (optælling)	tilfælde pr. mio. indbyggere (optælling)	Skøn for år	tilfælde pr. 1 000 indbyggere	optælling
Belgien	8 (60)	0,3 (3)	2015	2,3–4,6	1 131 324
Bulgarien	4 (21)	3,1 (22)	–	–	214 865
Tjekkiet	4 (30)	0,7 (7)	2016	6,1–6,4	6 477 941
Danmark	49 (181)	1,6 (9)	–	–	–
Tyskland	24 (1 274)	1,5 (127)	–	–	–
Estland	132 (113)	22,8 (30)	–	–	2 070 169
Irland ⁽¹⁾	70 (215)	4,4 (21)	–	–	393 275
Grækenland	– (–)	7,4 (80)	2016	0,5–0,8	335 903
Spanien ⁽²⁾	13 (390)	2,4 (113)	2015	0,2–0,5	1 435 882
Frankrig ⁽¹⁾	7 (291)	0,7 (49)	2015	2,1–3,8	12 314 781
Kroatien	20 (56)	0 (0)	2015	1,8–2,9	278 791
Italien	7 (263)	1,6 (96)	–	–	–
Cypern	10 (6)	2,4 (2)	2016	0,2–0,4	22
Letland	14 (18)	31,5 (62)	2012	7,3–11,7	720 494
Litauen	56 (107)	28,7 (83)	2016	4,4–4,9	240 061
Luxembourg	13 (5)	33 (19)	2015	3,8	424 672
Ungarn	4 (26)	0,3 (3)	2015	1	171 097
Malta	17 (5)	2,3 (1)	–	–	333 135
Nederlandene	19 (209)	0,1 (1)	2015	0,07–0,09	–
Østrig	28 (163)	1,7 (15)	–	–	6 205 356
Polen	9 (237)	0,8 (30)	–	–	53 028
Portugal	4 (26)	2,9 (30)	2015	1,0–4,5	1 350 258
Rumænien ⁽³⁾	1 (19)	4,2 (83)	–	–	1 495 787
Slovenien	29 (40)	0,5 (1)	–	–	567 233
Slovakiet	5 (19)	0,2 (1)	–	–	357 705
Finland	53 (184)	1,1 (6)	2012	4,1–6,7	5 781 997
Sverige	88 (543)	2,6 (26)	–	–	386 953
Det Forenede Kongerige ⁽⁴⁾	70 (2 942)	1,6 (107)	2004–11	2,9–3,2	–
Tyrkiet	15 (779)	0,1 (8)	–	–	–
Norge	81 (278)	1,5 (8)	2015	2,2–3,1	2 919 344
Den Europæiske Union	22,4 (7 443)	2,0 (1 027)	–	–	–
EU, Tyrkiet og Norge	21,8 (8 500)	1,8 (1 043)	–	–	–

Sammenligning mellem antallet af forgiftningsdødsfald i statistikkerne skal udføres med forsigtighed på grund af problemer med kodning, dækning og underrapportering i visse lande.

⁽¹⁾ Tal for sprøjter, som er blevet uddelt gennem specialiserede programmer, gælder for 2014.

⁽²⁾ Tal for sprøjter, som er blevet uddelt gennem specialiserede programmer, gælder for 2015.

⁽³⁾ Forgiftningsdødsfald: subnational dækning.

⁽⁴⁾ Sprøjtedata for Det Forenede Kongerige: England, ingen data; Skotland, 4 742 060 og Wales, 3 100 009 (begge i 2016); Nordirland 309 570 (2015).

TABEL A7

BESLAGLÆGGELSER

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

Amfetaminer inkluderer amfetamin og metamfetamin.
 Alle data gælder for 2016 eller det seneste år.

TABEL A7

BESLAGLÆGGELSER (fortsat)

Land	Cannabisharpiks		Cannabisblade		Cannabisplanter	
	Beslaglagt mængde	Antal beslaglæggelser	Beslaglagt mængde	Antal beslaglæggelser	Beslaglagt mængde	Antal beslaglæggelser
	kg	optælling	kg	optælling	planter (kg)	optælling
Belgien	723	5 706	686	26 587	328 611 (-)	1 046
Bulgarien	220	8	1 624	62	2 740 (26 088)	122
Tjekkiet	7	96	722	4 777	57 660 (-)	518
Danmark	3 819	15 364	346	1 589	14 719 (532)	450
Tyskland	1 874	6 059	5 955	32 353	98 013 (-)	2 167
Estland	548	22	46	575	- (79)	28
Irland	-	192	-	1 049	- (-)	182
Grækenland	155	248	12 863	7 076	39 151 (-)	735
Spanien	324 379	169 538	21 138	158 810	724 611 (-)	2 675
Frankrig	52 735	77 466	18 206	31 736	126 389 (-)	737
Kroatien	7	566	1 321	6 459	10 051 (-)	256
Italien	23 896	9 623	41 647	8 148	464 723 (-)	1 689
Cypern	2	20	171	753	311 (-)	37
Letland	3	96	44	872	- (50)	22
Litauen	551	54	68	654	- (-)	0
Luxembourg	1	173	21	875	359 (-)	16
Ungarn	4	149	494	2 673	6 482 (-)	153
Malta	109	193	12	146	88 (-)	6
Nederlandene	-	-	-	-	883 000 (-)	-
Østrig	166	2 598	913	14 030	24 166 (-)	508
Polen	33		2 569		108 516 (-)	-
Portugal	7 068	4 676	264	620	4 634 (-)	231
Rumænien	35	212	143	2 140	- (2 846)	97
Slovenien	3	109	458	3 103	14 006 (-)	167
Slovakiet	0,5	15	40	1 303	376 (-)	17
Finland	78	298	254	1 179	18 900 (127)	607
Sverige	1 489	10 972	1 327	8 828	- (-)	-
Det Forenede Kongerige	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Tyrkiet	36 046	4 659	110 855	31 189	- (-)	3 318
Norge	3 026	10 912	563	3 190	- (48)	216
Den Europæiske Union	424 186	316 546	123 947	420 092	3 268 037 (29 723)	22 049
EU, Tyrkiet og Norge	463 258	332 117	235 365	454 471	3 268 037 (29771)	25 583

Alle data gælder for 2016 eller det seneste år.

Sådan kontakter du EU

Personligt

Der findes flere hundrede Europe Direct-informationscentre i hele EU. Find dit nærmeste center på: https://europa.eu/european-union/contact_da

Pr. telefon eller e-mail

Europe Direct er en tjeneste, der besvarer spørgsmål om EU. Kontakt Europe Direct:

- på gratisnummer: 00 800 6 7 8 9 10 11 (visse operatører tager betaling for disse opkald)
- på følgende nummer: +32 22999696 eller
- pr. e-mail: https://europa.eu/european-union/contact_da

Sådan finder du oplysninger om EU

Online

Oplysninger om EU er tilgængelige på alle EU's officielle sprog på Europawebstedet: https://europa.eu/european-union/index_da

EU-publikationer

Du kan downloade eller bestille EU-publikationer gratis eller mod betaling på: <https://publications.europa.eu/da/publications>. Du kan bestille flere eksemplarer af de gratis publikationer ved at kontakte Europe Direct eller dit lokale informationscenter (se https://europa.eu/european-union/contact_da).

EU-ret og relaterede dokumenter

Du kan nemt få adgang til EU's juridiske oplysninger (herunder al EU-ret siden 1952) på alle officielle EU-sprog på EUR-Lex: <http://eur-lex.europa.eu>

Åbne data fra EU

EU's portal for åbne data (<http://data.europa.eu/euodp/da>) giver adgang til datasæt fra EU. Dataene kan downloades og genanvendes gratis til både kommercielle og ikkekommercielle formål.

Om denne rapport

Rapporten "Tendenser og udvikling" giver et overordnet overblik over narkotikaspørgsmålet i Europa, herunder med fokus på udbud og brug af stoffer, folkesundhedsproblemer samt narkotikapolitikker og tiltag. Sammen med onlineudgaven af [Statistical bulletin](#) og 30 [Country Drug Reports](#) udgør den pakken [Den Europæiske Narkotikarapport 2018](#).

Om EMCDDA

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EMCDDA) er den centrale kilde og en bekræftet autoritet med hensyn til narkotikarelaterede spørgsmål i Europa. Centret har i over tyve år indsamlet, analyseret og formidlet videnskabeligt baserede oplysninger om narkotika og narkotikamisbrug og følgerne deraf og har givet modtagerne et evidensbaseret billede af narkotikafænomenet i Europa.

EMCDDA's publikationer er den vigtigste kilde til information for mange forskellige grupper, bl.a. beslutningstagere og deres rådgivere, professionelle behandlere og forskere, som arbejder inden for narkotikaområdet, og mere bredt pressen og den almindelige befolkning. EMCDDA, der er beliggende i Lissabon, er et af EU's decentrale agenturer.

