



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

NL

ISSN 2314-9159

Europees Drugs- rapport

Trends en ontwikkelingen

2018



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

Europees Drugs- rapport

Trends en ontwikkelingen

2018

Juridische mededeling

Deze uitgave is eigendom van het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) en is auteursrechtelijk beschermd. Het EMCDDA wijst elke verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de hand voor mogelijke gevolgen die voortvloeien uit het gebruik van de gegevens in dit document. De inhoud van deze uitgave geeft niet noodzakelijkerwijs de standpunten weer van de partners van het EMCDDA, van de lidstaten van de EU of van de agentschappen of instellingen van de Europese Unie.

Dit verslag is beschikbaar in het Bulgaars, Spaans, Tsjechisch, Deens, Duits, Ests, Grieks, Engels, Frans, Kroatisch, Italiaans, Lets, Litouws, Hongaars, Nederlands, Pools, Portugees, Roemeens, Slowaaks, Sloveens, Fins, Zweeds, Turks en Noors. Alle vertalingen zijn verzorgd door het Vertaalbureau voor de organen van de Europese Unie.

Luxemburg: Bureau voor publicaties van de Europese Unie, 2018

PRINTED	ISBN 978-92-9497-274-3	ISSN 1977-9933	doi:10.2810/40756	TD-AT-18-001-NL-C
PDF	ISBN 978-92-9497-270-5	ISSN 2314-9159	doi:10.2810/894610	TD-AT-18-001-NL-N

© Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, 2018
Met bronvermelding is overname toegestaan.

Aanbevolen citeerwijze: Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (2018), *Europees Drugsrapport 2018: Trends en ontwikkelingen*, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg.



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

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

Tel. +351 211210200

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

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Inhoudsopgave

5	Voorwoord
9	Inleiding en dankbetuiging
11	COMMENTAAR Inzicht in de drugsproblemen in Europa en de ontwikkeling van effectieve maatregelen
19	HOOFDSTUK 1 Aanbod van drugs en de markt
39	HOOFDSTUK 2 Prevalentie en trends van drugsgebruik
59	HOOFDSTUK 3 Schadelijke gevolgen van drugsgebruik en maatregelen daartegen
83	BIJLAGE Nationale gegevenstabellen

Voorwoord

Met genoegen presenteren we hierbij de meest recente analyse van het EMCDDA over de drugsproblematiek in Europa. *Het Europees Drugsrapport 2018: Trends en ontwikkelingen* biedt inzicht in de drugsproblematiek in Europa en de aanpak daarvan, op basis van actuele informatie. Dit rapport, onze belangrijkste publicatie, is gebaseerd op een grondige analyse van Europese en nationale gegevens, die nieuwe patronen en problemen aan het licht brengt. Het gaat dit jaar online vergezeld van 30 landenverslagen en informatiebronnen met volledige gegevensmatrices en grafieken, zodat een overzicht per land beschikbaar is.

Ons rapport heeft tot doel onze belanghebbenden een volledig overzicht te geven. Daarnaast wijst het in een vroeg stadium op nieuwe drugstrends, helpt het prioriteiten te stellen voor nationale en lokale strategische planning, maakt het vergelijkingen tussen landen mogelijk en zijn de gegevens die het bevat over trends een hulpmiddel voor evaluaties. Het rapport wordt aangevuld met onze recente driejaarlijkse publicatie *Health and social responses to drug problems: a European guide* (Aanpak van het drugsprobleem vanuit een gezondheids- en sociale benadering), editie 2017.



Dit jaar zien we voor een breed scala aan stoffen zorgwekkende signalen die wijzen op een toename van de productie van drugs binnen Europa, dichterbij consumentenmarkten. Technologische ontwikkelingen stimuleren deze trend en brengen Europese drugsproducenten en -consumenten via het oppervlakteweb en het darknet bovendien in contact met wereldmarkten. Daarnaast stellen we vast dat de toenemende cocaïneproductie in Zuid-Amerika invloed begint te krijgen op de Europese markt en leidt



tot een groter gezondheidsrisico voor gebruikers en complexere uitdagingen op het gebied van wetshandhaving, omdat handelaren aanvoerroutes aanpassen of wijzigen. Nieuwe aanwijzingen voor een toename van de verkrijgbaarheid en het gebruik van crack in Europa baren eveneens zorgen en vereisen toezicht.

Nieuwe, op de Europese drugsmarkten verkrijgbare psychoactieve stoffen blijven een gevaar voor de volksgezondheid en een uitdaging voor beleidsmakers. Recente EU-wetgeving heeft geleid tot intensievere uitwisseling van informatie over de nieuwe stoffen die op de markt verschijnen, en ervoor gezorgd dat in heel Europa sneller risicoanalyses en controles van deze stoffen kunnen plaatsvinden. Zeer krachtige synthetische opioïden en cannabinoïden veroorzaken problemen op een groot aantal gebieden, en fentanylderivaten vergroten het risico voor drugsgebruikers en eerstehulpverleners. Voor de aanpak van dit probleem is opnieuw gekeken naar de rol van het opioïdeantidotum nalaxon in responsstrategieën bij overdoses en naar de mate van toegang van drugsgebruikers tot de stof.

De gevaren van drugs voor de volksgezondheid en de veiligheid in Europa blijven vragen om een multidisciplinaire aanpak op hoog niveau. Het nieuwe, in 2017 aangenomen plan van aanpak van de EU biedt het kader voor de noodzakelijke Europese samenwerking.

Ons rapport en de analyse die het bevat, getuigen van de belangrijke bijdrage die onze nationale en institutionele partners leveren. De input van onze nationale focal points van het Reitox-netwerk en nationale experts stelt ons in staat een uniek overzicht van de drugssituatie in Europa te geven. We zijn ook onze Europese partners dankbaar, met name de Europese Commissie, Europol, het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding en het Europees Geneesmiddelenbureau. Tot slot zijn we dank verschuldigd aan gespecialiseerde netwerken die met ons hebben samengewerkt; dankzij hun inbreng kunnen we geavanceerde en innovatieve gegevensoverzichten met betrekking tot afvalwateranalyse, schoolenquêtes en drugsgerelateerde spoedopnames in het ziekenhuis in ons rapport opnemen.

Laura d'Arrigo

Voorzitter van de raad van bestuur van het EMCDDA

Alexis Goosdeel

Directeur van het EMCDDA

| Inleiding en dankbetuiging

Dit rapport is gebaseerd op informatie die de lidstaten van de EU, de kandidaat-lidstaten Turkije en Noorwegen in een jaarlijkse rapportage aan het EMCDDA hebben verstrekt.

Het huidige rapport is bedoeld als overzicht en samenvatting van de Europese drugssituatie en de maatregelen hiertegen. De statistische gegevens in dit rapport hebben betrekking op 2016 (of het meest recente jaar waarover informatie beschikbaar is). De analyse van trends is uitsluitend gebaseerd op informatie uit de landen die voldoende gegevens hebben verstrekt om veranderingen in de desbetreffende periode te kunnen beschrijven. De lezer moet zich er ook van bewust zijn dat het monitoren van patronen en trends van heimelijk en gestigmatiseerd gedrag zoals drugsgebruik zowel praktisch als methodologisch niet eenvoudig is. Daarom zijn voor de analyse in dit rapport verscheidene gegevensbronnen gebruikt. Hoewel aanzienlijke verbeteringen te zien zijn, zowel op nationaal niveau als voor wat bereikt kan worden in een analyse op Europees niveau, moeten de methodologische moeilijkheden op dit gebied worden erkend. Daarom is een voorzichtige interpretatie noodzakelijk, vooral als landen worden vergeleken met betrekking tot één enkele maatregel. Kanttekeningen en kwalificaties met betrekking tot de gegevens zijn te vinden in de onlineversie van dit rapport en in het Statistical Bulletin. In het Statistical Bulletin is uitgebreide informatie over de methode, kwalificaties met betrekking tot de analyse en opmerkingen over de beperkingen in de beschikbare informatie te vinden. Er is daar ook informatie beschikbaar over de methoden en gegevens die gebruikt zijn voor schattingen op Europees niveau, waarbij gebruik kan zijn gemaakt van interpolatie.

Het EMCDDA wil de volgende personen en instanties danken voor hun bijdrage aan dit rapport:

- | de hoofden van de nationale focal points van het Reitox-netwerk en hun medewerkers;
- | de instanties en deskundigen in de lidstaten die de ruwe gegevens voor dit verslag hebben verzameld;
- | de leden van de raad van bestuur en het wetenschappelijk comité van het EMCDDA;
- | het Europees Parlement, de Raad van de Europese Unie — in het bijzonder de Horizontale Groep Drugs — en de Europese Commissie;
- | het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC), het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) en Europol;
- | de Pompidou-groep van de Raad van Europa, het UNODC (Bureau voor drugs en criminaliteit van de Verenigde Naties), het Regionaal Kantoor voor Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie, Interpol, de Werelddouaneorganisatie, het Europees Schoolenquêteproject inzake alcohol en andere drugs (ESPAD), de Europese kerngroep voor afvalwateranalyse (SCORE) en het Europese Netwerk voor drugsgerelateerde spoedgevallen (Euro-DEN Plus);
- | het Vertaalbureau voor de organen van de Europese Unie en het Bureau voor publicaties van de Europese Unie.

Nationale focal points van het Reitox-netwerk

Reitox is het Europese informatienetwerk voor drugs en drugsverslaving. Het netwerk bestaat uit nationale focal points in de lidstaten van de EU, de kandidaat-lidstaat Turkije, Noorwegen en bij de Europese Commissie. Onder de verantwoordelijkheid van de nationale overheden zijn de focal points de nationale instanties die het EMCDDA informatie over drugs verstrekken. De contactgegevens van de nationale focal points zijn te vinden op de [EMCDDA-website](#).

Commentaar

Ontwikkelingen in Europese landen worden beïnvloed door wereldwijde trends voor drugsgebruik maar zijn hierop ook van invloed

Inzicht in de drugsproblemen in Europa en de ontwikkeling van effectieve maatregelen

In dit commentaar onderzoeken we enkele sleutelfactoren die van invloed lijken te zijn op zowel de patronen van drugsgebruik die we in 2018 in Europa zien als op de sociale, gezondheids- en veiligheidsproblemen die hiermee samenhangen. Een uitgangspunt voor deze discussie is de overkoepelende waarneming dat vandaag de dag, volgens historische normen, het drugsprobleem van Europa niet alleen door een bijzonder dynamische fase lijkt te gaan, maar ook dat over de gehele linie de beschikbare gegevens erop duiden dat de beschikbaarheid van drugs hoog is en in sommige gebieden zelfs toeneemt. Dit vormt een reeks belangrijke nieuwe uitdagingen voor de bestaande nationale en Europese maatregelen inzake het drugsgebruik en drugsgelateerde problemen; enkele van de implicaties hiervan worden hieronder besproken.

Aanwijzingen voor verhoogde drugsproductie in Europa

Ontwikkelingen in Europese landen worden beïnvloed door wereldwijde trends voor drugsgebruik maar zijn hierop ook

van invloed. Voor sommige synthetische stimulerende middelen als MDMA is Europa een belangrijke producent die producten en expertise exporteert naar andere delen van de wereld. De Europese productie van cannabis heeft tot op zekere hoogte de import verdrongen en lijkt van invloed te zijn geweest op de bedrijfsmodellen van externe producenten. Een van de gevolgen hiervan is zichtbaar in de toegenomen sterkte van de cannabishars ('hasj') die momenteel in Europa wordt ingevoerd.

Ten aanzien van cocaïne en heroïne, de twee andere belangrijke op planten gebaseerde illegale drugs, blijft de productie gecentreerd in respectievelijk Latijns-Amerikaanse en Aziatische landen. Internationale gegevens duiden erop dat de productie van beide middelen toeneemt. De invloed hiervan op Europa vereist nader onderzoek. Wat heroïne betreft, blijft het totale gebruik stabiel ondanks de relatief hoge zuiverheid van de drug op straat, waarbij de percentages voor het initiële gebruik laag lijken te zijn. Voor cocaïne vertonen diverse indicatoren daarentegen een stijgende trend. Dit wordt hierna nader besproken. Voor beide middelen duiden gegevens over inbeslagnames echter op enkele recente veranderingen in de productieketen die belangrijke implicaties voor de toekomst kunnen hebben. Secundaire verwerking en extractie van cocaïne uit 'dragermaterialen' wordt in Europa nog steeds waargenomen, evenals als de import van grote volumes cocaïne verborgen in scheepscontainers. Ten aanzien van heroïne is er een nieuwe ontwikkeling dat er in diverse Europese landen laboratoria zijn ontdekt en ontmanteld die morfine omzetten in heroïne. De sturende factor hierachter is waarschijnlijk de grotere beschikbaarheid en aanzienlijk lagere kosten in Europa van azijnzuuranhydride, een

belangrijke chemische precursor voor de heroïneproductie, op een moment dat de oogsten van opiumpavaver toenemen. Deze ontwikkeling illustreert niet alleen de geïntegreerde aard van moderne netwerken voor drugsproductie op wereldwijd niveau, maar ook de noodzaak om de maatregelen voor drugscontrole, zoals precursorcontroles, binnen een internationaal perspectief op te stellen.

Hoewel Europese en internationale inspanningen om de productie en de beschikbaarheid van nieuwe psychoactieve stoffen in te perken nu enige invloed lijken te hebben, zijn er ook meldingen van tabletering en productie van deze stoffen binnen Europese grenzen. Tot nu toe lijken deze ontwikkelingen wat betreft de productie van nieuwe drugs beperkt te zijn. Veranderingen op dit gebied kunnen echter snel effect hebben op drugsproblemen en daarom is waakzaamheid geboden om ervoor te zorgen dat Europa beter is voorbereid om op toekomstige bedreigingen op dit gebied te reageren.

Internetverkoop: Europa binnen een wereldwijde markt

De verkoop van drugs op het internet is een ander goed voorbeeld van hoe veranderingen snel kunnen optreden, wat een uitdaging vormt voor bestaande modellen voor beleid en maatregelen en voor drugsmonitoring. Een recent gezamenlijk rapport van EMCDDA en Europol analyseerde de rol van Europese leveranciers en gebruikers binnen deze wereldwijde markt. Volgens schatting waren leveranciers in de EU tussen 2011 en 2015 verantwoordelijk voor bijna de helft van de drugsverkoop via het 'darknet'. De onlineverkoop is momenteel klein in verhouding tot de totale markt voor illegale drugs, maar lijkt te groeien. Hoewel de aandacht vaak op het darknet gericht is, lijkt het er ook op dat voor nieuwe psychoactieve stoffen en illegaal gebruikte geneesmiddelen de sociale media en openbare websites mogelijk even belangrijk zijn. Met name zorgwekkend op dit gebied is de opkomst van nieuwe, aan benzodiazepines verwante middelen. Sinds 2015 zijn er bij het EU Early Warning System 14 nieuwe benzodiazepines gemeld. Dit zijn geen geneesmiddelen die in de Europese Unie zijn goedgekeurd en er is zeer weinig bekend over hun toxicologie; de risico's zullen waarschijnlijk echter toenemen wanneer ze worden gebruikt naast illegale drugs of alcohol. De beschikbaarheid van zowel algemeen erkende als nieuwe benzodiazepines op de markt voor illegale drugs lijkt in sommige landen toe te nemen. Van deze middelen is bekend dat ze een belangrijke rol spelen bij sterfgevallen door een overdosis opioïden, wat echter vaak over het hoofd wordt gezien. Vooral recente signalen

dat het gebruik van deze middelen mogelijk toeneemt onder jongeren zijn zorgwekkend; dit is een terrein dat verder onderzoek, beleidsoverwegingen en preventie-inspanningen noodzakelijk maakt. Het gebruik van benzodiazepines onder risicovolle drugsgebruikers is een onderwerp dat nader wordt onderzocht in een online aanvulling op dit rapport.

De gevolgen van verhoogd cocaïneaanbod

De toenemende cocaïneproductie in Latijns-Amerika lijkt nu merkbaar te worden op de Europese markt. In sommige landen heeft een analyse van afvalwater een vroegtijdige waarschuwing opgeleverd van een verhoogde beschikbaarheid en toegenomen gebruik van het middel, zoals nu ook blijkt uit andere gegevensbronnen. Terwijl de cocaïneprijzen stabiel zijn gebleven, is de zuiverheid van de drug momenteel in Europa al meer dan tien jaar op het hoogste niveau. Van oudsher komt de meeste cocaïne Europa binnen via het Iberisch schiereiland. Recente grote onderschepte hoeveelheden elders duiden erop dat het relatieve belang van deze route enigszins is afgenomen, waarbij cocaïne in toenemende mate Europa nu ook binnenkomt via grote containerhavens. In dit opzicht is het vermeldenswaard dat in 2016 België Spanje is voorbijgestreefd als het land met de grootste hoeveelheid onderschepte cocaïne.

Over het algemeen zijn de nadelige gevolgen voor de volksgezondheid van het gebruik van cocaïne lastig te meten, aangezien de rol ervan bij zowel acute problemen als gezondheidsschade op lange termijn moeilijk te monitoren is en mogelijk vaak niet wordt herkend. Problemen kunnen naar verwachting echter toenemen als de prevalentie van het gebruik, en in het bijzonder de gebruikspatronen met een hoog risico, stijgen. Een van de aanwijzingen dat dit zich kan voordoen, is een waargenomen stijging in het aantal eerste opnamen voor gespecialiseerde behandeling gerelateerd aan cocaïne, hoewel deze nog niet de hoge aantallen hebben bereikt die een tiental jaren geleden werden gezien. Het is verontrustend dat er ook sprake is van een zekere stijging in meldingen van het gebruik van crackcocaïne, hoe zeldzaam het ook nog is, en de vrees bestaat dat dit probleem in meer landen kan gaan spelen. Over het geheel genomen bestaat er nog steeds behoefte aan meer inzicht in wat een effectieve behandeling voor cocaïnegebruikers is, zoals hoe het best kan worden gereageerd op door cocaïne veroorzaakte problemen die naast opioïdenverslaving kunnen optreden.

Nieuwe psychoactieve stoffen blijven een probleem voor de volksgezondheid

Het belang van voorbereid zijn op nieuwe uitdagingen wordt benadrukt door het succes van het EU Early Warning System voor nieuwe psychoactieve stoffen. Dit systeem is internationaal erkend aangezien het Europa de capaciteit biedt de opkomst van drugs die elders niet aanwezig zijn, te identificeren en passende maatregelen te nemen.

Onlangs is een uitgebreidere EU-wetgeving op dit gebied aangenomen, wat de snelheid van rapportage verhoogt, terwijl nieuwe informatieverstrekkers zich bij het systeem blijven aansluiten. Nieuwe psychoactieve stoffen vormen een opkomende uitdaging voor het drugsbeleid. In totaal worden zo'n 670 stoffen door het systeem gemonitord, waarbij jaarlijks de aanwezigheid van circa 400 hiervan wordt gerapporteerd. De lijst van middelen die op de drugsmarkt verschijnen blijft groeien, waarbij in Europa wekelijks ongeveer één extra nieuwe psychoactieve stof wordt gemeld. Hoewel het aantal nieuwe stoffen dat verschijnt lager is dan de piek die in 2015 werd bereikt, blijven de nadelige gevolgen voor de volksgezondheid van het gebruik van deze drugs hoog.

Omdat synthetische opioïden en synthetische cannabinoïden in Europa in verband zijn gebracht met sterfgevallen en acute vergiftiging, heeft het EMCDDA een ongeëvenaard aantal middelen op hun gevaar voor de volksgezondheid beoordeeld. Dit proces kan binnen de Europese Unie een versnelde wettelijke procedure in gang zetten. In 2017 zijn er ook gegevens verstrekt aan de Wereldgezondheidsorganisatie en van een aantal van deze middelen wordt nu overwogen deze internationaal te controleren. In 2017 zijn er vijf fentanylderivaten onderzocht. Deze middelen waren beschikbaar in een aantal nieuwe vormen, waaronder neussprays. Soms bleken ze vermengd te zijn met andere drugs, zoals heroïne, cocaïne of namaakgeneesmiddelen, waardoor gebruikers zich vaak niet realiseerden dat ze het middel gebruikten. De opkomst van deze sterke drugs, vaak op het internet gekocht, brengt aanzienlijke problemen met zich mee voor zowel de gezondheidszorg als de wetshandhavingdiensten. De stoffen zijn gemakkelijk te vervoeren en verbergen, waarbij kleine hoeveelheden vaak vele honderdduizenden potentiële straatdoses vertegenwoordigen. Vanuit gezondheidsoogpunt vormen ze een toename van de al aanzienlijke belasting van andere sterfgevallen door het gebruik van opioïden. In de Verenigde Staten maken fenylderivaten momenteel een belangrijk deel uit van de huidige opioïden crisis; in korte tijd zijn ze uitgegroeid tot de middelen die het meest in verband worden gebracht met mortaliteit door een overdosis. In Europa worden we niet op dezelfde schaal met dit probleem geconfronteerd maar niettemin wordt de

noodzaak van aanhoudende waakzaamheid benadrukt in de meldingen aan het EMCDDA van sterfgevallen en niet-fatale overdoses gerelateerd aan fentanyl en niet-gecontroleerde fentanylderivaten.

Synthetische cannabinoïden worden in toenemende mate in verband gebracht met gezondheidsproblemen

Meldingen van gezondheidsschade gelinkt met nieuwe synthetische cannabinoïden leidden in 2017 tot nog eens vier risicobeoordelingen door het EMCDDA. Synthetische cannabinoïden zijn in verband gebracht met sterfgevallen en acute intoxicatie. Een recent rapport van het EMCDDA vestigde de aandacht op de toenemende gezondheids- en veiligheidsproblemen veroorzaakt door het gebruik van deze middelen in sommige Europese gevangenissen. Daarnaast bleek dat de problemen soms onopgemerkt kunnen blijven door het gemak waarmee deze middelen gevangenissen kunnen worden binnengesmokkeld en door de bestaande problemen om het gebruik ervan op te sporen.

Synthetische cannabinoïden kwamen in eerste instantie op de markt als wettelijke alternatieven voor natuurlijke cannabisproducten, maar ze zijn in vele opzichten verschillend. Synthetische cannabinoïden, aanvankelijk meer in verband gebracht met recreatief gebruik, worden nu problematisch gebruikt door meer gemarginaliseerde sociale groepen, zoals daklozen, hoewel onze kennis van gebruikspatronen van deze drugs over het algemeen beperkt blijft. Voor zover er informatie beschikbaar is, blijkt hieruit dat de prevalentie van het gebruik van synthetische cannabinoïden over het algemeen laag is, maar het potentieel van deze middelen om schade te veroorzaken is aanzienlijk. Een aanwijzing hiervoor is te zien in recente gegevens uit Turkije, waar een algehele stijging van drugsgerelateerde sterfgevallen deels veroorzaakt lijkt door het gebruik van synthetische cannabinoïden.

Synthetische opioïden en synthetische cannabinoïden gekoppeld aan sterfgevallen en acute intoxicatie

De veranderende cannabismarkt brengt nieuwe uitdagingen ten aanzien van beleid met zich mee

Cannabis blijft de meest gebruikte illegale drug in Europa. De prominente plaats blijkt uit de positie die de drug inneemt bij inbeslagnames, drugsdelicten, prevalentieschattingen en nieuwe behandelaanvragen. Ontwikkelingen in de Amerika's, zoals de legalisatie van de drug in sommige rechtsgebieden, hebben geleid tot de snelle ontwikkeling van een commerciële cannabismarkt. Dit resulteert in innovatie in de vormen waarin de drug beschikbaar is en in afgiftesystemen voor het gebruik ervan. Deze omvatten onder meer cannabissoorten met een hoge sterkte, e-liquids en eetbare producten. De legale markt voor recreatief gebruik kent regelgeving waardoor de toegankelijkheid tot cannabis voor medicinale of therapeutische doeleinden in sommige rechtsgebieden is toegestaan. Het EMCDDA volgt deze ontwikkelingen en voorziet in verklarende beleidssamenvattingen ter benadrukking van enkele van de kwesties die ze oproepen voor discussie in Europa. Hiertoe behoort de kans dat enkele van de nieuwe vormen van deze drug op de Europese drugsmarkt kunnen komen.

Ontwikkelingen in Noord-Amerika hebben geleid tot hernieuwde belangstelling voor de rol van cannabis bij het rijden onder invloed van drugs. In 2017 organiseerde het EMCDDA het derde internationale symposium over dit onderwerp. Het rapport van internationale deskundigen die deze bijeenkomst bijwoonden, benadrukte de problemen inzake de ontwikkeling van effectieve beleidsmaatregelen op dit gebied, een onderwerp dat relevant is voor landen ongeacht de wettelijke status van de drug.

Andere belangrijke beleidsvragen op dit gebied zijn onder meer wat een passende behandeling is voor aan cannabis gerelateerde stoornissen, hoe synergie kan worden bereikt tussen beleid en strategieën voor vermindering van tabaksgebruik, en wat een effectieve aanpak is om schade op dit gebied te beperken. De prevalentie van cannabisgebruik in Europa blijft volgens historische standaarden hoog en in sommige EU-lidstaten zijn recente stijgingen gesignaleerd. Ook opvallend gestegen in de afgelopen tien jaren is de sterkte van de drug, zowel in plantaardige vorm als in hars. Naast problemen ten aanzien van de volksgezondheid bestaat er bezorgdheid over hoe deze belangrijke illegale markt van invloed is op de veiligheid in de gemeenschap en kan bijdragen aan financiering van de georganiseerde misdaad. Gezien de talrijke problemen die hierbij optreden, is de definiëring van wat de beste reactie op cannabisgebruik is, een taak die steeds complexer én belangrijker wordt. Het EMCDDA heeft zich verplicht het inzicht in deze problemen te verbeteren en de accurate, wetenschappelijke en

onpartijdige informatie te verstrekken die nodig is om een geïnformeerd debat te voeren over dit problematische beleidsonderwerp.

Respons op opioïdenoverdosis: de rol van naloxone

Het aantal sterfgevallen door een overdosis drugs blijft hoog in Europa, en in de meeste gevallen zijn ze gerelateerd aan het gebruik van opioïden. De opkomst van fentanylderivaten op de Europese drugsmarkt geeft gewicht aan de al aanzienlijke argumenten om de toegang tot de opioïdenantagonist naloxone uit te breiden. Er komen steeds meer aanwijzingen dat de bredere beschikbaarheid van dit middel, in combinatie met voorlichting om een overdosis te kunnen herkennen en erop te kunnen reageren, ertoe kan bijdragen sterfgevallen onder gebruikers van opioïden te voorkomen. In veel landen wordt de verstrekking van naloxone dan ook in toenemende mate gezien als een belangrijk element bij hun strategie voor beperking van overdoses. De beschikbaarheid van fentanylderivaten verhoogt de risico's op dit gebied nog verder, vanwege hun sterkte en omdat ze kunnen worden gebruikt door voor opioïden naïeve personen of een risico vormen voor degenen die er per ongeluk door hun beroep aan worden blootgesteld, zoals wetshandhavers. Deze ontwikkelingen wijzen naar een dringende behoefte aan herziening van het huidige beleid ten aanzien van naloxone en meer voorlichting en bewustmaking van zowel drugsgebruikers als professionals die met de drug in aanraking kunnen komen. Bij deze beoordelingen moet er ook rekening mee worden gehouden dat nieuwe niet-injecteerbare toedieningswijzen, zoals neussprays, het gebruik van naloxone in meer verschillende settings kunnen vergemakkelijken.

Gevangenis: een belangrijke setting voor implementering van maatregelen

Maatregelen gericht tegen het drugsgebruik binnen strafinstellingen is een van de onderwerpen die worden besproken in de EMCDDA-publicatie *Health and social responses to drug problems: a European guide* (Gezondheids- en sociale maatregelen tegen drugsproblemen: een Europese gids). Invrijheidstelling is

Cannabis blijft de meest gebruikte illegale drug in Europa

IN HET KORT – SCHATTINGEN VAN DRUGSGEBUIK IN DE EUROPESE UNIE

Cannabis



Volwassenen (15-64)

Gebruik in het afgelopen jaar **24,0 miljoen**
7,2 %



'Ooit'-gebruik **87,6 miljoen**
26,3 %



Jongvolwassenen (15-34)

Gebruik in het afgelopen jaar **17,2 miljoen**
14,1 %



Nationale schattingen van gebruik in het afgelopen jaar

Laagste 3,5 % Hoogste 21,5 %

Cocaïne



Volwassenen (15-64)

Gebruik in het afgelopen jaar **3,5 miljoen**
1,1 %



'Ooit'-gebruik **17,0 miljoen**
5,1 %



Jongvolwassenen (15-34)

Gebruik in het afgelopen jaar **2,3 miljoen**
1,9 %



Nationale schattingen van gebruik in het afgelopen jaar

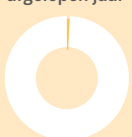
Laagste 0,2 % Hoogste 4,0 %

MDMA



Volwassenen (15-64)

Gebruik in het afgelopen jaar **2,6 miljoen**
0,8 %



'Ooit'-gebruik **13,5 miljoen**
4,1 %



Jongvolwassenen (15-34)

Gebruik in het afgelopen jaar **2,2 miljoen**
1,8 %



Nationale schattingen van gebruik in het afgelopen jaar

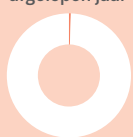
Laagste 0,2 % Hoogste 7,4 %

Amfetamines



Volwassenen (15-64)

Gebruik in het afgelopen jaar **1,7 miljoen**
0,5 %



'Ooit'-gebruik **11,9 miljoen**
3,6 %



Jongvolwassenen (15-34)

Gebruik in het afgelopen jaar **1,2 miljoen**
1,0 %



Nationale schattingen van gebruik in het afgelopen jaar

Laagste 0 % Hoogste 3,6 %

Opioiden



Opioidengebruikers met een hoog risico **1,3 miljoen**

Aanvragen voor hulpverlening voor problemen met drugs

Voornaamste drug in ongeveer **36 %** van alle aanvragen voor behandeling in de Europese Unie



Fatale overdoses

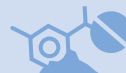
In **84 %** van de fatale overdoses werden opioïden aangetroffen



628 000 opioïdengebruikers hebben in 2016 een substitutiebehandeling gevolgd

In **84 %** van de fatale overdoses werden opioïden aangetroffen

Nieuwe psychoactieve stoffen



15- en 16-jarige scholieren in 24 Europese landen

Gebruik in het afgelopen jaar **3,0 %**



'Ooit'-gebruik **4,0 %**



Bron: Aanvullende tabellen uit het ESPAD verslag 2015.

een bijzonder risicovolle periode voor personen met een voorgeschiedenis van opioïdengebruik. Om dit aan te pakken heeft een aantal landen innovatieve programma's ontwikkeld die naloxone en voorlichting bieden voor gedetineerden die in vrijheid worden gesteld. Naast verstrekking van naloxone worden verwijzing naar een passende behandeling in de gemeenschap en sociale ondersteunende dienstverlening gezien als belangrijke maatregelen op dit gebied. Dit benadrukt de rol van het strafrechtelijk systeem in het algemeen en de detentieomgeving in het bijzonder als een cruciale locatie om problemen voor drugsgebruikers met een hoog risico aan te pakken. Er kan aanzienlijke winst voor de gemeenschap worden geboekt door drugsgebruikers te beoordelen en hun gezondheids- en maatschappelijke behoeften vóór hun invrijheidsstelling aan te pakken.

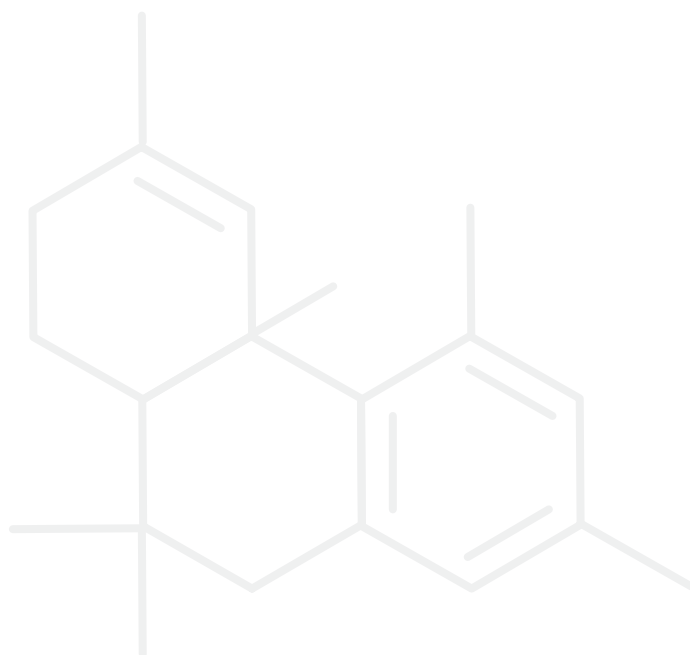
Een voorbeeld hiervan is de potentiële waarde van het opschalen van het testen op en behandelen van infectieziekten onder gedetineerden. Dit is met name belangrijker geworden door het streven van de Europese Unie om het hepatitis C-virus uit te roeien. Injecterend drugsgebruik is de belangrijkste wijze waarop deze infectie wordt overgedragen. Er zijn nu nieuwe effectieve therapieën beschikbaar, maar het verzekeren van toegang voor geïnfecteerde personen blijft lastig. Gevangenis en drugshulpverlening zijn belangrijk bij het opsporen van personen met een HCV-infectie. In 2018 zal het EMCDDA een nieuw initiatief steunen voor meer bewustwording en een betere toegang tot testen op en behandeling van hepatitis C om dit belangrijke drugs gerelateerde probleem aan te pakken.

Verzekeren dat monitoring gevoelig blijft voor veranderende drugsproblemen

Hoewel gegevens over de beschikbaarheid van nieuwe psychoactieve stoffen verbeteren, blijft het zeer moeilijk de vraag naar deze middelen in Europa in te schatten. Deze problemen worden versterkt wanneer we rekening houden met het misbruik van aan het legitieme gebruik onttrokken geneesmiddelen, namaakgeneesmiddelen of niet-geregistreerde geneesmiddelen.

Een belangrijke waarneming hierbij is dat onze bestaande monitoringsinstrumenten mogelijk niet gevoelig genoeg zijn om sommige belangrijke veranderingen te registreren die zich voordoen in patronen van drugsgebruik. Verdere investering in algemeen erkende en nieuwe monitoringsactiviteiten, zoals analyse van het afvalwater, webgebaseerde enquêtes en onderzoeken naar trendspotting, is noodzakelijk om gelijke tred te houden met deze ontwikkelingen. Het EMCDDA heeft onlangs de bevindingen gepubliceerd van een jaarlijkse beoordeling van drugsresiduen in afvalwater afkomstig uit steden in 19 Europese landen. Hieruit bleek dat deze aanvullende informatiebronnen een actueler inzicht in drugstrends kunnen bieden dan meer traditionele gegevensbronnen.

Naast ondersteuning van gegevensverzameling binnen Europa ondersteunt de Europese Unie ook derde landen bij de ontwikkeling van hun monitoringscapaciteit. Initiatieven hiertoe zijn onder meer door de Europese Commissie financieel gesteunde projecten voor technische bijstand voor (potentiële) EU-kandidaat-lidstaten en buurlanden. Deze activiteiten zijn niet alleen belangrijk omdat drugsproblemen de problemen inzake gezondheid en veiligheid compliceren waarmee de landen grenzend aan de EU worden geconfronteerd, maar ook omdat ontwikkelingen in deze landen een interactie vertonen met en invloed hebben op de drugsproblemen waarmee we in onze eigen lidstaten worden geconfronteerd. De in het Europees Drugsrapport van dit jaar gemelde analyse erkent dan ook uitdrukkelijk dat, om de huidige en toekomstige uitdagingen die het drugsgebruik vormt voor de Europese beleidsagenda inzake gezondheid en veiligheid te begrijpen, het ook noodzakelijk is de wereldwijde dimensie van dit probleem te begrijpen.



1

**Wereldwijd is Europa
een belangrijke
drugsmarkt**

Aanbod van drugs en de markt

Wereldwijd is Europa een belangrijke drugsmarkt, die zowel bestaat uit binnenlands geproduceerde drugs als uit andere regio's in de wereld ingevoerde drugs. Zuid-Amerika, West-Azië en Noord-Afrika zijn belangrijke herkomstregio's van drugs die Europa binnen komen. China is een belangrijk herkomstland voor nieuwe psychoactieve stoffen. Bovendien worden sommige drugs en precursoren via Europa naar andere continenten doorgevoerd. Europa is ook een productiegebied voor cannabis en synthetische drugs. Cannabis wordt meestal geproduceerd voor lokaal gebruik, terwijl sommige synthetische drugs worden vervaardigd voor de export naar andere delen van de wereld.

Sinds de jaren 1970 en 1980 bestaan er in veel Europese landen grote markten voor cannabis, heroïne en amfetamine. In de loop der tijd zijn daar ook andere middelen bij gekomen – onder andere MDMA en cocaïne in de jaren 1990. De Europese markt blijft zich ontwikkelen, met een breed scala aan nieuwe psychoactieve stoffen die in de afgelopen tien jaar zijn opgekomen. Globalisering en nieuwe technologieën hebben de markt voor illegale drugs

veranderd. Recente voorbeelden zijn innovatieve productie- en smokkelmethoden, nieuwe smokkelroutes en onlinemarkten.

Monitoring van drugsmarkten, aanbod en wetten

De in dit hoofdstuk gepresenteerde analyse is gebaseerd op gegevens over inbeslagnames van drugs en drugsprecursoren, onderschepte zendingen, ontmantelde drugsproductiefaciliteiten, drugswetgeving, drugsdelicten en de straatwaarde, zuiverheid en sterkte van drugs. In sommige gevallen wordt de analyse van trends bemoeilijkt doordat gegevens over inbeslagnames van belangrijke landen ontbreken. Trends kunnen worden beïnvloed door een reeks factoren, zoals voorkeuren van gebruikers, veranderingen op het gebied van productie en smokkel, de mate waarin wetshandhaving plaatsvindt en de doelmatigheid van verbodsmaatregelen. De volledige gegevens en uitvoerige methodologische opmerkingen zijn te vinden in het online Statistical Bulletin.

Hier worden ook gegevens over meldingen en inbeslagnames van nieuwe psychoactieve stoffen gepresenteerd die aan het EU-Early Warning System zijn gemeld door de nationale partners van het EMCDDA en Europol. Aangezien deze informatie eerder afkomstig is van meldingen van (individuele) gevallen dan van routinematige volgsystemen, weerspiegelen deze schattingen van inbeslagnames eerder een minimum. Een volledige beschrijving van het Early Warning System is te vinden op de website van het EMCDDA onder [Action on new drugs](#).

Illegale drugsmarkten in Europa: complex en meerlagig

Illegale drugsmarkten zijn complexe productie- en distributiesystemen die op verschillende niveaus grote sommen geld opleveren. Door de aard van de markt is deze lastig te monitoren. Volgens een conservatieve schatting bedraagt de straatwaarde van illegale drugs in de Europese Unie in 2013 24 miljard EUR, met het grootste marktaandeel (38 %) voor cannabis gevolgd door heroïne (28 %) en cocaïne (24 %).

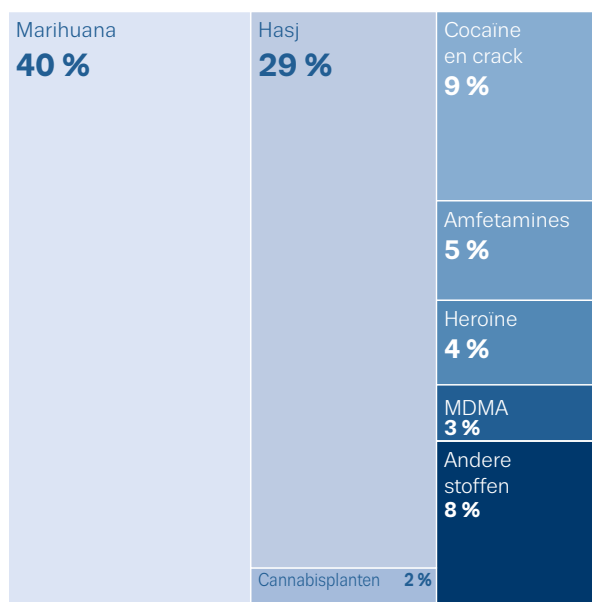
Hoewel de offlinemarkten nog overheersend zijn, zijn de onlinemarkten de afgelopen jaren belangrijker geworden als platform voor het op de markt brengen en de distributie van illegale drugs. Dit heeft geleid tot nieuwe mogelijkheden voor monitoring van een sector van de marktactiviteit. In een recente analyse van het EMCDDA en Europol zijn er 100 wereldwijde markten op het darknet geïdentificeerd, waar verkopers en kopers diverse technologieën toepassen om hun identiteit af te schermen. Naar schatting was twee derde van alle verkopen op deze markten drugsgerelateerd. In de EU gevestigde leveranciers waren tussen 2011 en 2015 verantwoordelijk voor ongeveer 46 % van de drugsopbrengst op deze markten; het grootste deel hiervan kwam voor rekening van verkopers in Duitsland, Nederland en het Verenigd Koninkrijk. Het overgrote deel van de totale verkoop via het Europese darknet bestaat uit stimulerende middelen. Darknetmarkten faciliteren voornamelijk de verkoop van stoffen in kleine hoeveelheden of direct aan de gebruiker. Uit een analyse van één marktplaats, Alphabay, bleek echter dat vergeleken met andere drugs er een groter aandeel van de MDMA-aankopen gekocht leek te zijn met de bedoeling deze te verkopen.

Meer dan een miljoen inbeslagnames van illegale drugs

Met meer dan een miljoen gemelde inbeslagnames gemeld in Europa in 2016, zijn inbeslagnames van illegale drugs door wetshandhavingdiensten een belangrijke indicator van de drugsmarkt. De meeste inbeslagnames betreffen kleine hoeveelheden drugs in beslag genomen bij gebruikers. Transporten van meerdere kilo's drugs in beslag genomen van handelaren en producenten vormen echter het grootste deel van de totale onderschepte hoeveelheid. Cannabis is de meest in beslag genomen drug en goed voor meer dan 70 % van alle inbeslagnames in Europa (figuur 1.1). De drie landen die de hoogste aantallen inbeslagnames melden, samen goed voor meer dan 60 % van alle drugsvangsten in de Europese Unie, zijn Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Frankrijk.

FIGUUR 1.1

Aantal gemelde inbeslagnames van drugs in 2016; opgesplitst naar drug



Voor Nederland en Polen zijn echter geen gegevens beschikbaar over het aantal inbeslagnames, terwijl de gegevens voor 2015 de meest recente beschikbare gegevens zijn voor Duitsland, Ierland en Slovenië, waardoor de analyse wordt gekenmerkt door enige mate van onzekerheid.

Cannabis: de inbeslagnames van hasj overheersen, maar de hoeveelheid inzake marihuana neemt toe

'Marihuana' of 'wiet' (de cannabisbladeren) en 'hasj' (cannabishars) zijn de twee belangrijkste cannabisproducten op de Europese drugsmarkt. Cannabisolie wordt relatief sporadisch verhandeld. Met een geschatte minimale straatwaarde van 9,3 miljard EUR (waarschijnlijk tussen 8,4 en 12,9 miljard EUR) hebben cannabisproducten het grootste marktaandeel (38 %) op de Europese illegale drugsmarkt. De in Europa gebruikte marihuana wordt zowel binnen Europa geproduceerd als vanuit andere landen aangevoerd. Marihuana wordt in Europa doorgaans binnen geteeld. Hoewel hasj in toenemende mate in Europa wordt geproduceerd, wordt het voornamelijk geïmporteerd, hoofdzakelijk uit Marokko, met meldingen die erop wijzen dat Libië zich heeft ontwikkeld tot een belangrijk centrum voor de hasjhandel. Daarnaast zijn de westelijke Balkanlanden een bron van zowel marihuana als cannabisolie.

In 2016 werden in de Europese Unie 763 000 inbeslagnames van cannabisproducten gemeld, waaronder 420 000 inbeslagnames van marihuana,

317 000 van hasj en 22 000 van cannabisplanten. Sinds 2009 worden er meer inbeslagnames van marihuana gemeld dan van hasj en sinds 2011 zijn inbeslagnames van zowel hasj als marihuana relatief stabiel gebleven (figuur 1.2). De hoeveelheid in beslag genomen hasj is echter drie keer die van marihuana (424 versus 124 ton). Dit is deels te verklaren door het feit dat hasj in grote hoeveelheden over grote afstanden en over nationale grenzen wordt vervoerd, waardoor de kans op inbeslagname groter wordt. In de analyse van de hoeveelheid in beslag genomen cannabis is een klein aantal landen van zeer grote betekenis, omdat ze op belangrijke aanvoerroutes van cannabis liggen. Zo meldde Spanje, waar veel van de in Marokko geproduceerde hasj binnenkomt, ongeveer drie kwartalen (76 %) van de totale hoeveelheid die in 2016 in Europa in beslag is genomen (figuur 1.3).

Een toename van de hoeveelheden hasj die in 2016 in beslag zijn genomen, hangt deels samen met gerapporteerde stijgingen in Spanje, Griekenland en Italië. Ook Turkije meldde een grotere in beslag genomen hoeveelheid plantaardige cannabis in 2016 (111 ton) ten opzichte van 2015.

Inbeslagnames van cannabisplanten kunnen worden beschouwd als een indicator voor de productie van deze drug in het land zelf. Verschillen tussen landen, zowel wat betreft de rapportagepraktijken als prioriteiten en hulpbronnen van wetshandhavingdiensten, rechtvaardigen enige voorzichtigheid ten aanzien van de interpretatie van de inbeslagnames van cannabisplanten. Het aantal in Europa in beslag genomen planten bereikte een maximum van 11,5 miljoen in 2015 dankzij intensieve onderschepping in Nederland in dat jaar, voordat het aantal in 2016 afnam tot 3,3 miljoen planten, een niveau dat gelijk was aan voorgaande jaren. In 2016 werden er

CANNABIS



HASJ

Inbeslagnames

Aantal

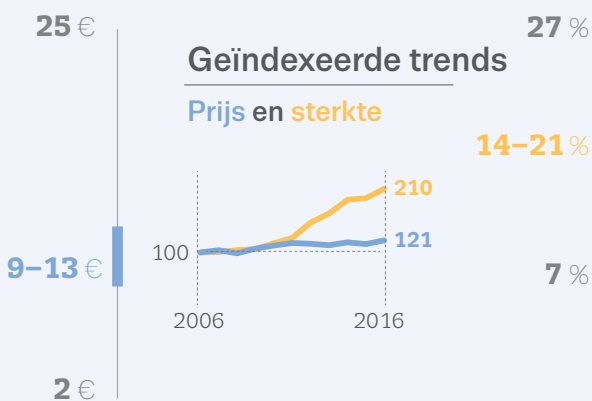
317 000 EU  **332 000** EU + 2

Hoeveelheid

424 EU  **463** EU + 2

Prijs

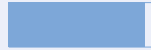
(EUR/g)



MARIHUANA

Inbeslagnames

Aantal

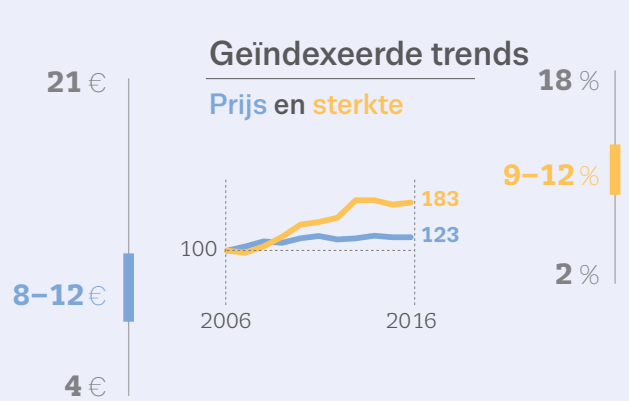
420 000 EU  **454 000** EU + 2

Hoeveelheid

124 EU  **235** EU + 2

Prijs

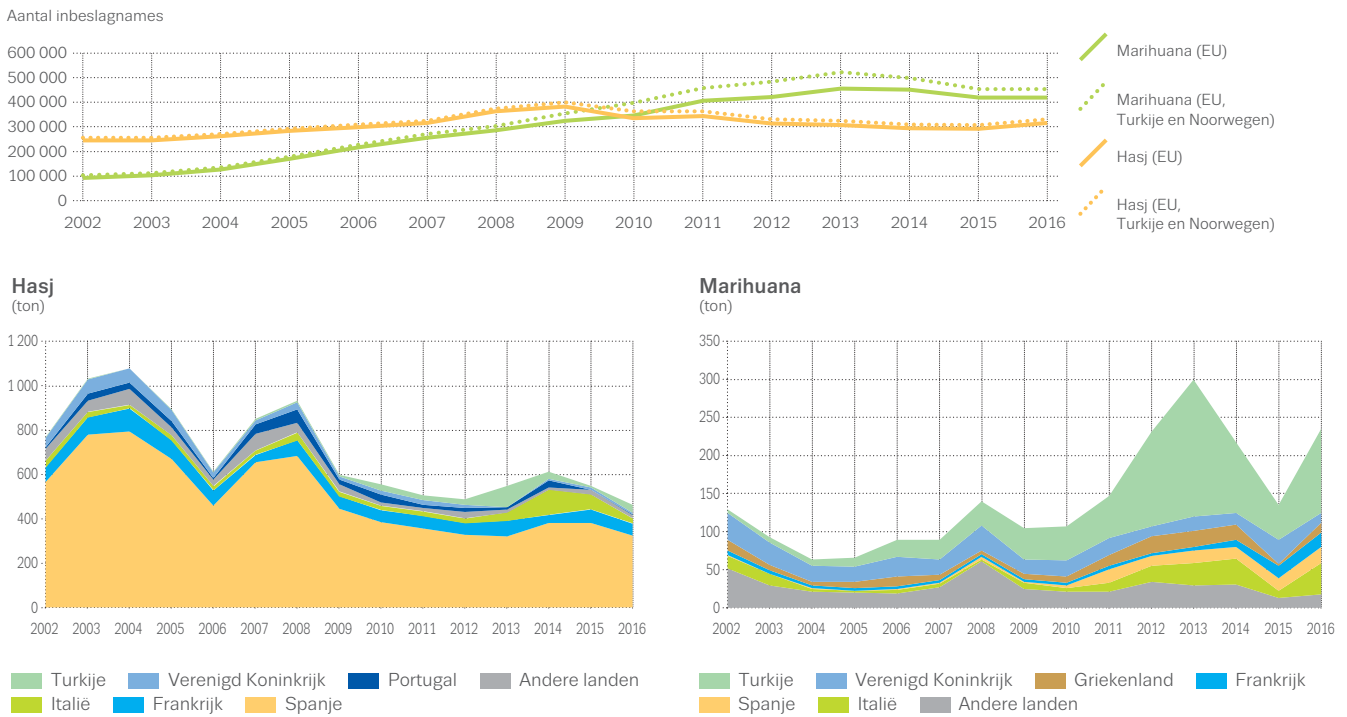
(EUR/g)



Let op: EU + 2 verwijst naar de lidstaten van de Europese Unie, Turkije en Noorwegen. Prijs en sterkte van cannabisproducten: nationale gemiddelde waarden — minimum, maximum en interkwartielafstand. De hierbij betrokken landen verschillen per indicator.

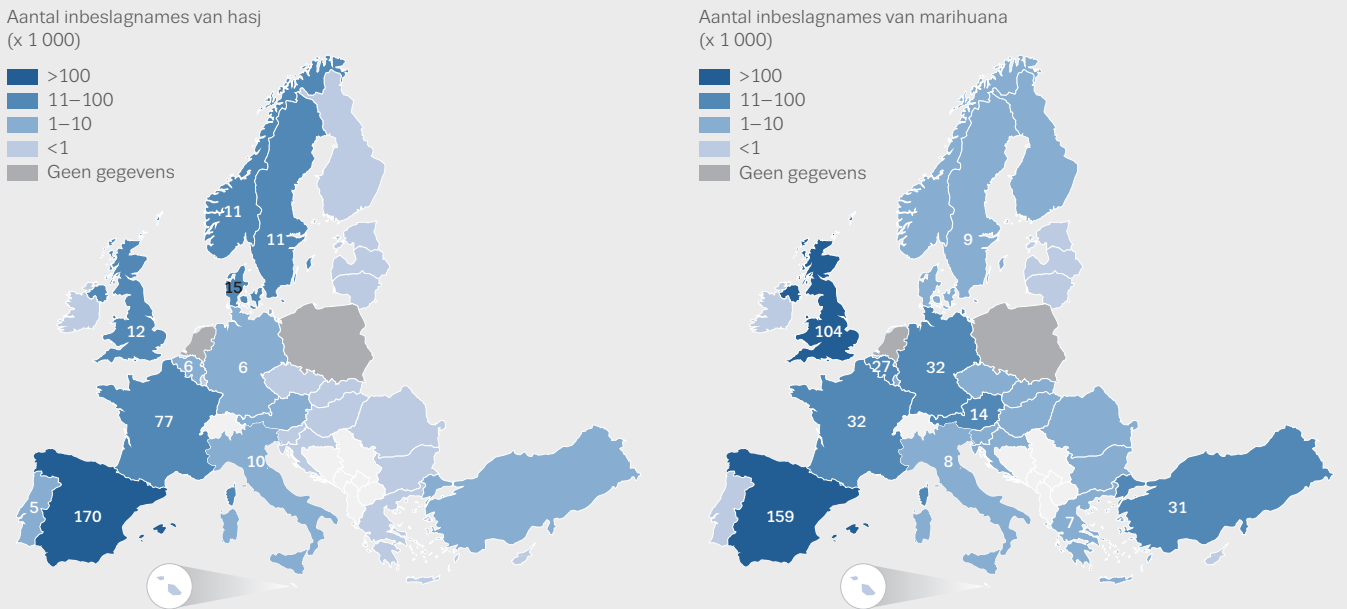
FIGUUR 1.2

Trends in het aantal inbeslagnames van cannabis en onderschepte hoeveelheid cannabis: hasj en marihuana



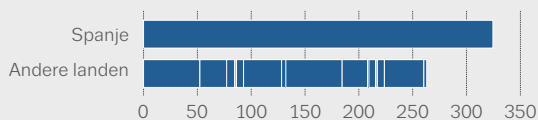
FIGUUR 1.3

Inbeslagnames van hasj en marihuana, in 2016 of het meest recente jaar

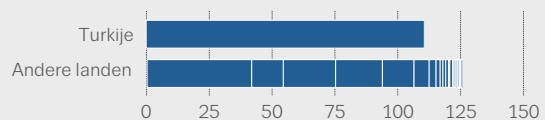


Let op: Aantal inbeslagnames (x 1 000) voor de tien landen met de hoogste waarden.

Hoeveelheid onderschepte hasj (ton)



Hoeveelheid onderschepte marihuana (ton)



1200 inbeslagnames van cannabisolie gemeld, bijna vier keer meer dan in 2015, waarbij Turkije (53 liter) en Denemarken (14 liter) de grootste hoeveelheden in beslag namen.

Uit de analyse van geïndexeerde trends in regelmatig rapporterende landen blijkt dat sinds 2006 de sterkte (het tetrahydrocannabinolgehalte, THC) van zowel marihuana als hasj flink is toegenomen. De sterkte van beide vormen nam toe tot 2013; sinds die tijd heeft de sterkte van marihuana zich gestabiliseerd terwijl de sterkte van hasj blijft toenemen. Factoren voor deze toenemende sterkte van hasj kunnen de introductie omvatten van intensieve productietechnieken binnen Europa, de introductie van planten met een zeer krachtige werking en nieuwe technieken in Marokko; ook nieuwe hasjproducten op basis van verschillende variëteiten of hybride planten kunnen hierbij een rol spelen. Hoewel hasj gemiddeld sterker is dan marihuana, duiden de gegevens erop dat de prijs vergelijkbaar is.

Inbeslagnames van heroïne: hoeveelheid neemt af

Met een geschatte minimale straatwaarde van 6,8 miljard EUR (waarschijnlijk ergens tussen 6,0 en 7,8 miljard EUR) is heroïne in 2013 het meest gangbare opioïde op de illegale drugsmarkt in de EU. Geïmporteerde heroïne is in Europa altijd beschikbaar geweest in twee vormen. De meest gebruikelijke hiervan is bruine heroïne (de chemische base-vorm), die voornamelijk afkomstig is uit Afghanistan. Veel minder gebruikelijk is witte heroïne (een zoutvorm), die vroeger afkomstig was uit Zuidoost-Azië

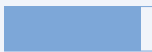
maar tegenwoordig ook kan worden geproduceerd in Afghanistan of zijn buurlanden. Andere op de illegale markt beschikbare opioïden zijn onder meer opium en de geneesmiddelen morfine, methadon, buprenorfine, tramadol en diverse derivaten van fentanyl. Sommige opioïden kunnen aan de legitieme farmaceutische voorraden worden onttrokken, terwijl andere illegaal worden geproduceerd.

Afghanistan blijft 's werelds grootste illegale opiumproducent. Aangenomen wordt dat de meeste in Europa aangetroffen heroïne daar of in de buurlanden Iran en Pakistan wordt vervaardigd. De illegale productie van opioïden in Europa bleef tot voor kort beperkt tot zelfbereide producten op basis van papavers in sommige oostelijke landen. In de afgelopen jaren werden echter in Nederland, Spanje en Tsjechië diverse laboratoria ontdekt waar morfine werd omgezet in heroïne. Dit wijst erop dat een deel van de heroïne nu ook in Europa wordt geproduceerd. Deze verandering kan een afspiegeling zijn van inspanningen van leveranciers de kosten te verlagen door de laatste fasen van de heroïneproductie in Europa uit te voeren, waar precursoren zoals azijnzuuranhydride tegen een lagere prijs verkrijgbaar zijn dan in opiumproducerende landen. Productie van de drug dichtbij de afzetmarkt kan ook gericht zijn op verlaging van de risico's van inbeslagname.

HEROÏNE

Inbeslagnames

Aantal

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

Hoeveelheid

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

Prijs

(EUR/g)

140 €
35-65 €
22 €

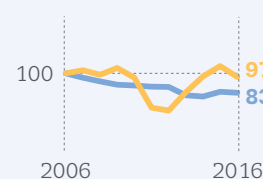
Zuiverheid

(%)

41 %
15-29 %
11 %

Geïndexeerde trends

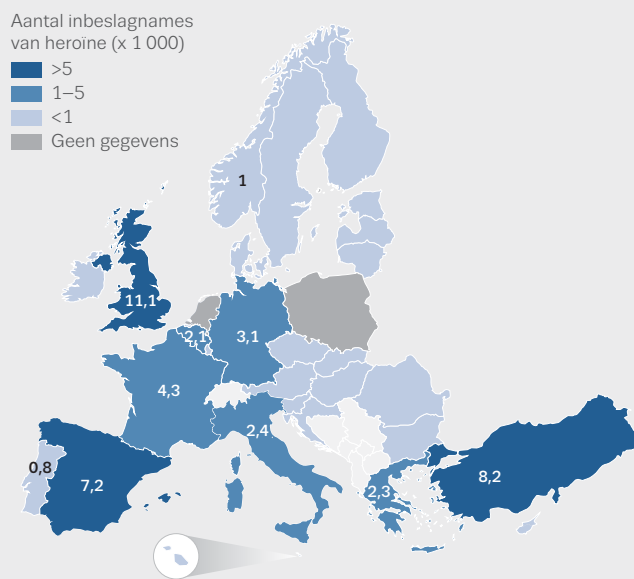
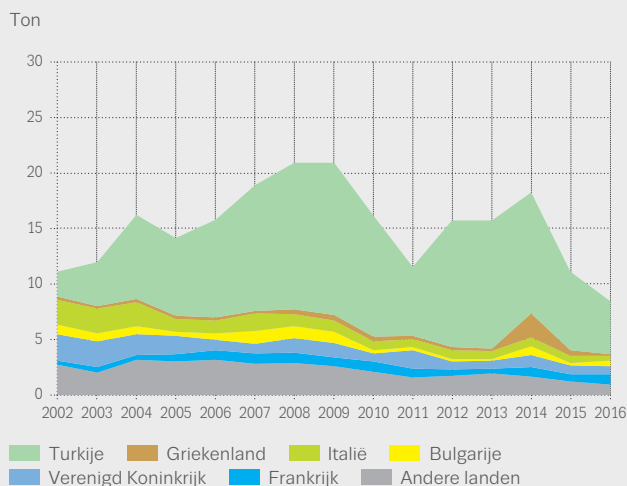
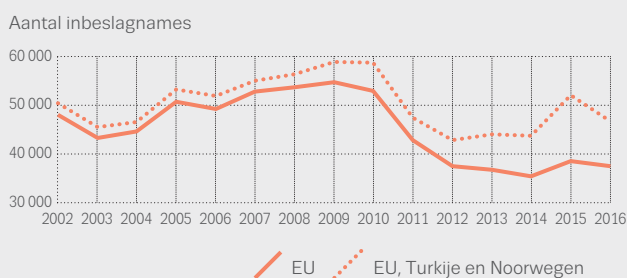
Prijs en zuiverheid



Let op: EU + 2 verwijst naar de lidstaten van de Europese Unie, Turkije en Noorwegen. Prijs en sterkte van 'bruine heroïne': nationale gemiddelde waarden — minimum, maximum en interkwartielafstand. De hierbij betrokken landen verschillen per indicator.

FIGUUR 1.4

Aantal inbeslagnames van heroïne en onderschepte hoeveelheid: trends en 2016 of meest recente jaar



Let op: Aantal inbeslagnames (x 1 000) voor de tien landen met de hoogste waarden. Hoeveelheid onderschepte heroïne (ton)



Heroïne komt langs vier hoofdroutes in Europa terecht. De belangrijkste zijn de 'Balkanroute' en de 'zuidelijke route'. De eerste route loopt door Turkije naar landen op de Balkan (Bulgarije, Roemenië of Griekenland) en vervolgens naar Midden-, Zuid- en West-Europa. Recentelijk is een aftakking van de Balkanroute opgedoken (via Syrië en Irak). De zuidelijke route, waarbij ladingen heroïne, al dan niet rechtstreeks of via Afrikaanse landen, uit Iran en Pakistan over zee of per vliegtuig naar Europa worden getransporteerd, is de afgelopen jaren steeds belangrijker

geworden. Andere routes zijn onder andere de 'noordelijke route' en een nieuwe route via de zuidelijke Kaukasus en over de Zwarte Zee.

Op de drugsmarkten in een aantal Europese landen was in 2010-2011 sprake van een verminderde beschikbaarheid van heroïne. Dit bleek uit een algehele afname van inbeslagnames van 2009 tot 2014, vóór stabilisatie in 2015 en 2016. Tussen 2002 en 2014 halveerde de hoeveelheid in beslag genomen heroïne in de Europese

TABEL 1.1

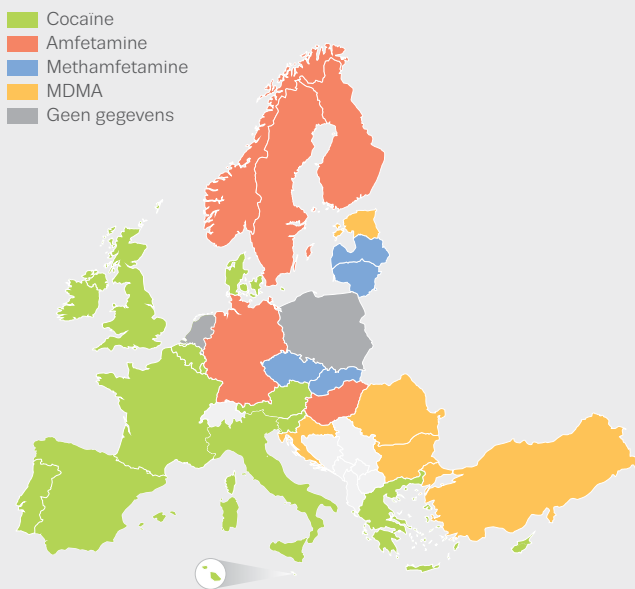
Inbeslagnames van opioïden andere dan heroïne in 2016

Opioïde	Aantal	Hoeveelheid			Aantal landen
		Kilogram	Liter	Tabletten	
Methadon	1 245	21.75	1.84	115 906	16
Buprenorfine	3 523	1.94	0.0005	69 373	16
Tramadol	3 553	2.03		63 412 688	16
Fentanylderivaten	738	1.55	1.2	11 792 (*)	12
Morfine	225	11.08		4 201	13
Opium	335	327.5			10
Codeïne	339	20.65		9 506	9
Oxycodon	12	0.005		107	6

(*) Pleisters of vloeipapier.

FIGUUR 1.5

Meest frequent in beslag genomen stimulerende middel in Europa, 2016 of meest recente gegevens



Unie, van 10 tot 5 ton. In de afgelopen jaren is de hoeveelheid gestabiliseerd, met 4,3 ton geregistreerd in 2016. Turkije blijft meer heroïne in beslag nemen dan alle Europese landen samen (figuur 1.4), hoewel de in dat land in beslag genomen hoeveelheid afnam van 8,3 ton in 2015 tot 5,6 ton in 2016. De geïndexeerde trends in regelmatig rapporterende landen duiden erop dat, na een periode van snelle stijging vanaf een laag punt in 2012, de zuiverheid van heroïne in Europa in 2016 is afgenomen vergeleken met 2015, terwijl de prijs de afgelopen tien jaar is gedaald.

Naast heroïne worden er in Europese landen ook andere producten met opioïden in beslag genomen, maar deze vormen slechts een fractie van het totale aantal inbeslagnames. De medicinale opioïden tramadol, buprenorfine en methadon zijn na heroïne de meest in beslag genomen opioïden (zie tabel 1.1). In 2016 was er sprake van een sterke stijging in het aantal in beslag genomen tabletten tramadol, en werden er ook verschillende fentanylderivaten in veel grotere hoeveelheden in beslag genomen.

Markt voor stimulerende middelen in Europa: regionale verschillen

De meest voorkomende illegale stimulerende middelen in Europa zijn cocaïne, amfetamine, methamfetamine en MDMA. De waarde van de retailmarkt voor stimulerende middelen in de Europese Unie bedroeg naar schatting tussen 6,3 miljard en 10,2 miljard EUR in 2013. Er bestaan regionale verschillen met betrekking tot het stimulerend middel dat het vaakst in beslag wordt genomen (figuur 1.5). Deze verschillen worden veroorzaakt door de aanwezigheid van toegangshavens en smokkelroutes, productiefaciliteiten en grote afzetmarkten. Cocaïne is in veel westerse en zuidelijke landen het meest in beslag genomen stimulerende middel, terwijl in Noord- en Oost-Europa dit overwegend geldt voor amfetamines en MDMA.

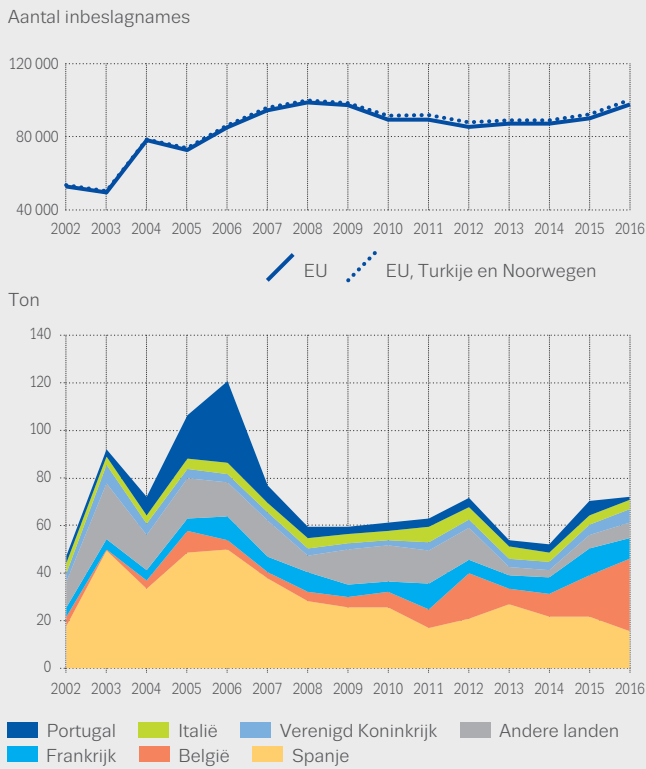
Markt voor cocaïne: aanhoudende opleving

In Europa is cocaïne verkrijgbaar in twee vormen: cocaïnepoeder (een zoutvorm) en – minder algemeen verkrijgbaar – crackcocaïne, een cocaïnesoort die gerookt wordt (freebase). Cocaïne wordt geproduceerd van de bladeren van de cocastruik; deze struiken worden voornamelijk gekweekt in Bolivia, Colombia en Peru. Cocaïne wordt op verschillende manieren naar Europa vervoerd, onder andere met behulp van passagiersvluchten, luchtvracht, postdiensten, privévliegtuigen, jachten en zeecontainers. De waarde van de retailmarkt voor cocaïne in de Europese Unie bedroeg naar schatting minstens 5,7 miljard EUR in 2013.

Heroïne is het meest gangbare opioïd op de Europese drugsmarkt

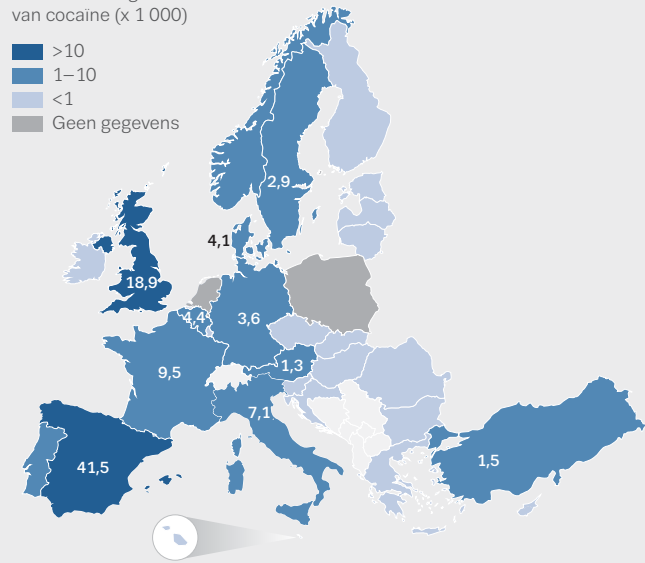
FIGUUR 1.6

Aantal inbeslagnames van cocaïne en onderschepte hoeveelheid: trends en 2016 of meest recente jaar



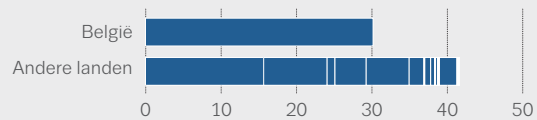
Aantal inbeslagnames van cocaïne (x 1 000)

- >10
- 1-10
- <1
- Geen gegevens



Let op: Aantal inbeslagnames (x 1 000) voor de tien landen met de hoogste waarden.

hoeveelheid onderschepte cocaïne (ton)



In totaal werden er in 2016 in de Europese Unie circa 98 000 inbeslagnames van cocaïne gemeld met een totale hoeveelheid van 70,9 ton. Ten opzichte van vorig jaar was er sprake van een lichte toename van de hoeveelheid in 2016 in beslag genomen cocaïne en van een sterkere toename van het aantal inbeslagnames (zie figuur 1.6).

Met de inbeslagnamen van ongeveer 30 ton cocaïne of 43 % van de geschatte totale hoeveelheid in de EU in 2016, verdrong België Spanje (15,6 ton) als land met het hoogste aantal jaarlijkse inbeslagnames van de drug. Ook Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk rapporteerden inbeslagnames van de drug van in totaal meer dan 5 ton

COCAÏNE

Inbeslagnames

Aantal

98 000 EU **100 000** EU + 2

Hoeveelheid

70,9 EU **71,8** EU + 2

Prijs

(EUR/g)

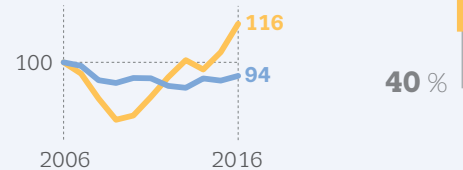
105 €
57-76 €
44 €

Zuiverheid

(%)

Geïndexeerde trends

Prijs en zuiverheid



Let op: EU + 2 verwijst naar de lidstaten van de Europese Unie, Turkije en Noorwegen. Prijs en sterkte van cocaïne: nationale gemiddelde waarden — minimum, maximum en interkwartielafstand. De hierbij betrokken landen verschillen per indicator.

(8,5 ton resp. 5,7 ton). Over het geheel genomen duiden de geïndexeerde trends erop dat de stijgende trend in de zuiverheid van cocaïne, duidelijk sinds 2010, zich in 2016 heeft voortgezet, waarbij de zuiverheid van cocaïne het hoogste niveau bereikte van het afgelopen decennium.

In Europa werden in 2016 ook andere cocaproducten in beslag genomen, waaronder 569 kilogram cocaïne bevattende vloeistof en 3 kilogram cocabladeren. Daarnaast duidt de inbeslagname van 79 kilogram cocapasta in Spanje en nog eens 7 kilogram in Italië op het bestaan in Europa van illegale laboratoria die cocaïnehydrochloride produceren. Dit is een nieuwe ontwikkeling, aangezien de in Europa aangetroffen cocaïne laboratoria tot op heden altijd 'secundaire extractielaboratoria' waren. Hier werd cocaïne teruggewonnen uit materialen waarin de drug was opgenomen (zoals wijn, kleding, plastic).

Drugproductie: ontwikkelingen op het gebied van chemische precursoren

Drugsprecursoren zijn chemische stoffen die nodig zijn om illegale drugs te vervaardigen. Aangezien veel van dergelijke stoffen legaal worden gebruikt, zijn ze niet verboden, maar wordt hun handel gemonitord en gecontroleerd door EU-regelgeving. Volgens deze regelgeving worden bepaalde chemische stoffen

geregistreerd, d.w.z. dat ze worden toegevoegd aan de lijst van gereguleerde stoffen. De beschikbaarheid van precursoren heeft een grote invloed op de markt van synthetische drugs en op de productiemethoden in illegale laboratoria. Productietechnieken worden steeds verder ontwikkeld om controles te omzeilen en wijzigingen omvatten meestal het gebruik van niet-geregistreerde chemische stoffen om synthetische stoffen of de precursoren ervan te produceren, zoals het onlangs gevonden N-t-BOC-MDMA (N-tert-butyloxycarbonyl-MDMA). De extra verwerking vereist meer chemische stoffen en produceert meer afval, wat mogelijk leidt tot milieuschade.

Gegevens over inbeslagnames en onderschepte leveringen van drugsprecursoren bevestigen dat in de Europese Unie zowel geregistreerde als niet-geregistreerde chemische stoffen voor de productie van illegale drugs worden gebruikt, met name voor de productie van amfetamines en MDMA (tabel 1.2). De registratie van APAAN (alfa-fenylacetonitril), de pre-precursor van BMK (benzylmethylketon), eind 2013 heeft nog steeds effect, gelet op een daling van de in beslag genomen hoeveelheden van 48 000 kilogram in 2013 tot ongeveer 600 kilogram in 2016. De hoeveelheid in beslag genomen alternatieve chemische stoffen APAA (alfa-fenylacetoamide) en glycidylderivaten van BMK (die ook gemakkelijk in BMK kunnen worden omgezet) die voor het eerst in 2015 zijn gemeld, nam in 2016 sterk toe.

TABEL 1.2

Samenvatting van inbeslagnames en onderschepte zendingen van in de EU geregistreerde precursoren en niet-geregistreerde chemische stoffen die worden gebruikt voor de productie van geselecteerde synthetische drugs in de Europese Unie, 2016

Geregistreerd/niet-geregistreerd	Inbeslagnames		Onderschepte zendingen		TOTALEN	
	Aantal	Hoeveelheid	Aantal	Hoeveelheid	Aantal	Hoeveelheid
MDMA of aanverwante stoffen						
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
Glycidylderivaten PMK (kg)	16	5 905	1	1 000	17	6 905
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	123	0	0	1	123
Amfetamine en methamfetamine						
Efedrine, bulk (kg)	33	64	0	0	33	64
BMK (liter)	24	2 506	0	0	24	2 506
Pseudo-efedrine, bulk (kg)	12	20	0	0	12	20
APAAN (kg)	7	597	0	0	7	597
PAA, fenylethaanzuur (kg)	0	0	5	112	5	112
APAA (kg)	27	5 884	2	2 025	29	7 909
Glycidylderivaten BMK (kg)	19	3 290	0	0	19	3 290

De in beslag genomen hoeveelheden van zowel PMK (piperonylmethylketon) als niet-geregistreerde chemische stoffen voor de productie van MDMA namen in 2016 toe. De in beslag genomen hoeveelheden van PMK in Frankrijk, van PMK-glycidylderivaten in Bulgarije en onderschepte leveringen van precursoren in Spanje wijzen op veranderingen in smokkelroutes.

Amfetamine en methamfetamine: inbeslagnames blijven stabiel

Amfetamine en methamfetamine zijn synthetische stimulerende middelen, die vaak worden aangeduid met de overkoepelende term ‘amfetamines’, waardoor ze in sommige gegevensreeksen moeilijk uit elkaar te houden zijn. De inbeslagnames wijzen de laatste tien jaar op een toename van de beschikbaarheid van methamfetamine.

Deze beschikbaarheid blijft echter nog steeds aanzienlijk lager dan die van amfetamine.

Beide drugs worden voor de Europese markt in Europa geproduceerd. Er zijn aanwijzingen dat de amfetamineproductie voornamelijk plaatsvindt in België, Nederland en Polen en, in mindere mate, in de Baltische staten en Duitsland. Een aantal van deze landen heeft melding gemaakt van ontmanteling van laboratoria waarin de eindfase van de productie, de omzetting van amfetamine base-olie in amfetaminesulfaat, wordt uitgevoerd. Dit wijst op een verschuiving in de locatie van deze fase van het productieproces, wat gerelateerd zou zijn aan een voorkeur bij sommige groepen voor het smokkelen van vloeistoffen in plaats van het eindproduct om inbeslagname te voorkomen.

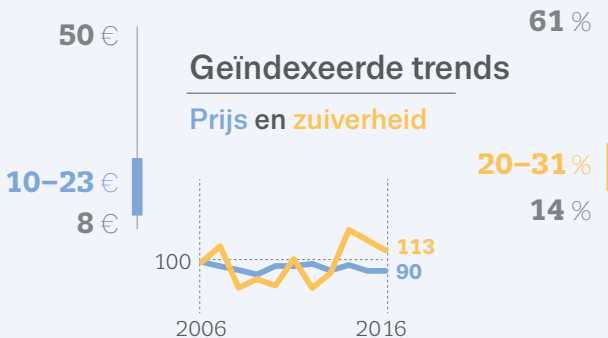
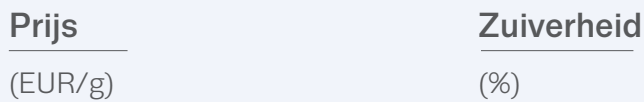
Een klein deel amfetamine wordt ook vervaardigd voor export, voornamelijk naar het Midden-Oosten, het Verre

AMFETAMINES



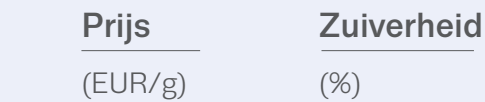
AMFETAMINE

Inbeslagnames



METHAMFETAMINE

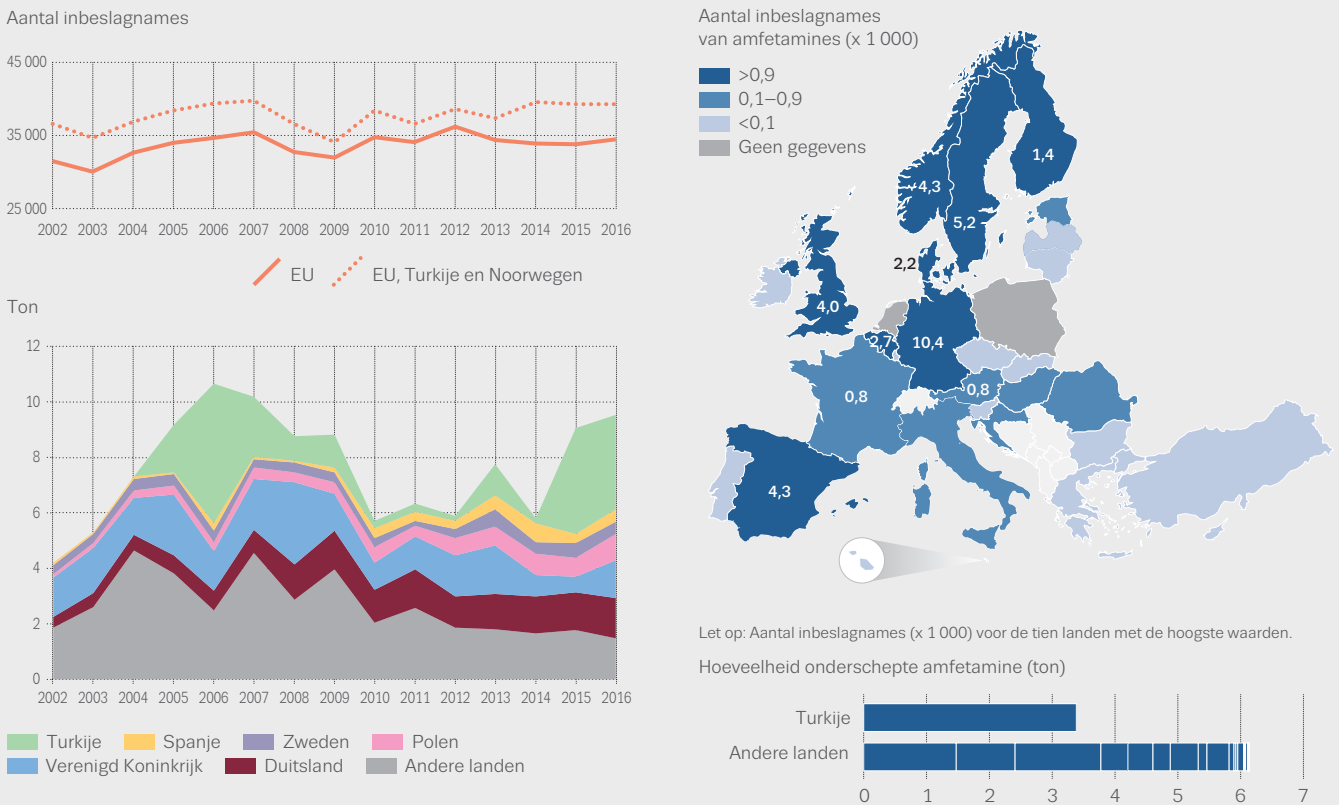
Inbeslagnames



Let op: EU + 2 verwijst naar de lidstaten van de Europese Unie, Turkije en Noorwegen. Prijs en sterkte van amfetamines: nationale gemiddelde waarden — minimum, maximum en interkwartielafstand. De hierbij betrokken landen verschillen per indicator. De geïndexeerde trends zijn niet beschikbaar voor methamfetamines.

FIGUUR 1.7

Aantal inbeslagnames van amfetamine en onderschepte hoeveelheid: trends en 2016 of meest recente jaar



Oosten en Oceanië. Recent is er eveneens een stijging waargenomen van de inbeslagnames van amfetaminetabletten met het Captagon-logo. Dit gebeurde voornamelijk in Turkije, waar in 2016 meer dan 13 miljoen tabletten in beslag zijn genomen.

Een groot deel van de methamfetamine in Europa wordt van oudsher in Tsjechië en, meer recent, in de grensgebieden van buurlanden geproduceerd. In Tsjechië wordt methamfetamine voornamelijk geproduceerd uit de precursor pseudo-efedrine. Deze wordt geëxtraheerd uit medicinale producten die hoofdzakelijk uit Polen worden gesmokkeld of in toenemende mate vanuit andere landen via Polen. De drug kan ook met behulp van BMK worden vervaardigd. Van de 291 illegale methamfetamine-laboratoria in de Europese Unie in 2016, bevonden zich er 261 in Tsjechië. Kleinschalige laboratoria voor de lokale markt domineren, maar er zijn ook grootschalige productiefaciliteiten gemeld, waarbij de georganiseerde misdaad betrokken is, die methamfetamine vervaardigen voor andere Europese landen.

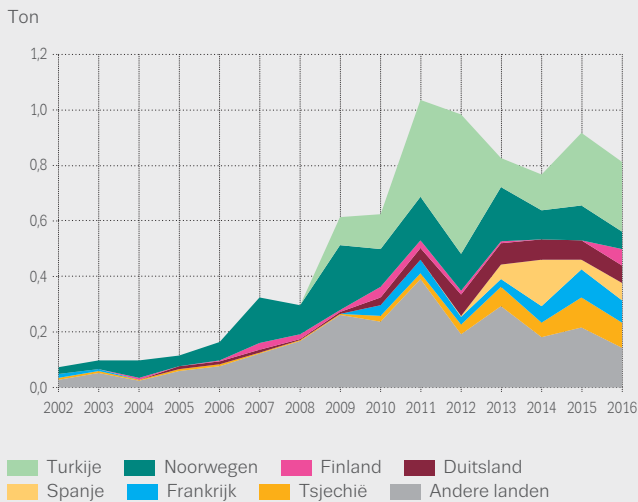
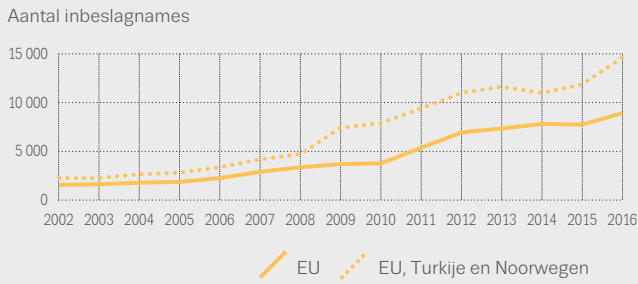
In 2016 meldden de EU-lidstaten 34 000 inbeslagnames van amfetamine, met een totaalgewicht van 5,7 ton. Over het geheel genomen is de hoeveelheid in beslag genomen amfetamine in de Europese Unie stabiel en schommelt

sinds 2010 tussen jaarlijks 5 tot 6 ton (figuur 1.7). In 2016 zijn 9 000 inbeslagnames gemeld in de Europese Unie, met een totaalgewicht van 0,5 ton. De grootste hoeveelheid is onderschept in Tsjechië (figuur 1.8). Sinds 2002 vertoont het aantal inbeslagnames van methamfetamine een stijging, terwijl de in beslag genomen hoeveelheid sinds 2009 relatief stabiel is. In 2016 werden in Turkije eveneens grote hoeveelheden amfetamines in beslag genomen, voornamelijk als nagemaakte 'Captagon' (1,3 miljoen tabletten, of een geschatte hoeveelheid van 3,4 ton amfetamine), evenals 0,25 ton methamfetamine.

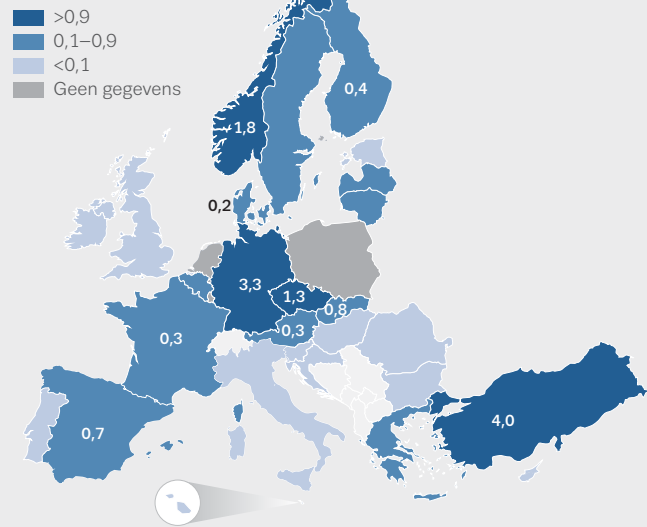
De gemiddelde gemelde zuiverheid van methamfetamine is hoger dan de zuiverheid van amfetamine.

FIGUUR 1.8

Aantal inbeslagnames van methamfetamine en onderschepte hoeveelheid: trends en 2016 of meest recente jaar

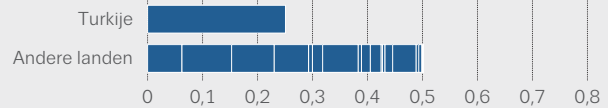


Aantal inbeslagnames van methamfetamine (x 1 000)



Let op: Aantal inbeslagnames (x 1 000) voor de tien landen met de hoogste waarden.

Hoeveelheid onderschepte methamfetamine (ton)



MDMA: toegenomen productie en inbeslagnames

MDMA (3,4-methyleendioxyamfetamine) is een synthetische stof die chemisch verwant is aan amfetamines maar een andere werking heeft. MDMA wordt gebruikt in de vorm van tabletten (doorgaans aangeduid als ecstasy), maar is ook als poeder of in kristalvorm

beschikbaar. Er worden voortdurend MDMA-tabletten met nieuwe ontwerpen, kleuren, vormen en logo's op de markt gebracht. In 2013 bedroeg de waarde van de retailmarkt voor MDMA in de Europese Unie naar schatting ongeveer 0,7 miljard EUR. Na een periode van beperkte beschikbaarheid ten gevolge van een tekort aan de precursoren die nodig zijn om de drug te kunnen

MDMA



Inbeslagnames

Aantal

24 000 EU **31 000** EU + 2

Hoeveelheid

5,3 EU **9,1** EU + 2

295 EU **306** EU + 2



Prijs

(EUR/pil)

16 €
6-11 €
4 €

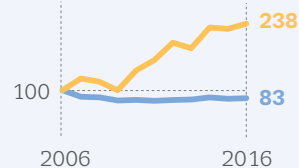
Zuiverheid

(MDMA mg/pil)

168
86-152
41

Geïndexeerde trends

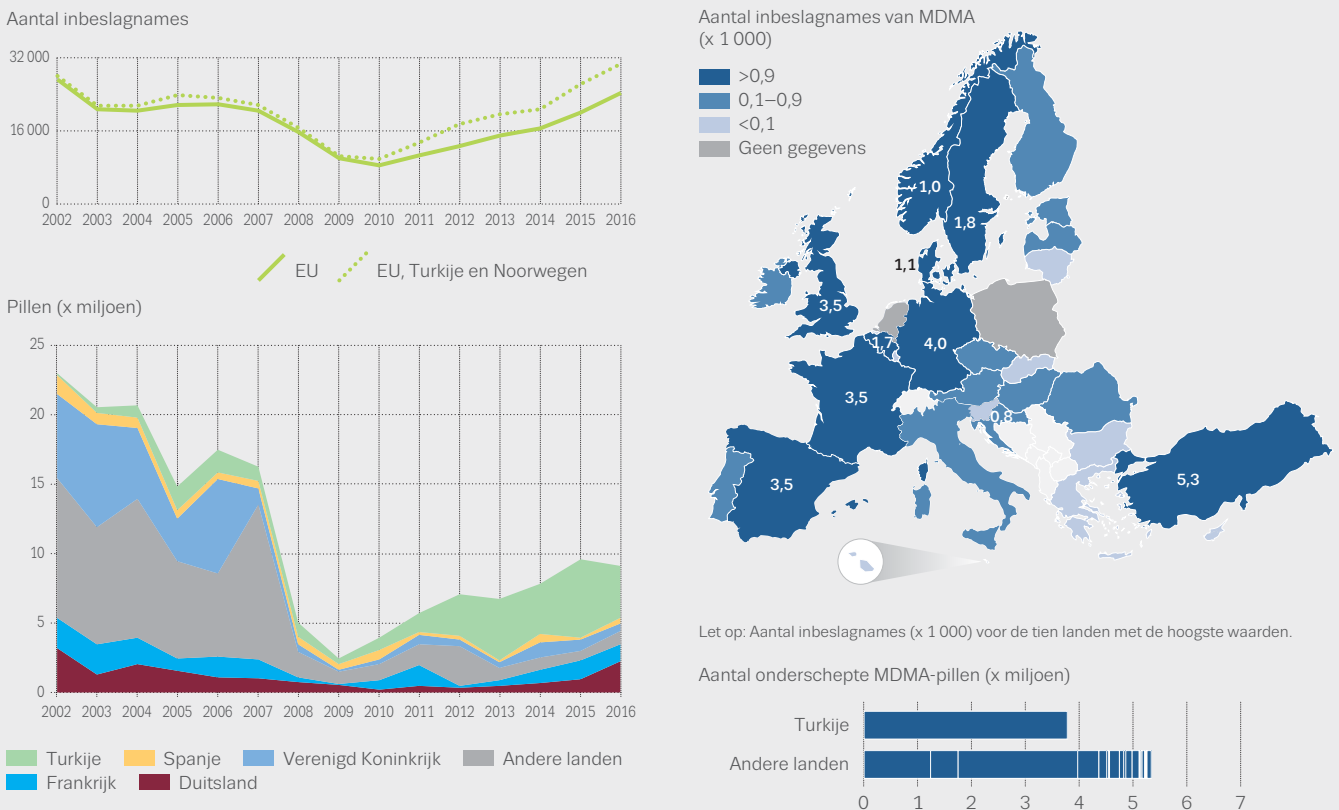
Prijs en zuiverheid



Let op: EU + 2 verwijst naar de lidstaten van de Europese Unie, Turkije en Noorwegen. Prijs en zuiverheid van MDMA: nationale gemiddelde waarden — minimum, maximum en interkwartielafstand. De hierbij betrokken landen verschillen per indicator.

FIGUUR 1.9

Aantal inbeslagnames van MDMA en onderschepte hoeveelheid: trends en 2016 of meest recente jaar



vervaardigen is de MDMA-markt de laatste paar jaar weer in opmars. Het gemiddelde gehalte MDMA in tabletten neemt al sinds 2009 toe, en het hoge MDMA-gehalte in sommige partijen is in verband gebracht met schadelijke gevolgen en sterfgevallen.

De productie van MDMA in Europa is voornamelijk geconcentreerd in Nederland en België, met 11 MDMA-laboratoria ontmanteld in de Europese Unie in 2016 (10 in Nederland en 1 in België), meer dan twee keer zoveel als in 2015. De in Europa geproduceerde MDMA wordt ook naar andere delen van de wereld geëxporteerd; zo meldde de Australische politie dat in 2016 de grootste bij één vangst onderschepte hoeveelheid MDMA in Australië (1,2 ton) afkomstig was uit Europa.

De beoordeling van recente trends in MDMA-inbeslagnames is moeilijk vanwege het ontbreken van gegevens uit enkele landen die waarschijnlijk belangrijke bijdragen aan het totaal zouden leveren. Voor 2016 ontbreken de gegevens van Nederland en de aantallen inbeslagnames in Duitsland en Polen zijn niet beschikbaar. Zonder deze belangrijke bijdragen nam de hoeveelheid in beslag genomen MDMA in de Europese Unie toe in 2016 en wordt geschat op 5,3 miljoen tabletten en 295 kilogram MDMA-poeder.

Het totale aantal gerapporteerde inbeslagnames van MDMA in de Europese Unie neemt sinds 2010 toe, terwijl de in beslag genomen hoeveelheid over dezelfde periode ook iets is gestegen, hoewel er jaarlijks fluctuaties optreden. Ook in Turkije zijn grote hoeveelheden MDMA in beslag genomen in 2016, in totaal 3,8 miljoen pillen (figuur 1.9). Geïndexeerde trends laten zien dat het MDMA-gehalte in tabletten in recente jaren aanzienlijk is gestegen.

Inbeslagnames van LSD, GHB en ketamine

Er werden in de Europese Unie ook inbeslagnames van andere illegale drugs gerapporteerd, waaronder circa 1 700 inbeslagnames van LSD (lysergeenzuurdiëthylamide) in 2016, die samen goed waren voor 97 000 eenheden. Het totale aantal inbeslagnames van LSD is sinds 2010 bijna verdubbeld, hoewel de in beslag genomen hoeveelheid fluctueerde. Veertien Europese landen hebben 1 800 inbeslagnames van ketamine gerapporteerd, die samen naar schatting 83 kilogram van deze drug oprachten. Het grootste gedeelte hiervan is in beslag genomen in Denemarken, Italië en het Verenigd Koninkrijk. Noorwegen meldde ook een klein aantal inbeslagnames van ketamine: 50 inbeslagnames met een totale hoeveelheid van 0,2 kilogram. In 2016 hebben 13 EU-landen plus Noorwegen

en Turkije inbeslagnames van GHB (gammahydroxyboterzuur) of GBL (gammabutyrolacton) gerapporteerd. De geschatte 1 700 inbeslagnames omvatten samen bijna 360 kilogram en 1 400 liter van deze drug, waarbij Noorwegen meer dan een kwart van het totale aantal inbeslagnames rapporteerde.

Nieuwe psychoactieve stoffen: een complexe markt

Eind 2017 volgde het EMCDDA meer dan 670 nieuwe psychoactieve stoffen op die in Europa zijn geïdentificeerd. Deze stoffen vallen niet onder internationale drugscontrolemechanismen en omvatten een breed scala aan drugs zoals synthetische cannabinoïden, stimulerende middelen, opioïden en benzodiazepines (figuur 1.10). In de meeste gevallen worden deze stoffen als 'legale' vervangers van illegale drugs verhandeld, terwijl deze soms ook gericht zijn op kleine groepen die deze stoffen willen uitproberen om mogelijke nieuwe effecten te ontdekken.

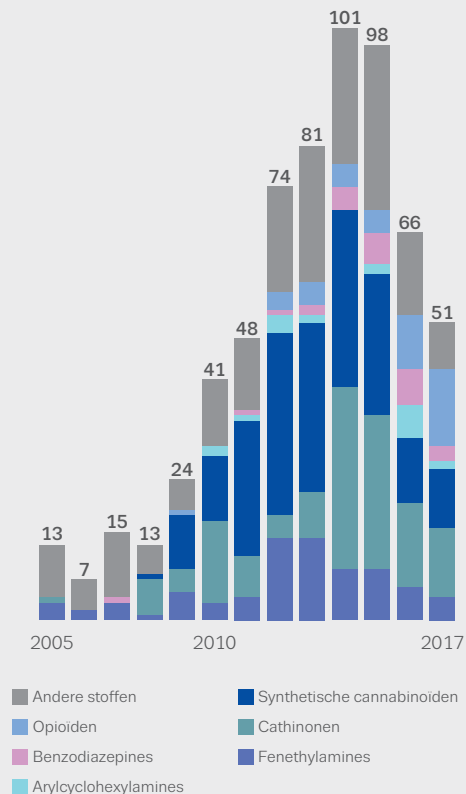
In veel gevallen worden deze nieuwe stoffen in grote hoeveelheden vervaardigd door chemische en farmaceutische bedrijven in China. Van daaruit worden ze naar Europa verscheept, waar ze tot producten worden verwerkt, verpakt en verkocht. Bovendien kunnen sommige nieuwe stoffen als medicijnen worden ingevoerd, die aan de legitieme toeleveringsketen worden onttrokken of illegaal worden verkregen. Deze stoffen kunnen ook in clandestiene laboratoria worden geproduceerd, zowel in Europa als daarbuiten. Verschillende indicatoren, zoals ontdekkingen van illegale laboratoria, de analyse van gedumpte synthetisch drugsafval en inbeslagnames van precursoren, wijzen erop dat deze vorm van productie de laatste paar jaar is toegenomen in Europa.

Sommige nieuwe stoffen worden openlijk in gespecialiseerde winkels en op openbare websites (zogenaamd 'aan de oppervlakte') verkocht, vaak aangeboden als 'legale psychedelica'. Daarnaast worden ze ook op het darknet en op de illegale markt verkocht, vaak onder hun eigen naam en soms valselijk aangeboden als illegale drugs zoals heroïne, cocaïne, ecstasy en benzodiazepines.

Bijna 70 % van de nieuwe stoffen die via het EU Early Warning System zijn geïdentificeerd, zijn in de laatste vijf jaar ontdekt. In 2017 zijn 51 nieuwe stoffen voor het eerst ontdekt in Europa. Dat zijn er minder dan in de voorgaande vijf jaar en ze vertegenwoordigen een daling van de piek van ongeveer 100 nieuwe stoffen die in 2014 en 2015 jaarlijks werden geïdentificeerd. De reden voor deze afname is onduidelijk, maar kan gedeeltelijk gezocht worden in de maatregelen die door de nationale regeringen in Europa zijn

FIGUUR 1.10

Aantal en categorieën nieuwe psychoactieve stoffen zoals voor het eerst gemeld aan het EU Early Warning System, 2005-2017



genomen om nieuwe stoffen te verbieden, en dan met name de openlijke verkoop ervan. Daarnaast kunnen ook controlemaatregelen en acties van wetshandhavers in China gericht tegen laboratoria die nieuwe stoffen produceren, een belangrijke factor zijn.

Het aantal nieuwe stoffen dat elk jaar wordt ontdekt, is slechts een van de vele statistische gegevens die het EMCDDA gebruikt om inzicht in de gehele markt te krijgen. Meer dan 50 % (369) van de nieuwe stoffen die momenteel worden gevolgd, werd pas in 2016 op de Europese drugsmarkt ontdekt. Dit geeft aan hoe complex deze markt is geworden.

Inbeslagnames van nieuwe psychoactieve stoffen: synthetische cathinonen en cannabinoïden domineren nog steeds

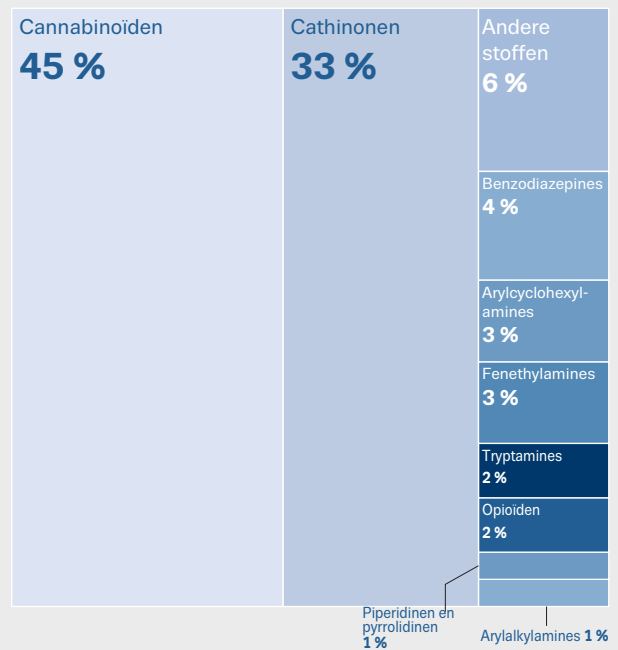
In 2016 werden via het EU Early Warning System bijna 71 000 inbeslagnames gemeld van nieuwe psychoactieve stoffen (figuur 1.11). Deze inbeslagnames van synthetische cathinonen en synthetische cannabinoïden waren in 2016 samen goed voor bijna 80 % van alle inbeslagnames en voor 80 % van de totale hoeveelheid nieuwe stoffen. In vergelijking met het voorgaande jaar werd in 2016 een algemene daling waargenomen in de in beslag genomen hoeveelheden. De in beslag genomen

FIGUUR 1.11

Aantal inbeslagnames van nieuwe psychoactieve stoffen zoals gemeld aan het EU Early Warning System: trends en distributie, uitgesplitst naar categorie in 2016



Let op: Gegevens voor de lidstaten van de Europese Unie, Turkije en Noorwegen.



hoeveelheden van synthetische cathinonen, benzodiazepines en synthetische opioïden namen echter toe. Het totale aantal inbeslagnames van nieuwe stoffen in Europa moet als minimumwaarde worden beschouwd, aangezien deze gegevens eerder afkomstig zijn van meldingen van gevallen dan van routinematige monitoringssystemen. De gerapporteerde inbeslagnames worden beïnvloed door een groot aantal verschillende factoren zoals een groeiend bewustzijn van het bestaan van nieuwe stoffen, veranderingen in hun wettelijke status, de capaciteit en prioriteiten van wetshandhavingdiensten en de rapportagepraktijken van wetshandhavingdiensten.

Nieuwe synthetische opioïden

In totaal zijn er sinds 2009 38 nieuwe opioïden ontdekt op de Europese drugsmarkt, waarvan er 13 voor het eerst in 2017 gemeld werden. Zo werden 28 fentanylderivaten gerapporteerde, waarvan er tien voor het eerst in 2017 gemeld werden. Hoewel de nieuwe vormen van fentanyl op de Europese drugsmarkt momenteel slechts een kleine rol spelen, zijn het zeer sterke stoffen die een ernstige bedreiging vormen voor de gezondheid en de volksgezondheid.

Nieuwe opioïden zijn in verschillende vormen in beslag genomen: voornamelijk poeders, tabletten en vloeistoffen. In 2016 is ongeveer 4,6 liter synthetische opioïden in beslag genomen, een toename ten opzichte van de 1,8 liter

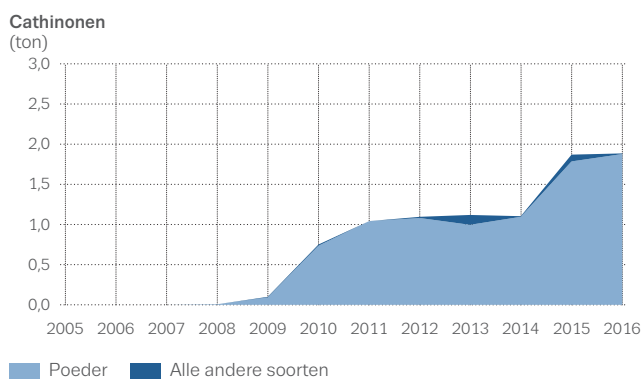
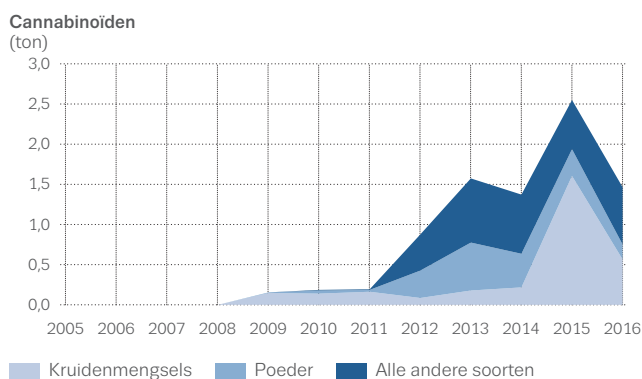
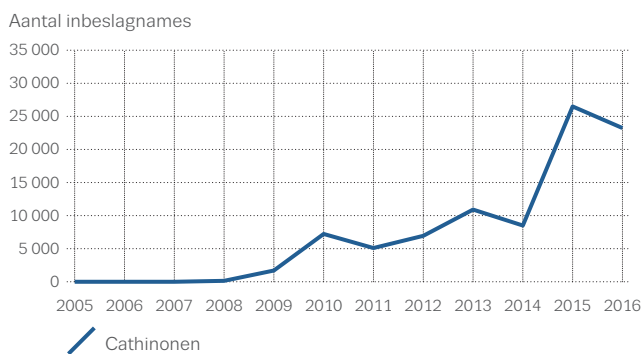
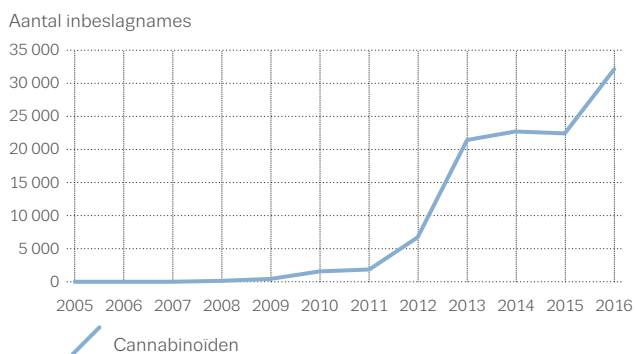
gerapporteerd in het voorgaande jaar. Meer dan 70 % van de circa 1 600 in 2016 gemelde inbeslagnames van nieuwe synthetische opioïden betrof derivaten van fentanyl. In meer dan 96 % van de in beslag genomen vloeistoffen werden fentanylderivaten aangetroffen. In dit verband geeft de opkomst van neussprays op de markt die fentanylderivaten bevatten, zoals acryloylfentanyl en furanylfentanyl, 4-fluor-isobutyrylfentanyl, tetrahydrofuranylfentanyl en carfentanil, aanleiding tot bezorgdheid. Nieuwe opioïden zijn goed voor 2,3 % van het totale aantal inbeslagnames van nieuwe stoffen in 2016, een stijging ten opzichte van de 0,8 % gerapporteerd in 2015.

Synthetische cannabinoiden

Synthetische cannabinoiden zijn stoffen die de effecten nabootsen van delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), de stof die grotendeels verantwoordelijk is voor de belangrijkste psychoactieve effecten van cannabis. Europese producenten importeren grote hoeveelheden synthetische cannabinoiden in poedervorm en mengen deze met gedroogd plantaardig materiaal. Deze worden op de markt gebracht als legale vervangers voor cannabis en verkocht als 'kruidenmengsels om te roken'. Synthetische cannabinoiden zijn nog steeds de grootste groep nieuwe stoffen die door het EMCDDA worden gemonitord. Ze worden chemisch gezien steeds diverser. Sinds 2008 zijn er 179 synthetische cannabinoiden ontdekt, waarvan er tien in 2017 werden gemeld.

FIGUUR 1.12

Inbeslagnames van synthetische cannabinoiden en cathinonen zoals gemeld aan het EU Early Warning System: trends in het aantal inbeslagnames en onderschepte hoeveelheden



Let op: Gegevens voor de lidstaten van de Europese Unie, Turkije en Noorwegen.

Synthetische cannabinoiden waren in 2016 opnieuw de meeste gerapporteerde in beslag genomen nieuwe psychoactieve stoffen, met iets meer dan 32 000 gemelde inbeslagnames (figuur 1.12). Dit is een stijging van bijna 10 000 inbeslagnames ten opzichte van het voorgaande jaar en vertegenwoordigt bijna de helft van het totale aantal inbeslagnames van nieuwe psychoactieve stoffen gemeld in 2016. De vijf synthetische cannabinoiden die in 2016 het vaakst in beslag werden genomen, zijn MDMB-CHMICA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 en AMB-FUBINACA.

De inbeslagnames van synthetische cannabinoiden waren samen goed voor bijna 1,5 ton van deze stoffen. Dit vertegenwoordigt een aanzienlijke daling ten opzichte van de 2,5 ton die in 2015 in beslag werd genomen. Kruidenmengsels waren goed voor 40 % van de in 2016 in beslag genomen hoeveelheden en poeders voor bijna 13 %.

De ontdekking van synthetische cannabinoiden in poedervorm en voorzieningen voor de verwerking ervan in Europa wijst erop dat de producten in Europa worden verpakt. Na verwerking tot rookbare kruidenmengsels hadden van deze poeders mogelijk miljoenen doses gemaakt kunnen worden. In 2016 waren de vaakst in beslag genomen cannabinoiden in poedervorm AM-6527 5-fluoropentyl derivaat (54 kg), CUMYL-4CN-BINACA (50 kg), AMB-FUBINACA (27 kg), 5F-MDMB-PINACA (15 kg) en AB-FUBINACA (7 kg).

Synthetische cathinonen

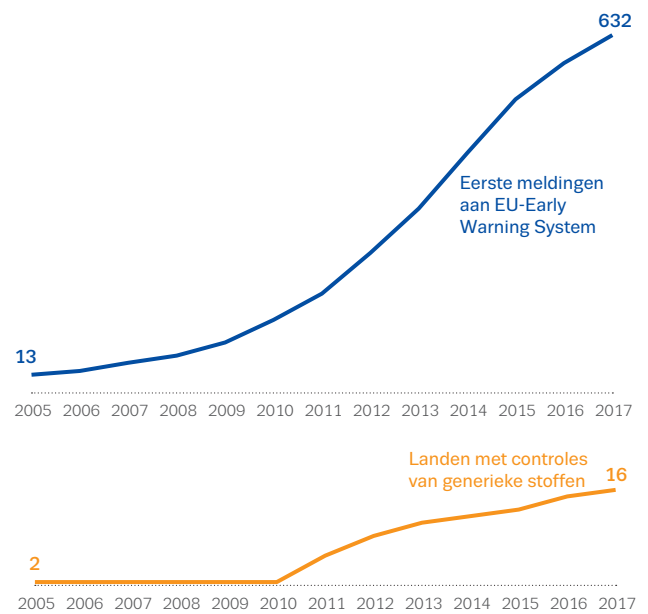
Synthetische cathinonen zijn chemisch verwant aan cathinone, een natuurlijk stimulerend middel dat voorkomt in de plant khat (*Catha edulis*). Deze stoffen hebben soortgelijke effecten als gangbare stimulerende middelen zoals amfetamine. Synthetische cathinonen vormen de op een na grootste groep van nieuwe stoffen die het EMCDDA opvolgt. In totaal zijn er 130 van deze drugs ontdekt, waarvan er twaalf voor het eerst in 2017.

Synthetische cathinonen waren met meer dan 23 000 inbeslagnames de op een na meest in beslag genomen groep van nieuwe psychoactieve stoffen in 2016. Ze omvatten bijna een derde van het totale aantal inbeslagnames. Dit is een lichte daling ten opzichte van het cijfer van het voorgaande jaar. De vijf cathinonen die in 2016 het vaakst in beslag werden genomen, zijn alfa-PVP, 4-CMC, 3-CMC, 4-methyl-N,N-dimethylcathinone en 3-MMC.

De inbeslagnames van deze stoffen bedroegen bijna 1,9 ton, waardoor synthetische cathinonen in 2016 de meest onderschepte hoeveelheden nieuwe psychoactieve stoffen waren (figuur 1.12). Synthetische cathinonen worden doorgaans in poedervorm aangetroffen. De cathinonen met de hoogste totale in beslag genomen hoeveelheden in poedervorm betroffen 4-CMC (890 kg), 4-CEC (247 kg), NEH (186 kg), 3-MMC (126 kg) en mexedrone (50 kg).

FIGUUR 1.13

Opkomst van nieuwe psychoactieve stoffen en introductie van controles van generieke groepen in Europa sinds 2005



Nieuwe benzodiazepines

Het EMCDDA volgt momenteel 23 nieuwe benzodiazepines. Drie van deze stoffen zijn in 2017 voor het eerst in Europa ontdekt. Sommige nieuwe benzodiazepines worden verkocht als tabletten, capsules of poeders onder hun eigen naam. In andere gevallen worden deze stoffen gebruikt om namaakversies te maken van algemeen voorgeschreven geneesmiddelen voor de behandeling van angststoornissen, zoals diazepam en alprazolam, die rechtstreeks op de illegale drugsmarkt werden verkocht. Hoewel het aantal inbeslagnames van benzodiazepines in 2016 afnam ten opzichte van 2015, nam de in beslag genomen hoeveelheid aanzienlijk toe. In 2016 zijn meer dan een half miljoen tabletten met nieuwe benzodiazepines zoals diclazepam, etizolam, flubromazolam, flunitrazolam en phenazepam onderschept, hetgeen neerkomt op een stijging van ongeveer twee derde van het aantal dat in 2015 werd gemeld.

Nieuwe psychoactieve stoffen: nieuwe juridische maatregelen

Verschillende Europese landen nemen maatregelen in het kader van de drie VN-verdragen om het aanbod aan drugs terug te dringen. Deze VN-verdragen bieden een kader voor de controle van de handel, de productie en het bezit van ruim 240 psychoactieve stoffen. De snelle opkomst van nieuwe psychoactieve stoffen en de verscheidenheid aan beschikbare producten is voor de verdragen en de Europese beleidsmakers en wetgevers een uitdaging gebleken.

Op nationaal niveau wordt gebruik gemaakt van verschillende maatregelen ter controle van nieuwe stoffen. Er kunnen ruwweg drie soorten wettelijke maatregelen worden onderscheiden. Veel Europese landen hebben initieel gereageerd door gebruik te maken van wetgeving op het gebied van de consumentenveiligheid en hebben vervolgens bestaande drugswetgeving uitgebreid of aangepast om rekening te houden met nieuwe psychoactieve stoffen. Meer en meer landen hebben specifieke nieuwe wetgeving ontworpen om dit fenomeen aan te pakken.

Jarenlang registreerden de meeste Europese landen gereguleerde stoffen alleen per stof. Aangezien er in Europa steeds meer nieuwe stoffen werden ontdekt, hebben meer landen echter getracht groepen stoffen te

controleren (figuur 1.13). De meeste landen hebben de groepen gedefinieerd aan de hand van de chemische structuur ('generieke' groepen), hoewel enkele landen de groepen op grond van de effecten hebben gedefinieerd. De meeste landen die de 'generieke' aanpak toepassen, hebben de groepsdefinities toegevoegd aan bestaande drugswetgeving, maar sommige hebben alleen dergelijke groepen opgenomen in nieuwe, specifiek op psychoactieve stoffen gerichte wetgeving.

Op EU-niveau wordt het huidige wetgevende kader momenteel herzien voor de controle van nieuwe psychoactieve stoffen die een bedreiging vormen voor zowel de volksgezondheid als de maatschappij. Dit kader dateert uit 2005 en het doel is te komen tot een soepeler, effectiever systeem. De nieuwe wetgeving handhaaft de drie soorten maatregelen op nieuwe psychoactieve stoffen, te weten vroegtijdige waarschuwing, risicobeoordeling en controlemaatregelen, terwijl bestaande processen worden versterkt door het stroomlijnen en het versnellen van gegevensverzameling en beoordelingsprocedures, en door invoeren van kortere deadlines. Na de risicobeoordeling kan de Commissie vervolgens een voorstel opstellen om de stof aan controlemaatregelen te onderwerpen. Het Europees Parlement en de Raad hebben het recht, binnen twee maanden en onder bepaalde voorwaarden, bezwaar in te dienen tegen het voorstel van de Commissie. Nationale autoriteiten hebben zes (in plaats van twaalf) maanden de tijd om de stof binnen hun grondgebied onder controle te stellen zodra het besluit van kracht wordt.

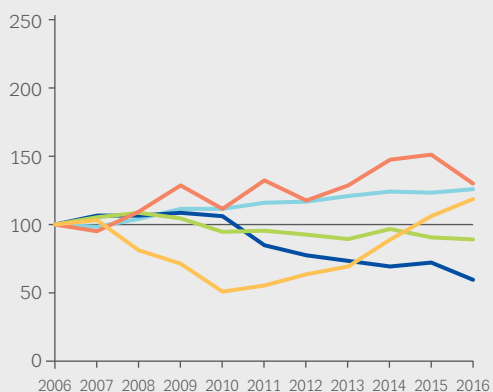
Het EMCDDA volgt momenteel 23 nieuwe benzodiazepines

FIGUUR 1.14

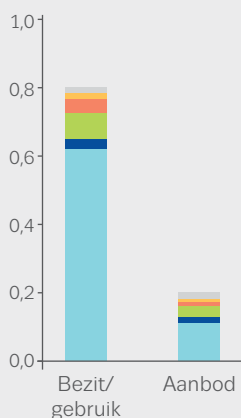
Drugsmisdrijven in Europa voor drugsgebruik of -bezit voor eigen gebruik of het aanbod van drugs: eindexeerde trends en gemelde misdrijven in 2016

Misdrijven inzake bezit/gebruik

Geïndexeerde trends

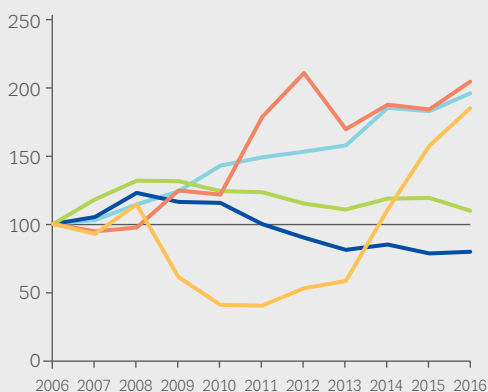


Aantal misdrijven (miljoen)



Misdrijven inzake het aanbod van drugs

Geïndexeerde trends



Heroïne Cocaine MDMA Cannabis Amfetamines Andere stoffen

Let op: Gegevens voor misdrijven waarbij melding is gemaakt van de betrokken drug.

Drugsdelicten: cannabis overheerst

Op de uitvoering van wetgeving wordt toegezien door middel van gegevens over gemelde drugsdelicten. In 2016 werden in de Europese Unie naar schatting 1,5 miljoen drugsdelicten gemeld, een stijging van een derde (33 %) sinds 2006. Het merendeel van deze gevallen (74 %) betrof delicten in verband met gebruik of bezit, met een totaal van ongeveer 1 miljoen delicten in 2016. Dit is een toename van 28 % ten opzichte van 2006. Meer dan driekwart van de delicten gerelateerd aan het gebruik of bezit van drugs betrof cannabis (77 %). De stijgende trend voor delicten in verband met het gebruik of bezit van MDMA heeft zich in 2016 doorgezet, hoewel deze nog steeds maar 2 % uitmaken van de delicten in verband met drugsgebruik (figuur 1.14).

Over het geheel genomen is het aantal delicten in verband met drugsaanbod in de Europese Unie sinds 2006 toegenomen met 14 %, met een schatting van meer dan 200 000 gevallen in 2016. Het grootste gedeelte van de misdrijven inzake de aanbodzijde was cannabisgerelateerd (57 %). Voor MDMA wordt sinds 2013 een scherpe stijging van het aantal meldingen van delicten inzake de aanbodzijde waargenomen (figuur 1.14).

MEER INFORMATIE

EMCDDA-publicaties

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.

Gezamenlijke publicaties van het EMCDDA en 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.

Gezamenlijke publicaties van het EMCDDA en Eurojust

2016

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

Alle publicaties zijn beschikbaar op www.emcdda.europa.eu/publications

2

**Vandaag wordt in Europa
een breder scala aan middelen
gebruikt dan vroeger**

Prevalentie en trends van drugsgebruik

Vandaag wordt in Europa een breder scala aan middelen gebruikt dan vroeger. Onder drugsgebruikers komt polydrugsgebruik vaak voor en individuele gebruikspatronen variëren van experimenteel tot regelmatig gebruik en verslaving. De prevalentie van het cannabisgebruik is ongeveer vijf keer hoger dan die van andere middelen. Hoewel het gebruik van heroïne en andere opioïden relatief zeldzaam blijft, zijn dit wel nog steeds de drugs die het meest geassocieerd worden met de meer schadelijke vormen van drugsgebruik, waaronder injecterend drugsgebruik. Het gebruik van alle soorten drugs is doorgaans hoger onder mannen en dit verschil komt vaak tot uiting in intensievere of meer regelmatige gebruikspatronen.

Controle op het drugsgebruik

Het EMCDDA verzamelt en onderhoudt gegevensreeksen over drugsgebruik en gebruikspatronen in Europa.

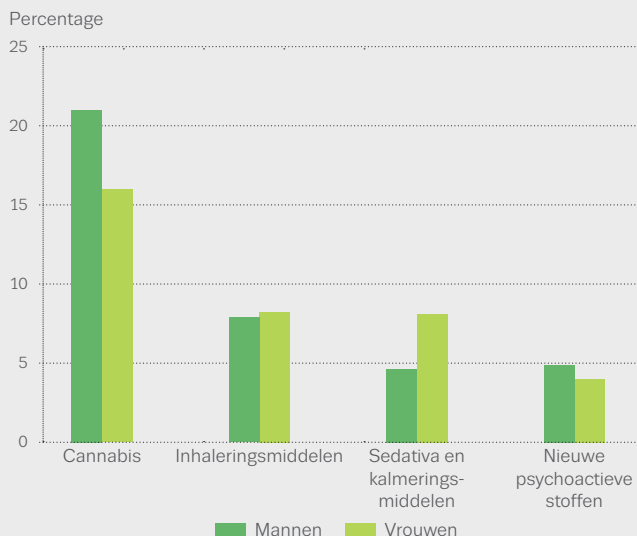
Enquêtes onder scholieren en de algemene bevolking kunnen een overzicht geven van de prevalentie van experimenteel en recreatief drugsgebruik. De resultaten van deze enquêtes kunnen worden aangevuld met analyses van drugsresiduen in afvalwater, die in verschillende Europese steden worden uitgevoerd.

Onderzoeken waarin een schatting wordt gemaakt van risicovol drugsgebruik kunnen helpen om de omvang van dieper verankerde problemen op het gebied van drugsgebruik te bepalen. Gegevens over personen die zich melden voor gespecialiseerde drugsbehandeling kunnen, in combinatie met andere indicatoren, meer inzicht geven in de aard en trends van risicovol drugsgebruik.

De volledige gegevens en uitvoerige methodologische opmerkingen zijn te vinden in het online [Statistical Bulletin](#).

FIGUUR 2.1

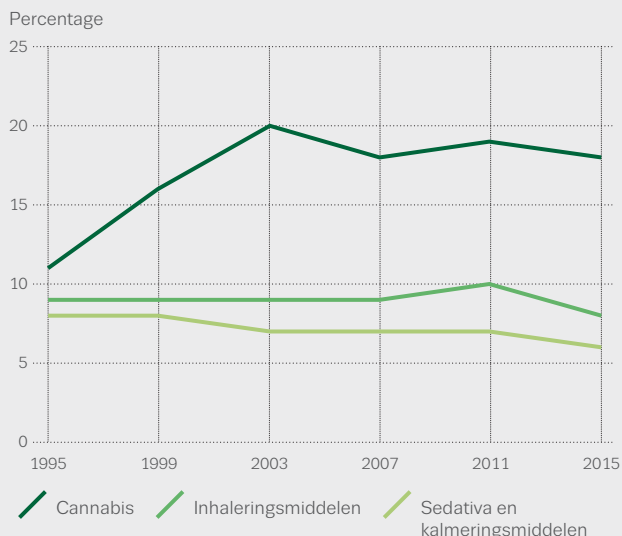
'Ooit'-gebruik van stoffen onder 15- en 16-jarige Europese scholieren, uitgesplitst naar geslacht



Let op: Gebaseerd op gegevens van de 23 EU-lidstaten en Noorwegen, die deelnamen aan de ESPAD-ronde van 2015.

FIGUUR 2.2

Trends in ' ooit'-gebruik van cannabis, inhalatiemiddelen en geneesmiddelen (vrij verkrijgbare sedativa en kalmeringsmiddelen) onder 15- en 16-jarige Europese scholieren



Let op: Gebaseerd op gegevens van de 21 EU-lidstaten en Noorwegen, die deelnamen aan de laatste vier ESPAD-rondes.

Drugsgebruik onder scholieren: stabiele of dalende trends

Het monitoren van drugsgebruik onder scholieren kan een belangrijk inzicht geven in het huidige risicogedrag onder de jeugd en in mogelijke trends voor de toekomst. In 2015 heeft het Europees Schoolenquêteproject inzake alcohol en andere drugs (ESPAD) de zesde ronde van gegevensverzameling uitgevoerd sinds de oprichting ervan in 1995. Tijdens deze laatste enquête zijn vergelijkbare gegevens verzameld onder 15- en 16-jarige scholieren uit 35 Europese landen, waaronder 23 EU-lidstaten en Noorwegen. Van de scholieren in deze 24 landen gaf gemiddeld 18 % aan ten minste één keer in hun leven ('ooit'-gebruik) cannabis te hebben gebruikt, waarbij de hoogste cijfers gemeld werden in Tsjechië (37 %) en Frankrijk (31 %). Gebruik van de drug in de voorgaande dertig dagen werd gemeld door 8 %. Het gebruik van andere illegale drugs dan cannabis (MDMA/ecstasy, amfetamine, cocaïne, methamfetamine en hallucinogenen) was veel lager, met een algehele prevalentie van 'ooit'-gebruik van 5 %.

In de enquête werd ook gevraagd naar het gebruik van andere middelen, zoals inhaleringsmiddelen, geneesmiddelen en nieuwe psychoactieve stoffen. Onder de deelnemers uit de EU en Noorwegen was de gemiddelde prevalentie van het 'ooit'-gebruik van inhaleringsmiddelen 8 % (variërend van 3 % in België (Vlaanderen) tot 25 % in Kroatië). Het 'ooit'-gebruik van sedativa of kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift

werd gemeld door een gemiddelde van 6 % van de scholieren (variërend van 2 % in Roemenië tot 17 % in Polen). Het 'ooit'-gebruik van nieuwe psychoactieve stoffen werd gemeld door een gemiddelde van 4 % van de scholieren (variërend van 1 % in België (Vlaanderen) tot 10 % in Estland en Polen) (figuur 2.1). Onder de gebruikers van nieuwe psychoactieve stoffen in de afgelopen twaalf maanden (3,2 % van de deelnemers) waren kruidenmengsels om te roken het meest gebruikte middel (gemeld door 2,6 % van alle deelnemers); poeders, kristallen of tabletten, vloeistoffen of andere vormen van nieuwe psychoactieve stoffen werden minder vaak gebruikt.

In de 22 landen met voldoende gegevens voor analyse was het totale gemelde 'ooit'-gebruik van cannabis het hoogst in 2003 gevolgd door een lichte daling in de enquête van 2007 (figuur 2.2). Sindsdien is de prevalentie relatief stabiel gebleven. Tussen 2011 (10 %) en 2015 (8 %) was er sprake van een daling in het gemelde 'ooit'-gebruik van inhaleringsmiddelen maar de langetermijntrend tussen 1995 en 2015 is relatief stabiel gebleven (figuur 2.2). Voor sedativa en kalmeringsmiddelen daalde het 'ooit'-gebruik tussen 1995 en 2015 licht, waarbij in deze periode de prevalentie van het gebruik onder meisjes steeds hoger was dan onder jongens. Er zijn geen trendgegevens voor nieuwe psychoactieve stoffen beschikbaar van ESPAD, aangezien vragen over het gebruik van deze drugs voor het eerst in 2015 werden opgenomen.

Meer dan 92 miljoen volwassenen hebben illegale drugs uitprobeerde

Naar schatting hebben meer dan 92 miljoen volwassenen in hun leven wel eens illegale drugs uitprobeerde. Dat is iets meer dan een kwart van de 15- tot 64-jarigen in de Europese Unie. Mannen (56,0 miljoen) geven vaker aan ervaring met drugsgebruik te hebben dan vrouwen (36,3 miljoen). De meest uitprobeerde drug is cannabis (53,5 miljoen mannen en 34,3 miljoen vrouwen), met lagere schattingen voor het aantal volwassenen dat in hun leven wel eens cocaine (11,8 miljoen mannen en 5,2 miljoen vrouwen), MDMA (9,0 miljoen mannen en 4,5 miljoen vrouwen) en amfetamine (8,0 miljoen mannen en 4,0 miljoen vrouwen) heeft gebruikt. De percentages voor 'ooit'-gebruik van cannabis verschillen aanzienlijk tussen landen, gaande van ongeveer 41 % van de volwassenen in Frankrijk tot minder dan 5 % in Malta.

Gebruik in het afgelopen jaar is een maatstaf voor recent drugsgebruik en komt voornamelijk voor onder jongvolwassenen. Naar schatting hebben 18,9 miljoen jongvolwassenen (15-34 jaar) in het afgelopen jaar drugs gebruikt, met twee keer zo veel mannen als vrouwen.

Cannabisgebruik: stabiel maar grote verschillen tussen de landen

Als iemand uit een willekeurige leeftijdsgroep een drug probeert, dan is dat meestal cannabis. Cannabis wordt doorgaans gerookt en wordt, in Europa althans, meestal met tabak vermengd. Gebruikspatronen van cannabis variëren van incidenteel tot regelmatig en verslaafd gebruik.

Naar schatting hebben 87,6 miljoen volwassenen in de Europese Unie (15-64 jaar) in hun leven ooit wel eens met cannabis geëxperimenteerd. Dit komt overeen met 26,3 % van deze leeftijdsgroep. Naar schatting hebben 17,2 miljoen jongvolwassenen (15-34 jaar) - overeenkomend met 14,1 % van deze leeftijdsgroep - in het afgelopen jaar cannabis gebruikt, onder wie 9,8 miljoen 15- tot 24-jarigen (17,4 % van deze leeftijdsgroep). Het gebruik in het afgelopen jaar onder 15- tot 34-jarigen varieert van 3,5 % in Hongarije tot 21,5 % in Frankrijk. Onder jongeren die in het afgelopen jaar cannabis hebben gebruikt is de verhouding tussen mannen en vrouwen twee op een.

Uit de meest recente enquêtes blijkt dat in de meeste landen stabiliteit of toenames worden gemeld in het gebruik van cannabis onder jongvolwassenen in het afgelopen jaar. Van de landen die sinds 2015 enquêtes hebben gehouden en betrouwbaarheidsintervallen hebben gerapporteerd, meldden er acht een toename in het gebruik, zijn de schattingen in negen landen stabiel en meldden twee landen een afname in vergelijking met de voorgaande vergelijkbare enquête.

CANNABISGEBRUIKERS DIE ZICH VOOR BEHANDELING HEBBEN GEMELD



Eigenschappen

16% 84%



16 Gemiddelde leeftijd bij eerste gebruik

25 Gemiddelde leeftijd bij eerste behandeling

83 000

Gebruikers die zich voor het eerst meldden voor behandeling

59%



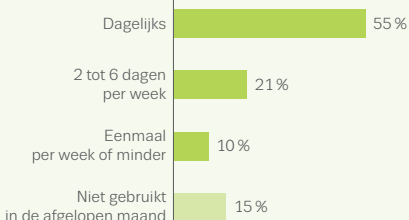
57 000

Gebruikers die al eerder zijn behandeld

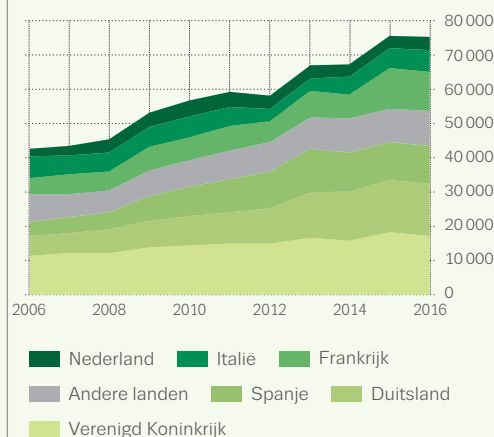
41%

Gebruiksfrequentie in de afgelopen maand

gemiddeld gebruik 5,5 dagen per week



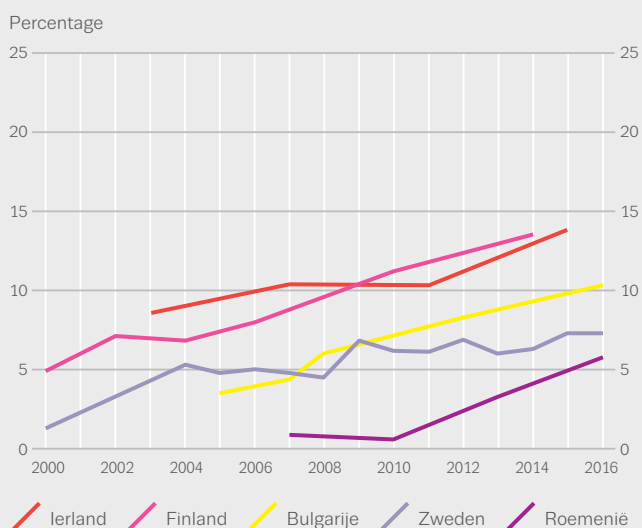
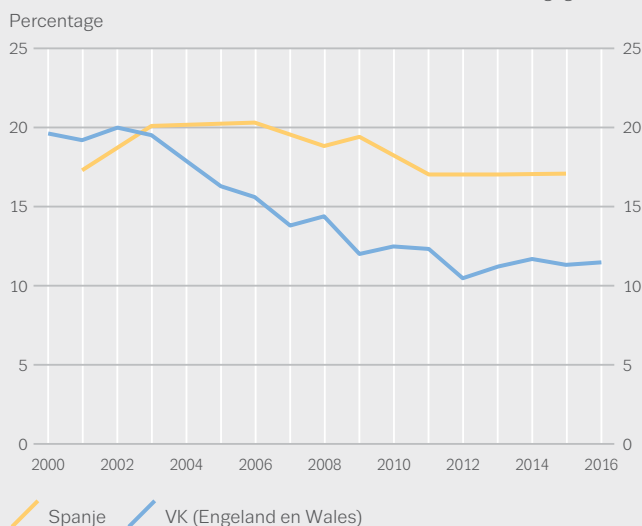
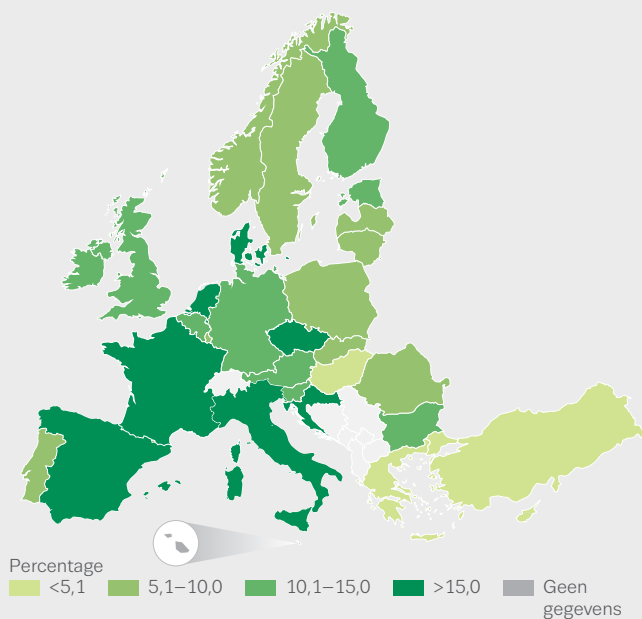
Trends bij gebruikers die zich voor het eerst meldden voor behandeling



Let op: Afgezien van de trends betreffen de gegevens alle personen die zich voor het eerst melden voor behandeling met cannabis als primaire drug. Trends bij gebruikers die zich voor het eerst meldden voor behandeling zijn gebaseerd op 25 landen. Alleen landen met gegevens voor ten minste negen van de elf jaren zijn opgenomen in de trendgrafiek. Ontbrekende gegevens worden geëxtrapoleerd van aansluitende jaren. Vanwege veranderingen in de stroom van gegevens op nationaal niveau kunnen de gegevens sinds 2014 uit Italië niet rechtstreeks met voorgaande jaren worden vergeleken.

FIGUUR 2.3

Prevalentie van cannabisgebruik in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen (15-34): meest recente gegevens en geselecteerde trends



Slechts enkele landen hebben momenteel genoeg onderzoeksgegevens om een statistische analyse van de trends in het gebruik van cannabis in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen (15-34 jaar) te kunnen maken. In deze landen zijn de langdurige dalende trends, die de laatste tien jaar in Spanje en het Verenigd Koninkrijk zijn waargenomen, in de meest recente gegevens gestabiliseerd (figuur 2.3).

In de laatste tien jaar kan in een aantal landen een stijgende trend in het gebruik van cannabis onder jongvolwassenen worden waargenomen. Dit geldt onder meer voor Ierland en Finland, waar de laatste gegevens wijzen op niveaus die het EU-gemiddelde van 14,1 % benaderen, en voor Bulgarije, Roemenië en Zweden, hoewel voor deze landen lagere recente niveaus gelden. Ook de jaarlijkse enquête in Nederland in 2016 vermeldt een prevalentie van iets minder dan 16 %. In een onderzoek in Denemarken uit 2017 werd een van de weinige dalingen gerapporteerd: 15,4 % ten opzichte van de voor 2013 geschatte 17,6 %.

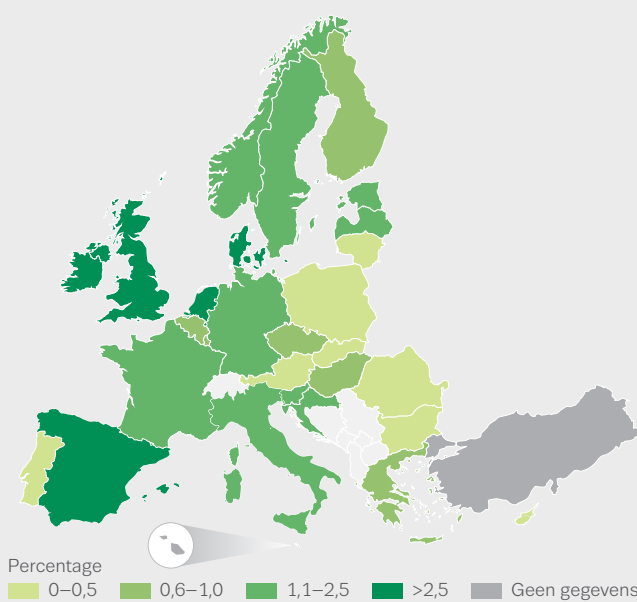
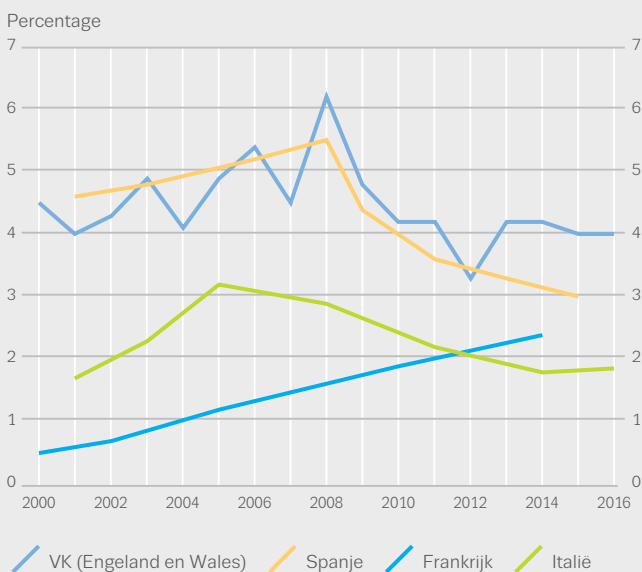
Risicovol cannabisgebruik: een stijgende trend

Op basis van enquêtes onder de algemene bevolking wordt geschat dat bijna 1 % van de Europese volwassenen dagelijks of bijna dagelijks cannabis gebruikt. Dat wil zeggen dat ze de drug in de afgelopen maand op twintig of meer dagen hebben gebruikt. Ongeveer 37 % hiervan zijn oudere drugsgebruikers, van 35 tot 64 jaar, en ongeveer driekwart zijn man.

In combinatie met andere indicatoren kunnen gegevens over cliënten die zich melden voor de behandeling van cannabisproblemen meer inzicht geven in de aard en trends van risicovol cannabisgebruik in Europa. In 2016 meldden zich meer dan 150 000 mensen in Europa voor behandeling van problemen met cannabisgebruik; 83 000 van hen meldden zich voor het eerst. In de 25 landen met beschikbare gegevens steeg het totale aantal personen dat zich tussen 2006 en 2016 voor het eerst aanmeldde voor cannabisproblemen met 76 %, waarbij de meeste (18) landen voor deze periode een stijging meldden. Aan deze stijging kunnen meerdere factoren ten grondslag liggen, zoals een hogere prevalentie van cannabisgebruik onder de algemene bevolking, een toename van het aantal intensieve gebruikers, de beschikbaarheid van sterkere producten, veranderingen in de perceptie van het risico en een toename van een groter aanbod aan behandelingen en van het aantal doorverwijzingen, in het bijzonder door het strafrechtelijk systeem 50 % van de gebruikers met cannabis als primaire drug die zich in 2016 voor het eerst aanmeldden voor behandeling, had de drug de afgelopen maand dagelijks gebruikt. Het aandeel dagelijkse gebruikers loopt tussen landen echter sterk uiteen, van 10 % of minder in Letland, Hongarije en Roemenië tot 60 % of meer in Spanje, Frankrijk, Nederland en Turkije.

FIGUUR 2.4

Prevalentie van cocaïnegebruik in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen (15-34): geselecteerde trends en meest recente gegevens



Gebruik van cocaïne: stabiel maar aanwijzingen voor een stijging

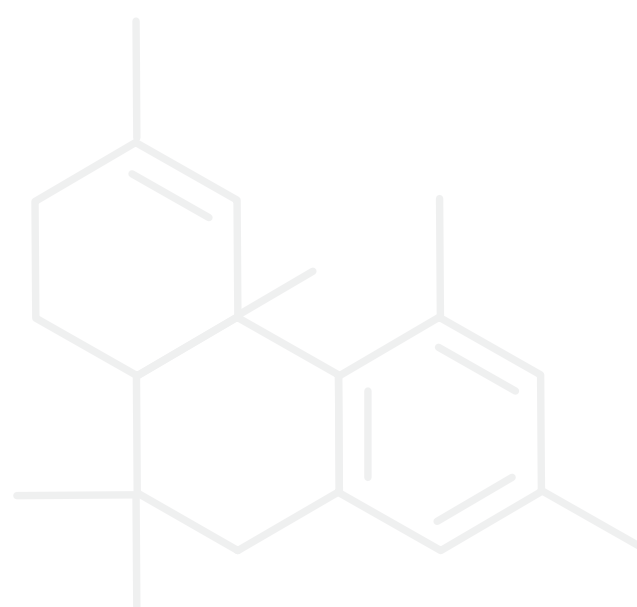
Cocaïne is de meest gebruikte illegale stimulerende drug in Europa en wordt vaker gebruikt in Zuid- en West-Europa. Onder de regelmatige gebruikers kan een onderscheid worden gemaakt tussen maatschappelijk meer geïntegreerde gebruikers, die cocaïne in poedervorm (cocaïnehydrochloride) snuiven, en gemarginaliseerde gebruikers die cocaïne injecteren of crack (cocaïnebase) roken, soms in combinatie met opioïden. In veel gegevensreeksen is het niet mogelijk onderscheid te maken tussen de twee vormen van cocaïne (cocaïnepoeder of crack) en de term cocaïnegebruik omvat beide vormen.

Naar schatting hebben 17,0 miljoen Europese volwassenen (15-64 jaar) of 5,1 % van deze leeftijdsgroep in hun leven ooit wel eens met cocaïne geëxperimenteerd. Onder deze groep bevinden zich 2,3 miljoen jongvolwassenen in de leeftijd van 15 tot 34 jaar (1,9 % van deze leeftijdsgroep) die in het afgelopen jaar cocaïne hebben gebruikt.

Alleen Denemarken, Ierland, Spanje, Nederland en het Verenigd Koninkrijk rapporteren dat meer dan 2,5 % van de jongvolwassenen in het afgelopen jaar cocaïne heeft gebruikt. De in de afgelopen jaren gerapporteerde dalingen van het cocaïnegebruik in Europa zijn niet waargenomen in de meest recente enquêtes. Van de landen die sinds 2015 enquêtes hebben gehouden en betrouwbaarheidsintervallen hebben gerapporteed, meldden er drie hogere schattingen, veertien landen rapporteerden een stabiele trend en één

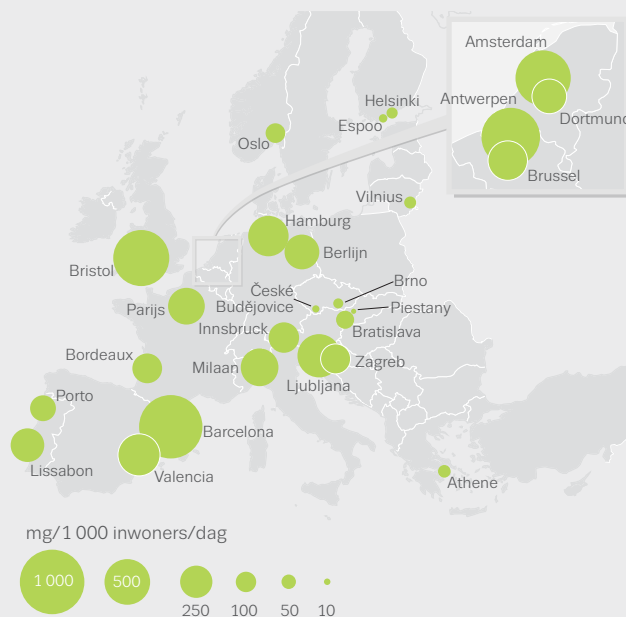
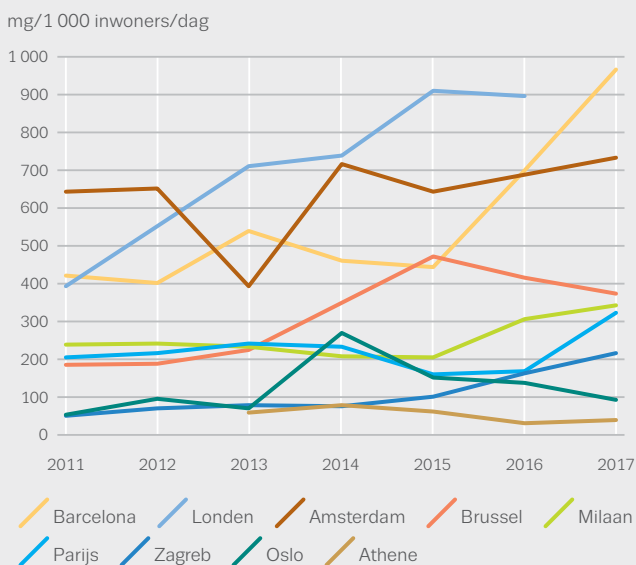
land meldde lagere schattingen dan in de voorgaande vergelijkbare enquête.

Slechts in een beperkt aantal landen kan een statistische analyse van de langetermijntrends in het cocaïnegebruik onder jongvolwassenen worden gemaakt en nieuwe gegevens bevestigen de bestaande trends. Spanje en het Verenigd Koninkrijk rapporteerden tot 2008 een toename van de prevalentie, gevolgd door een stabiele trend of een daling (figuur 2.4). Hoewel er in Italië sprake is van een daling ten opzichte van de piek in 2005, duidt de meeste recente enquête erop dat het niveau zich nu mogelijk heeft gestabiliseerd. In Frankrijk werd in 2014 een opwaartse trend waargenomen, toen de prevalentie voor de eerste keer meer dan 2 % bedroeg.



FIGUUR 2.5

Cocaïneresiduen in afvalwater in geselecteerde Europese steden: trends en meest recente gegevens



Let op: Gemiddelde dagelijkse hoeveelheden benzoyllecgonine in milligrammen per 1 000 inwoners. De stalen werden van 2011 tot 2017 gedurende een week elk jaar genomen in geselecteerde Europese steden.
Bron: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

De resultaten van bevolkingsenquêtes zijn aangevuld met de bevindingen van een onderzoek naar residu van cocaïne in afvalwater, dat in meerdere steden is uitgevoerd. Verslagen die op basis van een analyse van het afvalwater het collectieve gebruik van pure stoffen binnen een gemeenschap vaststellen, en de bevindingen uit deze rapporten, kunnen niet rechtstreeks vergeleken worden met schattingen uit bevolkingsenquêtes. De resultaten van de afvalwateranalyse worden gepresenteerd in gestandaardiseerde hoeveelheden (nettohoeveelheden) drugsresidu per 1 000 inwoners per dag.

In een onderzoek van 2017 zijn de hoogste nettohoeveelheden van benzoyllecgonine, de belangrijkste metabool van cocaïne, aangetroffen in steden in België, Spanje, Nederland en het Verenigd Koninkrijk en zeer lage hoeveelheden in de meeste steden in Oost-Europa (zie figuur 2.5). Van de 31 steden die beschikken over gegevens voor 2016 en 2017 meldden 19 steden een toename, zes een daling en zes een stabiele situatie. De meeste van de 13 steden die beschikken over gegevens voor 2011 en 2017, meldden stijgende trends op lange termijn.

Risicovol cocaïnegebruik: meer personen melden zich voor behandeling

De prevalentie van risicovol cocaïnegebruik door volwassenen in Europa is moeilijk in te schatten omdat slechts vier landen over recente schattingen beschikken. Bovendien wordt er gebruikgemaakt van andere definities en verschillende methoden. In Spanje werd in 2016-2017 gebruik gemaakt van hoge gebruiksfrequentie in een nieuwe enquête om risicovol cocaïnegebruik te ramen op 0,43 % onder personen van 14-18 jaar. In Duitsland werd op basis van vragen over de ernst van de verslaving in 2015 geschat dat er bij 0,20 % van de volwassen bevolking sprake is van risicovol cocaïnegebruik. In Italië kwam men in 2015 tot een schatting van 0,65 % van de volwassen bevolking op basis van het aantal personen die een behandeling voor cocaïnegebruik nodig hebben. Op basis van een onderzoek dat gebruikt maakte van indirecte statistische methodes werd in 2015 het risicovolle cocaïnegebruik in Portugal geschat op 0,98 % van de volwassen bevolking.

Spanje, Italië en het Verenigd Koninkrijk zijn verantwoordelijk voor ongeveer driekwart (73 %) van alle personen die in Europa in behandeling zijn gegaan specifiek voor cocaïne. In totaal werd cocaïne als primaire drug genoemd door meer dan 67 000 cliënten die zich in 2016 meldden voor een gespecialiseerde

drugsbehandeling en door circa 30 000 cliënten die zich voor het eerst meldden voor behandeling.

Na een periode van afname is het totale aantal cliënten dat zich tussen 2014 en 2016 voor het eerst meldde om voor cocaïne te worden behandeld, met meer dan een vijfde toegenomen. Italië en het Verenigd Koninkrijk zijn grotendeels verantwoordelijk voor deze toename, maar vrijwel alle landen rapporteerden een toename in dezelfde periode.

De meeste cliënten die zich meldden voor een gespecialiseerde behandeling voor problemen gerelateerd aan het gebruik van cocaïne, gebruiken primair cocaïne in poedervorm (51 000, of 10 % van alle drugscliënten in 2016). De meeste cliënten die primair cocaïne gebruiken, melden zich aan voor behandeling voor het gebruik van de drug op zich (31 % van alle cliënten die cocaïnepoeder gebruiken) of in combinatie met cannabis (26 %), alcohol (31 %) of andere middelen (12 %). Deze groep wordt doorgaans omschreven als maatschappelijk goed geïntegreerd, met stabiele woonomstandigheden en een reguliere baan. Een andere groep, bestaande uit meer gemarginaliseerde gebruikers, wordt behandeld voor primair gebruik van crackcocaïne (8 300 cliënten of 2 % van alle drugscliënten in 2016); een groot deel van hen gebruikt heroïne mogelijk als secundaire drug. Recente stijgingen van het aantal cliënten dat crackcocaïne



gebruikt, worden gemeld in Italië en het Verenigd Koninkrijk.

Het gebruik van cocaïne in combinatie met heroïne of andere opioïden wordt gemeld door 53 000 cliënten die zich in 2016 aanmeldden voor een gespecialiseerde drugsbehandeling. Dit aantal maakt 15 % uit van alle aanmeldingen voor behandeling waarvoor informatie over primair en secundair drugsgebruik beschikbaar is.



COCAÏNEGEBRUIKERS DIE ZICH VOOR BEHANDELING HEBBEN GEMELD

Eigenschappen

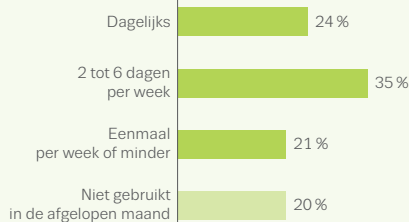
14%  86% 

23 Gemiddelde leeftijd bij eerste gebruik
34 Gemiddelde leeftijd bij eerste behandeling

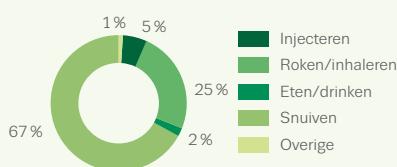
30 300 Gebruikers die zich voor het eerst meldden voor behandeling **47%**
34 400 Gebruikers die al eerder zijn behandeld **53%**

Gebruiksfrequentie in de afgelopen maand

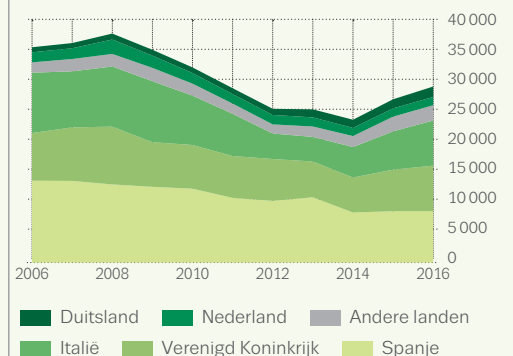
Gemiddeld gebruik **4,1** dagen per week



Toedieningswijze



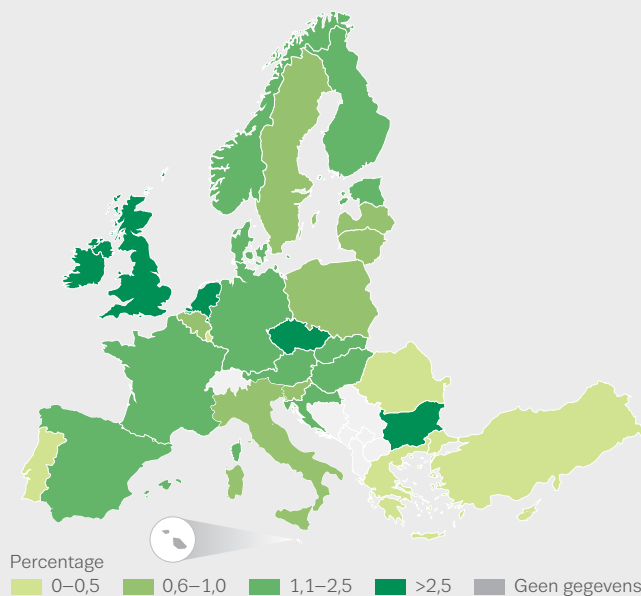
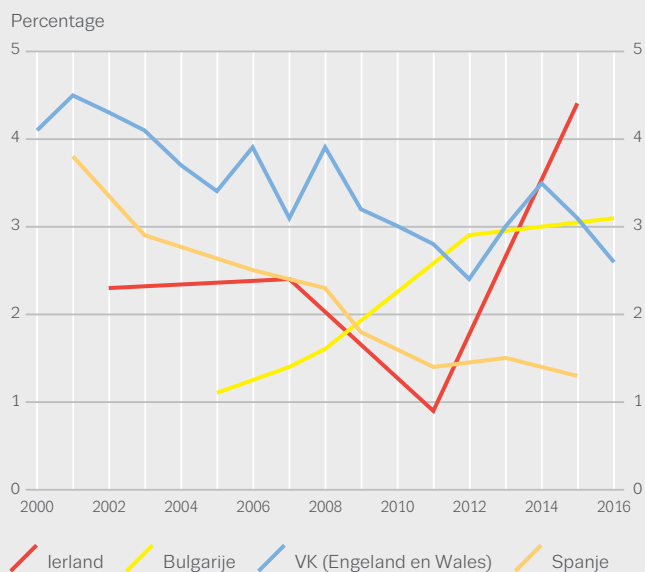
Trends bij gebruikers die zich voor het eerst meldden voor behandeling



Let op: Afgezien van de trends betreffen de gegevens alle personen die zich voor het eerst melden voor behandeling met cocaïne als primaire drug. Trends bij gebruikers die zich voor het eerst meldden voor behandeling zijn gebaseerd op 25 landen. Alleen landen met gegevens voor ten minste negen van de elf jaren zijn opgenomen in de trendgrafiek. Ontbrekende gegevens worden geëxtrapoleerd van aansluitende jaren. Vanwege veranderingen in de stroom van gegevens op nationaal niveau kunnen de gegevens sinds 2014 uit Italië niet rechtstreeks met voorgaande jaren worden vergeleken.

FIGUUR 2.6

Prevalentie van MDMA-gebruik in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen (15-34): geselecteerde trends en meest recente gegevens



MDMA: gebruik lijkt zich te stabiliseren

MDMA (3,4-methyleendioxyamfetamine) wordt gebruikt in de vorm van tabletten (veelal ecstasy genoemd), maar ook in kristalvorm of als poeder. Tabletten worden doorgaans geslikt, in kristal- of poedervorm kan de drug oraal worden gebruikt maar ook worden gesnoven.

Naar schatting hebben 13,5 miljoen Europese volwassenen (15-64 jaar) of 4,1 % van deze leeftijdsgroep ooit in hun leven wel eens MDMA/ecstasy gebruikt. Cijfers voor recent gebruik in de leeftijdscategorie waarin drugsgebruik het hoogst is, wijzen erop dat 2,2 miljoen jongvolwassenen (15-34 jaar) in het afgelopen jaar MDMA hebben gebruikt (1,8 % van deze leeftijdsgroep). De landelijke schattingen lopen uiteen van 0,2 % in Portugal en Roemenië tot 7,4 % in Nederland.

Na een piek in begin tot midden de jaren 2000 nam de prevalentie van MDMA in veel landen tot voor kort af. Monitoring van verschillende bronnen duidt in de afgelopen jaren echter op een stabilisatie of toename van het gebruik van MDMA in enkele landen. Van de landen die sinds 2015 nieuwe enquêtes hebben gehouden en betrouwbaarheidsintervallen hebben gerapporteerd, meldden vijf landen hogere schattingen, twaalf landen rapporteerden een stabiele trend en één land meldde een lagere schatting dan in de voorgaande vergelijkbare enquête.

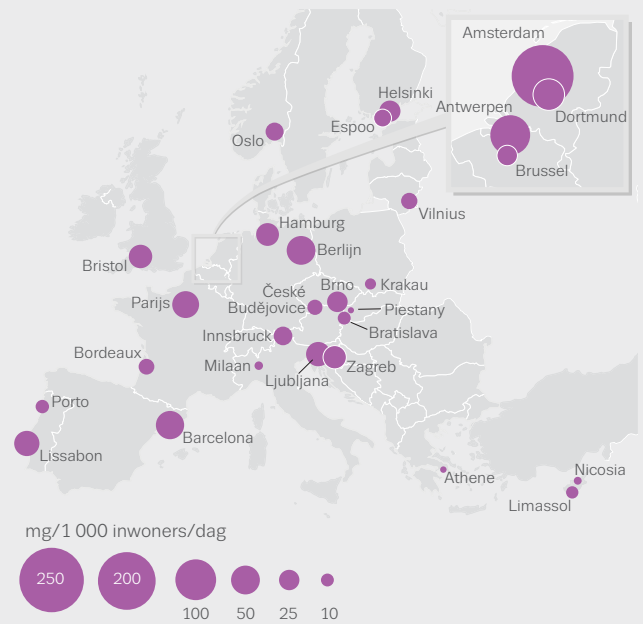
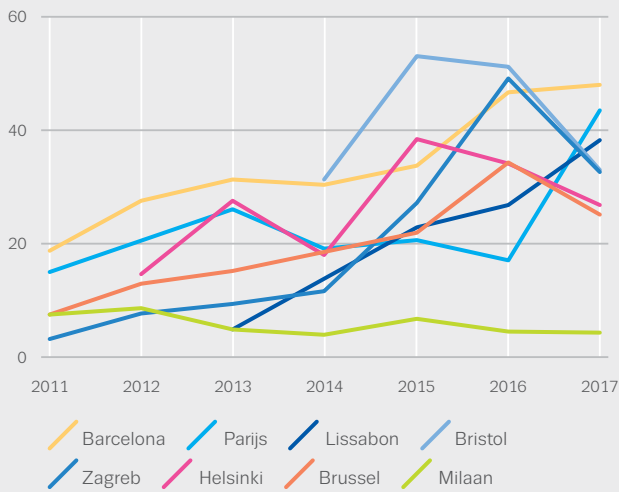
Voor zover er gegevens beschikbaar zijn om een statistische analyse te kunnen maken van de trends met



FIGUUR 2.7

MDMA-residuen in afvalwater in geselecteerde Europese steden: trends en meest recente gegevens

mg/1 000 inwoners/dag



Let op: Gemiddelde dagelijkse hoeveelheden MDMA in milligrammen per 1 000 inwoners. De stalen werden van 2011 tot 2017 gedurende een week elk jaar genomen in geselecteerde Europese steden.

Bron: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

betrekking tot het gebruik van MDMA in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen, wijzen de recente gegevens op veranderingen (figuur 2.6). In het Verenigd Koninkrijk blijkt na een dalende trend uit meer recente gegevens dat, na de tussen 2012 en 2014 waarneembare stijging, er nu weer een daling wordt vastgesteld. In Spanje blijft de langetermijntrend dalen, hoewel recente waarden stabiel zijn gebleven. De meest recente waarden laten een duidelijke stijging zien in de prevalentie in Ierland sinds 2011, en een aanhoudende stijgende trend in Bulgarije. Gegevens afkomstig van de in 2016 in Nederland gehouden enquête bevestigen de hoge niveaus zoals gemeld in de twee voorgaande jaarlijkse enquêtes.

In een in 2017 uitgevoerd onderzoek van afvalwater in meerdere steden werden de grootste nettohoeveelheden MDMA in het afvalwater van steden in België, Nederland en Duitsland aangetroffen (zie figuur 2.7). Van de 33 steden die beschikken over gegevens voor 2016 en 2017 meldden elf steden een toename, zeven een stabiele situatie en 15 een daling. Wat betreft de trends voor de langere termijn werden in de meeste steden die

beschikken over gegevens voor zowel 2011 als 2017 (twaalf steden), in 2017 grotere hoeveelheden MDMA aangetroffen dan in 2011. Voor de meeste steden lijken de scherpe stijgingen waargenomen in de periode 2011-2016 zich in 2017 te stabiliseren.

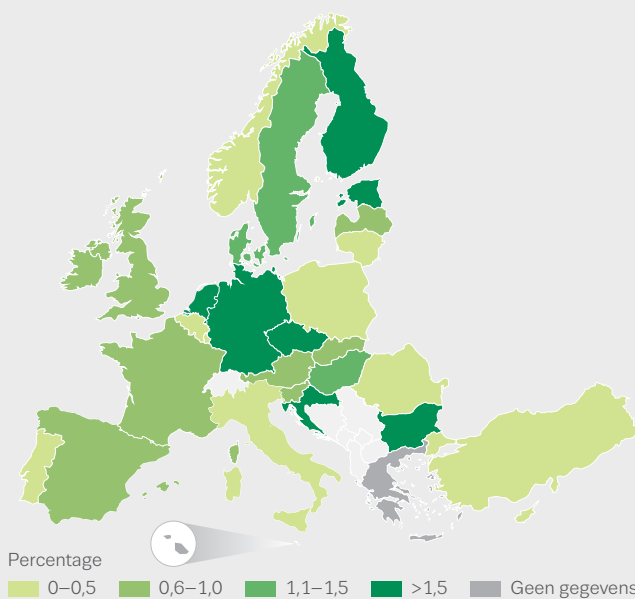
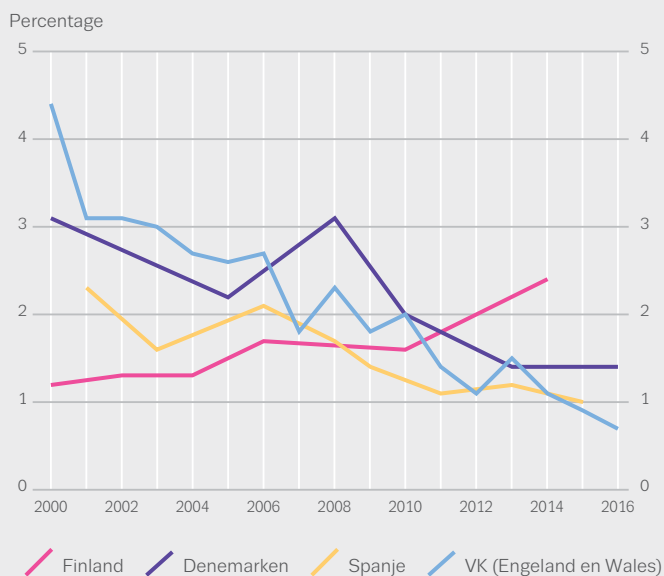
MDMA wordt dikwijls in combinatie met andere middelen gebruikt, zoals alcohol. Er zijn momenteel aanwijzingen dat MDMA in landen met een hogere prevalentie niet langer een nichedrug of drug voor een bepaalde subcultuur is, die enkel in clubs en op feesten wordt gebruikt. De drug wordt door een steeds bredere groep jongeren gebruikt in het normale uitgaansleven zoals bars en feestjes bij mensen thuis.

MDMA-gebruik wordt zelden genoemd als reden om met een gespecialiseerde drugsbehandeling te beginnen. MDMA werd door minder dan 1 % (ongeveer 1 000 cliënten) van de gebruikers die zich in 2016 in Europa voor het eerst meldden voor behandeling als aanleiding voor de behandeling opgegeven, voornamelijk in Spanje, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Turkije.

Monitoring van verschillende bronnen duidt op een stabilisatie of toename van het gebruik van MDMA

FIGUUR 2.8

Prevalentie van amfetaminegebruik in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen (15-34): geselecteerde trends en meest recente gegevens



Amfetamines: variabel gebruik maar stabiele trends

Amfetamine en methamfetamine, twee nauw verwante stimulerende middelen, worden beide gebruikt in Europa. Niettemin komt amfetamine veel vaker voor. De consumptie van methamfetamine is van oudsher beperkt tot Tsjechië en, meer recentelijk, Slowakije, hoewel er in de afgelopen jaren sprake is van een toenemend gebruik in andere landen. Bij sommige gegevensreeksen is het niet mogelijk om onderscheid te maken tussen de beide middelen; in deze gevallen wordt de algemene term amfetamines gebruikt.

Beide drugs kunnen oraal worden ingenomen of gesnoven. In sommige landen vormt injectie van deze drug een aanzienlijk deel van het drugsprobleem. Methamfetamine kan ook gerookt worden, maar van deze wijze van toediening wordt niet vaak melding gemaakt in Europa.

Naar schatting hebben 11,9 miljoen Europese volwassenen (15-64 jaar) of 3,6 % van deze leeftijdsgroep in hun leven ooit wel eens amfetamines gebruikt. Cijfers voor recenter gebruik in de leeftijdscategorie waarin het drugsgebruik het hoogst is, duiden erop dat 1,2 miljoen (1,0 %) jongvolwassenen (15-34 jaar) in het afgelopen jaar amfetamines hebben gebruikt. De meest recente landelijke schattingen lopen uiteen van 0,1 % in Portugal tot 3,6 % in Nederland. Uit de beschikbare gegevens blijkt dat de meeste Europese landen sinds ongeveer 2000 te maken hebben met een relatief stabiele situatie wat het amfetaminegebruik betreft. Van de landen die sinds 2015 nieuwe enquêtes hebben gehouden en betrouwbaarheidsintervallen hebben gerapporteerd, meldden twee landen hogere ramingen,

dertien landen rapporteren stabiele trend en twee landen meldden lagere schattingen dan in de voorgaande vergelijkbare enquête.

Slechts in een beperkt aantal landen kan een statistische analyse van de langetermijntrends in het amfetaminegebruik onder jongvolwassenen in het afgelopen jaar worden gemaakt. Dalende langetermijntrends worden waargenomen in Denemarken, Spanje en het Verenigd Koninkrijk (figuur 2.8). Daarentegen nam de prevalentie van het amfetaminegebruik onder jongvolwassenen in Finland tussen 2000 en 2014 toe.

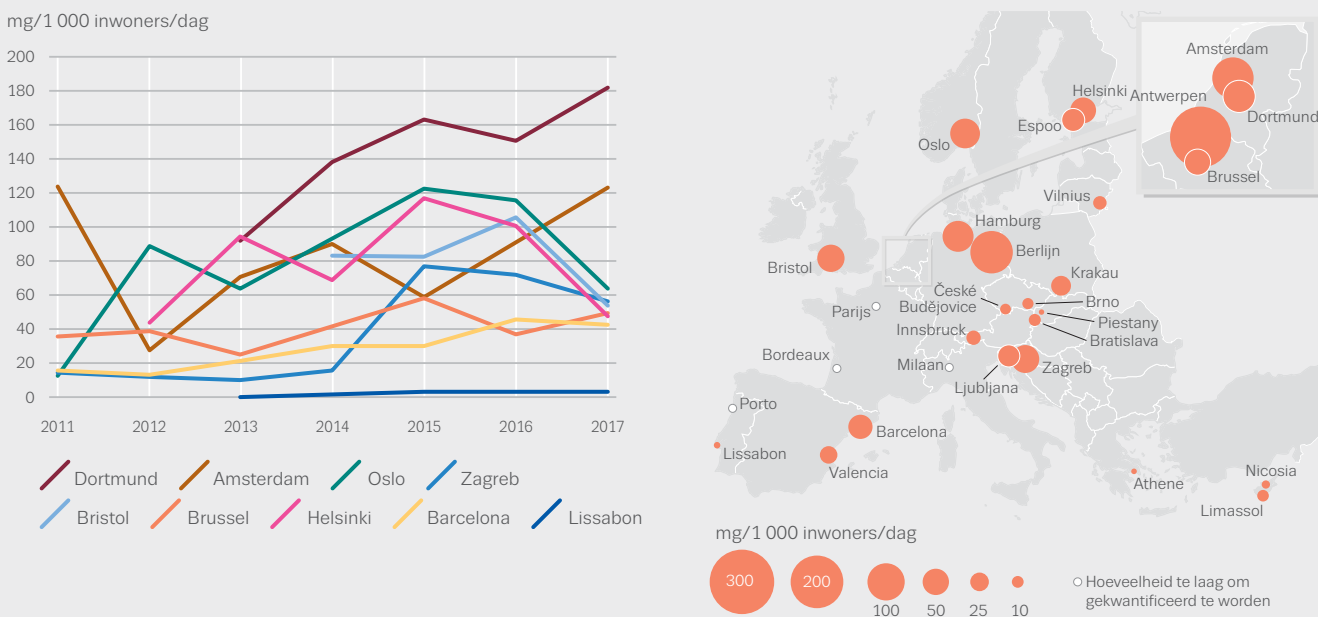
Uit een in 2017 uitgevoerde analyse van het afvalwater is gebleken dat de nettohoeveelheden amfetamine binnen Europa sterk uiteenlopen. De grootste hoeveelheden zijn aangetroffen in steden in Noord- en Oost-Europa (zie figuur 2.9). In Zuid-Europa was er sprake van aanzienlijk kleinere hoeveelheden amfetamine.

Van de 33 steden die beschikken over gegevens voor 2016 en 2017 meldden negen steden een toename, elf een stabiele situatie en 13 een daling. Over het algemeen vertoonden de gegevens van 2011 tot 2017 een divers beeld, met relatief stabiele trends voor amfetamines in de meeste steden.

Het gebruik van methamfetamine is over het algemeen laag en van oudsher beperkt tot Tsjechië en Slowakije, maar lijkt nu ook op te duiken in Cyprus, het oosten van Duitsland, Spanje en Noord-Europa (zie figuur 2.10). In 2016 en 2017 meldden van de 34 steden die beschikken over gegevens over methamfetamine in het afvalwater twaalf steden een toename, tien een stabiele situatie en twaalf een daling.

FIGUUR 2.9

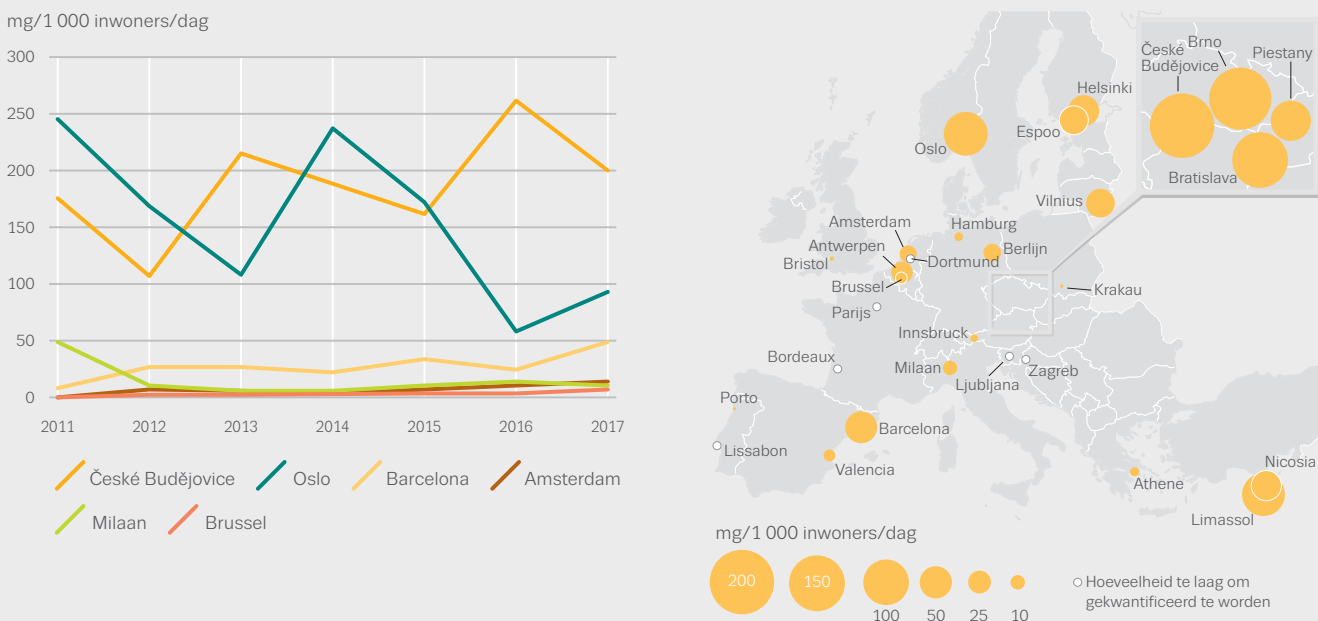
Amfetamineresiduen in afvalwater in geselecteerde Europese steden: trends en meest recente gegevens



Let op: Gemiddelde dagelijkse hoeveelheden amfetamine in milligrammen per 1 000 inwoners. De stalen werden van 2011 tot 2017 gedurende een week elk jaar genomen in geselecteerde Europese steden.
Bron: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

FIGUUR 2.10

Methamfetamineresiduen in afvalwater in geselecteerde Europese steden: trends en meest recente gegevens



Let op: Gemiddelde dagelijkse hoeveelheden methamfetamine in milligrammen per 1 000 inwoners. De stalen werden van 2011 tot 2017 gedurende een week elk jaar genomen in geselecteerde Europese steden.
Bron: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Risicovol amfetaminegebruik: vraag naar behandeling blijft hoog


Problemen met betrekking tot chronisch, injecterend amfetaminegebruik op lange termijn hebben zich van oudsher het duidelijkst gemanifesteerd in de Noord-Europese landen. Problemen met methamfetamine komen daarentegen het meest in Tsjechië en Slowakije voor. In Noorwegen werd het risicovol gebruik van amfetamine en methamfetamine recentelijk geschat op 0,33 %, wat overeenkomt met 11 200 volwassenen (in 2013). In Duitsland bedroeg deze schatting in 2015 0,19 %, wat overeenkomt met 102 000 volwassenen.

Amfetaminegebruikers vormen waarschijnlijk de meerderheid van de in 2016 geschatte 2 230 (0,18 %) risicogebruikers van stimulerende middelen in Letland. Dit is een daling ten opzichte van 6 540 (0,46 %) risicogebruikers in 2010. Voor Tsjechië en Cyprus zijn recente ramingen van risicovol methamfetaminegebruik beschikbaar. In Tsjechië werd in 2016 het risicovol gebruik van methamfetamine onder volwassenen (15-64 jaar) geschat op ongeveer 0,50 %, wat overeenkomt met 34 300 gebruikers. Dit vormt een stijging van 20 900 gebruikers ten opzichte van 2007, hoewel de cijfers in recente jaren relatief stabiel zijn gebleven. In Cyprus bedroeg de schatting in 2016 0,02 %, wat overeenkomt met 105 gebruikers.

Ongeveer 35 000 cliënten die zich in 2016 in Europa hebben aangemeld voor een gespecialiseerde behandeling noemen amfetamines als hun primaire drug. 15 000 van hen meldden zich voor het eerst in hun leven voor behandeling. Primaire amfetaminegebruikers in Duitsland, Letland, Polen en Finland maken meer dan 15 % uit van de groep gebruikers die voor het eerst in behandeling gaat. Cliënten die zich voor behandeling melden vanwege primair methamfetaminegebruik, bevinden zich voornamelijk in Tsjechië en Slowakije. Deze landen zijn samen verantwoordelijk voor bijna 90 % van de 9 200 methamfetaminecliënten die in Europa een gespecialiseerde behandeling ondergaan.

AMFETAMINEGEBRUIKERS DIE ZICH VOOR BEHANDELING HEBBEN GEMELD

Eigenschappen

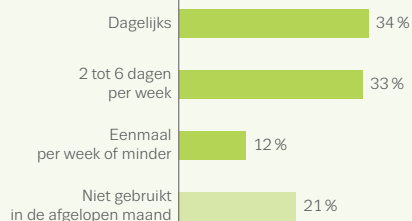
27%  73% 

20 Gemiddelde leeftijd bij eerste gebruik
29 Gemiddelde leeftijd bij eerste behandeling

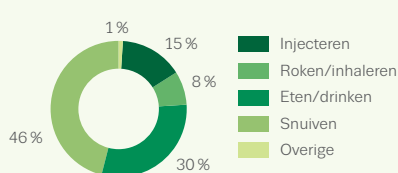
15 500 Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling **43%**
19 900 Gebruikers die al eerder zijn behandeld **57%**

Gebruiksfrequentie in de afgelopen maand

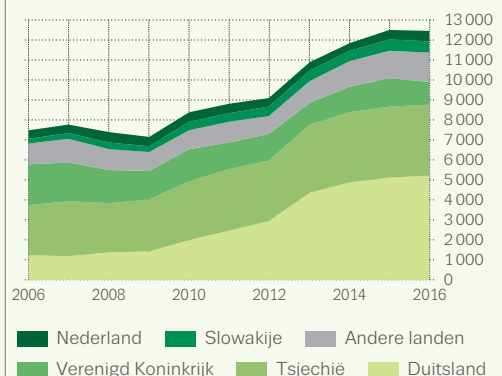
Gemiddeld gebruik **4,4** dagen per week



Toedieningswijze



Trends bij gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling



Let op: Afgezien van de trends betreffen de gegevens alle personen die zich voor het eerst melden voor behandeling met amfetamines als primaire drug. Trends bij gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling zijn gebaseerd op 25 landen. Alleen landen met gegevens voor ten minste negen van de elf jaren zijn opgenomen in de trendgrafiek. Ontbrekende gegevens worden geëxtrapoleerd van aansluitende jaren.

Ketamine, GHB en hallucinogenen: gebruik blijft laag

In Europa worden ook nog andere stoffen met hallucinogene, verdovende, dissociatieve of sedatieve eigenschappen gebruikt, waaronder LSD (lyserginezuurdiethylamide), hallucinogene paddenstoelen, ketamine en GHB (gammahydroxyboterzuur).

In de afgelopen twee decennia is recreatief gebruik van ketamine en GHB (met inbegrip van diens precursor GBL, gammabutyrolacton) gemeld in subgroepen van drugsgebruikers in Europa. Voor zover beschikbaar, blijven landelijke schattingen van de prevalentie van het gebruik van GHB en ketamine door volwassenen en scholieren laag. Uit de Noorse enquête van 2016 blijkt dat de prevalentie van het gebruik van GHB in het afgelopen jaar door volwassenen (16-64 jaar) 0,1 % bedroeg. In 2016 werd de prevalentie van ketaminegebruik onder jongvolwassenen (15-34 jaar) in Tsjechië en Roemenië geschat op 0,1 % en in het Verenigd Koninkrijk op 0,8 %.

De algemene prevalentie van het gebruik van LSD en hallucinogene paddenstoelen in Europa is al een aantal jaren laag en stabiel. Nationale enquêtes schatten de prevalentie van het gebruik van beide middelen in het afgelopen jaar door jongvolwassenen (15-34 jaar) op minder dan 1 %, met uitzondering van Nederland (1,9 %) en Finland (1,9 %). In Tsjechië is een prevalentie van 3,1 % gerapporteerd voor hallucinogene paddenstoelen en in Finland van 1,3 % en in Tsjechië van 1,4 % voor LSD.

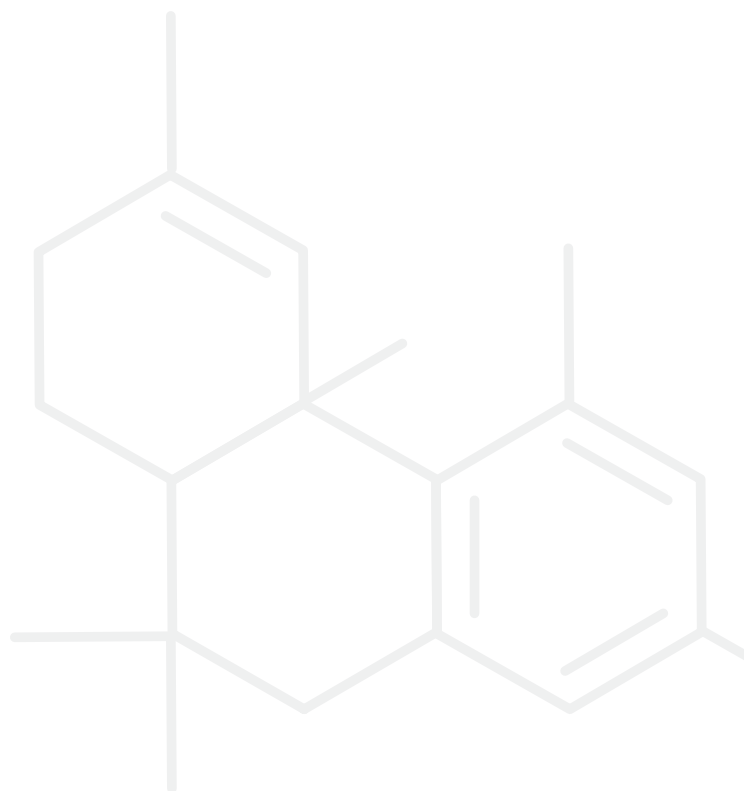
Gebruik van nieuwe psychoactieve stoffen: risicovol gebruik in gemarginaliseerde bevolkingsgroepen

Een aantal landen heeft psychoactieve stoffen opgenomen in hun enquêtes onder de algemene bevolking. Verschillen in methoden en in de vragen zorgen er echter voor dat de resultaten van verschillende landen niet altijd met elkaar vergeleken kunnen worden. Sinds 2011 hebben dertien Europese landen nationale schattingen gerapporteerd over het gebruik van nieuwe psychoactieve stoffen (met uitzondering van ketamine en GHB). Onder jongvolwassenen (15-34 jaar) liep de prevalentie van het gebruik van deze stoffen in het afgelopen jaar uiteen van 0,2 % in Italië en Noorwegen tot 1,7 % in Roemenië. In het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales) zijn enquêtegegevens beschikbaar over het gebruik van mefedrone. In de meest recente enquête (2016-2017) werd het gebruik van deze drug in het afgelopen jaar door jongeren van 16 tot 34 jaar geschat op 0,3 %, een daling ten opzichte van het percentage (1,1 %) in 2014-2015. In hun meest recente enquêtes liep het gebruik in het afgelopen jaar van synthetische cannabinoiden door jongeren van 15 tot 34 jaar uiteen van 0,2 % in Spanje tot 1,5 % in Letland.

Hoewel de gebruiksniveaus van nieuwe psychoactieve stoffen in Europa over het algemeen laag zijn, rapporteerden meer dan twee derde van de landen in een onderzoek van het EMCDDA in 2016 het gebruik hiervan door drugsgebruikers met een hoog risico. Vooral het gebruik van synthetische cathinonen door gebruikers die opioïden en stimulerende middelen injecteren, is in verband gebracht met sociale en gezondheidsproblemen. Daarnaast is het roken van synthetische cannabinoiden in gemarginaliseerde bevolkingsgroepen, waaronder daklozen en gedetineerden, als een probleem geïdentificeerd in veel Europese landen.

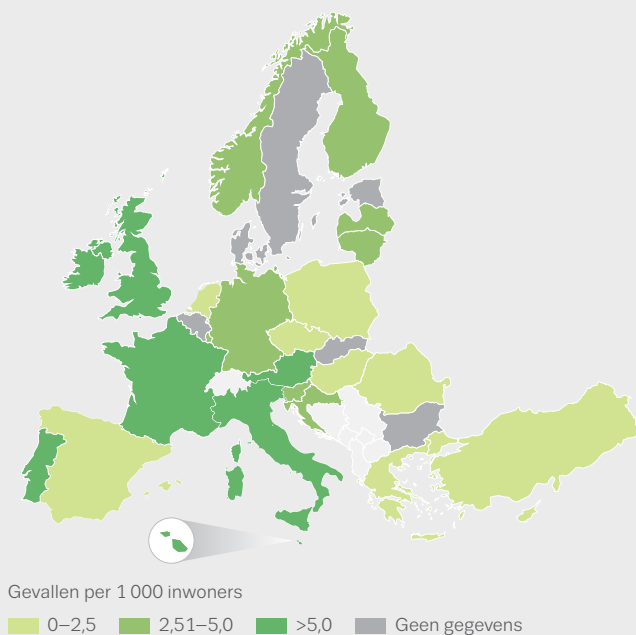
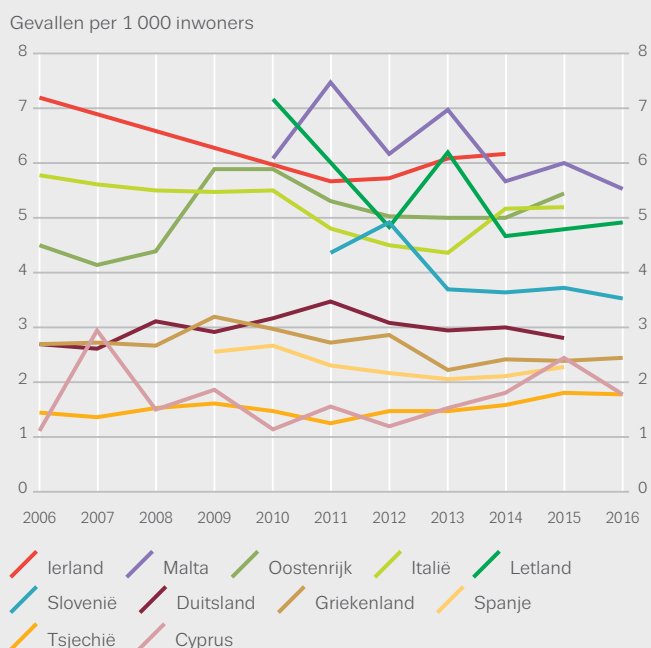
Over het algemeen melden zich in Europa momenteel maar weinig cliënten voor behandeling van problemen gerelateerd aan het gebruik van nieuwe psychoactieve stoffen, maar voor sommige landen zijn deze stoffen belangrijk. Volgens de meest recente cijfers werd het gebruik van synthetische cannabinoiden genoemd als de belangrijkste reden voor aanmelding voor een gespecialiseerde drugsbehandeling door 17 % van de cliënten in Turkije en 7 % in Hongarije; problemen gelinkt aan het primaire gebruik van synthetische cathinonen werden genoemd door 0,3 % van degenen die zich aanmeldden in de gespecialiseerde drughulpverlening in het Verenigd Koninkrijk.

In het Verenigd Koninkrijk is het gebruik van synthetische cannabinoiden onder gedetineerden een bijzondere bezorgdheid. Uit een in 2016 uitgevoerde enquête in gevangenis in het Verenigd Koninkrijk bleek dat 33 % van de 625 gedetineerden het gebruik van 'Spice' in de afgelopen maand meldde; het gebruik van cannabis in de afgelopen maand werd door 14 % gemeld.



FIGUUR 2.11

Nationale schattingen van de jaarlijkse prevalentie van opioïdengebruik met een hoog risico: geselecteerde trends en meest recente gegevens



Risicovol opioïdengebruik: heroïne domineert nog steeds

Heroïne is de voornaamste illegale opioïde die in Europa wordt gebruikt en wordt gerookt, gesnoven of geïnjecteerd. Een reeks synthetische opioïden, zoals methadon, buprenorfine en fentanyl, wordt ook gebruikt. Europa heeft verscheidene golven van heroïneverslaving gekend.

De eerste golf trof vanaf het midden van de jaren zeventig veel West-Europese landen. Een tweede golf, vanaf het midden tot het einde van de jaren negentig, trof andere landen voornamelijk in Midden- en Oost-Europa. In de afgelopen jaren is vastgesteld dat er sprake is van een ouder wordende populatie opioïdengebruikers met een hoog risico, van wie velen een substitutiebehandeling hebben gevolgd.

De prevalentie van risicovol opioïdengebruik onder volwassenen (15-64) wordt in 2016 geschat op 0,4 % van de EU-bevolking. Dit komt overeen met 1,3 miljoen opioïdengebruikers met een hoog risico. Op nationaal niveau variëren prevalentieschattingen van risicovol opioïdengebruik van minder dan één tot meer dan acht gevallen per 1 000 inwoners tussen 15 en 64 jaar. Driekwart (76 %) van het geschatte aantal opioïdengebruikers met een hoog risico woont in de vijf dichtstbevolkte landen van de Europese Unie. Deze landen, die samen 62 % van de EU-bevolking uitmaken, zijn Duitsland, Spanje, Frankrijk, Italië en het Verenigd Koninkrijk. Van de elf landen die tussen 2006 en 2016

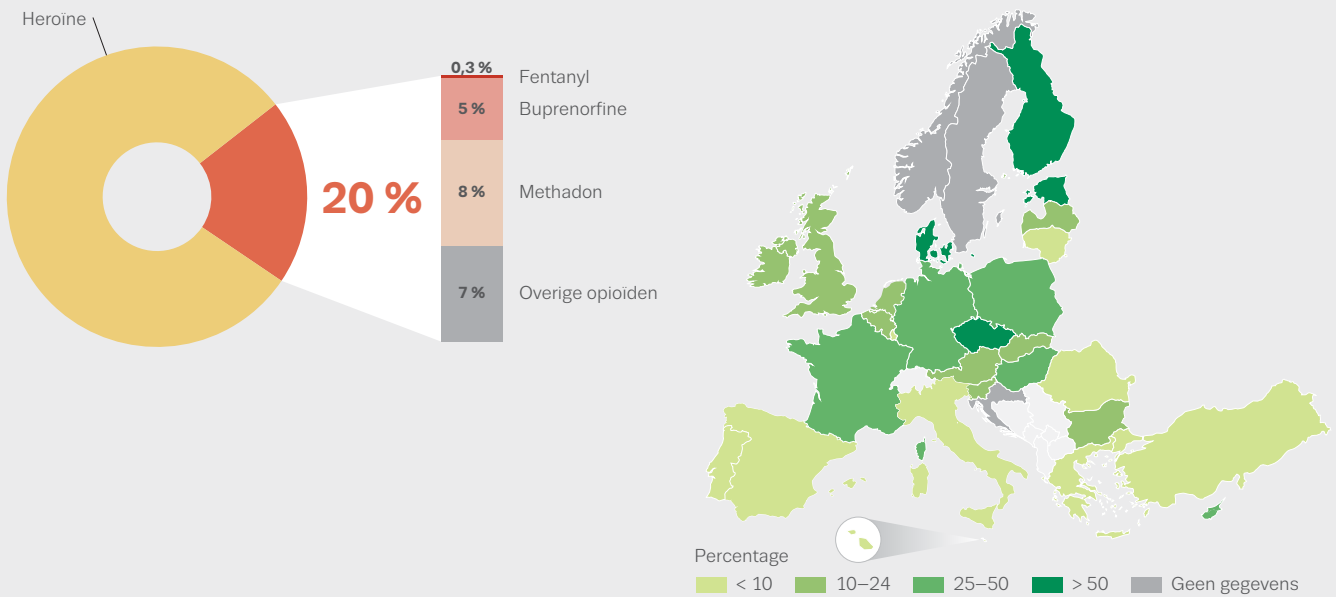
regelmatige schattingen hebben gemaakt van opioïdengebruik met een hoog risico, melden Spanje en Italië een statistisch significante daling terwijl Tsjechië een statistisch significante stijging laat zien (figuur 2.11).

In 2016 werd in Europa het gebruik van opioïden als belangrijkste reden gemeld door 177 000 cliënten of 37 % van degenen die zich hadden aangemeld voor een gespecialiseerde behandeling. Hiervan meldden 35 000 cliënten zich voor het eerst van hun leven voor behandeling. Primaire heroïnegebruikers waren goed voor 82 % van de primaire opioïdengebruikers die zich voor het eerst voor behandeling meldden.

Volgens de beschikbare trendgegevens was het aantal cliënten die voor het eerst heroïne hadden gebruikt, meer dan de helft lager dan een piek in 2007, tot een laag punt in 2013 waarna het aantal zich in recente jaren stabiliseerde.

FIGUUR 2.12

Personen die in behandeling zijn gegaan en opioïden als hun primaire drug noemden: uitgesplitst naar soort opioïde (links) en percentage van de personen dat andere opioïden dan heroïne noemt (rechts)



Synthetische opioïden: diverse stoffen waargenomen binnen Europa

Hoewel heroïne de meest gebruikte illegale opioïde blijft, melden meerdere bronnen dat het misbruik van legale synthetische opioïden (zoals methadon, buprenorfine en fentanyl) toeneemt. Opioïden die worden genoemd door

personen die zich melden voor behandeling, zijn onder meer methadon, buprenorfine, fentanyl, codeïne, morfine, tramadol en oxycodon. In sommige landen zijn deze andere opioïden dan heroïne de meest gangbare vorm van opioïdengebruik onder cliënten die met een behandeling beginnen. In 2016 rapporteerden 18 Europese landen dat meer dan 10 % van alle opioïdencliënten die met een

HEROÏNEGEBRUIKERS DIE ZICH VOOR BEHANDELING HEBBEN GEMELD

Eigenschappen

20% 80%



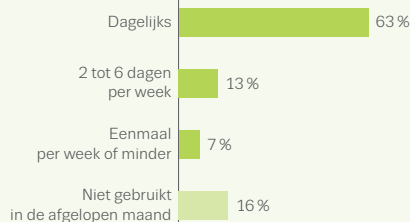
23 Gemiddelde leeftijd bij eerste gebruik
34 Gemiddelde leeftijd bij eerste behandeling

28 200 Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling
19%

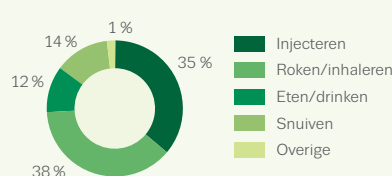
117 200 Gebruikers die al eerder zijn behandeld
81%

Gebruiksfrequentie in de afgelopen maand

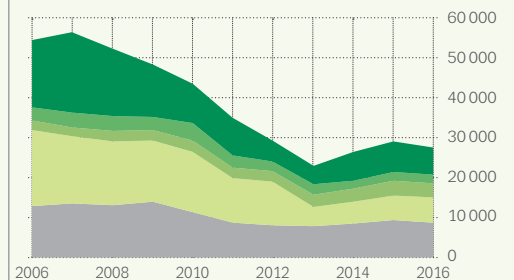
Gemiddeld gebruik **6** dagen per week



Toedieningswijze



Trends bij gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling

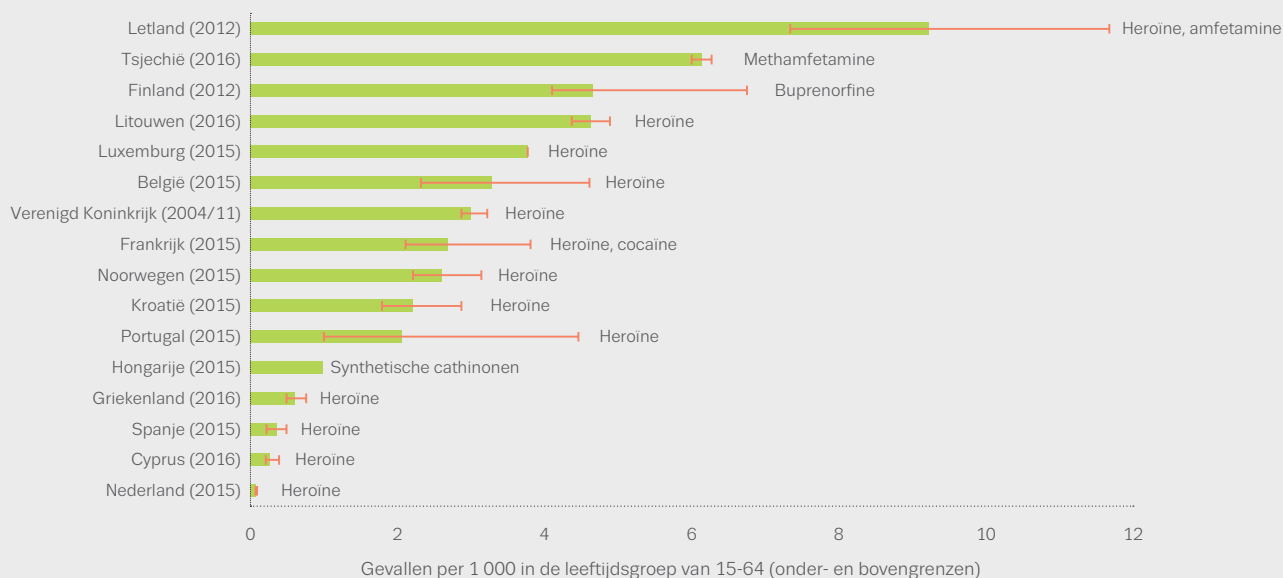


Italië, Spanje, Duitsland, Verenigd Koninkrijk, Andere landen

Let op: Afgezien van de trends betreffen de gegevens alle personen die zich voor het eerst melden voor behandeling met heroïne als primaire drug. Gegevens voor Duitsland gelden voor personen die zich voor het eerst meldden met 'opioïden' als primaire drug. Trends bij gebruikers die zich voor het eerst meldden voor behandeling zijn gebaseerd op 25 landen. Alleen landen met gegevens voor ten minste negen van de elf jaren zijn opgenomen in de trendgrafiek. Ontbrekende gegevens worden geëxtrapoleerd van aansluitende jaren. Vanwege veranderingen in de stroom van gegevens op nationaal niveau kunnen de gegevens sinds 2014 uit Italië niet rechtstreeks met voorgaande jaren worden vergeleken.

FIGUUR 2.13

Injecterend drugsgebruik: meest recente schattingen van prevalentie en voornaamste geïnjecteerde drug



gespecialiseerde behandeling begonnen niet behandeld werd voor heroïnegebruik maar voornamelijk voor problemen met andere opioïden (figuur 2.12). In Estland gebruikten de meeste cliënten die zich meldden voor behandeling voor opioïden, fentanyl als primaire drug terwijl in Finland buprenorfine de meest genoemde primaire opioïde was. Misbruik van buprenorfine wordt gemeld door ongeveer 30 % van cliënten van opioïden in Tsjechië en misbruik van methadon door 22 % van deze cliënten in Denemarken. In Cyprus en Polen startten tussen 20 % en 30 % van de opioïdencliënten met een behandeling voor problemen met andere opioïden, zoals oxycodon (Cyprus) en 'kompot' — heroïne geproduceerd van papaverstro (Polen). Het is echter ook mogelijk dat degenen die zich melden voor behandeling van problemen gelinkt met nieuwe psychoactieve stoffen met opioïdeachtige effecten, worden gerapporteerd onder de algemene noemer van opioïden.

Injecterend drugsgebruik: blijft dalen onder cliënten die zich voor het eerst voor behandeling melden

Injecterend drugsgebruik wordt doorgaans geassocieerd met opioïden, maar in sommige landen is juist het injecteren van stimulerende middelen zoals amfetamines of cocaïne een probleem.

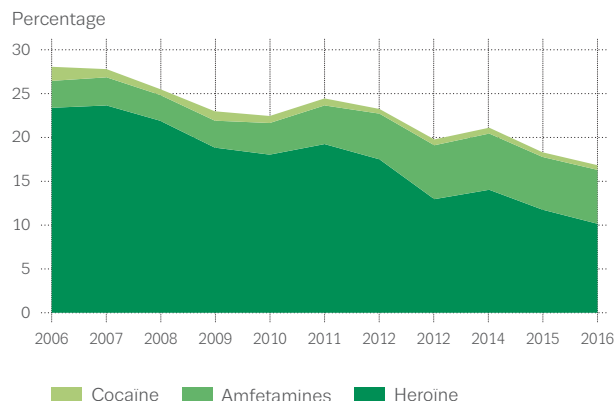
Slechts zestien landen beschikken over schattingen van de prevalentie van injecterend drugsgebruik sinds 2011, variërend van één tot negen gevallen per 1 000 inwoners tussen 15-64 jaar. In het merendeel van deze landen kan de voornaamste geïnjecteerde drug duidelijk worden aangewezen, maar in sommige landen gelden voor twee drugs vergelijkbare hoge gebruiksniveaus. Opioïden worden in de meeste (14) van de landen gemeld als een voornaamste geïnjecteerde drug (zie figuur 2.13). Heroïne wordt in 13 van deze landen genoemd, terwijl buprenorfine in Finland wordt genoemd. Stimulerende middelen worden door vier landen als voornaamste geïnjecteerde drug genoemd, met als gebruikte stoffen onder meer synthetische cathinonen (Hongarije), cocaïne (Frankrijk), amfetamine (Letland) en methamfetamine (Tsjechië).

FIGUUR 2.14

Van de cliënten die in 2016 voor de eerste keer in behandeling gingen met heroïne als hun primaire drug, meldde 27 % injecteren als hun belangrijkste wijze van toediening, een daling ten opzichte van 43 % in 2006. In deze groep loopt het aantal injecterende gebruikers uiteen van 8 % in Spanje tot 90 % of meer in Letland, Litouwen en Roemenië. Injecteren wordt gemeld als belangrijkste wijze van toediening door 1 % van de cliënten die voor de eerste keer cocaïne gebruikten en door 47 % door degenen die voor het eerst amfetamine gebruikten. Het beeld voor amfetamines wordt echter sterk beïnvloed door Tsjechië, dat verantwoordelijk is voor 87 % van nieuwe amfetaminecliënten in Europa die de drug injecteren. Voor de voornaamste drie geïnjecteerde drugs samen is het injecteren als belangrijkste wijze van toediening onder gebruikers die in Europa voor het eerst in behandeling gaan, afgenomen van 28 % in 2006 tot 17 % in 2016 (figuur 2.14).

Het injecteren van synthetische cathinonen is weliswaar geen wijdverbreid verschijnsel, maar wordt in sommige landen nog steeds gerapporteerd door specifieke groepen zoals injecterende opioïdengebruikers en cliënten die worden behandeld voor drugsgebruik en onder cliënten in spuitruilprogramma's in Hongarije. In een recent onderzoek van het EMCDDA hebben tien landen gerapporteerd dat er tijdens seksfeestjes van kleine groepen mannen die seks hebben met mannen, synthetische cathinonen worden geïnjecteerd — vaak in combinatie met andere stimulerende middelen en GHB.

Injecterend drugsgebruik onder personen die voor het eerst in behandeling zijn gegaan met heroïne, cocaïne of amfetamines als primaire drug: percentage dat injecteren als voornaamste wijze van toediening noemt



Let op: Trends zijn gebaseerd op de 21 landen met gegevens voor ten minste negen van de elf jaren.

De injectie van synthetische cathinonen wordt nog steeds gerapporteerd in specifieke bevolkingsgroepen



MEER INFORMATIE

EMCDDA-publicaties

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.

Gezamenlijke publicaties van het EMCDDA en ESPAD

2016

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

Alle publicaties zijn beschikbaar op www.emcdda.europa.eu/publications

3

**Illegaal drugsgebruik draagt
onmiskenbaar bij tot
de mondiale ziektelast**

Schadelijke gevolgen van drugsgebruik en maatregelen daartegen

Illegaal drugsgebruik draagt onmiskenbaar bij tot de mondiale ziektelast. Het gebruik van illegale drugs wordt geassocieerd met chronische en acute gezondheidsproblemen die verergerd worden door factoren zoals de eigenschappen van de stoffen, de wijze van toediening, individuele kwetsbaarheid en de sociale context waarin drugs worden gebruikt. Chronische problemen zijn onder andere verslaving en drugsgelateerde infectieziekten en er bestaan veel acute schadelijke gevolgen, waarvan een overdosis het best gedocumenteerde voorbeeld is. Hoewel deze drugs relatief weinig gebruikt worden, zijn opioïden nog steeds verantwoordelijk voor het grootste deel van de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van drugsgebruik. Injecterend drugsgebruik verhoogt risico's. In het geval van cannabis kan de hoge prevalentie van het gebruik van deze drug tot nadelige gevolgen voor de volksgezondheid leiden, hoewel de gezondheidsproblemen ten gevolge van cannabisgebruik duidelijk minder ernstig zijn dan bij heroïne. Vanwege de grote variatie met betrekking tot de samenstelling en de zuiverheid van de stoffen die momenteel op de markt zijn, nemen de mogelijke schadelijke gevolgen voor de gebruikers toe en wordt het steeds lastiger om maatregelen tegen drugsgebruik te nemen.

Het ontwerpen en toepassen van een effectieve, evidence-based aanpak van drugsproblemen vormt een van de

belangrijkste onderdelen van het Europese drugsbeleid en omvat een groot aantal verschillende maatregelen. Preventie en vroeginterventie zijn gericht op het voorkomen van drugsgebruik en de daarmee samenhangende problemen. Behandelingen, met zowel psychosociale als farmacologische componenten, zijn daarentegen de belangrijkste instrumenten om verslaving aan te pakken. Sommige kerninterventies, zoals opioïdensubstitutiebehandeling en spuitenruilprogramma's, zijn gedeeltelijk ontwikkeld als antwoord op injecterend opioïdengebruik en de daarmee samenhangende problemen, met name de verspreiding van infectieziekten en sterfgevallen omwille van een overdosis.

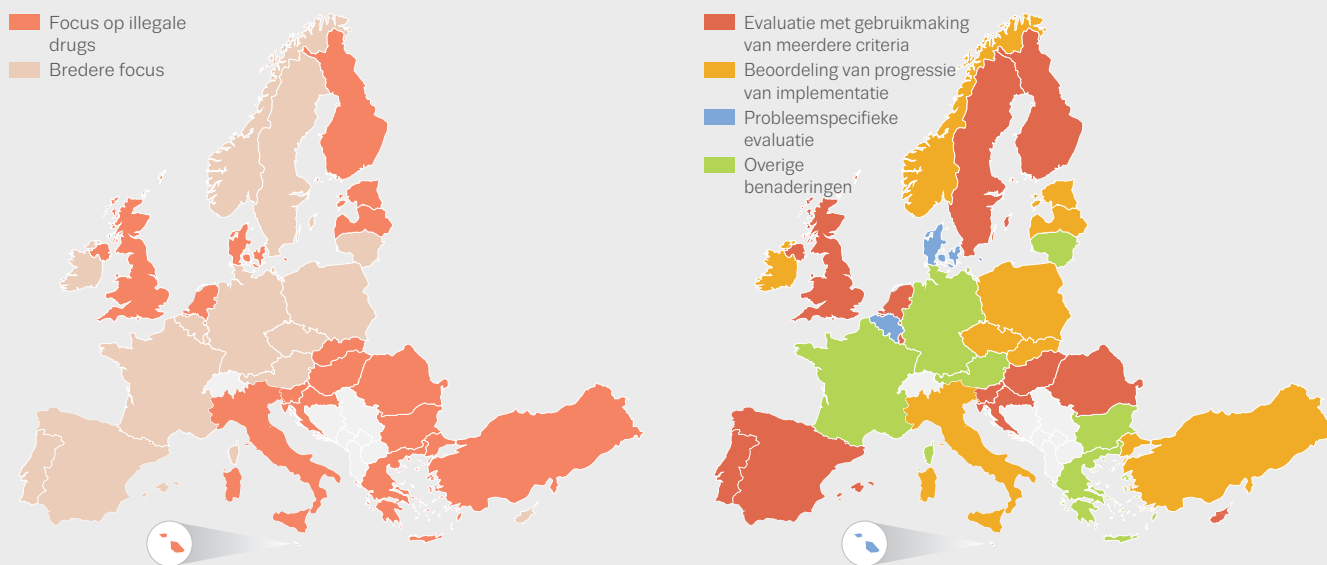
Controle van schadelijke gevolgen van drugsgebruik en maatregelen

Nationale focal points van het Reitox-netwerk en werkgroepen van deskundigen verstrekken het EMCDDA informatie over de gezondheids- en sociale aanpak van drugsgebruik, waaronder drugsstrategieën en drugsgelateerde overheidsuitgaven. Indien er geen geformaliseerde gegevensreeksen beschikbaar zijn, geven beoordelingen door deskundigen aanvullende informatie over de beschikbaarheid van interventies. Dit hoofdstuk is verder gebaseerd op evaluaties van het wetenschappelijke bewijsmateriaal over de doeltreffendheid van de interventies op het gebied van de volksgezondheid. Ondersteunende informatie is beschikbaar op de website van het EMCDDA in de [Gezondheids- en sociale-maatregelen voor drugsproblemen: een Europese GIDS](#) en bijbehorend onlinemateriaal en het [Best practice portal](#).

De schadelijke gevolgen voor de gezondheid die door het EMCDDA systematisch worden gemonitord zijn drugsgelateerde infectieziekten evenals morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van drugsgebruik. Deze worden aangevuld met beperktere gegevens over drugsgelateerde spoedgevallen in ziekenhuizen en gegevens uit het EU Early Warning System, dat schadelijke gevolgen van nieuwe psychoactieve stoffen in de gaten houdt. Nadere informatie is online te vinden onder de [vijf epidemiologische sleutelindicatoren](#), het [Statistical Bulletin](#) en [Action on new drugs](#).

FIGUUR 3.1

Focus van documenten betreffende nationale drugsstrategie (links) en evaluatiemethode (rechts) in 2017



Let op: Strategieën met een bredere focus kunnen bijvoorbeeld illegale drugs en andere verslavingen omvatten. Hoewel het Verenigd Koninkrijk een strategie voor de aanpak van illegale drugs heeft, hanteert zowel Wales als Noord-Ierland een bredere strategie waaronder ook alcohol valt.

Drugstrategieën: bredere focus

Bijna de helft van de dertig landen die door het EMCDDA worden opgevolgd, breiden hun nationale drugsbeleid uit door naast illegale drugs nu ook verschillende combinaties van middelenverslaving en gedragsmatige verslaving op te nemen. Deze planningsinstrumenten worden door overheden gebruikt als basis voor hun algehele aanpak van en specifieke maatregelen voor de verschillende sociale-, gezondheids- en veiligheidsproblemen in samenhang met drugsgebruik. Met uitzondering van Denemarken, waar het nationale drugsbeleid uit een groot aantal verschillende strategische documenten, wetgeving en concrete maatregelen bestaat, beschikken alle landen over een nationaal beleidsdocument inzake drugs. In 16 landen is de drugsstrategie voornamelijk gericht op illegale drugs. In de andere veertien landen is de beleidsfocus breder en wordt meer aandacht besteed aan andere verslavende middelen en verslavingsgedrag (zie figuur 3.1). In het Verenigd Koninkrijk beschikken de gedecentraliseerde overheden van Wales en Noord-Ierland over brede strategische documenten. Als deze twee documenten worden meegerekend stijgt het aantal brede strategieën inzake illegale drugs naar 16. Deze brede documenten zijn voornamelijk gericht op illegale drugs, maar er bestaan verschillen met betrekking tot de manier waarop aandacht wordt besteed aan andere stoffen en verslavingen. Alle documenten pakken alcohol aan, tien besteden aandacht aan tabaksproducten, negen aan geneesmiddelen, drie zijn mede gericht op doping in de sport (bijv. prestatiebevorderende middelen) en acht omvatten ook verslavingsgedrag (bijv. gokken). Ongeacht de focus

ondersteunen alle nationale drugsstrategieën het evenwichtige drugsbeleid van de EU, zoals uiteengezet in de EU-drugsstrategie (2013-2020) en het actieplan (2017-2020). Hierin wordt zowel de nadruk gelegd op het terugdringen van de vraag naar drugs als op vermindering van het drugsaanbod.

In alle Europese landen worden de nationale drugsstrategieën geëvalueerd, hoewel hiervoor diverse verschillende benaderingen worden toegepast. Deze evaluaties zijn er doorgaans op gericht om vast te stellen in welke mate de strategie geïmplementeerd werd en in welk opzicht de algemene drugssituatie in de loop van de tijd veranderd is. In 2017 is gerapporteerd dat er recentelijk twaalf evaluaties aan de hand van meerdere criteria, negen voortgangsanalyses van het implementeren en drie specifieke thematische evaluaties zijn uitgevoerd. Zes landen hebben gebruik gemaakt van andere benaderingen zoals een mix van het evalueren van indicatoren en onderzoeksprojecten (zie figuur 3.1). De trend van toepassing van breed gerichte strategieën komt geleidelijk aan tot uiting in evaluaties met een bredere focus. Momenteel beschikken Frankrijk, Luxemburg, Zweden en Noorwegen over gepubliceerde evaluaties van brede strategieën. Met deze bredere draagwijdte van het beleid kan een meer geïntegreerde benadering van de volksgezondheid worden bereikt, maar dit brengt ook uitdagingen met zich mee in termen van het coördineren van implementatie, monitoring en evaluatie.

Evidence-based preventie: ondersteuning van implementatie

De preventie van drugsgebruik en drugsgerelateerde problemen onder jongeren is een belangrijke doelstelling in de nationale drugsstrategieën binnen Europa en omvat een groot aantal verschillende benaderingen. De omgevingsgerichte en universele benaderingen richten zich op de gehele bevolking, terwijl selectieve preventie zich beperkt tot kwetsbare groepen met een verhoogd risico om problemen rond drugsgebruik te ontwikkelen en geïndiceerde preventie zich richt tot personen met een risico.

De belangstelling voor de implementatie van evidence-based preventieprogramma's in Europa neemt de afgelopen jaren toe. Dit wordt ondersteund door het opzetten van registraties en het opstellen van voorlichtingsinitiatieven en kwaliteitsnormen. In 2018 zijn of worden er registraties opgezet in meer dan een derde van de dertig EMCDDA-landen. Deze hanteren criteria voor opname en beoordeling van de doeltreffendheid van de programma's. De Europese registratie is gekoppeld aan nationale registraties en omvat ongeveer twintig drugpreventieprogramma's gebaseerd op handmatige invoering die streng zijn geëvalueerd en beoordeeld op hun uitkomsten. Hierin zijn ook ervaringen van behandelaars opgenomen op het gebied van organisatorische en culturele obstakels bij implementatie (werving, timing, aanpassingsproblemen) en hoe deze werden opgelost.

Professionele training is cruciaal voor de succesvolle introductie van preventiemaatregelen. Gelegenheden voor formele training op het gebied van preventiewetenschap zijn echter beperkt. Eén nieuw initiatief, het Universal Prevention Curriculum, gebaseerd op internationale bewijsstandaarden, is onlangs aangepast aan een Europees publiek, zowel met een universitair curriculum van negen weken als een verkorte trainingscursus van drie tot vijf dagen (UPC-Adapt) voor regionale of lokale besluitvormers en opinieleiders. De korte versie wordt in 2018 in een derde van de EU-lidstaten geïmplementeerd.

Omgevingspreventie: programma's met meerdere onderdelen voor het uitgaansleven

Een aantal landen, grotendeels in het noorden van Europa, meldt in toenemende mate toepassing van preventiemaatregelen die gericht zijn op het uitgaansleven. De meeste omgevingsmaatregelen richten zich primair op alcohol, maar de gedeelde (contextuele) risicofactoren voor problematisch gebruik van alcohol en van andere drugs kunnen een dergelijke aanpak ook tot een succes maken voor de preventie van andere stoffen. De

implementatie ervan blijft echter beperkt. Een interessante benadering betreft de uit meerdere onderdelen bestaande samenwerkingsverbanden gericht op het uitgaansleven, waarin training van bedienend personeel, ingangscntroles, toezicht en mobilisatie van de gemeenschap worden gecombineerd. Er zijn enkele aanwijzingen dat deze aanpak effectief kan zijn voor vermindering van schade door alcohol- en drugsgebruik. Eén voorbeeld, het STAD-project in Zweden, wordt nu uitgebreid naar zes andere EU-landen. Niettemin melden in 2016 slechts twee landen (Finland, het Verenigd Koninkrijk) de beschikbaarheid van uit meerdere onderdelen bestaande interventies op grote schaal.

mHealth: uitbreiding van toegang tot interventies

In toenemende mate komen uiteenlopende drugsinterventies ook online beschikbaar, onder meer via mobiele gezondheidsapplicaties op smartphones (mHealth). Door online-interventies en interventies via mHealth kan het bereik en de geografische dekking van preventie- en behandelingsprogramma's worden uitgebreid naar mensen die anders geen toegang tot gespecialiseerde drugshulpverlening zouden hebben. Interventies via smartphones kunnen variëren van e-learninginstrumenten voor professionals op het gebied van drugsgebruik, drugspreventie en schadebeperkende maatregelen, digitale outreach binnen sociale-mediaplatformen, tot patiëntmonitoring, toezicht en levering van behandeling.

In een recent EMCDDA-onderzoek werden meer dan zestig drugsgerelateerde mHealth-applicaties (of 'apps') gevonden die beschikbaar waren in online app-stores; bijna de helft hiervan was afkomstig uit Europa. De meeste apps verstrekten drugsgerelateerde informatie, in combinatie met een vorm van interventie. Europese mHealth-interventies waren primair gericht op bevordering van schadebeperking onder bezoekers van party's en jongeren. Onder de in de apps toegepaste technieken waren algemeen erkende op internet gebaseerde behandelmethoden, zoals dagboeken om het gebruik te noteren, gepersonaliseerde feedback voor zelf gestelde doelen om het drugsgebruik te verminderen en interactie met professionele behandelaars, bijvoorbeeld via versleutelde berichten. Sommige apps maken ook gebruik van doeltreffende preventietechnieken, zoals methoden voor sociale normen en terugdringen van misvattingen inzake drugsgebruik door vrienden. Het ontbreken van kwaliteitsnormen voor mHealth-apps op het gebied van drugs, evenals zorgen over gegevensbescherming en het gebrek aan evidence-based informatie zijn uitdagingen voor de toekomstige ontwikkelingen op dit gebied.

FIGUUR 3.2

Niettemin worden mHealth-applicaties waarschijnlijk belangrijke drugsgerelateerde interventie-instrumenten voor gebruikers en hulpverleners binnen Europa.

Drugsbehandeling: gemeenschapsvoorzieningen

Drugsbehandeling is de meest gebruikte interventie voor personen die problemen met hun drugsgebruik, waaronder verslaving, ondervinden en een goede toegang tot passende hulpverlening is een van de belangrijkste beleidsdoelen.

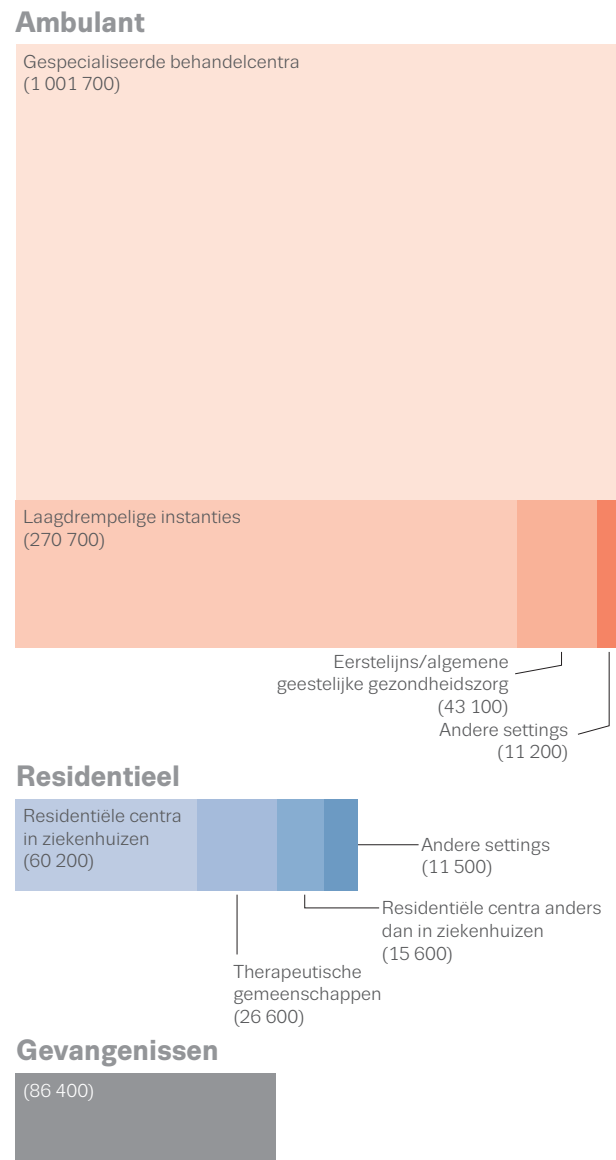
De meeste verslavingszorg in Europa wordt verleend in ambulante settings, waarbij gespecialiseerde ambulante behandelcentra de meeste hulp aan drugsgebruikers bieden (figuur 3.2). Laagdrempelige instanties zijn de op een na grootste zorgverleners gevolgd door de eerstelijns gezondheidszorg en algemene centra voor geestelijke gezondheidszorg. Tot deze laatste categorie behoren ook huisartspraktijken, die in een aantal grote landen zoals Frankrijk en Duitsland belangrijke voorschrijvers van substitutiebehandelingen voor opioïden zijn. In andere landen, zoals Slovenië, spelen centra voor ambulante geestelijke gezondheidszorg een centrale rol bij het verlenen van zorg.

Een kleiner deel van de verslavingszorg in Europa wordt verleend in residentiële settings, voornamelijk in ziekenhuizen (bv. psychiatrische afdelingen), maar ook in therapeutische gemeenschappen en andere gespecialiseerde residentiële behandelingscentra. Het relatieve belang van de ambulante en residentiële hulpverlening in de nationale behandelingsystemen loopt aanzienlijk uiteen tussen landen.

Drugsbehandeling: wegen naar behandeling en trajecten van cliënten

Naar schatting waren in 2016 in de Europese Unie circa 1,3 miljoen mensen in behandeling voor het gebruik van illegale drugs (1,5 miljoen met inbegrip van Noorwegen en Turkije). Zelfverwijzing is nog steeds de meest voorkomende weg naar behandeling. Deze vorm van verwijzing, die ook verwijzing door familieleden of vrienden omvat, was goed voor bijna de helft (48 %) van de personen die in 2016 in Europa aan een gespecialiseerde drugsbehandeling begonnen. Ongeveer een kwart (26 %) van de cliënten werd doorverwezen door gezondheidsdiensten, onderwijsinstellingen en maatschappelijke diensten, zoals andere behandelcentra, en 16 % via het strafrechtelijk systeem. In een aantal landen zijn regelingen van kracht om drugsdelinquenten uit het strafrechtelijk systeem te halen en in de

Aantal cliënten in behandeling in Europa in 2016, naar setting



verslavingszorg op te nemen. Dit kan inhouden dat er een gerechtelijk bevel wordt afgegeven om in behandeling te gaan of dat een straf wordt opgeschort op voorwaarde dat er een behandeling wordt ondergaan. In sommige landen kan iemand ook al in een eerder stadium uit het strafrechtelijk proces worden gehaald.

Verwijzing voor behandeling loopt sterk uiteen, zowel per land als per primaire drug. Het strafrechtelijk systeem speelt een bijzonder belangrijke rol bij het verwijzen van cannabisgebruikers naar behandeling. In Europa wordt 26 % van de cannabiscliënten door het strafrechtelijk systeem doorverwezen. Het percentage varieert echter opvallend tussen landen. In de landen met meer dan 100 nieuwe cliënten voor cannabisbehandeling, liep in 2016 het percentage dat door de rechter, reclassering of

FIGUUR 3.3

politie werd doorverwezen uiteen van 2 % in Nederland tot meer dan 80 % in Hongarije en Roemenië.

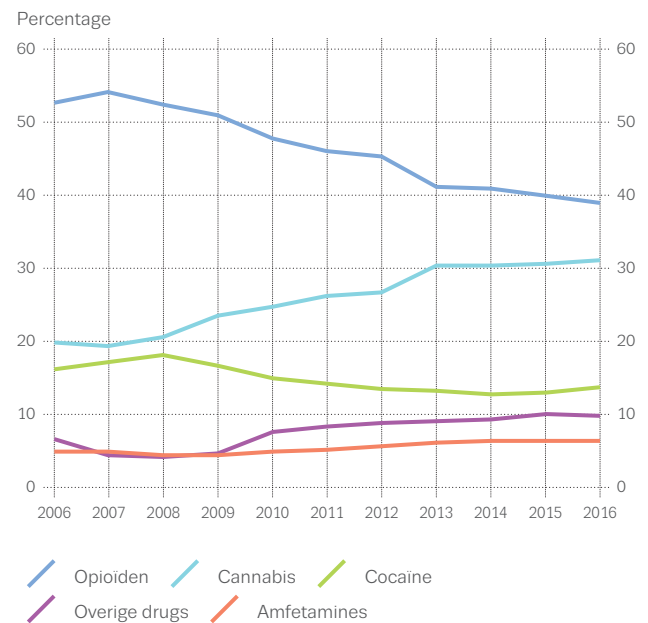
Het traject van cliënten tijdens hun drugsbehandeling wordt vaak gekenmerkt door het gebruik van verschillende diensten, meerdere behandelingen en een variërende verblijfsduur. Opioidengebruikers vormen de grootste groep cliënten die een gespecialiseerde behandeling volgt. Zij doen een beroep op het merendeel van de beschikbare behandelingsfaciliteiten, voornamelijk in de vorm van substitutiebehandelingen. Op basis van de bevindingen uit een analyse van gegevens uit 2016 over gespecialiseerde behandelingen uit negen landen kan meer inzicht worden verkregen in de behandelingstrajecten van cliënten. Van de 370 000 cliënten die in dat jaar in deze landen in behandeling waren, had iets minder dan 20 % zich voor het eerst in hun leven gemeld voor behandeling, was circa 27 % opnieuw in behandeling gegaan na in een voorafgaand jaar eerder in behandeling te zijn geweest, en volgde meer dan de helft van de cliënten reeds meer dan 1 jaar een behandeling. De meeste cliënten in langdurige behandeling waren mannen, eind de dertig, die al meer dan drie jaar in behandeling waren voor opioidengebruik, met name heroïne.

Substitutiebehandeling voor opioïden: landelijke voorzieningen variëren

De meest gebruikelijke behandeling van opioïdenverslaving is de substitutiebehandeling, vaak gecombineerd met psychosociale interventies. Deze aanpak wordt ondersteund door het beschikbare bewijsmateriaal, dat duidt op positieve resultaten met betrekking tot het volhouden van behandelingen, het strafbare opioïdengebruik, het gerapporteerde risicogedrag, drugsgelateerde schadelijke effecten en sterfgevallen. Cannabis- en cocainegebruikers zijn de respectievelijk op een na en op twee na grootste groep gebruikers die in behandeling gaan (figuur 3.3). Voor deze cliënten vormen psychosociale interventies de belangrijkste behandelingsmethode.

In 2016 ontvingen naar schatting 628 000 opioïdengebruikers een substitutiebehandeling in de Europese Unie (636 000 met inbegrip van Noorwegen). De trend laat een algehele stijging zien in het aantal cliënten met een piek in 2010, gevolgd door een afname van 10 %

Trends in percentage cliënten dat een gespecialiseerde behandeling gaat volgen, naar primaire drug



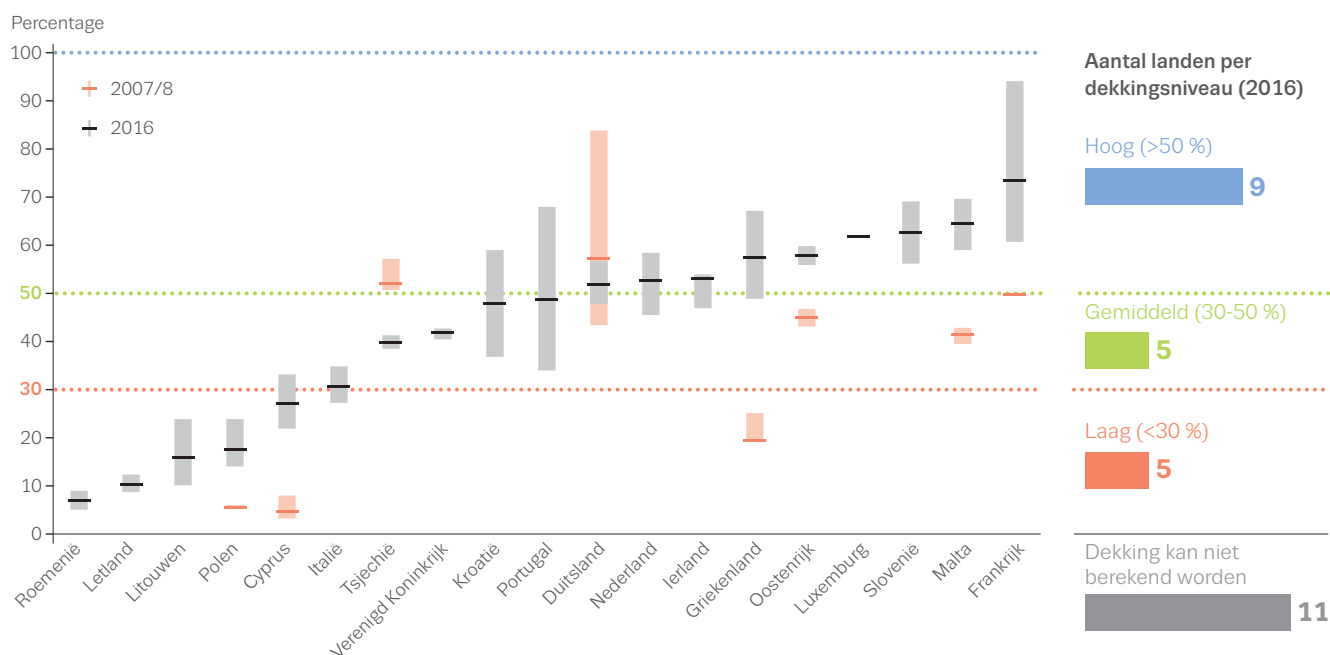
in 2016. Tussen 2010 en 2016 werden er in twaalf landen dalingen waargenomen, waarbij de grootste dalingen (dalingen van meer dan 25 %) gerapporteerd werden door Spanje, Nederland en Portugal. Deze daling kan verklaard worden door factoren op het gebied van vraag en aanbod, waaronder een kleiner wordende groep vergrijzende, chronische opioïdengebruikers of veranderingen in de behandelingsdoelstellingen in sommige landen. Andere landen zijn hun aanbod van behandelingen blijven uitbreiden om de dekking ervan te vergroten, waarbij 16 landen tussen 2010 en 2016 toenames voor substitutiebehandeling hebben gemeld, waaronder Letland (173 %), Roemenië (167 %) en Griekenland (57 %).

Een vergelijking met huidige schattingen van het aantal opioïdengebruikers met een hoog risico in Europa zou erop wijzen dat globaal de helft van deze groep een substitutiebehandeling volgt, maar er bestaan verschillen tussen landen (figuur 3.4). In de landen waarvoor gegevens uit 2007 of 2008 beschikbaar zijn voor vergelijking, was er in het algemeen sprake van een uitbreiding van de dekking. In sommige landen blijft het aanbod van behandelingen echter beperkt.

Methadon is het meest voorgeschreven substitutiemiddel voor opioïden, waarmee bijna twee derde (63 %) van de

FIGUUR 3.4

Dekking van substitutiebehandeling met opioïden (percentage geschatte opioïdengebruikers met een hoog risico dat een substitutiebehandeling krijgt) in 2016 of het meest recente jaar en in 2007-2008



Let op: Gegevens weergegeven als puntschattingen en onzekerheidsintervallen.

cliënten in Europa wordt behandeld. Daarnaast wordt nog eens 35 % van de cliënten behandeld met geneesmiddelen op basis van buprenorfine, dat in acht landen het belangrijkste substitutiemiddel is (figuur 3.5). Andere middelen, zoals morfine met vertraagde afgifte of diacetylmorfine (heroïne), worden in Europa slechts zelden voorgeschreven (aan ongeveer 2 % van de cliënten die een substitutiebehandeling volgen). De meeste personen met een substitutiebehandeling in Europa zijn ouder dan 35 jaar en worden al meer dan twee jaar behandeld. In alle Europese landen bestaan ook alternatieve behandelingsopties voor opioïdengebruikers. In de 13 landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, kregen tussen 3 % en 28 % van alle opioïdengebruikers die in behandeling waren een behandeling zonder substitutiemedicatie.

Behandelingsresultaten: de rol van kwaliteitsnormen

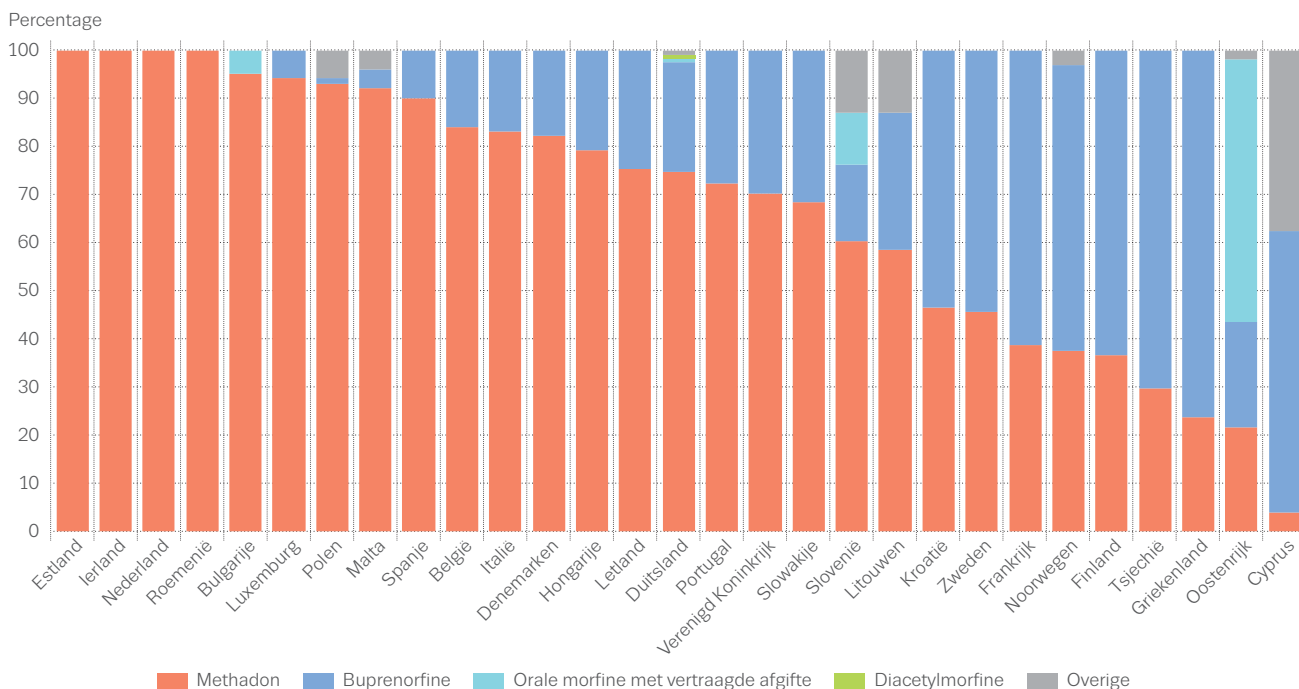
Om het behandelingstraject van cliënten te verbeteren en de dienstverlening beter af te stemmen op de waargenomen behoeften is het belangrijk dat de behandelingsresultaten worden gemonitord. Monitoring

van de resultaten wordt echter belemmerd door een gebrek aan overeenstemming over behandelingsdoelstellingen en een adequate meting hiervan. Een recent overzicht door het EMCDDA benadrukte de brede variabiliteit in gemeten resultaten, waarbij acht verschillende domeinen voor de resultaten werden geïdentificeerd: 'druggebruik', 'criminaliteit', 'gezondheid', 'behandelingsgerelateerde' resultaten, 'sociaal functioneren', 'schadelijke effecten', 'mortaliteit' en 'economische ramingen'.

De toepassing van kwaliteitsnormen is een andere manier om te zorgen voor de juiste implementatie van interventies en aanbevelingen voor de praktijk, zoals opgenomen in richtsnoeren. Hoewel in het algemeen de implementatie van normen op lokaal niveau plaatsvindt, bestaan er ook internationale normen en worden deze gebruikt om consensus te bereiken inzake algemene interventieprincipes. Zo gelden volgens de Europese minimale kwaliteitsnormen inzake het terugdringen van de vraag naar drugs die zijn goedgekeurd door de raad van de Europese Unie, algemene principes die op nationaal niveau op verschillende manieren worden toegepast.

FIGUUR 3.5

Percentage cliënten in Europese landen met verschillende typen voorgeschreven substitutie voor opioïden



Let op: Gegevens voor het Verenigd Koninkrijk gelden voor Engeland, Wales en Noord-Ierland.

CLIËNTEN MET SUBSTITUTIEBEHANDELING VOOR OPIOÏDEN

Populatie

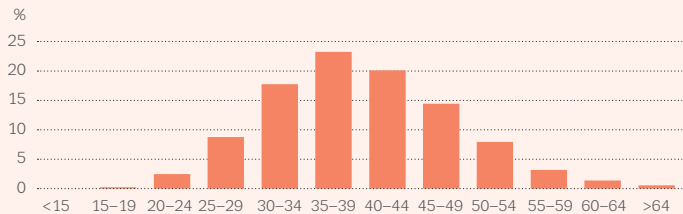
628 000 EU

636 000 EU + Noorwegen

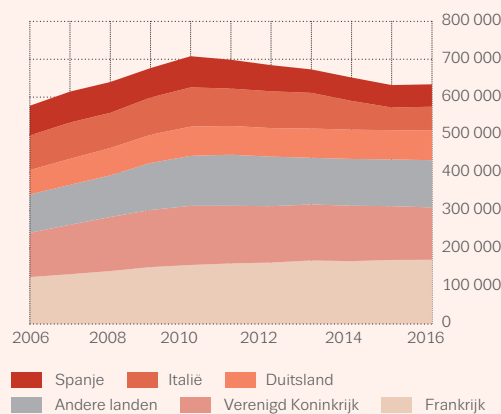
26% 74%



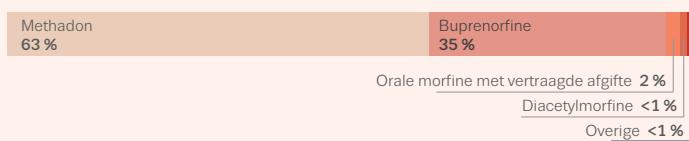
Leeftijdverdeling



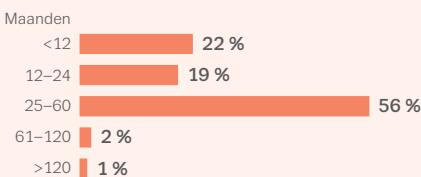
Trends in het aantal substitutiebehandelingen



Type medicatie



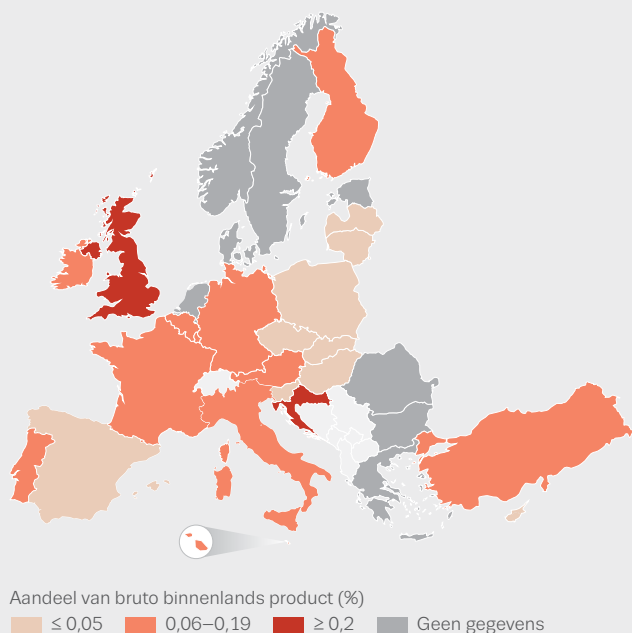
Behandelingsduur



Let op: Alleen landen met gegevens voor ten minste acht van de elf jaren zijn opgenomen in de trendgrafiek. Ontbrekende gegevens worden geëxtrapoléerd van aansluitende jaren.

FIGUUR 3.6

Meest recente schattingen van drugsgerelateerde overheidsuitgaven (% BNP)



Maatregelen voor drugsproblemen: uitgaven en kosten

Inzicht in de kosten van drugsgerelateerde acties vormt een belangrijk onderdeel voor zowel de beleidsontwikkeling als beleidsevaluatie. Er is echter nog steeds weinig, en dan ook enkel nog maar heterogene, informatie beschikbaar over drugsgerelateerde overheidsuitgaven in Europa, zowel op lokaal als nationaal niveau. In de afgelopen tien jaar hebben 22 landen volledige ramingen opgesteld van drugsgerelateerde overheidsuitgaven (figuur 3.6). De ramingen lopen uiteen van 0,01 % tot 0,5 % van het bruto binnenlands product (bbp), met de helft van de ramingen tussen 0,05 % en 0,2 % van het bbp.

Volgens de ramingen gerapporteerd aan het EMCDDA in de afgelopen tien jaar verschilden de uitgaven voor het terugdringen van de vraag naar drugs als aandeel binnen de totale drugsbegroting sterk tussen de landen. Het aandeel varieerde tussen 21 % en 75 % van de drugsgerelateerde overheidsuitgaven.

Drugsbehandelingen en andere gezondheidsgerelateerde kosten vormen een groot deel van de geschatte uitgaven gerelateerd aan interventies voor het terugdringen van de vraag naar drugs. Hoewel nationale verschillen deels het gevolg zijn van verschillende beleids- en

behandelingskeuzes, in combinatie met verschillen in drugsproblemen en de organisatie van overheidsdiensten, hebben de verschillende toegepaste methodologieën eveneens een grote impact op de resultaten.

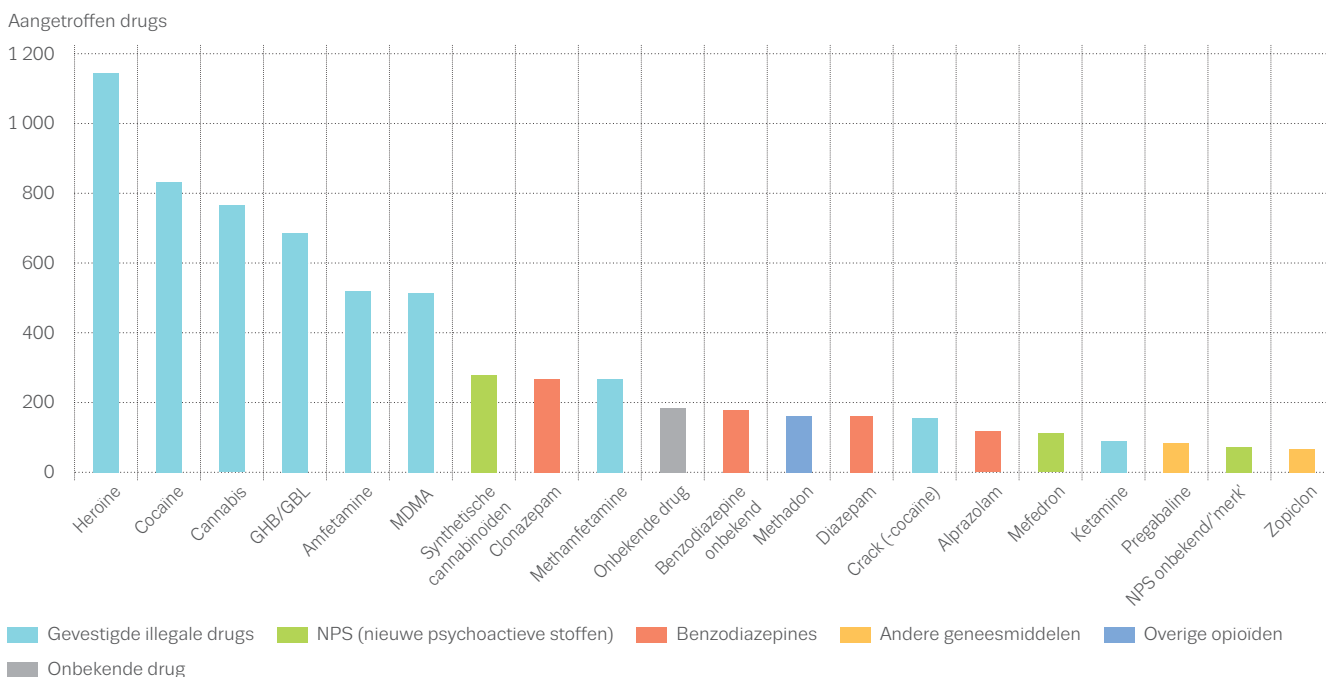
Acute schadelijke gevolgen van drugsgebruik: heroïne en cocaïne overheersen

Gegevens over spoedgevallen in ziekenhuizen kunnen meer inzicht verschaffen in acute drugsgerelateerde schadelijke gevolgen en onze kennis van de impact op de volksgezondheid van het drugsgebruik in Europa vergroten. Slechts een klein aantal landen registreert op nationaal niveau de spoedgevallen die verband houden met drugs. Van deze landen rapporteerden Litouwen en het Verenigd Koninkrijk dat het aantal spoedgevallen in verband met heroïnegebruik toenam. Dalende trends in de aantallen spoedgevallen in verband met heroïne werden daarentegen gemeld door Tsjechië en Denemarken. In Spanje speelde cocaïne in 2015 een rol in bijna de helft van de gemelde drugsgerelateerde spoedgevallen. Dit aandeel stabiliseert na een daling. Tegelijkertijd blijven spoedgevallen in verband met cannabis toenemen. Slovenië meldt in 2016 eveneens een stijgende trend in het aantal spoedgevallen in verband met cocaïne, amfetamine en GHB. In 2016 rapporteerden regio's met een sentinelfunctie in Nederland 272 spoedgevallen in verband met 4-fluoramfetamine (4-FA), een nieuw middel met een stimulerend effect op het centrale zenuwstelsel. Het merendeel van deze gevallen meldde zich bij eerstehulpverleners in het uitgaansleven, terwijl bijna een derde van de gevallen waarin een ambulance moest worden ingezet, verband hield met het gebruik van GHB.

Meldingen van personen met een acute drugsgerelateerde intoxicatie worden door 19 (sentinel)ziekenhuizen in 13 Europese landen, gemonitord door het Europese Netwerk voor drugsgerelateerde spoedgevallen (Euro-DEN Plus). In 2016 registreerde het project 4 874 spoedgevallen, met een mediane leeftijd van 32 jaar en in de meeste gevallen betrof het mannen (77 %). Bijna driekwart van de spoedgevallen werd per ambulance naar het ziekenhuis gebracht. De meesten (78 %) werden binnen twaalf uur uit het ziekenhuis ontslagen. Een kleine minderheid (6 %) werd op een afdeling voor intensieve zorg of een psychiatrische afdeling opgenomen. In totaal werden 22 sterfgevallen geregistreerd, waarvan 13 in verband met opioïden.

FIGUUR 3.7

Top 20 van drugs die in 2016 zijn gerapporteerd bij spoedgevallen in ziekenhuizen met een sentineelfunctie



Let op: Resultaten van 4 874 spoedgevallen in 19 ziekenhuizen met een sentineelfunctie in 13 Europese landen.
 Bron: Europese Netwerk voor drugsgerelateerde spoedgevallen (Euro-DEN Plus).

Gemiddeld werden ongeveer 1,5 drugs per spoedgeval gemeld (7 423 in totaal). De meest gangbare drugs hierbij waren heroïne, cocaine, cannabis, GHB/GBL, amfetamine en MDMA (figuur 3.7). Een vijfde (21 %) van de gevallen betrof het illegale gebruik van op voorschrift of vrij verkrijgbare geneesmiddelen (in de meeste gevallen opioïden en benzodiazepines); in 7 % van de gevallen ging het om nieuwe psychoactieve stoffen (ten opzichte van 9 % in 2015 en 6 % in 2014). Het aantal gevallen in samenhang met synthetische cathinonen daalde opvallend, van 400 in 2014 tot 160 in 2016; tegelijkertijd steeg het aantal voor synthetische cannabinoïden van 28 naar 282. De stijging in het aantal gevallen gerelateerd aan synthetische cannabinoïden is voornamelijk te wijten aan de centra in Londen en Polen.

De verschillen in de drugs die betrokken zijn bij spoedgevallen op de verschillende locaties, kunnen een weerspiegeling zijn van de variaties in verzorgingsgebied van het ziekenhuis en plaatselijke gebruikspatronen. Spoedgevallen in verband met heroïne kwamen bijvoorbeeld het vaakst voor in Dublin (Ierland) en Oslo (Noorwegen), terwijl spoedgevallen in verband met GHB/GBL, cocaine en MDMA de boventoon voerden in Londen (Verenigd Koninkrijk).

Nieuwe drugs: zeer sterk en schadelijk

Nieuwe psychoactieve stoffen, waaronder nieuwe synthetische opioïden, synthetische cannabinoïden en synthetische cathinonen, brengen uiteenlopende schadelijke gevolgen met zich mee in Europa en vormen een uitdaging voor het drugsbeleid. Met name synthetische opioïden en synthetische cannabinoïden zijn bijzonder zorgwekkend.

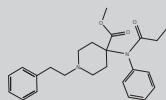
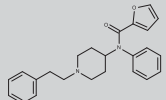
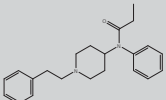
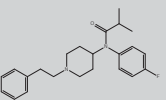
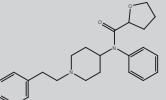
Nieuwe opioïden spelen weliswaar een kleine rol op de Europese drugsmarkt, maar vormen een ernstige bedreiging voor zowel de persoonlijke gezondheid als de volksgezondheid. Vooral de fentanylderivaten zijn een punt van zorg; deze stoffen zijn de nieuwe opioïden die door het EMCDDA het meest worden gevolgd. Deze stoffen kunnen zeer krachtig zijn, minimale hoeveelheden zijn in staat levensbedreigende intoxicatie te veroorzaken door een snelle en ernstige ademhalingsdepressie. Dit maakt deze

stoffen bijzonder gevaarlijk, voornamelijk voor nietsvermoedende gebruikers die veronderstellen dat ze heroïne, andere illegale drugs of pijnstillers kopen. In dergelijke omstandigheden kan het nodig zijn de beschikbaarheid van het opioïde antidotum naloxone te beoordelen. Naast de acute risico's van een overdosis geven fentanylderivaten ook een grote kans op misbruik en kunnen ze tot verslaving leiden. Dit kan de problematiek voor de volksgezondheid en de sociale problemen gerelateerd aan risicovol opioïdengebruik verergeren.

Gezamenlijke onderzoeken en risicobeoordeling

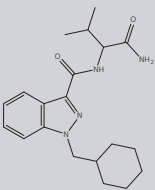
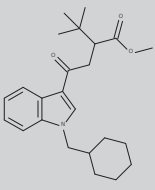
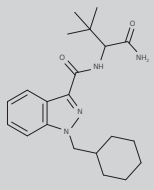
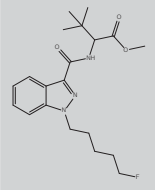
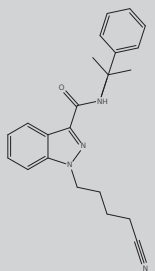
Na de twee gezamenlijke onderzoeken naar acryloylfentanyl en furanylfentanyl in 2016 uitgevoerd door het EMCDDA en Europol, werden in 2017 nog eens vijf fentanylderivaten onderzocht nadat er via het EU Early Warning System sterfgevallen waren gemeld. De stoffen (4-fluorisobutrylfentanyl, tetrahydrofuranylfentanyl, carfentanil, methoxyacetylfentanyl, cyclopropylfentanyl) waren bij meer dan 160 sterfgevallen betrokken. Een groot aantal van deze sterfgevallen werd rechtstreeks toegeschreven aan deze stoffen. Vijf van deze zeven stoffen werden in 2017 door het EMCDDA ook formeel aan een risicobeoordeling onderworpen (tabel 1); de overige twee stoffen worden in 2018 beoordeeld. Tot nu toe zijn acryloylfentanyl en furanylfentanyl in de gehele EU aan controlemaatregelen onderworpen vanwege de risico's die ze vormen voor de volksgezondheid in Europa.

Tabel 1. Belangrijkste bevindingen van de risicobeoordelingen van vijf fentanylderivaten

Generieke benaming	Carfentanil	Furanylfentanyl	Acryloylfentanyl	4F-iBF (4-fluorisobutryl-fentanyl)	THF-F (tetrahydrofuranyl-fentanyl)
Chemische structuur					
Formele melding aan het EU Early Warning System	12 februari 2013	3 november 2015	7 juli 2016	26 augustus 2016	23 december 2016
Aantal sterfgevallen	61	23	47	20	14
Aantal landen waarin gerelateerde sterfgevallen plaatsvonden	8	6	3	2	1
Aantal inbeslagnames	801	143	162	24	53
Aantal landen waar de stof in beslag is genomen (EU, Turkije en Noorwegen)	7	14	5	4	1

In 2017 werden ook vier synthetische cannabinoïden onderzocht, wat resulteerde in risicobeoordelingen (tabel 2). De stoffen (AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, CUMYL-4CN-BINACA) waren bij meer dan 80 sterfgevallen betrokken. Deze zijn afgeleid van MDMB-CHMICA, de eerste cannabinoïde die door het EMCDDA aan een risicobeoordeling werd onderworpen. De ernstige intoxicaties die deze stoffen kunnen veroorzaken, wordt onder meer toegeschreven aan de sterke werking ervan en slechte productiepraktijken. Er is bewijs dat producenten tijdens de productie van deze 'mengsels om te roken' slechts een schatting maken van de hoeveelheid toe te voegen stof. Daarnaast kan het voorkomen dat de stof niet gelijkmatig in het product verdeeld wordt vanwege de gebruikte primitieve productietechnieken. Dit kan ertoe leiden dat sommige producten toxische hoeveelheden van de stof bevatten, hetgeen resulteert in een verhoogde kans op intoxicatie.

Tabel 2. Belangrijkste bevindingen van de risicobeoordelingen van vijf synthetische cannabinoïden

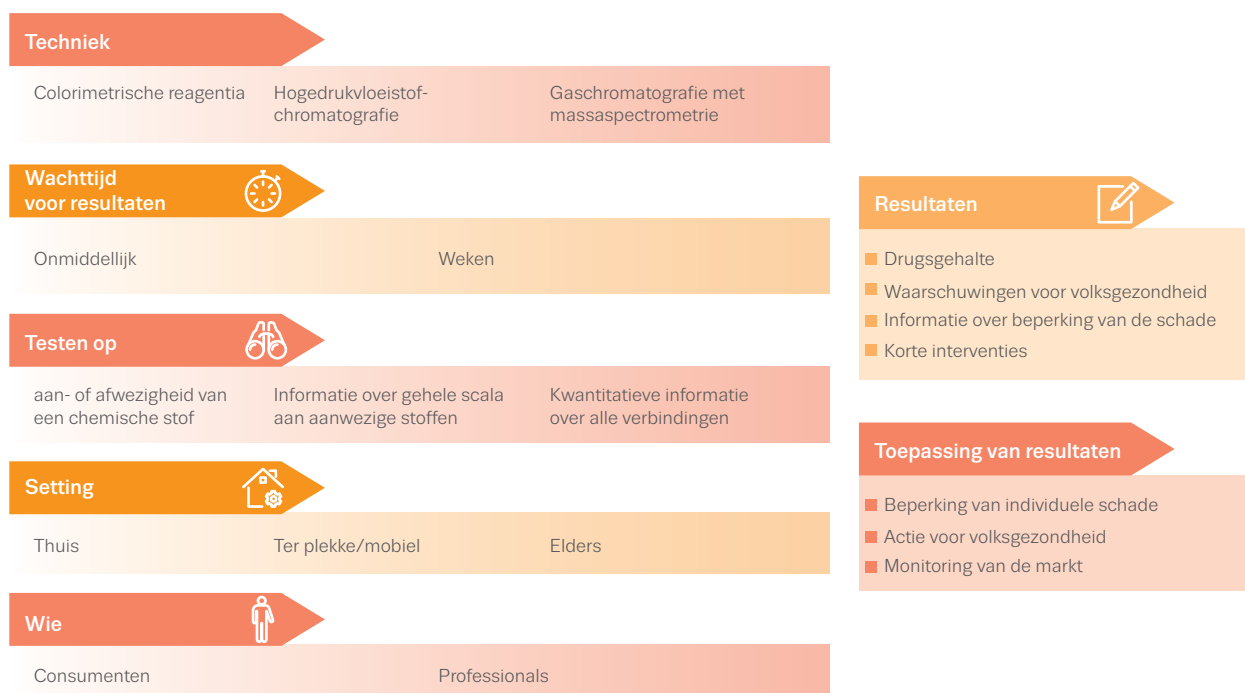
Generieke benaming	AB-CHMINACA	MDMB-CHMICA	ADB-CHMINACA	5F-MDMB-PINACA	CUMYL-4CN-BINACA
Chemische structuur					
Formele melding aan het EU Early Warning System	10 april 2014	12 september 2014	24 september 2014	8 januari 2015	4 maart 2016
Aantal sterfgevallen	31	29	13	28	11
Aantal landen waarin gerelateerde sterfgevallen plaatsvonden	6	6	3	2	2
Aantal inbeslagnames	6422	>3600	3794	1986	2461
Aantal landen waar de stof in beslag is genomen (EU, Turkije en Noorwegen)	26	25	19	27	12

Nieuwe opioïden vormen een ernstige bedreiging voor zowel de persoonlijke gezondheid als de volksgezondheid



FIGUUR 3.8

Voorbeelden van technieken voor drugscontrole en toepassing



Drugstestfaciliteiten: beschikbaarheid in Europa

Bij drugstestfaciliteiten kunnen gebruikers hun drugs laten analyseren om meer informatie te bekomen over de inhoud van het staal. De doelstellingen van deze faciliteiten lopen uiteen: van schadebeperking, door het verstrekken van advies en informatie aan drugsgebruikers, tot monitoring van actuele en opkomende trends in drugsgebruik. In sommige landen vormen drugstestfaciliteiten een integraal onderdeel van nationale Early Warning Systemen, in het bijzonder voor de identificatie en monitoring van nieuwe psychoactieve stoffen.

Testfaciliteiten zijn beschikbaar in tien EU-landen. De faciliteiten verschillen van elkaar op diverse manieren, zoals locatie, methoden, snelheid van de resultaten, hoe de resultaten worden gecommuniceerd en met welk doel (figuur 3.8). Deze testfaciliteiten kunnen zich bevinden in vaste laboratoria of in mobiele laboratoria, bijvoorbeeld op muziekfestivals en in clubs. De toegepaste methoden variëren van zelftestsets waarmee kan worden aangetoond of een specifieke drug of versnijdingsmiddel al dan niet aanwezig is, tot geavanceerde apparatuur waarmee talrijke stoffen kunnen worden geïdentificeerd en gekwantificeerd. De tijd die nodig is om de resultaten te verkrijgen kan ook variëren, van enkele seconden tot een paar dagen.

Communicatie van de resultaten is belangrijk voor drugstestfaciliteiten en de bevindingen worden vaak meegedeeld begeleid van advies of korte interventies.

Gehanteerde communicatiemethoden omvatten onder meer gezondheidswaarschuwingen voor de volksgezondheid en gebruikers, informatieborden op dance events, onlinepublicatie van resultaten of melding van resultaten rechtstreeks aan personen.

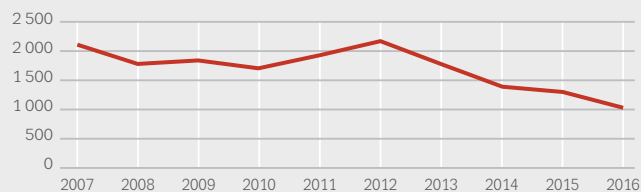
Chronische drugsgelateerde schade: hiv neemt af maar late diagnoses houden aan

Drugsgebruikers, met name injecterende drugsgebruikers, lopen een risico op infectieziekten door het gemeenschappelijk gebruik van materialen voor het toedienen van drugs en ook door onveilige seks. Het injecteren van drugs blijft een centrale rol spelen bij infecties die via het bloed worden overgedragen, zoals het hepatitis C-virus (HCV) en, in sommige landen, het humaan immunodeficiëntievirus (hiv). In 2016 zijn in de Europese Unie 1 027 nieuwe hiv-diagnoses geregistreerd onder personen die geïnfecteerd zijn geraakt als gevolg van injecterend drugsgebruik (figuur 3.9). Dit komt neer op 5 % van alle hiv-diagnoses waarvan de besmettingswijze bekend is. Dit cijfer is de laatste tien jaar laag en stabiel gebleven. In de meeste Europese landen is het aantal nieuwe hiv-infecties onder personen die drugs injecteren afgenomen, waarbij tussen 2007 en 2016 een daling van 51 % is waargenomen. In sommige landen is injecterend drugsgebruik echter nog steeds een belangrijke wijze van besmetting: volgens de in 2016 aan het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) gemelde

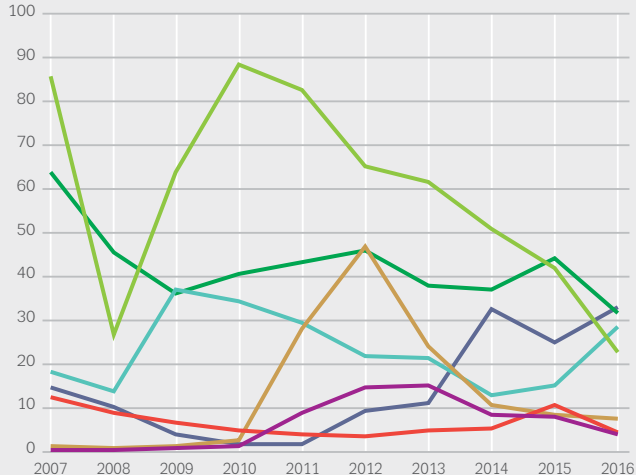
FIGUUR 3.9

Nieuw gediagnosticeerde hiv-gevallen verband houdende met injecterend drugsgebruik: algemene en geselecteerde trends en meest recente gegevens

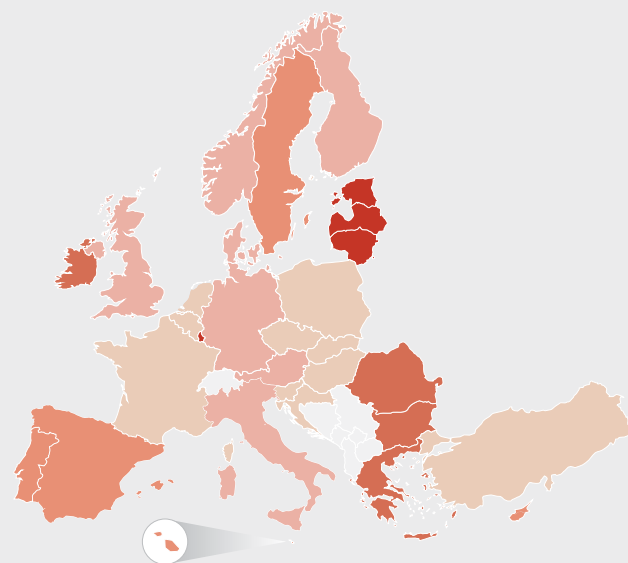
Gevallen in de Europese Unie



Gevallen per miljoen inwoners



— Luxemburg — Letland — Litouwen — Estland
— Griekenland — Ierland — Roemenië



Gevallen per miljoen inwoners
■ <1 ■ 1,0–2 ■ 2,1–3 ■ 3,1–8 ■ >8

Bron: ECDC. Gegevens voor 2016

gegevens kon in Litouwen (47 %), Luxemburg (29 %) en Letland (27 %) meer dan een kwart van de nieuwe hiv-diagnoses worden toegeschreven aan injecterend drugsgebruik. Terwijl de cijfers voor nieuwe hiv-infecties toegeschreven aan injecterend drugsgebruik in 2016 bleven dalen, blijven ze voor Roemenië en Griekenland boven de waarden van voor de uitbraken van 2012.

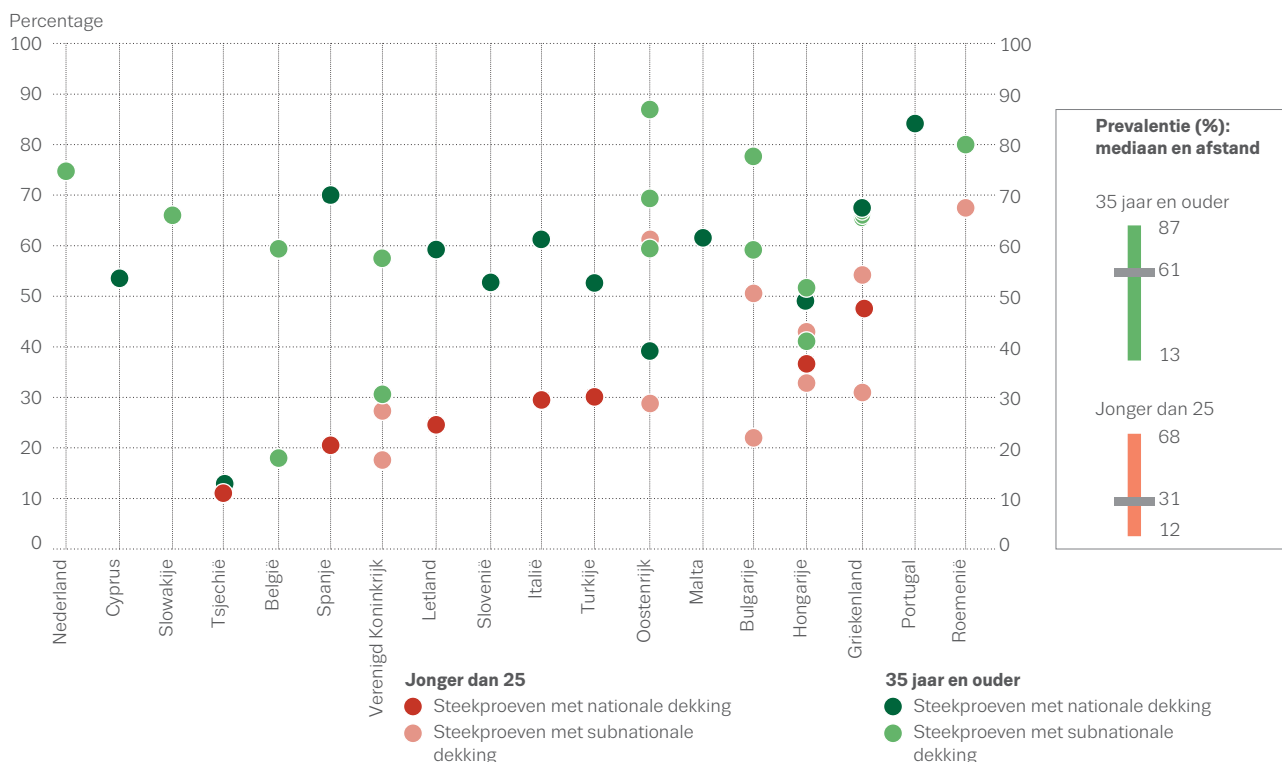
De meeste landen rapporteerden tussen 2015 en 2016 een daling van het aantal aan injecteren gerelateerde hiv-gevallen, waaronder Ierland en het Verenigd Koninkrijk, die in 2015 stijgingen hadden gerapporteerd. In Ierland en het Verenigd Koninkrijk werden deze stijgingen gedeeltelijk veroorzaakt door lokale uitbraken. De in 2014 in Luxemburg gerapporteerde uitbraak heeft zich in 2016 voortgezet en, bij deze uitbraak speelt, naast een hoge mate van marginalisatie van gebruikers, een toename van het injecteren van stimulerende middelen een rol. Litouwen meldde een scherpe stijging van nieuwe hiv-infecties onder personen die drugs injecteren, bijna een verdubbeling van 44 tot 83 gevallen in 2016. Bovendien is het injecteren van stimulerende middelen in een seksuele context ('slamming') door kleine groepen mannen die seks hebben met mannen in verband gebracht met een verhoogd risico op het overdragen van infecties.

In 2016 kon 13 % van die nieuwe gevallen van aids in de Europese Unie, waarvan de besmettingswijze bekend is, worden toegeschreven aan injecterend drugsgebruik. De 422 meldingen in verband met injecterend drugsgebruik komen neer op minder dan een kwart van het aantal dat tien jaar geleden werd gerapporteerd.

Daar waar de informatie beschikbaar was, werd in 2016 de helft van de nieuw hiv-diagnoses in de Europese Unie die werden toegeschreven aan het injecteren van drugs laat gediagnosticeerd, namelijk in het stadium waarin het virus het immuunsysteem al aantast. In Griekenland en Roemenië werden ongeveer twee op elke drie nieuwe, aan injecteren gerelateerde hiv-gevallen laat gediagnosticeerd. Een late hivdiagnose gaat gepaard met een verlate aanvang van antiretrovirale behandeling en met een toename van de morbiditeit en mortaliteit. Het beleid van 'testen en behandelen' van hiv, waarbij onmiddellijk na een hiv-diagnose met een antiretrovirale behandeling wordt begonnen, leidt tot een afname van de overdracht van de ziekte en is met name belangrijk voor groepen die risicovol gedrag vertonen, zoals injecterende drugsgebruikers. Door de diagnose in een vroeg stadium te stellen en tijdig met een antiretrovirale behandeling te beginnen, kan aan

FIGUUR 3.10

Prevalentie van hepatitis C-infectie onder injecterende drugsgebruikers, uitgesplitst per leeftijd, 2015 tot 2016



Let op: steekproeven kleiner dan tien zijn niet weergegeven. De volgorde van de landen volgt de gegevens voor jonger dan 25 jaar.

geïnfecteerden een normale levensverwachting worden geboden.

Prevalentie van HCV: nationale verschillen

Virale hepatitis, in het bijzonder infecties veroorzaakt door het hepatitis C-virus (HCV), kent een hoge prevalentie onder injecterende drugsgebruikers binnen Europa. Van alle 100 personen die geïnfecteerd zijn met hepatitis C ontwikkelen 75 tot 80 personen chronische hepatitis. Dit heeft belangrijke gevolgen op lange termijn omdat HCV-infecties, vaak nog versterkt door zwaar alcoholgebruik, verantwoordelijk zijn voor een toenemend aantal sterfgevallen en ernstige leveraandoeningen, waaronder cirrose en leverkanker, onder een steeds ouder wordende populatie van risicovolle drugsgebruikers.

De prevalentie van HCV-antilichamen (die duiden op een actuele of inmiddels verdwenen infectie) in nationale steekproeven onder injecterende drugsgebruikers in 2015-2016 varieerde van 15 % tot 82 %, waarbij zes van de 13 landen die over nationale gegevens beschikken een prevalentieniveau van meer dan 50 % meldden. Van de landen met nationale trendgegevens voor de periode 2010-2016 werd in vier landen een dalende HCV-

prevalentie bij injecterende drugsgebruikers gemeld, terwijl twee landen een stijging zagen.

Onder oudere personen die drugs injecteren, komt HCV vaker voor dan onder hun jongere tegenhangers. Dit laat zien dat het risico in de loop der jaren toeneemt evenals de hoge belasting door infectie in de oudere groepen (figuur 3.10).

Onder drugsgebruikers komen infecties met hepatitis B (HBV) minder vaak voor dan HCV-infecties. Bij dit virus wijst de aanwezigheid van het hepatitis B-oppervlakte-antigeen op een infectie, die zowel acuut als chronisch kan zijn. In de zeven landen met nationale gegevens is naar schatting tussen 1,5 % en 11 % van de injecterende drugsgebruikers momenteel besmet met HBV.

Injecterend drugsgebruik is ook een risicofactor voor andere infectieziekten en in 2016 zijn in Tsjechië en Luxemburg drugsgerelateerde clusters van hepatitis A gemeld. In Duitsland, Noorwegen en het Verenigd Koninkrijk zijn ook clusters en sporadische gevallen van wondbotulisme onder injecterende drugsgebruikers gerapporteerd.

Preventie van infectieziekten: effectieve maatregelen

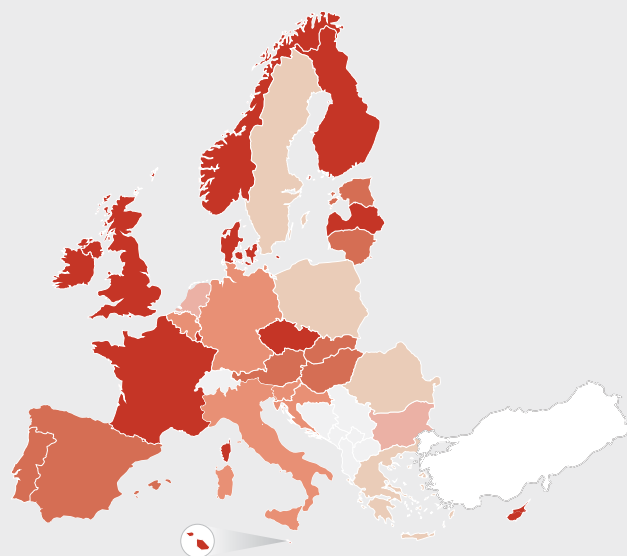
Aanbevolen maatregelen om de verspreiding van drugsgerelateerde infectieziekten onder injecterende drugsgebruikers tegen te gaan, zijn het aanbieden van opioïdensubstitutiebehandeling, verstrekking van steriel injectiemateriaal, vaccinatie, testen op infectieziekten en behandeling van hepatitis en hiv, evenals gezondheidsbevorderende interventies gericht op veiliger injectiegedrag en vermindering van risicovol seksueel gedrag.

Een opioïdensubstitutiebehandeling leidt tot een aanzienlijke daling van het infectierisico bij injecterende opioïdengebruikers. Sommige analyses wijzen op een toename van de bescherming als behandelingen met een hoge dekkinggraad gecombineerd worden met een hoog aantal uitgedeelde spuiten. De gegevens tonen aan dat spuitenruilprogramma's een effectief middel zijn om de overdracht van hiv onder injecterende drugsgebruikers te reduceren. Met uitzondering van Turkije delen alle dertig landen die door het EMCDDA worden opgevolgd steriel injectiemateriaal gratis uit op gespecialiseerde verdeelpunten. Er bestaan echter aanzienlijke verschillen tussen landen in de geografische distributie van verdeelpunten van spuiten (zie figuur 3.11). Landen verschillen ook in de mate waarin de doelgroep van de interventie wordt bereikt (figuur 3.12). Van 25 landen is informatie beschikbaar over het aantal spuiten dat in het kader van speciale programma's wordt verstrekt. Deze landen rapporteren een gezamenlijke verstrekking van 54 miljoen spuiten in het meest recente jaar waarvoor gegevens beschikbaar zijn (2015-2016). Dit is echter een zeer lage schatting, aangezien enkele grote landen zoals Duitsland, Italië en het Verenigd Koninkrijk geen volledige nationale gegevens over het verstrekken van spuiten rapporteren.

Europese landen maken ook melding van de verstrekking van andere materialen dan spuiten en naalden door gespecialiseerde drugshulpverleningsdiensten. Zo verstrekt meer dan de helft van de landen schriftelijke informatie over veiliger gebruik, condooms, desinfecterende wattenschijfjes en citroenzuur. De verstrekking van folie of pijpen voor inhalatie om deze wijze van drugsgebruik te bevorderen in plaats van injecteren wordt door acht landen gemeld, terwijl in Tsjechië gelatinecapsules worden verstrekt om het orale gebruik van methamfetamine (pervitine) te stimuleren.

FIGUUR 3.11

Geografische beschikbaarheid van spuitenruilprogramma's in de Europese Unie, Noorwegen en Turkije



Percentage territoriale eenheden met een of meer verdeelpunten

0	<20	20-39	40-59	60-79	>80
---	-----	-------	-------	-------	-----

Let op: Gebaseerd op Eurostat NUTS-3 territoriale eenheden. Waarden voor Spanje, Duitsland en Italië zijn gebaseerd op schattingen door deskundigen. Geografische beschikbaarheid weerspiegelt mogelijk niet het deel van de doelpopulatie dat door de interventie wordt bereikt.

Eliminatie van HCV: toegang tot testen en behandeling

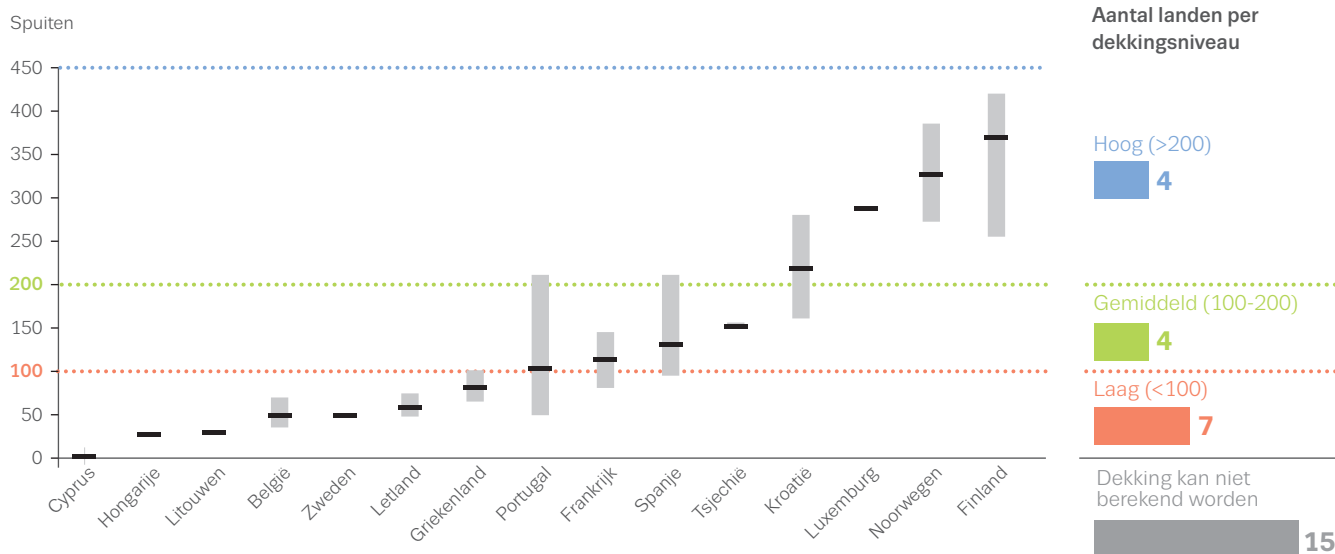
De minimumkwaliteitseisen in de EU voor interventies gericht op het terugdringen van de vraag naar drugs moedigen gemeenschapscentra aan om vrijwillige tests op via bloed overgedragen infectieziekten aan te bieden bovenop counseling inzake risicovol gedrag en hulp bij het omgaan met de ziekte. Stigmatisering en marginalisering van drugsgebruikers zijn echter belemmeringen om zich te laten testen en behandelen. Er zijn innovatieve methodes nodig om deze problemen aan te pakken, in het bijzonder een bredere toepassing van counseling en testen door getrainde zorgverleners in de gemeenschap. Daarbij moet een uitbreiding van het testen op infectieziekten ook vergezeld gaan van maatregelen die adequate verstrekking van behandeling van infecties garanderen.

Europese richtsnoeren raden aan om personen die het virus kunnen overdragen, zonder uitstel te behandelen voor HCV-infectie. Hiertoe behoren ook actieve injecterende drugsgebruikers en gedetineerden.

Nieuwe doeltreffende, beter verdraagbare, volledig orale interferonvrije kuren met onmiddellijk werkende antivirale middelen kunnen in 95 % van de gevallen tot genezing leiden. Onbeperkte toegang tot behandeling blijft

FIGUUR 3.12

Dekking van gespecialiseerde spuitenruilprogramma's: aantal spuiten per geschatte injecterende drugsgebruiker uitgedeeld



Let op: Gegevens weergegeven als puntschattingen en onzekerheidsintervallen.

zeldzaam, vanwege de hoge kosten van deze geneesmiddelen. Met ingang van oktober 2017 heeft één op de twee Europese landen zijn aanpak van preventie van en zorg bij hepatitis vastgelegd in een beleidsdocument. Klinische richtsnoeren in negen landen omvatten echter criteria die de toegang tot HCV-behandeling beperken voor personen die drugs gebruiken (bijv. 3-12 maanden vereiste onthouding).

Interventies in gevangenis: nationale beschikbaarheid verschilt

De percentages drugsgebruik onder gedetineerden liggen hoger dan onder de algemene bevolking. Ook veroorzaken de gebruikspatronen, waaronder injecteren, meer schadelijke effecten. Dit maakt gevangenis een belangrijke setting voor druggerelateerde interventies. Veel gedetineerden hebben behoefte aan complexe vormen van gezondheidszorg en in veel landen vormt een evaluatie van het drugsgebruik en druggerelateerde problemen een onderdeel van de gezondheidsscreening bij het begin van hun detentie. Uit een analyse van gegevens uit 17 Europese landen inzake de prevalentie van hiv en HCV onder personen die drugs injecteren, voor de periode

2006-2017, bleek dat de prevalentie van deze infecties in de meeste landen aanzienlijk hoger was onder ex-gedetineerden: 10 van de 17 landen in geval van hiv en 14 van de 17 in geval van HCV.

In de meeste landen is het testen op infectieziekten (hiv, HBV, HCV en tuberculose) in gevangenis mogelijk, hoewel dit beperkt kan zijn tot testen bij aanvang van de detentieperiode of enkel voor personen die reeds symptomen vertonen. Hepatitis C-behandeling wordt maar in elf landen aangeboden. In 16 landen wordt melding gemaakt van de aanwezigheid van vaccinatieprogramma's tegen hepatitis B. Het verstrekken van steriel injectiemateriaal is daarentegen minder gangbaar; vijf landen melden dat er spuitenruilprogramma's in deze setting beschikbaar zijn, maar slechts drie melden dat de interventie ook daadwerkelijk is geïmplementeerd.

Voor het implementeren van gezondheidsinterventies in gevangenis zijn twee basisbeginselen van belang: een gelijkwaardig aanbod van interventies zoals die in de samenleving worden aangeboden en de continuïteit van zorg na vrijlating. In 28 landen wordt er in gevangenis een opioïdensubstitutiebehandeling aangeboden, maar in de meeste landen is de dekking beperkt. Interventies die

gedetineerden worden aangeboden, zijn onder meer detoxificatie, individuele en groeps counseling, behandeling in therapeutische gemeenschappen of op speciale intramurale afdelingen. Vrijwel alle landen melden dat een of meer van deze behandelingsopties beschikbaar zijn. De meeste Europese landen hebben overkoepelende samenwerkingsverbanden opgezet tussen de gezondheidszorg in de gevangenis en zorgverleners in de reguliere maatschappij, om ervoor te zorgen dat er binnen de gevangenis wordt voorzien in gezondheidsvoorlichting en behandeling en dat de zorgcontinuïteit bij detentie en vrijlating gewaarborgd wordt. In alle landen worden gevangenen voorbereid op hun vrijlating en geholpen met hun sociale re-integratie. Vijf landen geven aan te beschikken over programma's ter preventie van het risico op een overdosis, dat met name hoog is bij injecterende opioïdengebruikers in de periode na vrijlating. In het kader van deze programma's wordt onder andere training aangeboden, informatie verschaft en naloxone verstrekt na vrijlating.

laten totale mortaliteitspercentages zien van 1-2 % per jaar. In het algemeen lopen opioïdengebruikers in Europa vijf tot tien keer meer gevaar te overlijden dan hun leeftijdsgenoten van hetzelfde geslacht. De toegenomen mortaliteit onder opioïdengebruikers is primair gerelateerd aan gevallen van overdosis, maar ook andere doodsoorzaken die indirect verband houden met drugsgebruik, zoals infecties, ongevallen, geweld en zelfmoord, mogen niet over het hoofd worden gezien. Een slechte gezondheid komt vaak voor, gekenmerkt door een opeenstapeling van met elkaar verbonden aandoeningen. Chronische long- en leveraandoeningen, alsook hart- en vaatziekten, komen veel voor en zijn verantwoordelijk voor een steeds hoger aantal sterfgevallen onder de oudere en meer chronische drugsgebruikers.

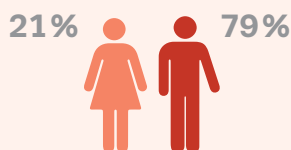
In Europa is een overdosis drugs nog steeds de eerste doodsoorzaak onder risicovolle drugsgebruikers en meer dan driekwart van de overdosislachtoffers betreft mannen (79 %). Bij het interpreteren van overdosisgegevens, met name wat het cumulatieve totaal voor de EU betreft, moet de nodige terughoudendheid worden betracht. Redenen daarvoor zijn dat er sprake is van systematische onderrapportering in een aantal landen en van registratieprocessen die tot vertragingen in de rapportage leiden. De jaarlijkse schattingen moeten daarom als een voorlopige minimumwaarde worden beschouwd.

Sterfgevallen door overdosis: stijging onder risicovolle drugsgebruikers

Drugsgebruik is een van de erkende oorzaken van vermijdbare sterfgevallen onder volwassenen in Europa. Studies onder cohorten van risicovolle drugsgebruikers

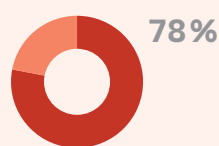
DRUGSGERELATEERDE STERFGEVALLEN

Eigenschappen

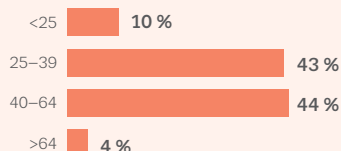


Gemiddelde leeftijd bij overlijden **39** jaar

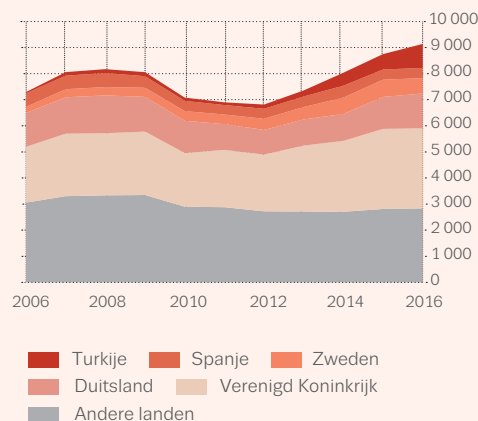
Sterfgevallen waarbij opioïden betrokken waren



Leeftijd bij overlijden



Trends bij sterfgevallen door een overdosis



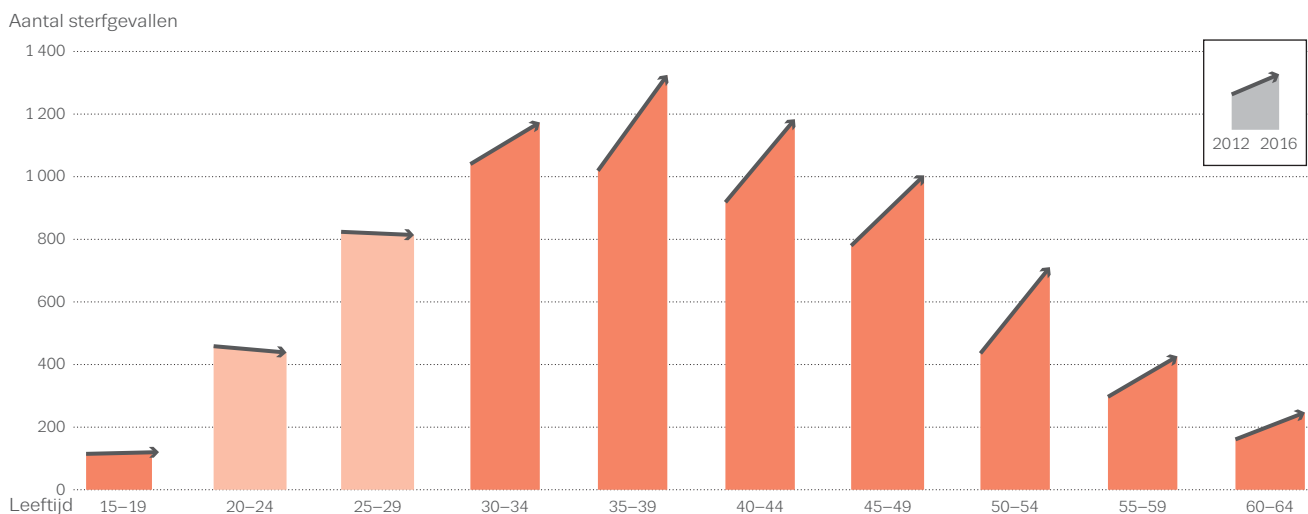
Aantal sterfgevallen



Let op: Gegevens voor de lidstaten van de Europese Unie, Turkije en Noorwegen (EU + 2).

FIGUUR 3.13

Aantal drugsgelerateerde sterfgevallen zoals gerapporteerd in de Europese Unie in 2012 en 2016, of het meest recente jaar, uitgesplitst per leeftijdscategorie



In 2016 hebben zich in de Europese Unie naar schatting ten minste 7 929 sterfgevallen door een overdosis, van een of meer illegale drugs, voorgedaan. Als Noorwegen en Turkije in dit cijfer worden opgenomen, stijgt de schatting naar 9 138 sterfgevallen, hetgeen neerkomt op een stijging van 4 % ten opzichte van het herziene cijfer van 8 749 uit 2015. In de EU is de situatie in het algemeen stabiel ten opzichte van 2015. Net als in voorgaande jaren zijn het Verenigd Koninkrijk (34 %) en Duitsland (15 %) samen verantwoordelijk voor ongeveer de helft van het totale aantal gevallen in Europa. Dit hangt mede samen met de omvang van de risicogroepen in deze landen, maar ook met onderreportage in sommige andere landen. Voor landen met relatief betrouwbare registratiesystemen en met beschikbare gegevens voor 2016 werd in Estland en Duitsland een toename waargenomen van het aantal sterfgevallen door een overdosis. In Nederland is het echter nog niet duidelijk of een grote toename in het gemelde aantal sterfgevallen door een overdosis (tot wel 91 % ten opzichte van 2014) een werkelijke toename van dergelijke sterfgevallen vertegenwoordigt of dat deze het gevolg is van andere oorzaken, zoals een andere manier van registreren. In het Verenigd Koninkrijk werd in 2015 een toename gerapporteerd, met 13 % meer sterfgevallen dan in 2014 en 21 % meer dan in 2013. Voorlopige gegevens suggereren dat deze toename zich in 2016 heeft voortgezet. De stijgende trend die gedurende enige jaren in

Zweden werd waargenomen, is in 2016 gestopt. Turkije blijft een sterke toename melden, met in 2016 een bijna twee keer zo hoog aantal als in 2014, maar dit lijkt grotendeels te worden veroorzaakt door verbeteringen op het gebied van gegevensverzameling en rapportage.

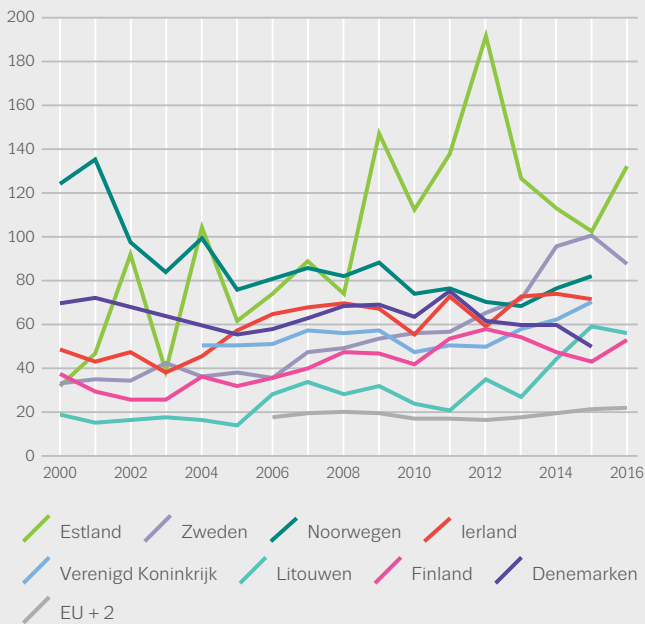
De stijgende trend in het gerapporteerde aantal sterfgevallen door een overdosis onder oudere drugsgebruikers is een afspiegeling van de ouder wordende populatie van opioïdengebruikers in Europa, die het grootste risico lopen om door een overdosis te overlijden. Tussen 2012 en 2016 nam het aantal sterfgevallen door een overdosis in de Europese Unie in alle leeftijdscategorieën ouder dan dertig jaar toe (figuur 3.12). Sterfgevallen in de leeftijdsgroepen ouder dan 50 jaar namen in totaal met 55 % toe, in vergelijking met een stijging van 25 % in het aantal sterfgevallen onder personen van 30-49 jaar. In de Europese Unie zijn de aantallen sterfgevallen door een overdosis in jongere leeftijdsgroepen in het algemeen stabiel gebleven. Uit een analyse van fatale overdoses gemeld door Turkije in 2016 blijkt een jonger profiel dan in de Europese Unie, met een gemiddelde leeftijd van 31 jaar (vergeleken met 39 jaar) en een derde van gevallen jonger dan 25 jaar.

Een overdosis blijft de meest voorkomende doodsoorzaak onder risicovolle drugsgebruikers

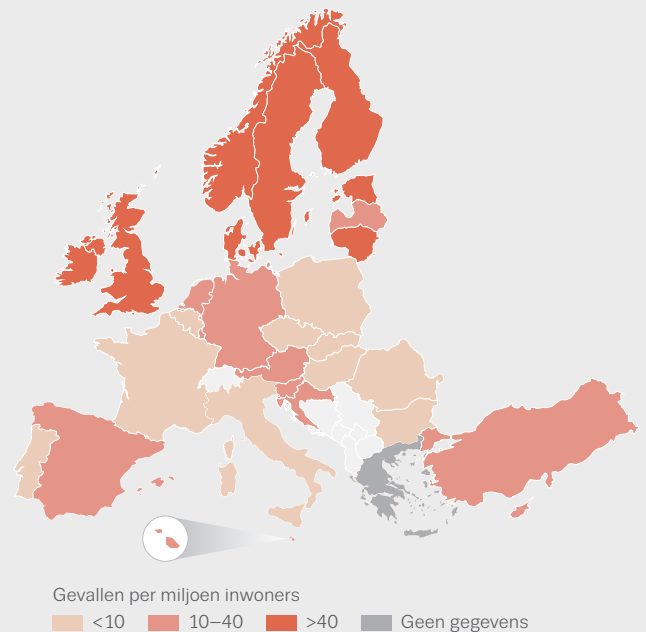
FIGUUR 3.14

Drugsgelerateerde mortaliteit onder volwassenen (15-64): geselecteerde trends en meest recente gegevens

Gevalen per miljoen inwoners



Let op: Trends in de acht landen die in 2016 of 2015 de hoogste waarden rapporteerden en algehele Europese trend. EU + 2 verwijst naar de lidstaten van de Europese Unie, Turkije en Noorwegen.



Drugsgelerateerde mortaliteit: hoogste gerapporteerde cijfers in Noord-Europa

Voor 2016 wordt de mortaliteit in Europa als gevolg van overdoses geschat op 21,8 doden per miljoen inwoners van 15-64 jaar. Bij mannen is dit cijfer (34,7 doden per miljoen mannen) bijna vier keer zo hoog als bij vrouwen (8,9 doden per miljoen vrouwen). De mortaliteit door een overdosis is het hoogst onder mannen van 35-39 jaar, met 57,4 doden per miljoen, en onder vrouwen met een leeftijd van 40-44 jaar, met 12,4 doden per miljoen. De gemiddelde leeftijd bij overlijden is echter voor zowel mannen als vrouwen 39 jaar. Nationale mortaliteitspercentages en -trends lopen sterk uiteen (figuur 3.14) en worden beïnvloed door factoren zoals prevalentie en patronen van drugsgebruik, alsook door de nationale praktijken op het gebied van rapportage, registratie van informatie en codering van sterfgevallen door een overdosis, waaronder variaties wat betreft onderrapportage, in nationale mortaliteitsdatabases. Uit de meest recente gegevens blijkt dat in acht Noord-Europese landen meer dan veertig sterfgevallen per miljoen inwoners werden gerapporteerd, waarbij de hoogste aantallen werden gemeld in Estland (132 per miljoen inwoners), Zweden (88 per miljoen inwoners), Noorwegen (81 per miljoen inwoners), Ierland (70 per miljoen inwoners) en het Verenigd Koninkrijk (70 per miljoen inwoners) (figuur 3.14).

Fatale overdoses: aan opioïdengebruik gerelateerde sterfgevallen overheersen

Bij de meeste gerapporteerde Europese gevallen van een fatale overdosis spelen heroïne of metabolieten daarvan een rol, vaak in combinatie met andere stoffen. Uit de meest recente gegevens blijkt een toename van het aantal aan heroïne gerelateerde sterfgevallen in Europa, met name in het Verenigd Koninkrijk, waar in de meeste sterfgevallen door een overdosis (87 %) een vorm van een opioïde was betrokken. In Engeland en Wales was in 2015 bij 1 177 sterfgevallen sprake van het gebruik van heroïne of morfine. Dit komt neer op een stijging van 18 % ten opzichte van vorig jaar en een stijging van 44 % ten opzichte van 2013. Ook in Schotland (Verenigd Koninkrijk) is het aantal aan heroïne of morfine gerelateerde sterfgevallen toegenomen, met 473 van deze gevallen gemeld in 2016, wat een stijging is van 37 % ten opzichte van het voorgaande jaar. In Frankrijk was heroïne in 2015 betrokken bij 30 % van de sterfgevallen door een overdosis vergeleken met 15 % in 2012. Toxicologische rapporten vermelden regelmatig ook andere opioïden. Deze stoffen, voornamelijk methadon maar ook buprenorfine (Finland), fentanylderivaten (met name in Estland) en tramadol, worden in sommige landen in verband gebracht met een substantieel aantal sterfgevallen als gevolg van een overdosis.

Stimulerende middelen zoals cocaïne, amfetamines, MDMA en cathinonen worden in Europa minder vaak in

verband gebracht met sterfgevallen door een overdosis. De significantie van deze middelen verschilt echter per land. In het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales) is het aantal sterfgevallen waarbij cocaïne betrokken was, gestegen van 169 in 2013 naar 340 in 2015, hoewel in een groot aantal van deze gevallen het vermoeden bestaat dat het gaat om overdoses heroïne bij personen die ook crack gebruikten. Van de in 2016 geregistreerde sterfgevallen in verband met stimulerende middelen in Turkije hielden 100 gevallen verband met cocaïne, 98 gevallen met amfetamines en 252 gevallen met MDMA. Ook Turkije meldde een sterke toename in het aantal sterfgevallen toegeschreven aan synthetische cannabinoïden: van 137 in 2015 tot 373 in 2016. In het Verenigd Koninkrijk blijft het aantal sterfgevallen waarbij nieuwe psychoactieve stoffen zijn betrokken relatief laag, maar is sinds 2010 toegenomen, met name in Schotland.

Overdoses en drugsgerelateerde sterfte: interventies gericht op preventie

Het terugdringen van morbiditeit en mortaliteit is een grote uitdaging voor de volksgezondheid in Europa. Een bredere maatregel op het gebied van de volksgezondheid richt zich op vermindering van de kwetsbaarheid van de personen die drugs gebruiken, in het bijzonder door het wegnemen van obstakels en de hulpverlening toegankelijk maken, en door drugsgebruikers in staat te stellen minder risico's te nemen (figuur 3.15). Beoordeling van het risico van

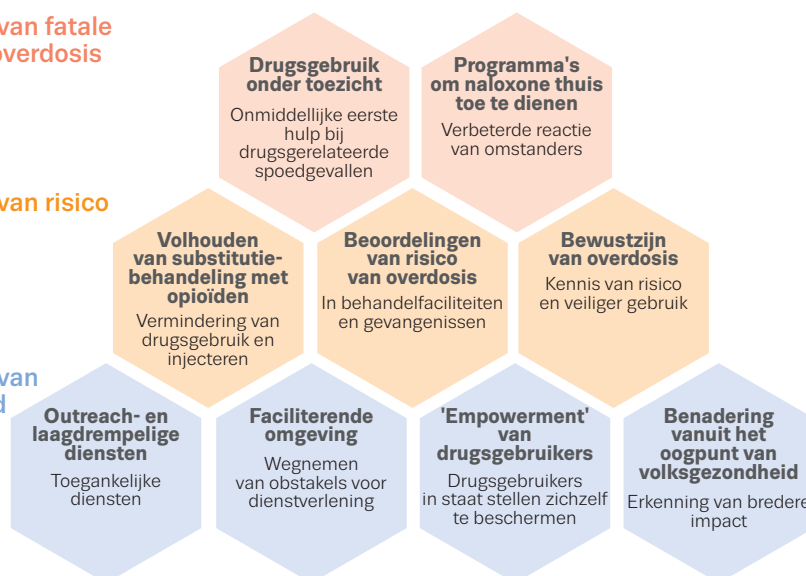
FIGUUR 3.15

Belangrijkste benaderingen voor vermindering van aan opioïdengebruik gerelateerde sterfgevallen

Vermindering van fatale uitkomst van overdosis

Vermindering van risico van overdosis

Vermindering van kwetsbaarheid



overdosis onder drugsgebruikers en hen meer bewust te maken van het risico van overdosis, samen met verstrekken van doeltreffende drugsbehandeling, helpt het optreden van overdoses te voorkomen. Met name perioden van een verhoogd risico, zoals vrijlating uit detentie en ontslag of uitval uit behandeling, vereisen aandacht. Interventies zoals faciliteiten voor drugsgebruik onder toezicht evenals programma's voor thuisgebruik van naloxone zijn zeer gerichte maatregelen met als doel verbetering van de kans om een overdosis te overleven.

Faciliteiten voor drugsgebruik onder toezicht zijn ruimten waar drugsgebruikers drugs kunnen gebruiken onder hygiënische en veiliger omstandigheden. Deze interventie is gericht op zowel het voorkomen van het optreden van overdoses als het zorgen voor professionele ondersteuning als zich een overdosis voordoet. Deze faciliteiten bieden doorgaans toegang tot uiteenlopende medische en maatschappelijke diensten, evenals verwijzing naar drugsbehandeling, en kunnen moeilijk te bereiken groepen drugsgebruikers aantrekken. Individuele faciliteiten houden toezicht op een groot deel van het gebruik, dat anders op straat of onder andere risicovolle omstandigheden zou hebben plaatsgevonden. Er komt steeds meer bewijs voor het positieve effect hiervan, zoals minder risicovol gedrag, minder mortaliteit door overdosis en overdracht van infecties, evenals een betere toegang voor drugsgebruikers tot behandeling en andere gezondheids- en sociale diensten. Tegelijkertijd kan dit helpen drugsgebruik in het openbaar tegen te gaan en openbare faciliteiten te verbeteren in gebieden rond stedelijke drugsmarkten. Momenteel zijn er in 56 steden in zes EU-lidstaten en Noorwegen in totaal 78 van dit soort faciliteiten aanwezig. In Duitsland, waar dergelijke faciliteiten sinds het begin van de jaren negentig bestaan, is de wetgeving onlangs herzien waardoor vormen van minder risicovol gebruik onder toezicht zijn toegestaan, zoals snuiven, roken en inhaleren. Daarnaast is in twee van de 16 federale staten een begin gemaakt met het toestaan van het gebruik ervan door personen die een substitutiebehandeling krijgen.

Naloxone: programma's voor thuisgebruik

Naloxone is een opioïde-antagonist die de effecten van een overdosis door opioïden ongedaan kan maken. Het wordt gebruikt op spoedafdelingen in ziekenhuizen, door ambulancepersoneel en medewerkers van andere diensten die regelmatig in contact komen met drugsgebruikers. In de afgelopen jaren zijn programma's voor thuisgebruik van naloxone uitgebreid, waardoor het middel beschikbaar is gekomen voor opioïdengebruikers, hun partners, vrienden en familieleden, in combinatie met voorlichting om een overdosis te herkennen en erop te kunnen reageren. In 2017 bestonden in tien Europese landen 16 programma's voor thuisgebruik van naloxone. Uit een [systematische beoordeling](#) van de doeltreffendheid van de programma's om naloxone thuis toe te dienen is gebleken dat overdosisgerelateerde mortaliteit beperkt wordt door het verstrekken van naloxone voor thuisgebruik in combinatie met interventies die gericht zijn op educatie en voorlichting. Bepaalde populaties met een verhoogd risico op een overdosis, zoals recentelijk vrijgelaten ex-gedetineerden, kunnen hier bijzonder veel profijt van hebben. In Estland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk gelden de programma's voor thuisgebruik ook voor gedetineerden en in 2018 gaat in Noorwegen een programma voor naloxoneverstrekking in gevangenissen van start.

Drugshulpverlening en gezondheidsdiensten verstrekken naloxone doorgaans als generieke injecteerbare naloxone (0,4 of 1 mg/1 ml) in ampullen of voorgevulde spuitjes. In Frankrijk, waar sinds 2016 op proef een geconcentreerdere nasale toedieningswijze van het middel (0,9 mg/0,1 ml) wordt gebruikt, is voor het middel in juli 2017 een handelsvergunning verleend. Hierdoor kan het nu gemakkelijk op grotere schaal worden gebruikt. De Europese Commissie ging in november 2017 akkoord met het op de markt brengen van een neusspray in de Europese Unie, Noorwegen, IJsland en Liechtenstein. De spray bevat 1,8 mg naloxon in een 0,1 ml-oplossing.

**Vermindering van
de morbiditeit en mortaliteit
door een overdosis is een
belangrijke uitdaging voor
de volksgezondheid**

MEER INFORMATIE

EMCDDA-publicaties

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.

Gezamenlijke publicaties van het EMCDDA en het 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 publicaties zijn beschikbaar op www.emcdda.europa.eu/publications

Bijlage

Nationale gegevens voor schattingen van de prevalentie van drugsgebruik, inclusief problematisch opioïdengebruik, substitutiebehandelingen, totaal aantal cliënten in behandeling, cliënten die zich voor behandeling melden, injecterend drugsgebruik, drugsgelateerde sterfgevallen, drugsgelateerde infectieziekten, uitdelen van spuiten en inbeslagnames. De gegevens zijn ontleend aan en vormen een subgroep van het **Statistical Bulletin 2018** van het EMCDDA. Daar zijn overigens ook opmerkingen en metagegevens beschikbaar. De jaren waarop de gegevens betrekking hebben, worden aangegeven.

TABEL A1

Opioiden

Land	Problematisch opioïdengebruik (schatting)		Personen die zich gedurende het jaar voor behandeling hebben gemeld						Cliënten in substitutiebehandeling
			Opioïdencliënten als % van diegenen die zich melden voor behandeling			% van opioïdencliënten dat injecteert (de belangrijkste wijze van toediening)			
			Allen die zich melden voor behandeling	Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling	Gebruikers die al eerder zijn behandeld	Allen die zich melden voor behandeling	Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling	Gebruikers die al eerder zijn behandeld	
Jaar van schatting	gevallen per 1000	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	aantal	
België	–	–	25 (2625)	9,4 (366)	34,3 (2114)	14,1 (331)	10,1 (35)	14,3 (272)	16 560
Bulgarije	–	–	73,5 (1261)	52,5 (93)	92,7 (531)	68,2 (542)	56,5 (52)	67,6 (356)	3 338
Tsjechië	2016	1,7–1,9	17 (1720)	7 (333)	25,9 (1387)	82,6 (1412)	79,8 (264)	83,2 (1148)	5 000
Denemarken	–	–	12,7 (543)	6,7 (134)	18,5 (396)	22,4 (103)	3,3 (4)	29,9 (99)	7 050
Duitsland	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
Ierland	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
Griekenland	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
Spanje	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
Frankrijk	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
Kroatië	2015	2,5–4,0	–	22,1 (170)	–	–	37,7 (61)	–	4 256
Italië	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
Cyprus	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
Litouwen	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
Luxemburg	2015	4,46	48,7 (129)	15,4 (10)	55,2 (80)	46,4 (58)	55,6 (5)	52,6 (41)	1 085
Hongarije	2010–11	0,4–0,5	4,8 (198)	1,6 (44)	13,5 (146)	46,5 (87)	42,9 (18)	48,6 (69)	669
Malta	2016	5,1–6,0	71,7 (1 290)	27,4 (72)	79,3 (1 218)	61,1 (738)	47,7 (21)	61,7 (717)	1 030
Nederland	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Oostenrijk	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
Roemenië	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
Slovenië	2016	3,2–3,9	82,2 (221)	55,3 (26)	88,2 (195)	52 (115)	23,1 (6)	55,9 (109)	3 042
Slowakije	–	–	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
Zweden (¹)	–	–	23,7 (8 602)	15,6 (1 976)	28,1 (6 626)	–	–	–	4 136
Verenigd Koninkrijk	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
Turkije	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)	–
Noorwegen (²)	2013	2,0–4,2	18,1 (1 033)	12,6 (343)	23 (690)	–	–	–	7 554
Europese Unie	–	–	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, Turkije en Noorwegen	–	–	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

Gegevens over personen die zich voor behandeling hebben gemeld, zijn van 2016 of het meest recente jaar waarover informatie beschikbaar is: Tsjechië, 2014; Denemarken, Spanje, Nederland en Turkije, 2015.

Gegevens over cliënten in substitutiebehandeling zijn voor 2016 of het meest recente beschikbare jaar: Denemarken, Spanje, Hongarije, Polen en Finland, 2015; Nederland, 2014; Turkije, 2011. Het aantal voor Zweden vertegenwoordigt niet alle cliënten.

(¹) Gegevens voor cliënten die zich voor het eerst melden voor een behandeling, hebben alleen betrekking op zorg geleverd in het ziekenhuis en in gespecialiseerde faciliteiten voor ambulante zorg.

(²) Het percentage cliënten in behandeling voor problemen in verband met opioïden is een minimumwaarde, waarbij geen rekening wordt gehouden met opioïdencliënten die als polydruggebruikers geregistreerd zijn.

TABEL A2

COCAÏNE

Land	Prevalentieschattingen				Personen die zich gedurende het jaar voor behandeling hebben gemeld					
	Algemene bevolking			Scholieren	Cocainecliënten als % van diegenen die zich melden voor behandeling			% van cocainecliënten dat injecteert (de belangrijkste wijze van toediening)		
	Jaar van enquête	'Ooit'-gebruik, volwassenen (15-64)	Laatste 12 maanden, jongvolwassenen (15-34)	'Ooit'-gebruik, scholieren (15-16)	Allen die zich melden voor behandeling	Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling	Gebruikers die al eerder zijn behandeld	Alle cliënten	Gebruikers die al eerder zijn behandeld	Gebruikers die al eerder zijn behandeld
	%	%	%	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)
België	2013	–	0,9	2	21,7 (2 277)	21,8 (851)	21,0 (1 299)	4,7 (95)	1,1 (8)	7,1 (80)
Bulgarije	2016	0,9	0,5	5	2 (34)	5,1 (9)	0,7 (4)	6,7 (1)	0 (0)	0 (0)
Tsjechië	2016	1,4	0,7	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Denemarken ⁽¹⁾	2017	6,4	3,9	2	7,1 (306)	7,2 (144)	7,4 (158)	3,3 (8)	1,7 (2)	5 (6)
Duitsland ⁽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)	–	–	–	–
Ierland	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)
Griekenland ⁽²⁾	2015	1,3	0,6	1	6,8 (292)	8,8 (152)	5,5 (139)	10,7 (31)	2 (3)	20,3 (28)
Spanje	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)
Frankrijk	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)
Kroatië	2015	2,7	1,6	2	–	2,9 (22)	–	–	–	–
Italië	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)
Cyprus	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)
Litouwen	2016	0,7	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,4 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Luxemburg	2014	2,5	0,6	3	17 (45)	12,3 (8)	19,3 (28)	39,5 (17)	14,3 (1)	46,4 (13)
Hongarije ⁽²⁾	2015	1,2	0,9	2	2,7 (112)	3 (83)	1,8 (20)	1,8 (2)	0 (0)	10 (2)
Malta	2013	0,5	–	3	14,6 (263)	34,2 (90)	11,3 (173)	10,7 (28)	3,3 (3)	14,6 (25)
Nederland	2016	5,9	3,7	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Oostenrijk	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)
Roemenië	2016	0,7	0,2	3	1 (36)	1,3 (31)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenië	2012	2,1	1,2	2	6,3 (17)	14,9 (7)	4,5 (10)	11,8 (2)	–	20 (2)
Slowakije	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)
Zweden ^(1,3)	2013	–	1,2	1	1,2 (438)	2,4 (300)	0,6 (138)	–	–	–
Verenigd Koninkrijk ^(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)
Turkije	–	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Noorwegen ⁽¹⁾	2016	3,8	1,3	1	1,2 (66)	1,7 (45)	0,7 (21)	–	–	–
Europese Unie	–	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, Turkije en Noorwegen	–	–	–	–	14 (67 377)	16,4 (30 319)	12,5 (34 393)	5,2 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)

Prevalentieschattingen voor scholieren zijn ontleend aan de ESPAD-enquête 2015, met uitzondering van België (2016; alleen Vlaanderen), Spanje (2016), Duitsland (2011), Italië (2016), Luxemburg (2010; leeftijd 15 jaar), Zweden (2016) en het Verenigd Koninkrijk (2014, alleen Engeland, leeftijd 15 jaar). Vanwege onzekerheden omtrent de procedures voor gegevensverzameling zijn de gegevens van Letland mogelijk niet vergelijkbaar.

Gegevens over personen die zich voor behandeling hebben gemeld, zijn van 2016 of het meest recente jaar: Tsjechië, 2014; Denemarken, Spanje, Nederland en Turkije, 2015.

⁽¹⁾ Leeftijdscategorie voor prevalentieschattingen voor de algemene bevolking: 16-64, 16-34.

⁽²⁾ Leeftijdscategorie voor prevalentieschattingen onder de algemene bevolking: 18-64, 18-34.

⁽³⁾ Gegevens voor cliënten die zich melden voor een behandeling, hebben allen betrekking op in het ziekenhuis geleverde zorg en in gespecialiseerde faciliteiten voor ambulante zorg.

⁽⁴⁾ De prevalentieschattingen voor de algemene bevolking hebben enkel betrekking op Engeland en Wales.

TABEL A3

AMFETAMINES

Land	Prevalentieschattingen				Personen die zich gedurende het jaar voor behandeling hebben gemeld					
	Algemene bevolking			Scholieren	Amfetaminecliënten als % van diegenen die zich meldden voor behandeling			% van amfetaminecliënten dat injecteert (de belangrijkste wijze van toediening)		
	Jaar van enquête	'Ooit'-gebruik, volwassenen (15-64)	Laatste 12 maanden, jongvolwassenen (15-34) %	'Ooit'-gebruik, scholieren (15-16)	Allen die zich meldden voor behandeling	Gebruikers die zich voor het eerst meldden voor behandeling	Gebruikers die al eerder zijn behandeld	Allen die zich meldden voor behandeling	Gebruikers die zich voor het eerst meldden voor behandeling	Gebruikers die al eerder zijn behandeld
	%	%	%	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)
België	2013	–	0,5	2	9,3 (978)	7,2 (282)	10,9 (672)	11,1 (88)	2,5 (6)	14,8 (80)
Bulgarije	2016	1,5	1,8	6	11,4 (195)	15,3 (27)	3 (17)	17,6 (9)	7,4 (2)	23,5 (4)
Tsjechië	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)
Denemarken (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)
Duitsland (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)
Ierland	2015	4,1	0,6	3	0,6 (55)	0,7 (24)	0,6 (29)	12,7 (7)	16,7 (4)	10,3 (3)
Griekenland	–	–	–	2	0,7 (28)	0,8 (14)	0,6 (14)	10,7 (3)	14,3 (2)	7,1 (1)
Spanje	2015	3,6	1,0	2	1,4 (674)	1,6 (382)	1,2 (243)	1,1 (7)	0,8 (3)	1,7 (4)
Frankrijk	2014	2,2	0,7	2	0,4 (182)	0,4 (57)	0,4 (68)	11,6 (18)	–	13,6 (8)
Kroatië	2015	3,5	2,3	3	–	4,8 (37)	–	–	–	–
Italië	2017	2,4	0,3	2	0,3 (126)	0,4 (87)	0,1 (39)	2,5 (3)	1,2 (1)	5,7 (2)
Cyprus	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)
Litouwen	2016	1,2	0,5	1	2,7 (64)	5,2 (17)	2,2 (44)	30 (18)	41,2 (7)	41,2 (7)
Luxemburg	2014	1,6	0,1	1	0,8 (2)	3,1 (2)	–	–	–	–
Hongarije (²)	2015	1,7	1,4	3	12,4 (507)	13,1 (366)	10,5 (114)	6,3 (31)	6,1 (22)	7,2 (8)
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (4)	0,8 (2)	0,1 (2)	25 (1)	–	50 (1)
Nederland	2016	5,3	3,6	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Oostenrijk	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)	–
Roemenië	2016	0,3	0,1	1	0,6 (22)	0,6 (14)	0,7 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenië	2012	0,9	0,8	1	1,9 (5)	4,3 (2)	1,4 (3)	40 (2)	–	66,7 (2)
Slowakije	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)
Zweden (¹,³)	2013	–	1,3	1	5,9 (2 152)	7,4 (937)	5,1 (1 215)	–	–	–
Verenigd Koninkrijk (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)
Turkije	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Noorwegen (¹)	2016	3,4	0,5	1	13,2 (756)	9,4 (254)	16,7 (502)	–	–	–
Europese Unie	–	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, Turkije en Noorwegen	–	–	–	–	7,3 (35 222)	8,1 (14 963)	7,2 (19 869)	15,1 (7 304)	16,6 (3 180)	14 (4 088)

Prevalentieschattingen voor scholieren zijn ontleend aan de ESPAD-enquête 2015, met uitzondering van België (2016; alleen Vlaanderen), Spanje (2016), Duitsland (2011), Italië (2016), Luxemburg (2010; leeftijd 15 jaar), Zweden (2016) en het Verenigd Koninkrijk (2014, alleen Engeland, leeftijd 15 jaar). Vanwege onzekerheden omtrent de procedures voor gegevensverzameling zijn de gegevens van Letland mogelijk niet vergelijkbaar.

Gegevens over personen die zich voor behandeling hebben gemeld, zijn van 2016 of het meest recente jaar: Tsjechië, 2014; Denemarken, Spanje, Nederland en Turkije, 2015. Gegevens voor Duitsland, Zweden en Noorwegen hebben betrekking op gebruikers van 'andere stimulerende middelen dan cocaïne'.

(¹) Leeftijdscategorie voor prevalentieschattingen voor de algemene bevolking: 16-64, 16-34.

(²) Leeftijdscategorie voor prevalentieschattingen onder de algemene bevolking: 18-64, 18-34.

(³) Gegevens voor cliënten die zich melden voor een behandeling, hebben allen betrekking op in het ziekenhuis geleverde zorg en in gespecialiseerde faciliteiten voor ambulante zorg.

(⁴) De prevalentieschattingen voor de algemene bevolking hebben enkel betrekking op Engeland en Wales.

TABEL A4

MDMA

Land	Prevalentieschattingen				Personen die zich gedurende het jaar voor behandeling hebben gemeld		
	Algemene bevolking			Scholieren	MDMA-cliënten als % van diegenen die zich meldden voor behandeling		
	Jaar van enquête	'Ooit'-gebruik, volwassenen (15-64) %	Laatste 12 maanden, jongvolwassenen (15-34) %	'Ooit'-gebruik, scholieren (15-16) %	Allen die zich meldden voor behandeling % (aantal)	Gebruikers die zich voor het eerst meldden voor behandeling % (aantal)	Gebruikers die al eerder zijn behandeld % (aantal)
België	2013	–	0,8	2	0,5 (48)	0,8 (31)	0,3 (16)
Bulgarije	2016	2,1	3,1	5	0,7 (12)	1,1 (2)	0 (0)
Tsjechië	2016	7,1	4,1	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Denemarken (¹)	2017	3,2	1,5	1	0,7 (28)	1 (21)	0,3 (7)
Duitsland (²)	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estland	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Ierland	2015	9,2	4,4	4	0,6 (51)	1,1 (39)	0,2 (11)
Griekenland (²)	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Spanje	2015	3,6	1,3	2	0,3 (157)	0,6 (131)	0,1 (19)
Frankrijk	2014	4,2	2,3	2	0,4 (187)	0,6 (85)	0,3 (53)
Kroatië	2015	3,0	1,4	2	–	1 (8)	–
Italië	2017	2,8	0,9	2	0,2 (79)	0,2 (40)	0,1 (39)
Cyprus	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)
Litouwen	2016	1,7	1,0	2	0,2 (4)	0,6 (2)	0,1 (2)
Luxemburg	2014	1,9	0,4	1	0,8 (2)	1,5 (1)	0,7 (1)
Hongarije (²)	2015	4,0	2,1	2	1,8 (73)	1,8 (50)	1,7 (18)
Malta	2013	0,7	–	2	1 (18)	–	1,2 (18)
Nederland	2016	9,2	7,4	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Oostenrijk	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)
Roemenië	2016	0,5	0,2	2	0,6 (21)	0,8 (19)	0,2 (2)
Slovenië	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Slowakije	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)
Zweden (¹)	2013	–	1,0	1	–	–	–
Verenigd Koninkrijk (¹,³)	2016	9,0	2,6	3	0,5 (599)	1,1 (404)	0,2 (193)
Turkije	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Noorwegen (¹)	2016	2,7	1,6	1	–	–	–
Europese Unie	–	4,1	1,8	–	0,3 (1 442)	0,5 (951)	0,2 (424)
EU, Turkije en Noorwegen	–	–	–	–	0,3 (1 548)	0,6 (1 028)	0,2 (453)

Prevalentieschattingen voor scholieren zijn ontleend aan de ESPAD-enquête 2015, met uitzondering van België (2016; alleen Vlaanderen), Spanje (2016), Duitsland (2011), Italië (2016), Luxemburg (2010; leeftijd 15 jaar), Zweden (2016) en het Verenigd Koninkrijk (2014, alleen Engeland, leeftijd 15 jaar). Vanwege onzekerheden omtrent de procedures voor gegevensverzameling zijn de gegevens van Letland mogelijk niet vergelijkbaar.

Gegevens over personen die zich voor behandeling hebben gemeld, zijn van 2016 of het meest recente jaar: Tsjechië, 2014; Denemarken, Spanje, Nederland en Turkije, 2015.

(¹) Leeftijdscategorie voor prevalentieschattingen voor de algemene bevolking: 16-64, 16-34.

(²) Leeftijdscategorie voor prevalentieschattingen onder de algemene bevolking: 18-64, 18-34.

(³) De prevalentieschattingen voor de algemene bevolking hebben enkel betrekking op Engeland en Wales.

TABEL A5

CANNABIS

Land	Prevalentieschattingen				Personen die zich gedurende het jaar voor behandeling hebben gemeld		
	Algemene bevolking			Scholieren	Cannabiscliënten als % van diegenen die zich melden voor behandeling		
	Jaar van enquête	'Ooit'-gebruik, volwassenen (15-64)	Laatste 12 maanden, jongvolwassenen (15-34)	'Ooit'-gebruik, scholieren (15-16)	Allen die zich melden voor behandeling	Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling	Gebruikers die al eerder zijn behandeld
	%	%	%	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	
België	2013	15,0	10,1	18	33,9 (3 565)	51,7 (2 016)	23,7 (1 456)
Bulgarije	2016	8,3	10,3	27	4,7 (80)	8,5 (15)	2,1 (12)
Tsjechië	2016	26,6	19,4	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Denemarken (1)	2017	38,4	15,4	12	69,6 (2 983)	76 (1 529)	62,9 (1 345)
Duitsland (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)
Ierland	2015	27,9	13,8	19	26,6 (2 381)	41,2 (1 450)	16,8 (852)
Griekenland (2)	2015	11,0	4,5	9	23 (984)	39,7 (687)	11,7 (295)
Spanje	2015	31,5	17,1	31	33,1 (15 676)	47 (11 185)	17,7 (3 448)
Frankrijk	2016	41,4	21,5	31	62,5 (28 998)	77,9 (11 601)	42,3 (7 240)
Kroatië	2015	19,4	16,0	21	-	59,5 (458)	-
Italië	2017	33,1	20,7	19	20,3 (9 872)	29,6 (6 394)	12,9 (3 478)
Cyprus	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)
Litouwen	2016	10,8	6,0	18	6,7 (159)	27,1 (89)	3,2 (66)
Luxemburg	2014	23,3	9,8	16	32,8 (87)	67,7 (44)	24,8 (36)
Hongarije (2)	2015	7,4	3,5	13	56,7 (2 323)	63 (1 763)	40,7 (441)
Malta	2013	4,3	–	13	10,7 (193)	31,2 (82)	7,2 (111)
Nederland	2016	25,2	15,7	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Oostenrijk	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)
Roemenië	2016	5,8	5,8	8	48,5 (1 719)	64,6 (1 564)	13,4 (149)
Slovenië	2012	15,8	10,3	25	4,1 (11)	14,9 (7)	1,8 (4)
Slowakije	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)
Zweden (1,3)	2016	15,1	7,3	5	10,9 (3 958)	16,7 (2 112)	7,8 (1 846)
Verenigd Koninkrijk (1,4)	2016	29,6	11,5	19	25,2 (29 350)	45,2 (17 342)	15,3 (11 916)
Turkije	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Noorwegen (1)	2016	20,6	8,6	7	29 (1 660)	37,6 (1 021)	21,3 (639)
Europese Unie	–	26,3	14,1	–	32,1 (148 793)	46,3 (81 720)	20,9 (55 625)
EU, Turkije en Noorwegen	–	–	–	–	31,5 (151 106)	45,1 (83 157)	20,5 (56 501)

Prevalentieschattingen voor scholieren zijn ontleend aan de ESPAD-enquête 2015, met uitzondering van België (2016; alleen Vlaanderen), Spanje (2016), Duitsland (2011), Italië (2016), Luxemburg (2010; leeftijd 15 jaar), Zweden (2016) en het Verenigd Koninkrijk (2014, alleen Engeland, leeftijd 15 jaar). Vanwege onzekerheden omtrent de procedures voor gegevensverzameling zijn de gegevens van Letland mogelijk niet vergelijkbaar.

Gegevens over personen die zich voor behandeling hebben gemeld, zijn van 2016 of het meest recente jaar: Tsjechië, 2014; Denemarken, Spanje, Nederland en Turkije, 2015.

(1) Leeftijdscategorie voor prevalentieschattingen voor de algemene bevolking: 16-64, 16-34.

(2) Leeftijdscategorie voor prevalentieschattingen onder de algemene bevolking: 18-64, 18-34.

(3) Gegevens voor cliënten die zich melden voor een behandeling, hebben allen betrekking op in het ziekenhuis geleverde zorg en in gespecialiseerde faciliteiten voor ambulante zorg.

(4) De prevalentieschattingen voor de algemene bevolking hebben enkel betrekking op Engeland en Wales.

TABEL A6

ANDERE INDICATOREN

Land	Drugsgelateerde sterfgevallen (leeftijd 15-64)	Hiv-diagnoses toegeschreven aan injecterend drugsgebruik (ECDC)	Schatting injecterend drugsgebruik		Injectiespuiten verstrekt via speciale programma's
	gevallen per miljoen inwoners (aantal)	gevallen per miljoen inwoners (aantal)	jaar van schatting	gevallen per 1 000 inwoners	aantal
België	8 (60)	0,3 (3)	2015	2,3–4,6	1 131 324
Bulgarije	4 (21)	3,1 (22)	–	–	214 865
Tsjechië	4 (30)	0,7 (7)	2016	6,1–6,4	6 477 941
Denemarken	49 (181)	1,6 (9)	–	–	–
Duitsland	24 (1 274)	1,5 (127)	–	–	–
Estland	132 (113)	22,8 (30)	–	–	2 070 169
Ierland (¹)	70 (215)	4,4 (21)	–	–	393 275
Griekenland	– (–)	7,4 (80)	2016	0,5–0,8	335 903
Spanje (²)	13 (390)	2,4 (113)	2015	0,2–0,5	1 435 882
Frankrijk (¹)	7 (291)	0,7 (49)	2015	2,1–3,8	12 314 781
Kroatië	20 (56)	0 (0)	2015	1,8–2,9	278 791
Italië	7 (263)	1,6 (96)	–	–	–
Cyprus	10 (6)	2,4 (2)	2016	0,2–0,4	22
Letland	14 (18)	31,5 (62)	2012	7,3–11,7	720 494
Litouwen	56 (107)	28,7 (83)	2016	4,4–4,9	240 061
Luxemburg	13 (5)	33 (19)	2015	3,8	424 672
Hongarije	4 (26)	0,3 (3)	2015	1	171 097
Malta	17 (5)	2,3 (1)	–	–	333 135
Nederland	19 (209)	0,1 (1)	2015	0,07–0,09	–
Oostenrijk	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
Roemenië (³)	1 (19)	4,2 (83)	–	–	1 495 787
Slovenië	29 (40)	0,5 (1)	–	–	567 233
Slowakije	5 (19)	0,2 (1)	–	–	357 705
Finland	53 (184)	1,1 (6)	2012	4,1–6,7	5 781 997
Zweden	88 (543)	2,6 (26)	–	–	386 953
Verenigd Koninkrijk (⁴)	70 (2 942)	1,6 (107)	2004–11	2,9–3,2	–
Turkije	15 (779)	0,1 (8)	–	–	–
Noorwegen	81 (278)	1,5 (8)	2015	2,2–3,1	2 919 344
Europese Unie	22,4 (7 443)	2,0 (1 027)	–	–	–
EU, Turkije en Noorwegen	21,8 (8 500)	1,8 (1 043)	–	–	–

Vanwege problemen met codering, dekking en onderrapportage in sommige landen moet de nodige voorzichtigheid worden betracht bij het vergelijken van drugsgelateerde sterfgevallen.

(¹) Het aantal spuiten dat in het kader van speciale programma's werd uitgedeeld, heeft betrekking op 2014.

(²) Het aantal spuiten dat in het kader van speciale programma's werd uitgedeeld, heeft betrekking op 2015.

(³) Drugsgelateerde sterfgevallen; subnationale dekking.

(⁴) Gegevens over spuiten (Verenigd Koninkrijk): Engeland, geen gegevens; Schotland 4 742 060 en Wales 3 100 009 (beide in 2016); Noord-Ierland, 309 570 (2015).

TABEL A7

INBESLAGNAMES

Land	Heroïne		Cocaïne		Amfetamines		MDMA	
	Onderschepte hoeveelheid	Aantal inbeslagnames	Onderschepte hoeveelheid	Aantal inbeslagnames	Onderschepte hoeveelheid	Aantal inbeslagnames	Onderschepte hoeveelheid	Aantal inbeslagnames
	kg	aantal	kg	aantal	kg	aantal	pillen (kg)	aantal
België	99	2 098	30 295	4 369	43	2 833	179 393 (29)	1 692
Bulgarije	582	30	84	19	94	30	283 (181)	16
Tsjechië	19	73	40	131	94	1 403	47 256 (3)	255
Denemarken	16	568	119	4 115	387	2 445	13 810 (7)	1 104
Duitsland	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
Ierland	–	758	–	364	–	63	– (–)	204
Griekenland	219	2 306	166	526	3	132	9 522 (2)	74
Spanje	253	7 205	15 629	41 531	520	5 004	394 211 (–)	3 486
Frankrijk	1 080	4 312	8 532	9 480	352	1 152	1 236 649 (–)	3 461
Kroatië	120	148	13	400	23	772	– (10)	847
Italië	497	2 436	4 136	7 101	15	244	12 587 (10)	378
Cyprus	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
Litouwen	28	296	3	67	10	253	– (8)	101
Luxemburg	3	132	2	207	0,5	6	17 639 (–)	20
Hongarije	2	34	25	229	25	840	79 702 (2)	461
Malta	0,3	46	21	202	0,4	28	3 739 (–)	73
Nederland	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Oostenrijk	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
Roemenië	4	342	2 321	138	2	112	14 871 (0,2)	355
Slovenië	7	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Slowakije	0,06	48	1	36	5	762	8 705 (0,02)	84
Finland	0,3	146	19	263	192	1 814	127 680 (–)	745
Zweden	34	599	106	2 939	450	5 365	80 559 (15)	1 848
Verenigd Koninkrijk	844	11 075	5 697	18 875	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Turkije	5 585	8 179	845	1 476	3 631	4 048	3 783 737 (–)	5 259
Noorwegen	13	998	104	1 233	465	6 051	38 353 (12)	1 030
Europese Unie	4 275	37 548	70 883	97 520	6 221	43 405	5 305 409 (295)	24 383
EU, Turkije en Noorwegen	9 874	46 725	71 832	100 229	10 317	53 504	9 127 499 (306)	30 672

Amfetamines omvatten amfetamine en methamfetamine.
Alle gegevens zijn voor 2016 of het meest recente jaar.

TABEL A7

INBESLAGNAMES (vervolg)

Land	Hasj		Marihuana		Cannabisplanten	
	Onderschepte hoeveelheid	Aantal inbeslagnames	Onderschepte hoeveelheid	Aantal inbeslagnames	Onderschepte hoeveelheid	Aantal inbeslagnames
	kg	aantal	kg	aantal	planten (kg)	aantal
België	723	5 706	686	26 587	328 611 (-)	1 046
Bulgarije	220	8	1 624	62	2 740 (26 088)	122
Tsjechië	7	96	722	4 777	57 660 (-)	518
Denemarken	3 819	15 364	346	1 589	14 719 (532)	450
Duitsland	1 874	6 059	5 955	32 353	98 013 (-)	2 167
Estland	548	22	46	575	- (79)	28
Ierland	-	192	-	1 049	- (-)	182
Griekenland	155	248	12 863	7 076	39 151 (-)	735
Spanje	324 379	169 538	21 138	158 810	724 611 (-)	2 675
Frankrijk	52 735	77 466	18 206	31 736	126 389 (-)	737
Kroatië	7	566	1 321	6 459	10 051 (-)	256
Italië	23 896	9 623	41 647	8 148	464 723 (-)	1 689
Cyprus	2	20	171	753	311 (-)	37
Letland	3	96	44	872	- (50)	22
Litouwen	551	54	68	654	- (-)	0
Luxemburg	1	173	21	875	359 (-)	16
Hongarije	4	149	494	2 673	6 482 (-)	153
Malta	109	193	12	146	88 (-)	6
Nederland	-	-	-	-	883 000 (-)	-
Oostenrijk	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
Roemenië	35	212	143	2 140	- (2 846)	97
Slovenië	3	109	458	3 103	14 006 (-)	167
Slowakije	0,5	15	40	1 303	376 (-)	17
Finland	78	298	254	1 179	18 900 (127)	607
Zweden	1 489	10 972	1 327	8 828	- (-)	-
Verenigd Koninkrijk	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Turkije	36 046	4 659	110 855	31 189	- (-)	3 318
Noorwegen	3 026	10 912	563	3 190	- (48)	216
Europese Unie	424 186	316 546	123 947	420 092	3 268 037 (29 723)	22 049
EU, Turkije en Noorwegen	463 258	332 117	235 365	454 471	3 268 037 (29771)	25 583

Alle gegevens zijn voor 2016 of het meest recente jaar.

Hoe neemt u contact op met de EU?

Kom langs

Er zijn honderden Europe Direct-informatiecentra overal in de Europese Unie. U vindt het adres van het dichtstbijzijnde informatiecentrum op:

https://europa.eu/european-union/contact_nl

Bel of mail

Europe Direct is een dienst die uw vragen over de Europese Unie beantwoordt. U kunt met deze dienst contact opnemen door:

- te bellen naar het gratis nummer: 00 800 6 7 8 9 10 11 (bepaalde telecomaانبieders kunnen wel kosten in rekening brengen),
- te bellen naar het gewone nummer: +32 22999696, of
- een email te sturen via: https://europa.eu/european-union/contact_nl

Waar vindt u informatie over de EU?

Online

Informatie over de Europese Unie in alle officiële talen van de EU is beschikbaar op de Europa-website op: https://europa.eu/european-union/index_nl

EU-publicaties

U kunt publicaties van de EU downloaden of bestellen op: <https://publications.europa.eu/nl/publications> (sommige zijn gratis, andere niet). Als u meerdere exemplaren van gratis publicaties wenst, neem dan contact op met Europe Direct of uw plaatselijke informatiecentrum (zie https://europa.eu/european-union/contact_nl).

EU-wetgeving en aanverwante documenten

Toegang tot juridische informatie van de EU, waaronder alle EU-wetgeving sinds 1952 in alle officiële talen, krijgt u op EURLex op: <http://eur-lex.europa.eu>

Open data van de EU

Het opendataportaal van de EU (<http://data.europa.eu/euodp/nl>) biedt toegang tot datasets uit de EU. Deze gegevens kunnen gratis worden gedownload en hergebruikt, zowel voor commerciële als voor niet-commerciële doeleinden.

Over dit rapport

In het rapport 'Trends en ontwikkelingen' wordt een kwalitatief hoogstaand overzicht gegeven van het drugsfenomeen in Europa, waarbij niet alleen wordt ingegaan op het aanbod en het gebruik van drugs en de gevolgen van drugsgebruik voor de volksgezondheid, maar ook op het drugsbeleid en de aanpak van de drugsproblematiek. Het totaalpakket van het [Europees Drugsrapport 2018](#) bestaat uit dit rapport, in combinatie met het online [Statistical Bulletin](#) en de dertig [Country Drug Reports \(Landenoverzichten\)](#).

Over het EMCDDA

Het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EMCDDA) is de centrale bron van informatie en een bewezen autoriteit op het gebied van de drugsproblematiek in Europa. Het verzamelt, analyseert en verspreidt al meer dan twintig jaar wetenschappelijk verantwoorde informatie over drugs en drugsverslaving en de gevolgen daarvan. Daarmee verschaft het zijn publiek een op feiten gebaseerd beeld van het drugsfenomeen op Europees niveau.

De publicaties van het EMCDDA vormen een belangrijke informatiebron voor een zeer gevarieerde doelgroep van beleidsmakers en hun adviseurs, hulpverleners en onderzoekers op het gebied van drugs en, meer in het algemeen, voor de media en het grote publiek. Het EMCDDA is gevestigd in Lissabon en is een van de gedecentraliseerde agentschappen van de Europese Unie.

