



Det Europæiske Overvågningscenter  
for Narkotika og Narkotikamisbrug

DA

ISSN 2314-9043

# Europæisk narkotika- rapport

Tendenser og udvikling

2017





Det Europæiske Overvågningscenter  
for Narkotika og Narkotikamisbrug

# Europæisk narkotika- rapport

Tendenser og udvikling

2017

## Retlig meddelelse

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

Europe Direct er en service, der har til formål at hjælpe med at besvare Deres spørgsmål om Den Europæiske Union.

**Frikaldsnummer (\*): 00 800 6 7 8 9 10 11**

(\*) Oplysningerne er gratis ligesom de fleste opkald (nogle operatører, telefonbokse eller hoteller kan dog kræve penge for opkaldet).

Yderligere oplysninger om EU fås på internettet via Europaserveren (<http://europa.eu>).

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

Luxembourg: Den Europæiske Unions Publikationskontor, 2017

Print	ISBN 978-92-9497-088-6	ISSN 1977-9828	doi:10.2810/195077	TD-AT-17-001-DA-C
PDF	ISBN 978-92-9497-079-4	ISSN 2314-9043	doi:10.2810/512253	TD-AT-17-001-DA-N

© Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, 2017  
Eftertryk tilladt med kildeangivelse.

Ved citat angives som kilde:

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (2017), Europæisk narkotikarapport 2017: Tendenser og udvikling, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.



Det Europæiske Overvågningscenter  
for Narkotika og Narkotikamisbrug

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

Tel. +351 211210200

[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) | [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

[twitter.com/emcdda](https://twitter.com/emcdda) | [facebook.com/emcdda](https://facebook.com/emcdda)

## | Indhold

5	Forord
9	Indledning og tak
11	KOMMENTAR <b>Den europæiske narkotikasituation i 2017</b>
19	KAPITEL 1 <b>Udbuddet af stoffer og markedet</b>
41	KAPITEL 2 <b>Prævalens for stofbrug og tendenser</b>
61	KAPITEL 3 <b>Narkotikarelaterede skader og reaktioner</b>
83	BILAG Nationale datatabeller



## | Forord

Det er os en glæde at kunne præsentere *Europæisk narkotikarapport 2017: Tendenser og udvikling*, som er EMCDDA's nøglepublikation, og som indeholder de nyeste data om narkotikasituationen og de forskellige tiltag i Europa. Vi tilbyder hermed en indholdsrig informations- og analysepakke på flere niveauer, baseret på de seneste data og statistikker fra vores nationale partnere.

2017-udgaven af rapporten ledsages af et nyt sæt nationale oversigter i form af 30 "Country Drug Reports", der giver adgang til onlinesammendrag af nationale narkotikarelaterede tendenser og udviklinger i politikker og praksis, som de udfolder sig i de europæiske lande.

Denne publikation giver en årlig ajourføring af narkotikafænomenet i Europa, men bygger også på "EU Drug Markets Report", der blev udgivet i 2016 og udkommer hvert tredje år. Og senere i år suppleres den med den første dedikerede EU-rapport om sundhedsmæssige og sociale tiltag over for stofbrug.

Hos EMCDDA har vi til opgave at indsamle data og sikre, at de er egnede til formålet. I den forbindelse bestræber vi os på at tilvejebringe den bedst mulige dokumentation og bidrage til at virkeliggøre vores vision om et sundere og sikrere Europa. Vi ønsker, at denne rapport, der giver det helt overordnede overblik og analyserer narkotikarelaterede tendenser og udviklinger, skal være et nyttigt redskab for de europæiske og nationale politikere og planlæggere, der gerne vil bygge deres strategier og indsatser på de nyeste tilgængelige oplysninger. I overensstemmelse med vores målsætning om at levere tjenesteydelser af høj kvalitet til vores interessenter vil denne seneste rapport give adgang til data, der kan bruges til mange forskellige formål, f.eks. til at danne udgangspunkt for og opfølgning på evalueringer af politikker og tjenesteydelser, til at danne baggrund for og hjælp til at definere prioriteterne for den strategiske planlægning, til at muliggøre sammenligninger mellem nationale situationer og datasæt samt til at belyse nye trusler og problemer.

I dette års rapport understreges en række potentielt bekymrende ændringer på markedet for ulovlige opioider, som fortsat kædes sammen med høj sygelighed og dødelighed i Europa. Vi bemærker den samlede stigning i opioidrelaterede dødsfald som følge af overdosis samt det stigende antal indberetninger af problemer knyttet til opioidsubstitutionsbehandling og nye syntetiske opioider. Da narkotikafænomenet



fortsætter med at udvikle sig, må Europas indsats mod narkotika også gøre det. Det gøres muligt takket være rammen for en fælles indsats i den europæiske narkotikastrategi 2013-2020. Europa-Kommissionen har foreslået en ny narkotikahandlingsplan for perioden 2017-2020, og denne drøftes i øjeblikket i Europa-Parlamentet og Rådet. Den bygger på resultaterne af midtvejsevalueringen af den aktuelle EU-narkotikastrategi og den endelige evaluering af handlingsplanen for 2013-2017. EMCDDA's arbejde med at støtte evidensbaseret narkotikapolitik i Europa afspejles i disse centrale politiske dokumenter.

Til slut vil vi gerne takke vores kolleger i Reitox-netværket af nationale knudepunkter, som sammen med nationale eksperter leverer hovedparten af de data, der understøtter denne publikation. Vi ønsker ligeledes at anerkende de bidrag, der er blevet ydet af en lang række europæiske forskningsgrupper, idet vores rapport ville have været langt mindre omfattende uden dem. Vores samarbejde med Europa-Kommissionen, Europol, Det Europæiske Lægemiddelagentur og Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme har også dannet baggrund for udarbejdelsen af rapporten.

**Laura d'Arrigo**

Bestyrelsesformand, EMCDDA

**Alexis Goosdeel**

Direktør, EMCDDA







## | Indledning og tak

Denne rapport er baseret på oplysninger, som EMCDDA har modtaget i form af en national rapporteringspakke fra EU's medlemsstater, kandidatlandet Tyrkiet samt Norge.

Formålet med denne rapport er at give et overblik over og et sammendrag af den europæiske narkotikasituation og de forskellige tiltag. De statistiske data i årsrapporten dækker 2015 (eller det seneste tilgængelige år). Tendensanalysen er kun baseret på de lande, der har indsendt tilstrækkelige data til at beskrive ændringer i den pågældende periode. Den statistiske signifikans er testet på niveau 0,05, medmindre andet er angivet. Læseren bør også være opmærksom på, at overvågning af mønstre og tendenser i en skjult og stigmatiseret adfærd som stofbrug er både en praktisk og metodologisk udfordring. Der anvendes derfor flere forskellige datakilder i analysen i denne rapport. Selv om der kan konstateres store forbedringer, både nationalt og med hensyn til, hvad der kan opnås i en analyse på europæisk plan, er det nødvendigt at anerkende de metodologiske vanskeligheder på dette område. Der skal derfor anlægges en forsigtig fortolkning, navnlig når lande sammenlignes på grundlag af en enkelt foranstaltning. Forbehold og begrænsninger vedrørende de anvendte data findes i onlineudgaven af denne årsrapport og under linket [Statistical Bulletin](#), hvor der også findes nærmere oplysninger om metodologi, analysemæssige begrænsninger og bemærkninger om begrænsningerne i de tilgængelige informationssæt. Der er ligeledes oplysninger om de metoder og data, der er anvendt ved skønsvurderingen på europæisk plan, hvor data kan være interpoleret.

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

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

### Nationale Reitox-knudepunkter

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

# Kommentar

**De narkotikaproblemer,  
som Europa står over for**

# Den europæiske narkotikasituation i 2017

Denne rapport giver et øjebliksbillede af den europæiske narkotikasituation baseret på de seneste tilgængelige oplysninger fra EU's overvågningsaktiviteter. Et europæisk overblik over narkotikamarkedet, stofbrug og skader og reaktioner udgør rapportens hoveddel. Denne ledsages af 30 supplerende nationale rapporter og en omfattende mængde onlinedata og metodologiske oplysninger.

I dette indledende afsnit gives en kort analytisk kommentar til nogle af de centrale temaer i dette års data. Da de narkotikaproblemer, som Europa står

over for, og den internationale udvikling på området i stigende grad påvirker hinanden, får analysen en merværdi ved at blive placeret i en bredere global sammenhæng. På to vigtige områder, nemlig cannabisbrug blandt unge og ændringerne i opioidmarkedet, sammenlignes den aktuelle situation og udviklingen i Europa med tilsvarende data for Nordamerika, og der er fundet bemærkelsesværdige ligheder og forskelle.

## Har den internationale udvikling i cannabispolitikken konsekvenser for Europa?

Nylige ændringer i den retlige ramme for cannabis i en række lande i Nord- og Sydamerika har vakt interesse hos politikerne og offentligheden i Europa. Denne udvikling har været meget forskelligartet, og der er behov for at vente på en solid evaluering, før det er muligt at vurdere de relative omkostninger og fordele ved forskellige tilgange til cannabispolitik. Desuden er det uklart, i hvilket omfang udviklingen i andre egne af verden kan overføres direkte til en europæisk sammenhæng.

Der er et betydeligt spænd i holdningerne til cannabisregulering og -brug i Den Europæiske Unions 28 medlemsstater, lige fra restriktive modeller til tolerance over for visse former for personlig brug. Ikke desto mindre foregår der nu en livlig debat om emner såsom lovliggørelse af produktion af cannabis til personligt brug og brug af cannabis til behandling af lidelser, som vækker stigende interesse i visse lande.

Uafhængigt af en bredere indvirkning på narkotikapolitikken er et kommercielt reguleret cannabismarked i visse lande uden for Europa med til at sætte gang i innovation og produktudvikling, f.eks. forstøvere, e-væsker og spiselige produkter. Det er muligt, at nogle af disse udviklingstendenser vil påvirke forbrugsmønstrene i Europa og dermed understrege betydningen af adfærdsovervågning på området og behovet for at evaluere de potentielle helbredsvirkninger af enhver ændring i de fremtidige forbrugsmønstre.

Det europæiske cannabismarked har allerede ændret sig betydeligt i de seneste år, til dels drevet af en bevægelse i retning af større hjemlig produktion. Der holdes stadig øje med de samlede styrkeniveauer for både cannabisharpiks og -blade i Europa, der de senere år har været historisk høje. Stoffet kædes også stadig sammen med helbredsproblemer, og blandt de klienter i Europa, der ifølge indberetninger kom i behandling for første gang, er cannabis det hyppigst angivne stof. Af alle disse årsager er forståelsen af tendenserne i cannabisbrug og de tilhørende skader vigtig for debatten om, hvad der udgør de bedst egnede politiske reaktioner på dette stof.

## Sammenligning af skoleelevers stofbrugsadfærd i EU og USA

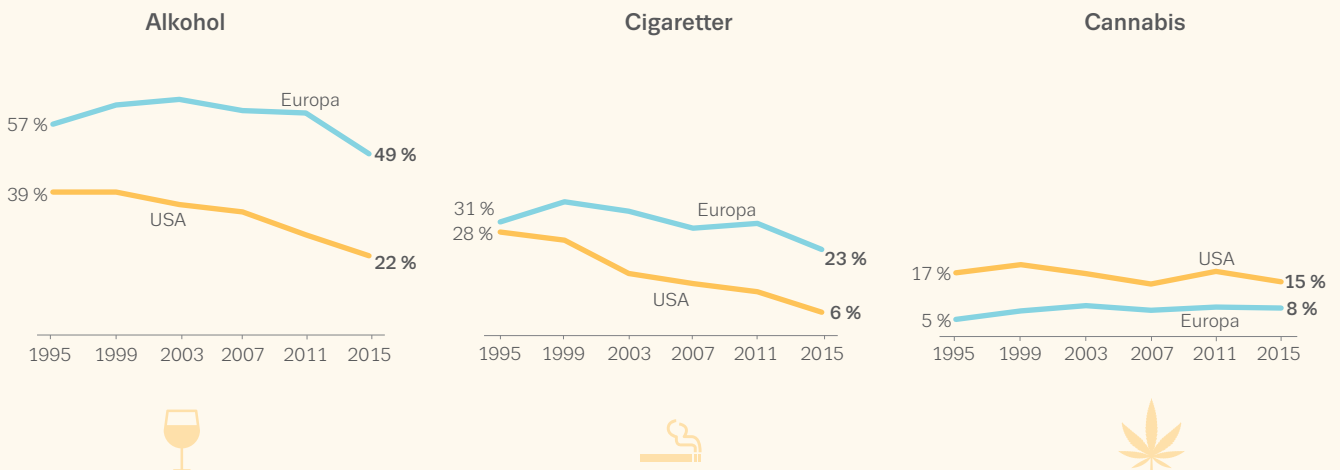
I denne forbindelse er udgivelsen i 2016 af to nye større skoleundersøgelser blandt elever (15-16-årige) nyttig, da det derved bliver muligt at sammenligne mønstret for cannabisbrug med mønstret for brugen af andre stoffer blandt europæiske og amerikanske skoleelever. Det er opmuntrende at konstatere, at de seneste data i begge regioner viser et fald i brugen af tobak og – om end i mindre grad – alkohol. Dog forekommer tendensen i cannabisbrug mere stabil. Men med hensyn til niveauer og mønstre i brugen af disse stoffer er der store forskelle på europæiske og amerikanske skoleelever.

I Europa måles cannabisbrug til at være lavere end i USA, og det er mindre udbredt end tobaksrygning. Derimod overstiger de amerikanske elevers brug af cannabis deres tobaksforbrug, som er meget lavt. Alkoholforbruget varierer også, idet flere europæiske skoleelever beretter om et alkoholforbrug og mere intense drikkemønstre end deres amerikanske jævnaldrende.

Det er nødvendigt med en yderligere analyse af både ligheder og forskelle i elevernes stofbrug for at udforske de sociale, kontekstuelle og lovgivningsmæssige faktoreres relative indflydelse på de valg, de unge træffer. En forståelse af, f.eks. hvad der har ført til et faldende cigaretforbrug i både USA og Europa, kan måske give idéer til bekæmpelse af brugen af andre stoffer, såsom cannabis. Det er ligeledes vigtigt at huske, at der er forskel på, hvordan stofferne forbruges. Europæerne ryger således i modsætning amerikanerne ofte cannabis i kombination med tobak, og det påvirker sandsynligvis folkesundhedspolitikken.

**Det er vigtigt at forstå  
tendenserne i cannabisbrug  
og de tilhørende skader**

## STOFBRUG INDEN BLANDT SKOLEELEVER I EUROPA OG USA



NB: Tendenser i stofbrug inden for den seneste måned blandt 15-16-årige skoleelever i Europa og USA. Europæiske gennemsnit (uvægtede) er baseret på data fra 21 EU-lande og Norge (kilde: [ESPAD](#)). Amerikanske gennemsnit er baseret på stikprøver blandt skoleelever på 10. årgang (kilde: [Monitoring the Future](#)).

### Europas marked for stimulanser: Er kokainudbuddet stigende?

De mest almindeligt brugte ulovlige stimulerende stoffer i Europa – kokain, MDMA og amfetaminer – kædes fortsat sammen med forskelligartede og geografisk dirrerentierede brugsmønstre, og de har alle en højere renhedsgrad end for 10 år siden. Denne del af markedet for ulovlige stoffer er blevet mere kompleks på grund af den lette adgang til nye stimulerende stoffer, herunder cathinon og phenethylamin. I sidste års rapport understregedes stigningerne i tilgængeligheden og brugen af højdosistabletter med MDMA, og den tendens er stadig tydelig i de nyeste data. Det høje indhold af MDMA, der nu findes i beslaglagte tabletter, tyder på, at producenterne ikke har vanskeligt ved at skaffe de prækursorkemikalier, der er nødvendige for at fremstille stoffet. Dataene om beslaglæggelser viser også, at Europa fortsat er en stor producent til det globale MDMA-marked.

Mange forskellige indikatorer, herunder spildevandsovervågning, beslaglæggelser og pris- og renhedsoplysninger, tyder på, at udbuddet af kokain atter kan være for opadgående i dele af Europa. Dette stof har historisk været det mest almindeligt brugte ulovlige stimulerende stof i en række lande, primært i det sydlige og vestlige Europa. Det underbygges af nye data, der henvises til her, om stigende beslaglæggelser langs de etablerede smuglerruter til de europæiske hovedmarkeder for dette stof. Til gengæld spiller amfetamin og i mindre grad metamfetamin i det nordlige og centrale Europa en mere betydningsfuld rolle på narkotikamarkedet end kokain. For amfetaminers vedkommende er en række tidligere indberettede udviklingstendenser fortsat

bekymrende. Det gælder bl.a. ændringer i tilgængeligheden af prækursorer og i synteseprocesserne, ekspansionen af markedet for metamfetamin og en vis dokumentation for stigende intravenøs brug og dertil hørende skader.

### Intravenøs stofbrug falder, men er fortsat en udfordring for folkesundhedspolitikken

Informationsmateriale om narkotikabehandling og andre kilder viser, at den overordnede langsigtede tendens i injektion som en indtagelsesmåde fortsætter nedad. Blandt f.eks. heroinbrugere, der kom i specialiseret behandling for stofmisbrug for første gang, berettes der i rapporter om, at den intravenøse stofbrug nu er faldet til det laveste niveau i over 10 år, om end der er store forskelle mellem landene. Nogle af indikatorerne for helbredsskade, der knytter sig til denne indtagelsesmåde, især antallet af nye hivdiagnoser, som tillægges intravenøs stofbrug, har udvist en parallel nedgang. Dette betyder imidlertid ikke, at der ikke længere er grund til bekymring på dette område. Selv om det indberettede antal nye hivinfektioner i 2016 kun var 1 233 og dermed det laveste i over 20 år, er der stadig tale om et betydeligt folkesundhedsmæssigt problem. Desuden har der været nylige udbrud i visse sårbare befolkningsgrupper og blandt intravenøse brugere af stimulanser og nye psykoaktive stoffer.

Der er også bevis for, at blodbårne infektionssygdomme ofte diagnosticeres forholdsvis sent blandt intravenøse stofbrugere sammenlignet med andre grupper, hvilket mindsker muligheden for, at indsatsen lykkes. Sen

diagnosticering har også betydning for hivinfektion, der ofte findes i stort tal blandt intravenøse stofbrugere. I de seneste år er mulighederne for behandling af viral hepatitis blevet betydeligt bedre med den nye generation af lægemidler, der er meget effektive. Udryddelsen af denne sygdom kan nu ses som både en mulighed og en udfordring for såvel det generelle sundhedsvæsen som de specialiserede stofbehandlingstilbud.

## Opioidproblemets foranderlighed

Sammenligningen med udviklingen i Nordamerika er også relevant for en analyse af Europas opioidproblem. En gennemgang af dataene i denne rapport tyder på, at der er visse paralleller, selv om den overordnede situation i EU fortsat adskiller sig fra den nordamerikanske.

De seneste data viser, at heroinbrug stadig er årsag til hovedparten, ca. 80 %, af de nye opioidrelaterede behandlingsanmodninger i Europa. Desuden er det samlede fald i den heroinrelaterede behandlingsefterspørgsel, som man har kunnet iagttage siden 2007, ikke længere så tydeligt. Særligt bekymrende er det, at skønnet i Europa over dødsfald som følge af overdosis er stigende og har været det nu i tre år i træk. Heroin indgår i mange af disse dødsfald.

Nordamerika har også oplevet betydelig sygelighed og dødelighed knyttet til misbrug af opioider på recept, stigende heroinbrug og det nye udbud af meget stærke syntetiske opioider, især fentanylderivater. En af forskellene mellem de to regioner er, at det i Europa er meget få af de klienter, der kommer i specialiseret behandling for stofmisbrug, som henvender sig på grund af afhængighed af smertestillende opioidmedicin. Dette afspejler sandsynligvis de forskellige retlige rammer og tilgange til markedsføring og receptudskrivning, der gør sig gældende i Europa henholdsvis Nordamerika. Imidlertid må man ikke udelukke muligheden for underrapportering, idet europæere, der oplever problemer med receptpligtige lægemidler, måske henvender sig til andre sundhedstjenester end dem, som brugere af ulovlige stoffer kontakter. Lægemidler, der bruges til opioidsubstitutionsbehandling, spiller dog nu en mere fremtrædende rolle i behandlingsanmodningerne og helbredsskaderne i en række europæiske lande. Samlet set står andre opioider end heroin for ca. en femtedel af alle opioidrelaterede anmodninger om behandling i specialiserede misbrugsklinikker. Den rolle, som syntetiske opioider såsom metadon spiller i dødsfald som følge af overdosis, er vanskelig at kvantificere på EU-plan, men i mange lande er disse stoffer nu udbredte og i nogle få lande fremherskende. En nedbringelse af misbruget af

lægemidler, herunder medicin til opioidsubstitutionsbehandling, er en stadig større udfordring for mange udbydere i det europæiske sundhedsvæsen. Et stærkt evidensgrundlag understøtter den korrekte brug af opioidsubstitutionsbehandling, som har vist sig at mindske sygelighed, dødelighed og kriminalitet blandt dem, der modtager behandlingen. Det er derfor vigtigt med god klinisk praksis sammen med en forståelse af, hvordan receptpligtige opioider ledes væk fra lovlig brug, og hvordan man nedbringer denne trafik, hvis de klare sundhedsmæssige fordele, der er ved denne behandlingstilgang, ikke skal undermineres.

## Meget stærke syntetiske opioider: stigende trussel mod sundheden

I både Europa og Nordamerika vækker det nye udbud af meget stærke syntetiske opioider, primært fentanylderivater, betydelig bekymring. Siden 2012 har EU's system for tidlig varsling modtaget et stigende antal rapporter om disse stoffer og de skader, de forårsager. Stofferne sælges på onlinemarkeder og også på det ulovlige marked. De er sommetider blevet solgt som eller blandet med heroin, andre ulovlige stoffer og endda forfalskede lægemidler. Meget stærke syntetiske opioider frembyder alvorlige helbredsmæssige risici, ikke kun for dem, der bruger dem, men også for dem, der arbejder med fremstilling af dem, samt postarbejdere og retshåndhævende myndigheders medarbejdere. Da der kun skal bruges små mængder til at fremstille tusindvis af doser, er disse stoffer lette at skjule og transportere. Dette er en væsentlig udfordring for narkotikabekæmpelsesorganerne. Samtidig er de en potentielt attraktiv og rentabel vare inden for organiseret kriminalitet.

**Meget stærke syntetiske opioider udgør alvorlige helbredsmæssige risici**

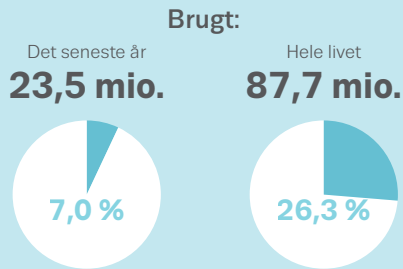


SKØN OVER STOFBRUG I EU — I KORTE TRÆK

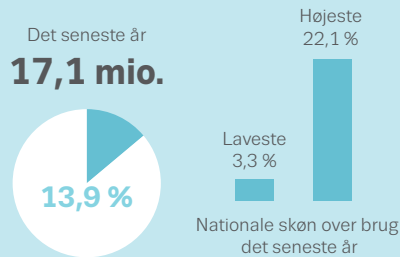
## Cannabis



Voksne  
(15-64 år)



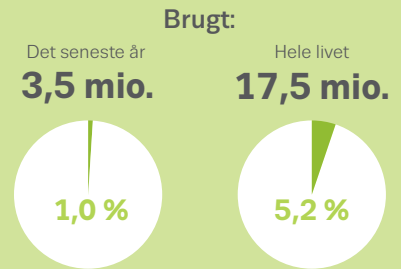
Unge voksne  
(15-34 år)



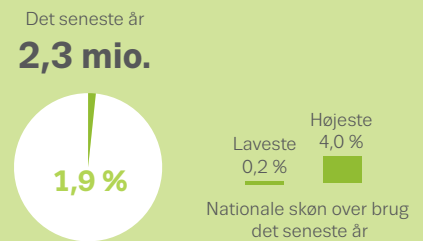
## Kokain



Voksne  
(15-64 år)



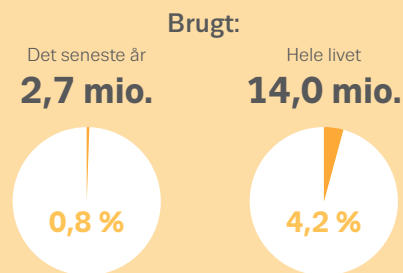
Unge voksne  
(15-34 år)



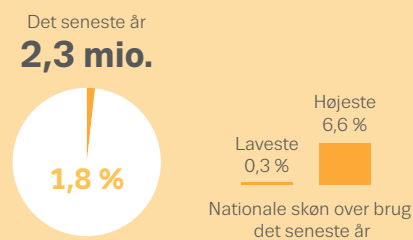
## MDMA



Voksne  
(15-64 år)



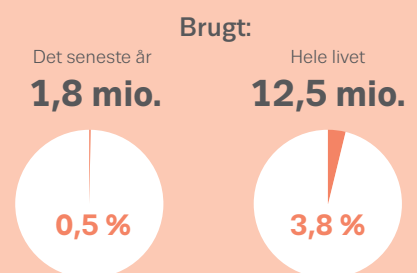
Unge voksne  
(15-34 år)



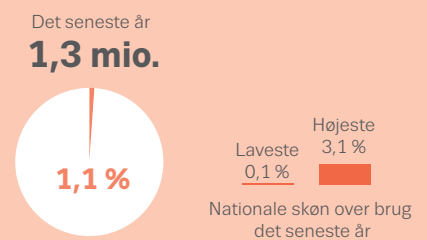
## Amfetaminer



Voksne  
(15-64 år)



Unge voksne  
(15-34 år)

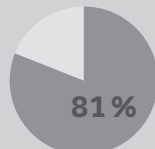


## Opioider



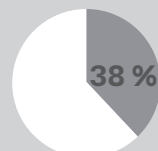
Højrisikobrugere af opioider **1,3 mio.**

Overdosis med dødelig udgang



Anmodninger om behandling for stofbrug

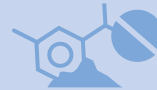
Primært stof i ca. 38 % af alle anmodninger om behandling for stofbrug i EU



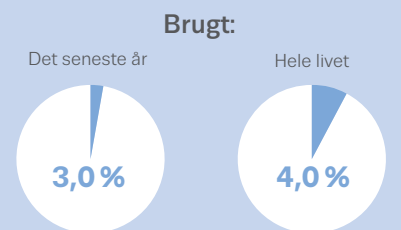
Opioider forekommer i 81 % af alle tilfælde af overdoser med dødelig udgang

**630 000** opioidbrugere modtog substitutionsbehandling i 2015

## Nye psykoaktive stoffer



15-16-årige skoleelever i 24 europæiske lande



Kilde: ESPAD Report 2015, supplerende tabeller.

I Europa synes problemerne i forbindelse med meget stærke syntetiske opioider at være stigende, idet der indkommer et stigende antal rapporter om både ikkedødelige forgiftninger og dødsfald til EU's system for tidlig varsling. Primo 2017 udførte EMCDDA en risikovurdering af fentanylderivaterne acryloylfentanyl og furanylfentanyl. Disse stoffer overvejes til kontrol på EU-plan, og et antal andre stoffer i samme kategori er i øjeblikket under overvågning.

### Nye psykoaktive stoffer ændrer udseende

Årets analyse tyder på, at selv om indsatsen i både Europa og andre steder kan have en vis virkning på udbuddet af nye stoffer, så er fænomenet med nye psykoaktive stoffer fortsat et væsentligt problem for folkesundheden. Selv om der i 2016 blev rapporteret om et nyt stof hver uge til EU's system for tidlig varsling, var det samlede antal nye fund lavere end i de foregående år. Dette kan være et positivt tegn, især hvis nedgangen fortsætter. Men der er andre, mindre opmuntrende data, der ikke rigtig tyder på, at det samlede udbud af nye psykoaktive stoffer er for nedadgående. Og selv om tempoet i de nye stoffers indtrængen på markedet måske nok er faldende, fortsætter det samlede antal stoffer, der udbydes på markedet, med at stige. Der er også tegn på, at visse kategorier af nye psykoaktive stoffer, især syntetiske cathinoner og syntetiske cannabinoider, nu er ved at vinde fodfæste på narkotikamarkedet.

Der er en række årsager til, at tempoet i nye stoffers indtrængen på markedet kan være faldende. Nogle europæiske lande har indført totalforbud, generisk og analog lovgivning og andre foranstaltninger målrettet mod producenter og forhandlere af nye psykoaktive stoffer. Dette har skabt et mere restriktivt retligt miljø, hvor producenterne måske er mindre tilbøjelige til at fortsætte den sædvanlige katten efter musen-leg med lovgiverne, hvor de ved hjælp af innovation holder sig foran de retshåndhævende myndigheder.

Desuden stammer en stor del af forsyningerne til Europa af nye psykoaktive stoffer fra Kina, og nye kontroller i Kina kan også have haft en vis virkning på udbuddet i EU.

I dele af Europa forekommer kontrolforanstaltninger, der er målrettet mod hovedgadebutikker, at have påvirket adgangen til nye psykoaktive stoffer. Salget af disse stoffer er blevet mere hemmeligt, idet onlinesalget og markedet for ulovlige stoffer spiller en større rolle end tidligere. I denne forbindelse kan de nye stoffers retlige status, især når de sælges sammen med ulovlige stoffer, være mindre vigtig og tilsvarende en svagere drivkraft for produktinnovation.

### Nye psykoaktive stoffer: billige rusmidler til marginaliserede og kroniske stofbrugere

Negative forbrugerholdninger kan også have påvirket efterspørgslen efter nye psykoaktive stoffer. Forebyggelse, skadesbegrænsning og beretninger om skadevirkninger synes at have påvirket opfattelsen blandt unge af, at nye stoffer er forholdsvis sikre lovlige alternativer til etablerede ulovlige stoffer. Dette til trods er der dog blandt mere kroniske og marginaliserede grupper af brugere beviser for, at udbuddet og forbruget af disse stoffer kan være stigende.

Den problematiske brug af nye psykoaktive stoffer bliver mere og mere tydelig i visse miljøer og blandt visse sårbare befolkningsgrupper. Intravenøs brug af cathinon blandt aktuelle og tidligere opioidbrugere er f.eks. blevet kædet sammen med, at denne gruppe har stigende problemer med både deres psykiske og fysiske sundhedstilstand.

Syntetiske cannabinoider vækker også stigende bekymring. Trods visse farmakologiske ligheder bør disse stoffer ikke forveksles med cannabisprodukter. Syntetiske cannabinoider er ofte meget stærke stoffer, som kan have alvorlige, potentielt dødelige, konsekvenser. Der er tegn på, at der i dele af Europa nu forbruges syntetiske cannabinoider som et billigt og stærkt rusmiddel blandt marginaliserede grupper, f.eks. hjemløse. Fordi det er vanskeligt at opdage og påvise syntetiske cannabinoider, er de blevet et særligt problem i visse europæiske fængsler og kan medføre alvorlige følger for de indsattes helbred og sikkerhed.



# 1

**Det europæiske narkotikamarked  
udvikler sig fortsat**

# Udbuddet af stoffer og markedet

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

Der har eksisteret betydelige markeder for cannabis, heroin og amfetaminer i mange europæiske lande siden 1970'erne og 1980'erne. Andre stoffer har ligeledes gennem tiden etableret sig på markedet, herunder MDMA og kokain i 1990'erne. Det europæiske narkotikamarked er i fortsat udvikling, og i de seneste 10 år er der kommet en lang række nye psykoaktive stoffer på markedet. Blandt de nylige ændringer på markedet for ulovlige stoffer, som i vidt omfang er knyttet til globalisering og ny teknologi, kan nævnes nye narkotikafremstillingsmetoder og smuglerteknikker, etablering af nye smuglerruter og onlinemarkeder.

## Overvågning af narkotikamarkeder, -udbud og -lovgivning

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

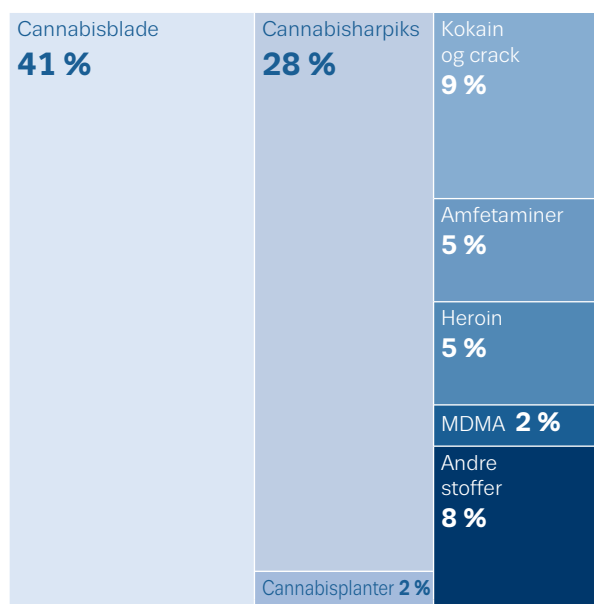
Her fremlægges ligeledes data om meddelelser og beslaglæggelser af nye psykoaktive stoffer anmeldt til EU's tidlige varslingsystem af de nationale partnere i EMCDDA og Europol. Da disse oplysninger er hentet fra indberetninger af tilfælde og ikke fra rutineovervågningssystemer, er skønnene over beslaglæggelser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

## Narkotikamarkeder: nyt internetbaseret udbud

Markederne for ulovlige stoffer knytter forbrugerne til producenterne gennem kæder af mellemmand. Disse komplekse systemer genererer store pengesummer på alle niveauer af markedet. Et konservativt skøn sætter værdien af detailmarkedet for ulovlige stoffer i EU til 24 mia. EUR i 2013 (sandsynligt spænd 21-31 mia. EUR).

FIGUR 1.1

Antal indberettede beslaglæggelser af stoffer, opdelt efter stof, 2015



Der er det seneste årti dukket nye internetteknologier op, som har befordret udviklingen af onlinemarkedspladser, der eksisterer parallelt med de fysiske narkotikamarkeder. Nogle af onlinesælgerne bruger overfladenettet, typisk i form af detailsalg af ikkekontrollerede prækursorkemikalier, nye psykoaktive stoffer eller forfalskede lægemidler. Andre sælgere bruger det dybe net gennem markeder på det mørke net, understøttet af teknologier, der skjuler købers og sælgers identitet. Disse markeder har mange træk til fælles med lovlige onlinemarkedspladser som eBay og Amazon, og kunderne kan søge og sammenligne produkter og udbydere. Der bruges forskellige strategier til at skjule både transaktioner og den fysiske placering af serverne. Der er f.eks. tale om anonymiseringstjenester som Tor og I2P, som slører en computers IP-adresse, kryptovalutaer som bitcoin og litecoin til at foretage forholdsvis vanskeligt sporbare betalinger samt krypteret kommunikation mellem markedsdeltagerne. Bedømmelsessystemer spiller også en rolle i reguleringen af udbydere på markederne.

Hovedparten af salget på markederne på det mørke net angår narkotika. Ved en nylig undersøgelse af salget på 16 større markeder på det mørke net fra 2011 til 2015 skønnede man, at narkotikasalg stod for over 90 % af de samlede økonomiske indtægter på markederne på det globale mørke net. Næsten halvdelen (46 %) af alt narkotikasalg på det mørke net stammede angiveligt fra sælgere med base i Europa og udgjorde anslået 80 mio. EUR i undersøgelsesperioden. De primære europæiske kildelande, ordnet efter salgsmængder, var Tyskland, Nederlandene og Det Forenede Kongerige, og de stimulerende stoffer, især MDMA og kokain, udgjorde den største del af salgssindtægterne.

### Beslaglæggelser af narkotika: over en million i Europa

Der indberettes over en million beslaglæggelser af ulovlige stoffer i Europa om året. De fleste drejer sig om små mængder stoffer, som konfiskeres hos brugerne, men partier på adskillige kilo narkotika, som konfiskeres hos smuglere, pushere og producenter, tegner sig for størstedelen af den samlede beslaglagte narkotikamængde.

Cannabis er det hyppigst beslaglagte stof og tegner sig for over 70 % af alle beslaglæggelser i Europa (figur 1.1). Kokain er det næsthypigst beslaglagte stof (9 %) fulgt af amfetaminer (5 %), heroin (5 %) og MDMA (2 %).

**Hovedparten af salget på markederne på det mørke net angår narkotika**

I 2015 blev over 60 % af alle narkotikabeslaglæggelser i EU indberettet fra kun tre lande, Spanien, Frankrig og Det Forenede Kongerige, om end der ligeledes blev indberettet et betydeligt antal beslaglæggelser fra Belgien, Danmark, Grækenland, Italien og Sverige. Det skal også bemærkes, at der ikke foreligger nye data om beslaglæggelser i Nederlandene, Polen eller Finland. Disse manglende data gør analysen mere usikker.

Det store antal beslaglæggelser af narkotika, der indberettes for Tyrkiet, afspejler både landets betydelige forbrugermarked og dets placering på narkotikasmuglerruterne mellem EU, Mellemøsten og Asien.

### Nyligt fald i mængden af beslaglagte cannabisblade

Cannabisblade (marihuana) og cannabisharpiks (hash) er de to primære cannabisprodukter på det europæiske narkotikamarked, mens cannabisolie er forholdsvis sjældnere. Cannabisprodukter udgør den største andel (38 %) af detailmarkedet for ulovlige stoffer i Europa med en anslået værdi på 9,3 mia. EUR (sandsynligt spænd på 8,4-12,9 mia. EUR). I Europa findes der både cannabisblade, som dyrkes lokalt, og blade, der smugles ind fra tredjelande. Cannabisblade, der fremstilles i Europa, dyrkes primært indendørs. Størstedelen af cannabisharpiksen importeres, primært fra Marokko. Nylige rapporter viser ændringer i cannabissmuglerruterne og stigninger i smuglingen af både cannabisblade og -olie fra det vestlige Balkan, især Albanien, i tilknytning til den øgede cannabisdyrkning i disse lande. Desuden tyder

## CANNABIS

### Harpiks

Antal beslaglæggelser

**288 000** EU

**303 000** EU + 2

Beslaglagt mængde

**536**  
t (EU)

**546**  
t (EU + 2)

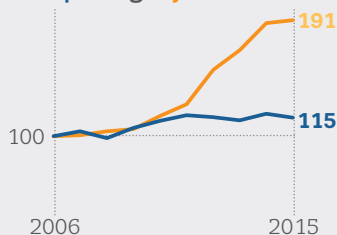
Pris  
(EUR/g)  
**25 €**

**11 €**  
**8 €**  
**3 €**

Styrke  
(% THC)  
**28 %**

**19 %**  
**11 %**  
**4 %**

Indekserede tendenser:  
pris og styrke



### Blade

Antal beslaglæggelser

**404 000** EU

**438 000** EU + 2

Beslaglagt mængde

**89**  
t (EU)

**135**  
t (EU + 2)

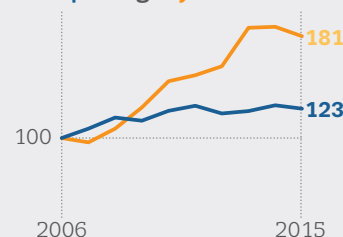
Pris  
(EUR/g)  
**20 €**

**12 €**  
**8 €**  
**5 €**

Styrke  
(% THC)  
**22 %**

**11 %**  
**7 %**  
**3 %**

Indekserede tendenser:  
pris og styrke

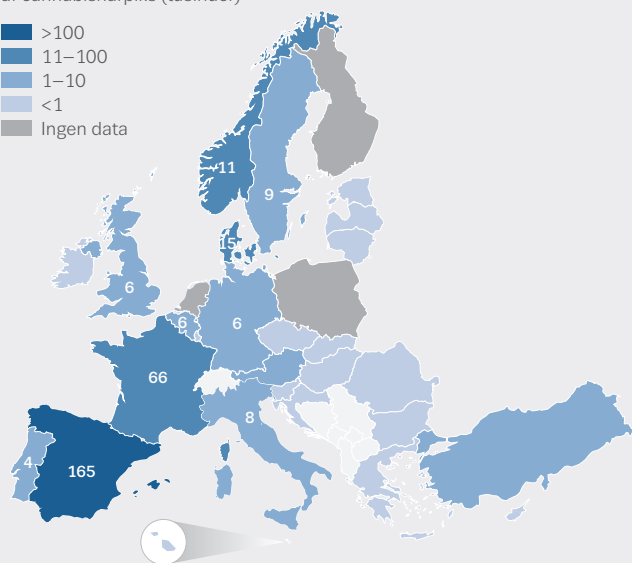
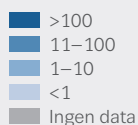


EU + 2 omfatter EU-medlemsstaterne, Tyrkiet og Norge. Cannabisprodukters pris og styrke: nationale gennemsnitsværdier – minimums-, maksimums- og interkvartilinterval. De omfattede lande varierer efter indikator.

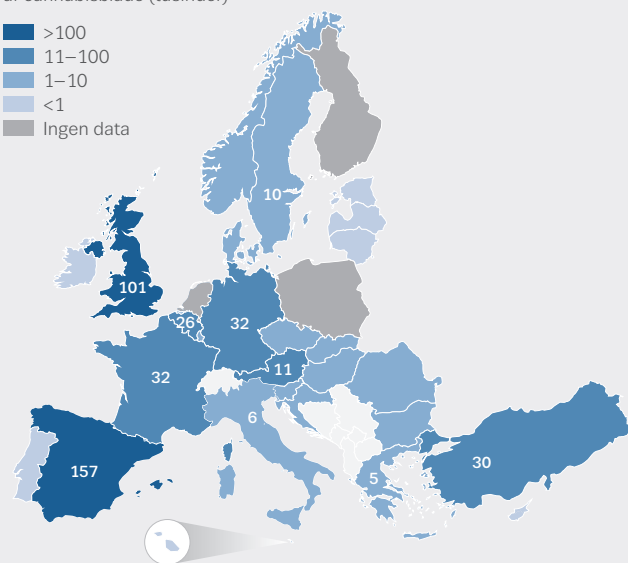
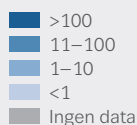
FIGUR 1.2

Beslaglæggelser af cannabisharpiks og cannabisblade, 2015 eller nyeste årstal

Antal beslaglæggelser af cannabisharpiks (tusinder)

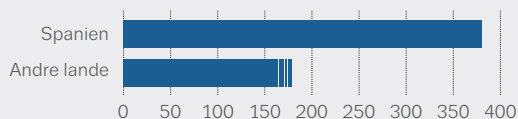


Antal beslaglæggelser af cannabisblade (tusinder)

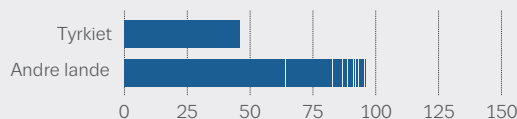


NB: Antal beslaglæggelser for de 10 lande med de højeste værdier.

Mængde beslaglagt cannabis (t)



Mængde beslaglagt cannabisblade (t)



dokumentation på, at Libyen er blevet et større knudepunkt for handel med harpiks til forskellige destinationer, herunder Europa.

I 2015 blev der indberettet 732 000 beslaglæggelser af cannabisprodukter i EU, heriblandt 404 000 beslaglæggelser af cannabisblade, 288 000 af cannabisharpiks og 19 000 af cannabisplanter. Mængden af beslaglagt cannabisharpiks er imidlertid over seks gange højere end mængden af beslaglagte cannabisblade (536 t mod 89 t). Dette skyldes til dels, at cannabisharpiks handles i store mængder over store geografiske afstande og over nationale grænser og derfor i højere grad rammes af et forbud. Analysen af mængden af beslaglagt cannabis viser, at et lille antal lande tegner sig for en særlig stor andel af den beslaglagte mængde som følge af deres beliggenhed på vigtige smuglerruter. Således indberettede Spanien, der er et vigtigt indgangssted for cannabisharpiks produceret i Marokko, over 70 % af den samlede mængde, der blev beslaglagt i Europa i 2015 (figur 1.2).

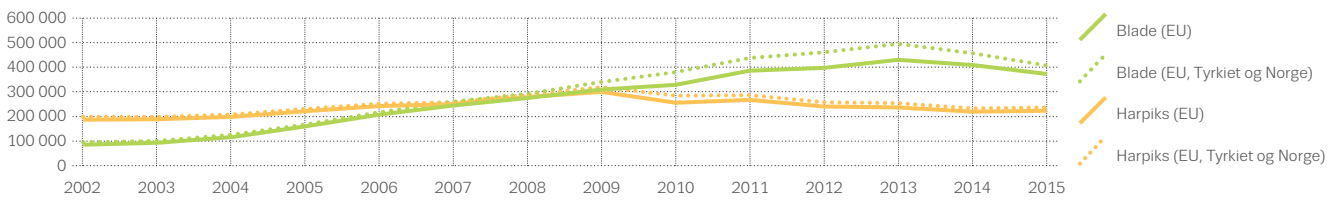
Siden 2009 har antallet af beslaglæggelser af cannabisblade i Europa overgået tallet for cannabisharpiks, og der har været forholdsvis stabile tendenser i beslaglæggelserne af både cannabisharpiks og -blade siden 2011 (figur 1.3). En anslået mængde på 135 t cannabisblade blev beslaglagt i Europa i 2015, hvilket er et fald på 38 % i forhold til de 217 t, der blev beslaglagt i 2014. Der blev registreret betydelige fald i Belgien, Grækenland og Italien. Et lignende fald i mængden af beslaglagte cannabisblade i Tyrkiet har også manifesteret sig siden 2013. Der kan være tale om en række faktorer bag dette samlede fald i Europa, f.eks. initiativer til at bekæmpe storstilet produktion i lande uden for EU, såsom Albanien, øget fokus på hjemmedyrkning frem for handel, ændringer i måden, beslaglæggelser registreres på, og ændringer i prioriteringen af retshåndhævelsen i visse lande. Ifølge de seneste data har mængden af beslaglagt cannabisharpiks i EU holdt sig forholdsvis stabil siden 2009.



FIGUR 1.3

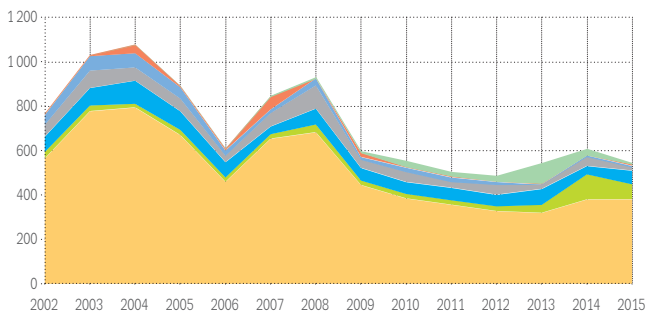
## Tendenser for antal beslaglæggelser af cannabis og beslaglagt mængde: harpiks og blade

Antal beslaglæggelser



## Harpiks

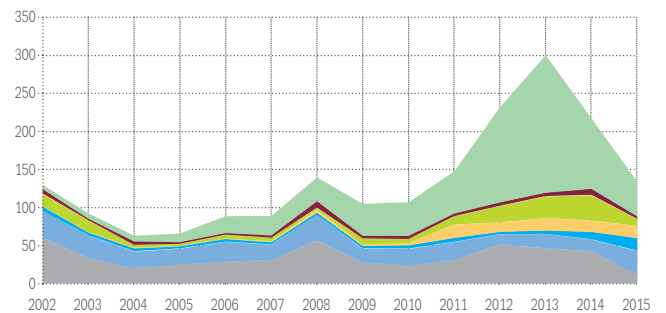
(t)



Tyrkiet Belgien Det Forenede Kongerige Andre lande  
Frankrig Italien Spanien

## Blade

(t)



Tyrkiet Tyskland Italien Spanien  
Frankrig Det Forenede Kongerige Andre lande

Beslaglæggelserne af cannabisplanter kan betragtes som en indikator for indenlandsk produktion af stoffet. På grund af rapporteringsforskelle mellem landene skal dataene om beslaglæggelser af cannabisplanter vurderes med forsigtighed. Ikke desto mindre udviser antallet af beslaglagte planter en langvarig, stigende tendens fra 1,5 mio. planter i 2002 til 3,3 mio. i 2014 med en brat stigning til 11,4 mio. planter i 2015 samt en stor stigning i antallet af beslaglagte planter i Nederlandene. Denne tendens afspejler ændringer i prioriteringen af retshåndhævelsen, som i højere grad er målrettet cannabisdyrkning.

I 2015 blev der rapporteret om 335 beslaglæggelser af cannabisolie, og Grækenland og Tyrkiet beslaglagde de største mængder.

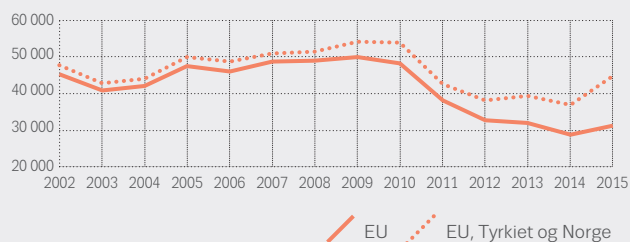
Analysen af indekserede tendenser i de lande, der indberetter konsekvent, viser en stor stigning i styrken (indholdet af tetrahydrocannabinol, THC) i både cannabisblade og cannabis harpiks i perioden 2006-14 med en stabilisering i 2015. Årsagerne til denne stigende styrke kan f.eks. være indførelsen af intensive fremstillingsteknikker i Europa og på det seneste indførelsen af højpotente planter og nye teknikker i Marokko. De nyligste data tyder på, at harpiks og blade har samme prisniveau, mens harpiks i gennemsnit har en større styrke.

**Siden 2009 har antallet af beslaglæggelser af cannabisblade i Europa overgået tallet for cannabis harpiks**

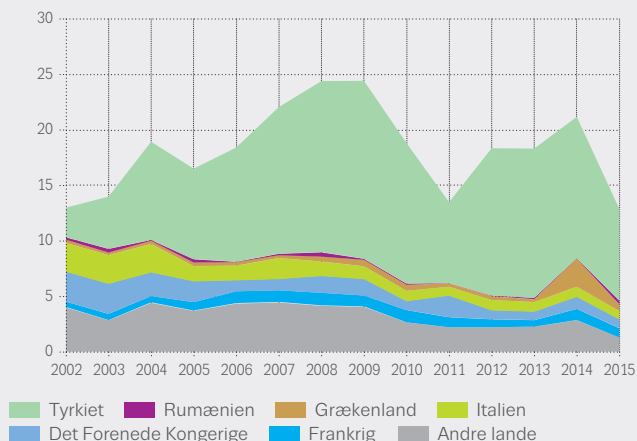
FIGUR 1.4

Antal beslaglæggelser af heroin og beslaglagt mængde: tendenser og 2015 eller det senest tilgængelige år

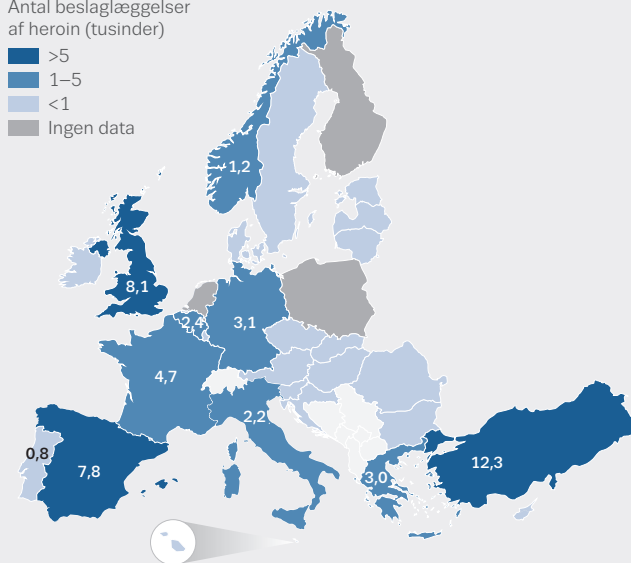
Antal beslaglæggelser



Tons

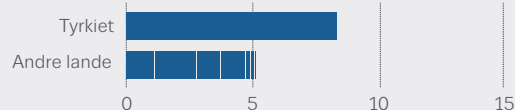


Antal beslaglæggelser af heroin (tusinder)



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

Mængde beslaglagt heroin (t)



Heroinens renhed stiger stadig

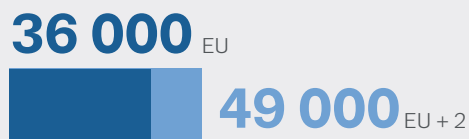
Heroin er det mest udbredte opioid på det europæiske marked for ulovlige stoffer med en anslået detailværdi på 6,8 mia. EUR (sandsynligt spænd på 6,0-7,8 mia. EUR). Der har traditionelt været adgang til to former for importeret heroin i Europa. Den mest almindelige er brun heroin (stoffets kemiske grundform), der især stammer fra Afghanistan. Og så er der den meget mindre almindelige hvide heroin (en saltform), der tidligere kom fra Sydøstasien, men nu også kan være fremstillet i

Afghanistan eller i nabolande. Andre opioider beslaglagt af de retshåndhævende myndigheder i europæiske lande i 2015 omfattede opium og lægemidlerne morfin, metadon, buprenorfin, tramadol og fentanyl (tabel 1.1). Nogle medicinske opioider kan være omdirigeret fra lovlige farmaceutiske forsyninger, mens andre, såsom de 27 kg morfinpulver, der blev beslaglagt i 2015, er produceret ulovligt.

Afghanistan er stadig verdens største ulovlige producent af opium, og størsteparten af den heroin, der findes i Europa,

HEROIN

Antal beslaglæggelser



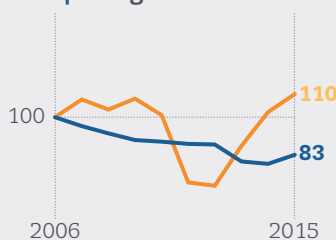
Beslaglagt mængde



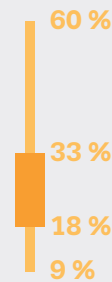
Pris (EUR/g)



Indekserede tendenser: pris og renhed



Renhed (%)



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

anses for at være produceret der eller i nabolandene Iran eller Pakistan. Siden 1970'erne har den ulovlige opioidproduktion i Europa været begrænset til hjemmelavede valmueprodukter fremstillet i visse østeuropæiske lande. Men afsløringen af to laboratorier, der omdanner morfin til heroin, i Spanien og et i Tjekkiet de senere år viser, at der nu også produceres en lille mængde heroin i Europa.

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

Efter et årti med relativ stabilitet havde markederne i en række europæiske lande en periode med et formindsket udbud af heroin i 2010/11. Det ses af antallet af indberettede beslaglæggelser, som faldt i EU fra 2009 til 2014, før det stabiliserede sig i 2015. Fra 2002 til 2013 halveredes mængden af beslaglagt heroin i EU fra 10 t til 5 t. Efter beslaglæggelsen af 8,4 t i 2014, hvor flere lande indberettede beslaglæggelser af store mængder heroin (100 kg og derover), faldt mængden af beslaglagt heroin i Europa i 2015 (4,5 t) atter til niveauet fra de tidlige 2010'ere. Efter at have nået ca. 13 t i 2014 faldt tyrkiske

heroinbeslaglæggelser til 8,3 t i 2015, hvilket stadig er mere end alle andre europæiske lande tilsammen, mens antallet af beslaglæggelser steg i samme periode (figur 1.4). I de lande, der rapporterer konsekvent, tyder de indekserede tendenser på, at heroinens renhed fortsatte med at stige i Europa i 2015.

Ud over heroin beslaglægges også andre opioidprodukter i europæiske lande, men de udgør kun en lille del af den samlede beslaglagte mængde. De andre hyppigst beslaglagte opioider er de medicinske opioider buprenorfin, tramadol og metadon (se tabel 1.1).

TABEL 1.1

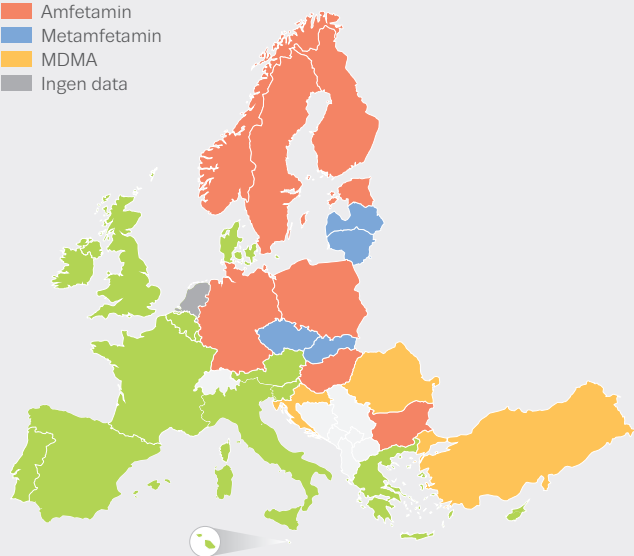
## Beslaglæggelser af andre opioider end heroin i 2015

Opioid	Antal	Mængde			Antal lande
		Kg	Liter	Tabletter	
Metadon	1 566	31	8	60 472	17
Buprenorfin	3 377	4		68 419	17
Tramadol	2 467			690 080	12
Fentanyler (fentanyl, ocfentani, carfentani)	287	3		41	10
Morfin	775	27		8 837	15
Opium	293	734			14
Codein	293	3		9 855	8
Oxycodon	16	0,0003		962	5

FIGUR 1.5

Hyppest beslaglagte stimulans i Europa, 2015 eller det seneste tilgængelige år

- Kokain
- Amfetamin
- Metamfetamin
- MDMA
- Ingen data



### Beslaglæggelser af stimulerende stoffer: regionale forskelle

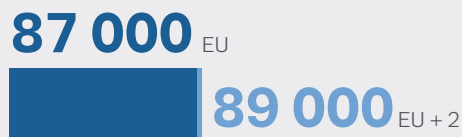
De primære ulovlige stimulerende stoffer, der udbydes i Europa, er kokain, amfetamin, metamfetamin og MDMA. Detailhandelsværdien af stimulansmarkedet i EU anslås til 6,3-10,2 mia. EUR. Der er markante regionale forskelle på, hvilket stimulerende stof der hyppigst beslaglægges (figur 1.5). Forskellene afspejler placeringen af indførselshavne og smuglerruter, større produktionsanlæg og store forbrugermarkeder. Kokain er den hyppigst beslaglagte stimulans i mange vestlige og sydlige lande, hvilket nøje afspejler, hvor stoffet indføres til Europa. Amfetaminbeslaglæggelser er fremherskende i Nord- og Centraleuropa, og metamfetamin er den hyppigst beslaglagte stimulans i Tjekkiet, Letland, Litauen og Slovakiet. MDMA er den hyppigst beslaglagte stimulans i Kroatien, Rumænien og Tyrkiet.

### Kokain: nylige stigninger i markedsindikatorerne

I Europa findes der to former for kokain, hvoraf den almindeligste er kokainpulver (saltformen). Mindre almindeligt er crackkokain (fri base), som kan indtages ved rygning. Kokain laves af blade fra kokaplanten. Stoffet produceres hovedsageligt i Bolivia, Colombia og Peru. Kokain transporteres til Europa på forskellige måder, bl.a. med passagerfly, luftfragt, postfragt, private fly, lystbåde og

## KOKAIN

Antal beslaglæggelser



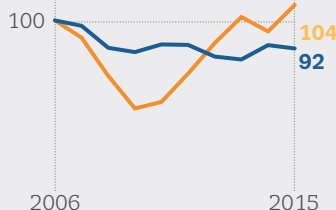
Beslaglagt mængde



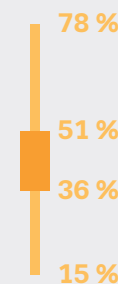
Pris (EUR/g)



Indekserede tendenser:  
pris og renhed



Renhed (%)

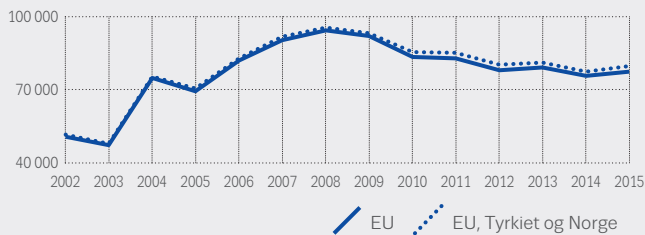


EU + 2 omfatter EU-medlemsstaterne, Tyrkiet og Norge. Pris og renhed for kokain: nationale gennemsnitsværdier – minimums-, maksimum- og interkvartilinterval. De omfattede lande varierer efter indikator.

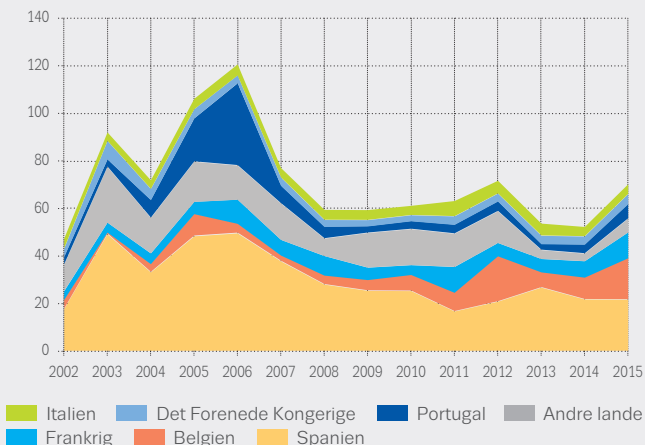
FIGUR 1.6

Antal beslaglæggelser af kokain og beslaglagt mængde: tendenser og 2015 eller det senest tilgængelige år

Antal beslaglæggelser

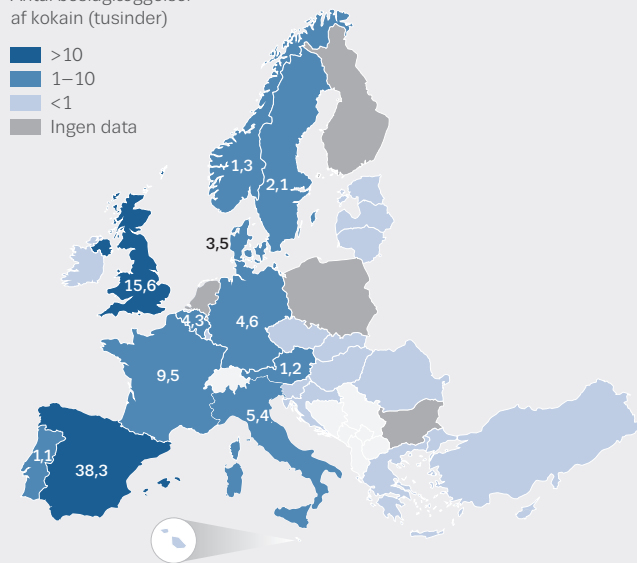


Tons



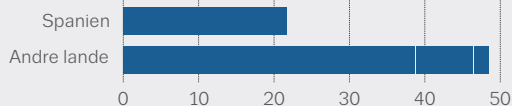
Antal beslaglæggelser af kokain (tusinder)

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



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

Mængder beslaglagt kokain (t)



søtransportcontainere. Detailmarkedet for kokain i EU anslås til en værdi af mindst 5,7 mia. EUR.

I alt blev der i EU i 2015 indberettet 87 000 beslaglæggelser af kokain. Tilsammen tegner Belgien, Spanien, Frankrig, Italien og Portugal sig for 78 % af de anslåede 69,4 t, der blev beslaglagt (figur 1.6). Situationen har været forholdsvis stabil siden 2007, selv om både antallet af beslaglæggelser og den beslaglagte mængde steg fra 2014 til 2015 (figur 1.6). Spanien beslaglægger fortsat den største mængde kokain (22 t), men Belgien (17 t) og Frankrig (11 t) beslaglagde meget store mængder i 2015, og Belgien, Tyskland og Portugal indberettede betydelige stigninger i de beslaglagte mængder i forhold til

året før. De indekserede tendenser viser generelt en lille stigning i kokainrenheden i 2015.

Der blev også beslaglagt andre kokaprodukter i Europa i 2015, bl.a. 76 kg kokablade og 377 kg kokapasta. Beslaglæggelser af kokapasta tyder på, at der findes ulovlige laboratorier, der fremstiller kokainhydroklorid i Europa. Dette er en ny udvikling, idet de fleste kokainlaboratorier, der hidtil er fundet i Europa, har været "sekundære udvindingsanlæg", hvor kokainen hentes ud af materialer, hvori de har været indarbejdet (f.eks. vin, tøj og plast).

**De primære ulovlige stimulerende stoffer, der udbydes i Europa, er kokain, amfetamin, metamfetamin og MDMA**

## Prækursorkemikalier: nye tilgængelige alternativer til amfetaminer

Narkotikaprækursorer er kemikalier, der er nødvendige for at fremstille ulovlige stoffer. Da mange kan bruges til lovlige formål, registreres visse kemikalier i EU's lovgivning, og handelen med dem overvåges nøje. Udbuddet af prækursorer har en stor virkning på markedet og på fremstillingsmetoderne i de ulovlige laboratorier. I 2015 fortsatte producenterne med at omgå kontrolmekanismerne ved at indføre uregistrerede kemikalier til fremstilling af narkotikaprækursorer i nærheden af produktionsanlæggene. Denne praksis øger imidlertid risikoen for afsløring, idet større produktion kræver flere kemikalier og genererer mere affald.

Data om beslaglæggelser og opbragte forsendelser af narkotikaprækursorer bekræfter, at der både anvendes registrerede og ikke-registrerede stoffer i fremstillingen af ulovlige stoffer i EU, især til amfetaminer og MDMA (tabel 1.2). Amfetaminprækursoren BMK (benzylmetylketon) blev beslaglagt i store mængder i 2015, bl.a. af de polske myndigheder, der beslaglagde 7 t i en enkelt forsendelse bestemt til produktion i Nederlandene. Kontrollen med BMK-prækursoren APAAN

(alpha-phenylacetoacetonitril) i slutningen af 2013 synes at have haft en virkning, idet beslaglæggelserne faldt fra 48 t i 2013 til 780 kg i 2015. Imidlertid synes denne kontrolforanstaltning at have foranlediget nogle innovative udviklinger, idet der i 2015 for første gang kom indberetninger om alternative kemikalier som APAA (alpha-phenylacetoacetamid) og BMK glycidid/glycidat.

Beslaglæggelserne af uregistrerede MDMA-prækursorer holdt sig stabilt på ca. 5,5 t. Selv om beslaglæggelserne af safrol var ubetydelige, tog beslaglæggelserne af PMK imidlertid til igen, idet Nederlandene indberettede 622 kg i 2015, mens tallet i 2014 var 0.

## Amfetamin og metamfetamin: hjemmemarkedsproduktion

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

TABEL 1.2

Oversigt over beslaglæggelser og opbragte forsendelser af prækursorer, der anvendes til fremstilling af udvalgte syntetiske stoffer i EU, 2015

Prækursor/forstadium til prækursorer	Beslaglæggelser		Opbragte forsendelser		I ALT	
	Antal	Mængde	Antal	Mængde	Antal	Mængde
<b>MDMA eller beslægtede stoffer</b>						
PMK (liter)	6	622	0	0	6	622
Safrol (liter)	2	2	0	0	2	2
Piperonal (kg)	7	45	4	1 925	11	1 970
PMK glycidid/glycidat (kg)	11	5 461	0	0	11	5 461
<b>Amfetamin og metamfetamin</b>						
APAAN (kg)	10	778	0	0	10	778
BMK (liter)	17	1 029	0	0	17	1 029
PAA, fenyleddikesyre (kg)	6	261	4	103	10	364
Efedrin, parti (kg)	12	8	1	500	13	508
Pseudoefedrin, parti (kg)	8	32	0	0	8	32
APAA (kg)	1	201	0	0	1	201
BMK glycidid/glycidat (kg)	5	14	0	0	5	14

Begge stoffer fremstilles i Europa til det europæiske marked. Dataene tyder på, at produktionen af metamfetamin primært finder sted i Belgien, Nederlandene og Polen og i mindre omfang i de baltiske lande, Tyskland og Ungarn. Der er også tegn på, at den sidste fremstillingsfase, nemlig omdannelse af amfetaminolie til amfetaminsulfat, foregår i Europa.

Visse amfetaminer fremstilles også til eksport, primært til Mellemøsten, Fjernøsten og Oceanien. Der har også været en nylig stigning i beslaglæggelserne af amfetamintabletter med Captagon-logoet, især i Tyrkiet, hvor over 15 mio. tabletter blev beslaglagt i 2015.

Tjekkiet har længe været kilde til meget af Europas metamfetamin, og på det seneste er grænseområder i nabolandene blevet leveringsdygtige. Stoffet fremstilles desuden i Bulgarien, Litauen og Nederlandene.

I Tjekkiet fremstilles metamfetamin primært af prækursorerne efedrin og pseudoefedrin, der udvindes af lægemidler, som hovedsagelig smugles ind fra Polen. Stoffet kan også fremstilles ved hjælp af BMK. I 2015 var 263 ud af 291 ulovlige metamfetaminlaboratorier, der blev indberettet i EU, beliggende i Tjekkiet. Produktionen i Tjekkiet er skiftet fra små anlæg, hvor brugerne fremstillede mængder svarende til eget forbrug eller det lokale marked, til en situation, hvor produktion i stor målestok er fremherskende, styret af organiserede kriminelle grupper, der producerer stoffet både til forbrug i europæiske lande og til eksport.

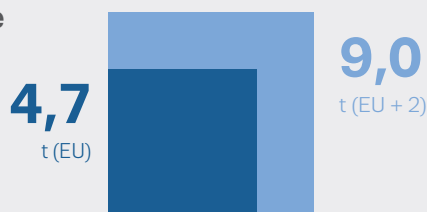
## AMFETAMINER

### Amfetamin

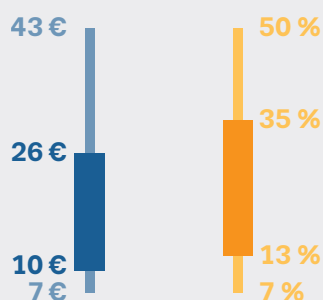
Antal beslaglæggelser



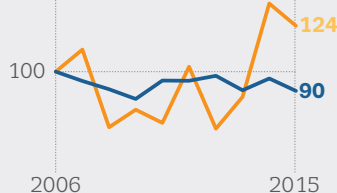
Beslaglagt mængde



Pris (EUR/g) Renhed (%)

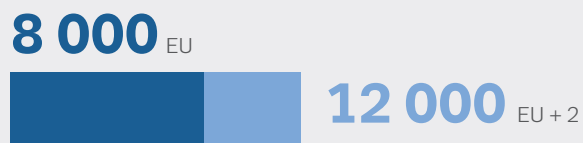


Indekserede tendenser:  
pris og renhed



### Metamfetamin

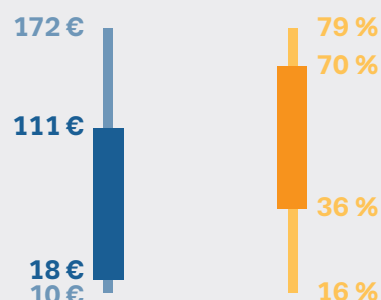
Antal beslaglæggelser



Beslaglagt mængde



Pris (EUR/g) Renhed (%)

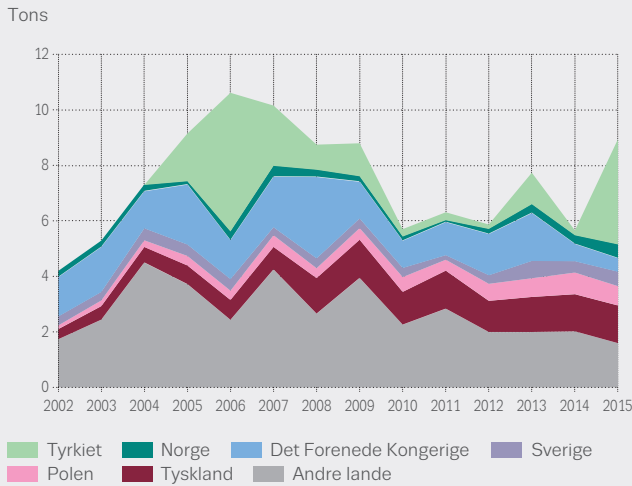
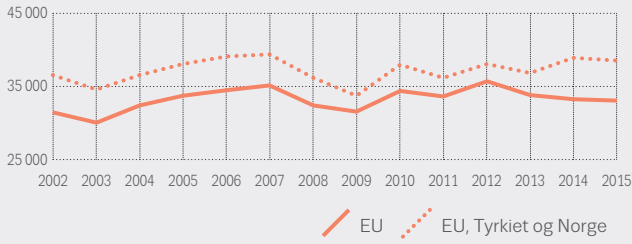


EU + 2 omfatter EU-medlemsstaterne, Tyrkiet og Norge. Pris og renhed for amfetaminer: nationale gennemsnitsværdier – minimums-, maksimums- og interkvartilinterval. De omfattede lande varierer efter indikator. Der findes ikke nogen indekserede tendenser for metamfetamin.

FIGUR 1.7

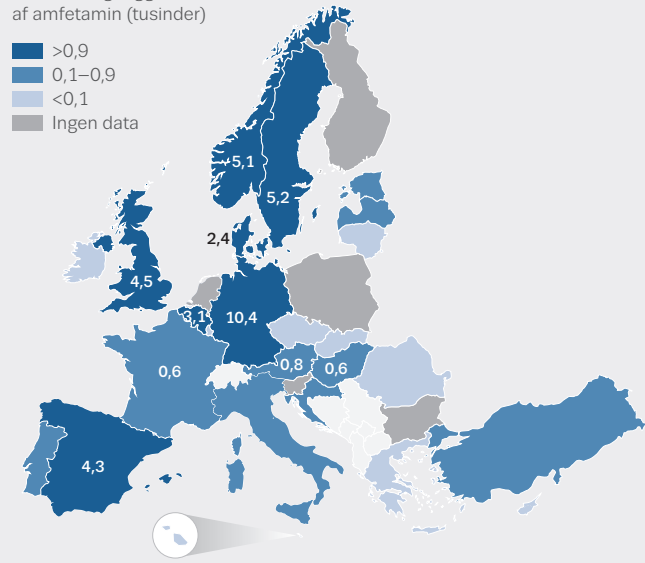
Antal beslaglæggelser af amfetaminer og beslaglagt mængde: tendenser og 2015 eller det senest tilgængelige år

Antal beslaglæggelser



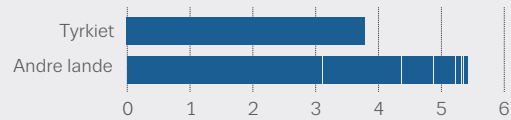
Antal beslaglæggelser af amfetamin (tusinder)

- >0,9
- 0,1–0,9
- <0,1
- Ingen data



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

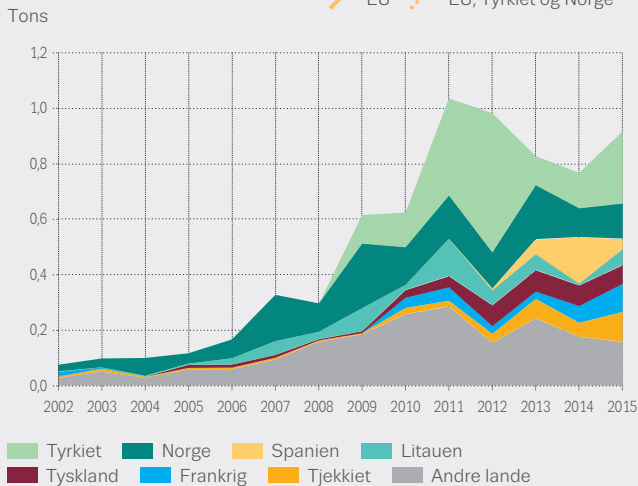
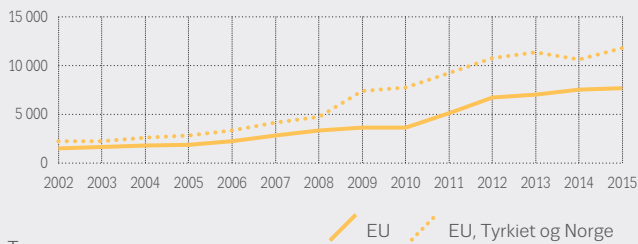
Mængder beslaglagt amfetamin (t)



FIGUR 1.8

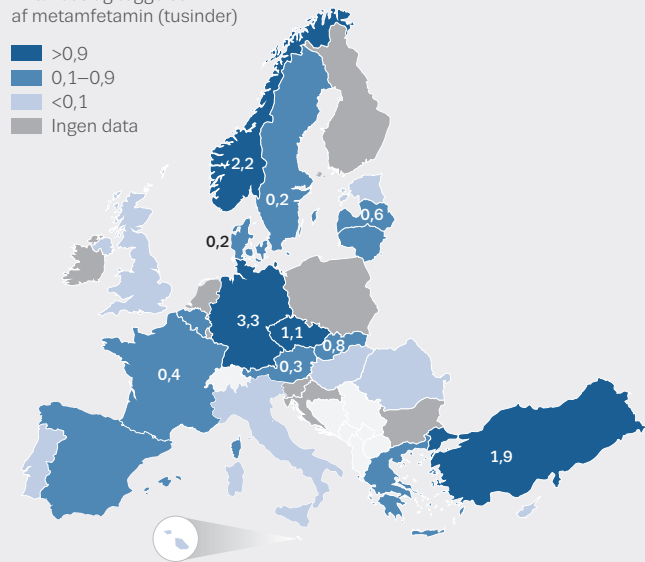
Antal beslaglæggelser af metamfetamin og beslaglagt mængde: tendenser og 2015 eller det senest tilgængelige år

Antal beslaglæggelser



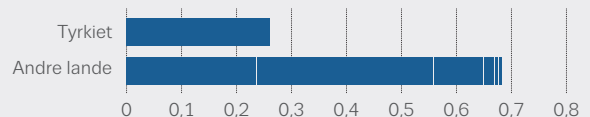
Antal beslaglæggelser af metamfetamin (tusinder)

- >0,9
- 0,1–0,9
- <0,1
- Ingen data



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

Mængder beslaglagt metamfetamin (t)





I 2015 indberettede EU-medlemsstaterne 34 000 beslaglæggelser på i alt 4,7 t amfetamin. Samlet set er mængden af beslaglagt amfetamin i EU steget og har varieret mellem 4 og 6 t i perioden 2002-2015 (figur 1.7). Antallet af metamfetaminbeslaglæggelser er langt lavere, idet der i EU i 2015 blev indberettet 7 700 beslaglæggelser på i alt 0,5 t, hvoraf Tjekkiet beslaglagde den største mængde (figur 1.8). I 2015 blev der også beslaglagt store mængder i Tyrkiet (3,8 t amfetamin og 0,3 t metamfetamin) og Norge (0,1 t metamfetamin). Både antallet af metamfetaminbeslaglæggelser og den beslaglagte mængde har været stigende siden 2002.

Den gennemsnitlige indberettede renhedsgrad er typisk højere i prøver af metamfetamin end i amfetamin. Indekserede tendenser tyder på, at amfetaminrenheden er steget de seneste år.

### MDMA: udbud af produkter med stor styrke

Det syntetiske stof MDMA (3,4-methylenedioxy-metamfetamin) er kemisk knyttet til amfetaminer, men virkningerne er ikke de samme. MDMA indtages i tabletform (ofte kaldet ecstasy), og det findes også i pulver- og krystalform. Der kommer hele tiden nye udformninger af MDMA-tabletterne med hensyn til farve, form og logo. Efter en periode med et lavt udbud på grund af mangel på prækursorkemikalier til fremstillingen af MDMA har dette marked fået en opblomstring de seneste år. Detailmarkedet for MDMA anslås til en værdi af ca. 0,7 mia. EUR. Det gennemsnitlige indhold af MDMA i

tabletterne er steget i de seneste år, og store mængder MDMA i visse partier er blevet kædet sammen med skader og dødsfald.

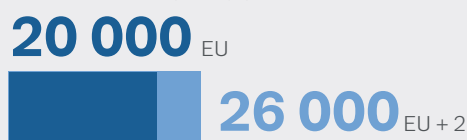
Produktionen af MDMA i Europa synes koncentreret i Belgien og Nederlandene, og fire MDMA-laboratorier blev lukket i EU i 2015 (tre i Nederlandene og et i Belgien). MDMA fremstillet i Europa eksporteres også til andre egne af verden.

Det er vanskeligt at vurdere de seneste tendenser for MDMA-beslaglæggelser på grund af manglende data fra nogle lande, som sandsynligvis ville øge det samlede antal betydeligt. Der foreligger ikke data for 2015 for Nederlandene, der indberettede MDMA-beslaglæggelser af 2,4 mio. tabletter i 2012, og antallet af beslaglæggelser er ikke indberettet for Polen og Finland. Uden disse vigtige bidrag anslås mængden af beslaglagt MDMA i EU i 2015 til 4 mio. tabletter og 0,2 t MDMA-pulver.

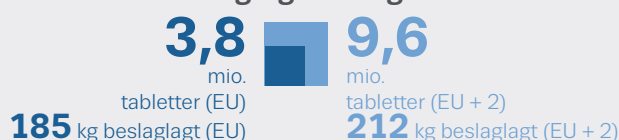
## Det gennemsnitlige indhold af MDMA i tabletterne er steget i de seneste år

## MDMA

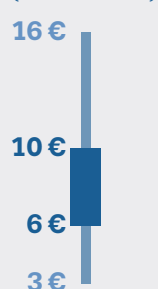
### Antal beslaglæggelser



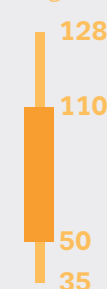
### Beslaglagt mængde



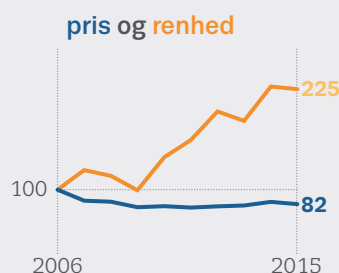
### Pris (EUR/tablet)



### Renhed (MDMA mg/tablet)



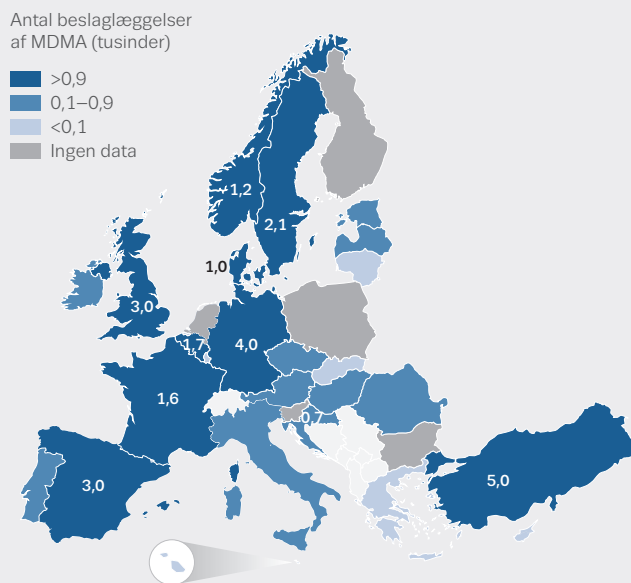
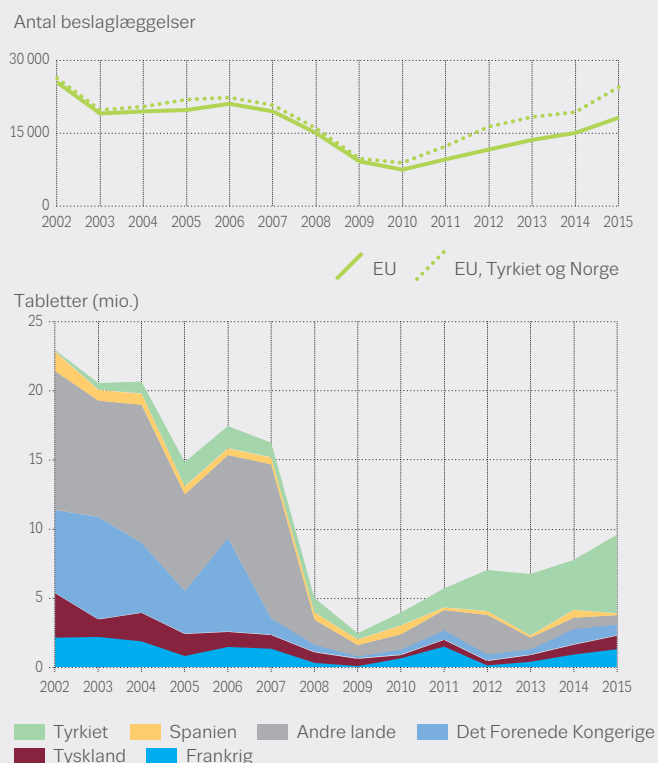
### Indekserede tendenser: pris og renhed



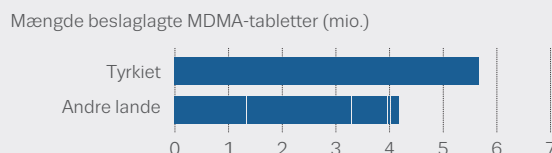
EU + 2 omfatter EU-medlemsstaterne, Tyrkiet og Norge. Pris og renhed for MDMA: nationale gennemsnitsværdier – minimums-, maksimum- og interkvartilinterval. De omfattede lande varierer efter indikator.

FIGUR 1.9

Antal beslaglæggelser af MDMA og beslaglagt mængde: tendenser og 2015 eller det senest tilgængelige år



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



Det samlede antal indberettede MDMA-beslaglæggelser har været stigende siden 2010, mens den beslaglagte mængde har været forholdsvis stabil i samme periode. Der blev også beslaglagt store mængder MDMA i Tyrkiet i 2015, i alt 5,7 mio. tabletter, hvilket er mere end den mængde, som alle andre lande rapporterede tilsammen (figur 1.9).

**Beslaglæggelser af LSD, GHB og ketamin**

Der indberettes beslaglæggelser af andre ulovlige stoffer i EU, bl.a. ca. 1 400 beslaglæggelser af i alt 100 000 enheder af LSD (lysergisyredietylamid) i 2015. Desuden beslaglagde Belgien 1 kg af stoffet. Det samlede antal LSD-beslaglæggelser er fordoblet siden 2010, om end den beslaglagte mængde har været svingende. I 2015 indberettede 14 lande at have beslaglagt GHB (gamma-hydroxybutyrat) eller GBL (gamma-butyrolacton). De anslåede 1 300 beslaglæggelser androg 320 kg og over 1 500 liter af stoffet, og Belgien (33 %) og Norge (35 %) repræsenterede tilsammen to tredjedele af disse beslaglæggelser. Tolv lande indberettede 1 200 beslaglæggelser af ketamin til en anslået mængde på 130 kg, hvoraf det meste blev beslaglagt i Danmark, Italien og Det Forenede Kongerige.

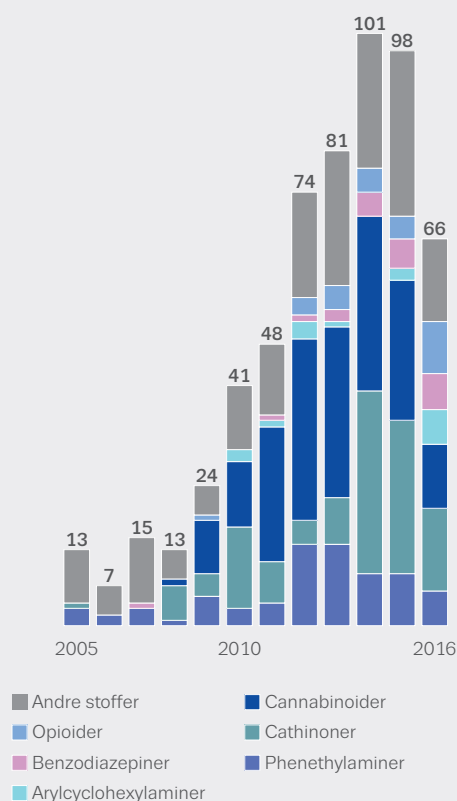
**Nye psykoaktive stoffer: mange og forskelligartede**

Ved udgangen af 2016 overvågede EMCDDA over 620 nye psykoaktive stoffer, der er dukket op på det europæiske narkotikamarked. Disse stoffer er ikke omfattet af international narkotikakontrol og udgør en bred vifte af stoffer såsom syntetiske cannabinoider, stimulanser, opioider og benzodiazepiner (figur 1.10). I de fleste tilfælde markedsføres de som "lovlige" erstatninger for ulovlige stoffer, mens andre rettes mod små grupper, der ønsker at udforske dem med hensyn til mulige nye virkninger.

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

FIGUR 1.10

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



Antallet af nye stoffer, der findes hvert år, er blot et ud af flere målekriterier, som EMCDDA bruger til at forstå det samlede marked. Af de 620 nye stoffer, der i øjeblikket overvåges, blev således de 423 (næsten 70 %) fundet på narkotikamarkedet i løbet af 2015. Til sammenligning var tallene for 2014 og 2013 henholdsvis 365 og 299, hvilket viser, hvor komplekst markedet er blevet.

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

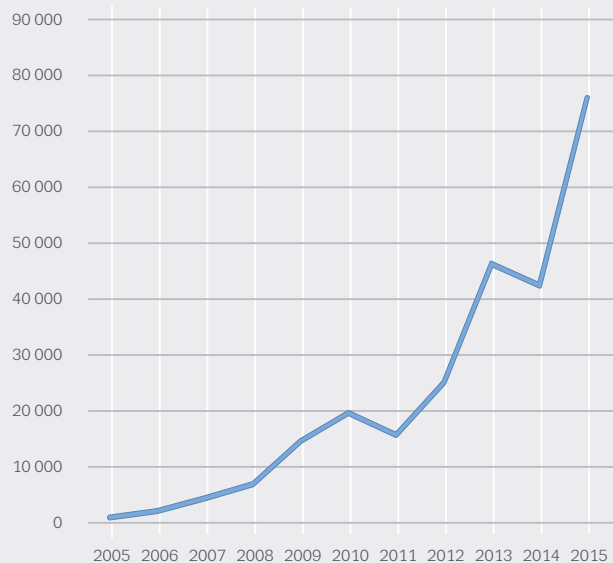
Over 70 % af de nye stoffer, der blev fundet gennem EU's system for tidlig varsling, har været fremstillet i de seneste fem år. I 2016 blev 66 nye stoffer fundet for første gang i Europa. Det er færre end i hvert af de to foregående år, men svarer til antallet af fundne stoffer i 2012 og 2013. Årsagerne til dette fald er uklare, men kan til dels være forbud mod nye stoffer, der er indført i medlemsstater i Europa, især åbent salg af dem som "legal highs". Desuden kan kontrolforanstaltninger og retshåndhævels tiltag i Kina målrettet mod laboratorier, der producerer nye stoffer, have været en medvirkende faktor. Stærkere bånd til markedet for ulovlige stoffer i bred forstand kan også have betydning.

**Ved udgangen af 2016  
overvågede EMCDDA over  
620 nye psykoaktive stoffer**

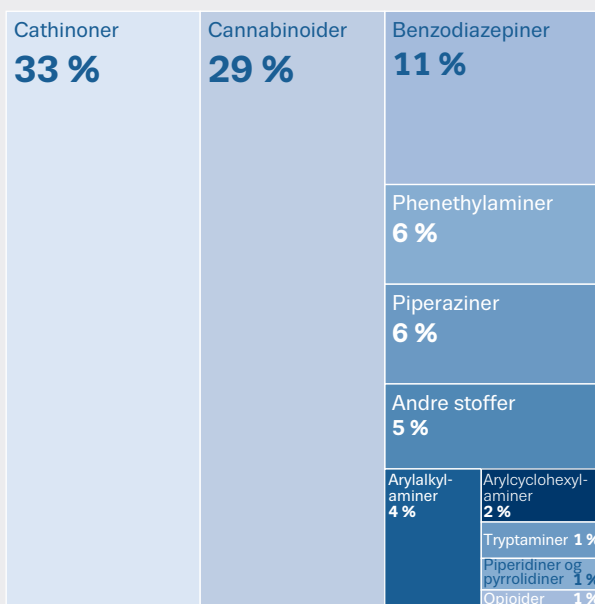
FIGUR 1.11

Antal beslaglæggelser af nye psykoaktive stoffer anmeldt til EU's system for tidlig varsling: tendenser og opdelt efter kategorier i 2015

Antal beslaglæggelser



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



### Stigning i beslaglæggelser af nye psykoaktive stoffer

I 2015 blev der indberettet næsten 80 000 beslaglæggelser af nye psykoaktive stoffer via EU's system for tidlig varsling, hvilket er mere end dobbelt så mange som i 2014 (figur 1.11) med stigninger i alle overvågede stofkategorier. Tilsammen stod syntetiske cathinoner og syntetiske cannabinoider for over 60 % af alle beslaglæggelser af nye stoffer i 2015 (over 49 000). Der blev også iagttaget stigninger i de beslaglagte mængder i 2015 sammenlignet med det foregående år for syntetiske cathinoner, syntetiske cannabinoider og nye opioider.

Det samlede antal europæiske beslaglæggelser af nye stoffer skal forstås som minimumsværdier, idet dataene trækkes fra indberetninger af tilfælde frem for overvågningssystemer. De indberettede beslaglæggelser påvirkes af faktorer såsom øget bevidsthed om nye stoffer, ændring af deres retlige status, de retshåndhævende myndigheders kapacitet og prioriteringer samt indberetningspraksis.

### Nye syntetiske opioider

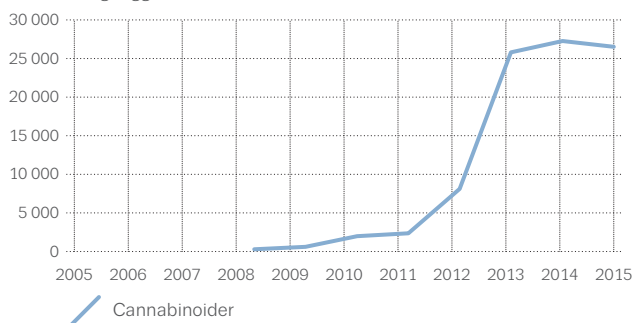
Samlet set er der blevet fundet 25 nye opioider på Europas narkotikamarked siden 2009, herunder ni, der blev indberettet for første gang i 2016. Heri indgår 18 fentanyl, hvoraf de otte blev indberettet for første gang i 2016. Selv om de nye fentanyler i øjeblikket spiller en lille rolle på Europas narkotikamarked, er der tale om meget stærke stoffer, som udgør en alvorlig trussel mod den enkelte bruger og folkesundheden.

Der er blevet beslaglagt nye opioider i forskellige former, primært pulver-, tablet- og kapselform og siden 2014 også i væskeform. Over 60 % af de 600 beslaglæggelser af nye syntetiske opioider indberettet i 2015 var fentanyler. Næste 2 liter syntetiske opioider blev beslaglagt i 2015, hvilket er en stigning fra de 240 ml, der blev indberettet det foregående år. Der blev fundet fentanyler i 85 % af de beslaglagte væsker. Det vækker i denne forbindelse bekymring, at der er dukket næsespray op på markedet med indhold af fentanyler, f.eks. acryloylfentanyl og furanylfentanyl. Disse opioider står for 0,75 % af det samlede antal beslaglæggelser af nye stoffer, men for kun 0,04 % af den samlede beslaglagte mængde, hvilket afspejler deres lave andel af markedet såvel som deres betydelige styrke.

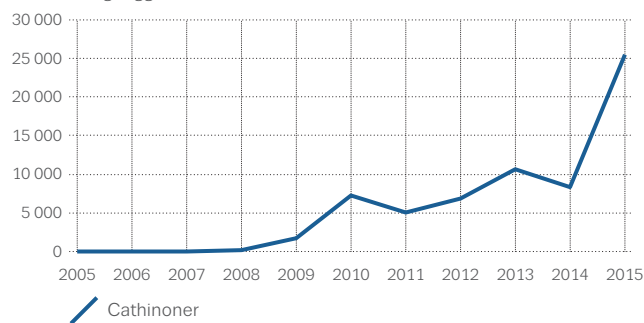
FIGUR 1.12

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

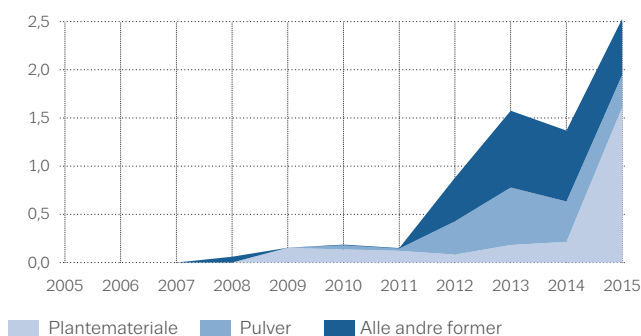
Antal beslaglæggelser



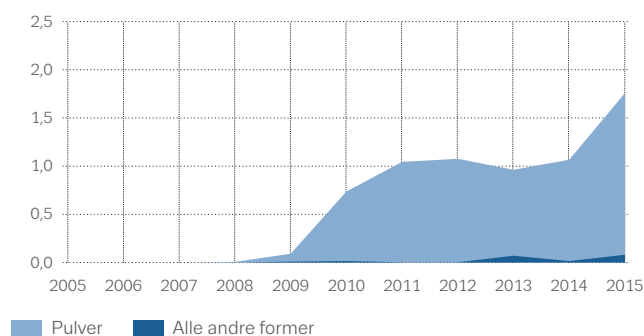
Antal beslaglæggelser



Cannabinoider (t)



Cathinoner (t)



NB: Data for EU, Tyrkiet og Norge.

## Syntetiske cannabinoider

Syntetiske cannabinoider er stoffer, der efterligner virkningerne af delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), som er det mest psykoaktive stof i cannabis. Som minimum siden 2008 har producenterne i Europa udnyttet denne virkning ved at importere partier af cannabinoider i pulverform og blande pulveret med tørret plantemateriale for at fremstille i hundredvis af forskellige legale rusmidler. De er så blevet markedsført som lovlige erstatninger for cannabis og solgt som "urtetobak" klar til brug. Syntetiske cannabinoider er fortsat den største gruppe af nye stoffer, som EMCDDA overvåger, og de bliver stadig mere kemisk forskellige. Der er således fundet 169 siden 2008, herunder 11 indberettet i 2016, hvilket er et fald fra 24 i 2015.

I 2015 blev der indberettet lige over 22 000 beslaglæggelser af syntetiske cannabinoider (figur 1.12). De fem hyppigst beslaglagte syntetiske cannabinoider var i 2015 ADB-FUBINACA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 og ADB-CHMINACA.

Disse beslaglæggelser androg en mængde på over 2,5 t. Næsten 64 % af beslaglæggelserne af syntetiske

cannabinoider bestod i planteblandinger, mens pulver udgjorde 13 %.

Fundet af syntetiske cannabinoider i pulverform og af forarbejdningsanlæg i Europa viser, at produkterne pakkes i Europa. Hvis disse pulvere var blevet forarbejdet til "urtetobak", kunne de have givet mange millioner doser. De hyppigst beslaglagte cannabinoider i pulverform i 2015 var 5F-AMB (61 kg), 5F-AKB48 (61 kg) og ADB-FUBINACA (57 kg).

## Syntetiske cathinoner

Syntetiske cathinoner er kemisk beslægtede med cathinon, som er et naturligt forekommende stimulerende stof i khatplanter (*Catha edulis*). Disse stoffer har virkninger svarende til almindelige ulovlige stimulerende stoffer såsom amfetamin, kokain og MDMA. Syntetiske cathinoner er den næststørste gruppe af nye stoffer, der overvåges af EMCDDA, idet der er fundet 118 i alt, herunder 14 for første gang i 2016, hvilket er et fald i forhold til de 26, der blev indberettet i 2015.

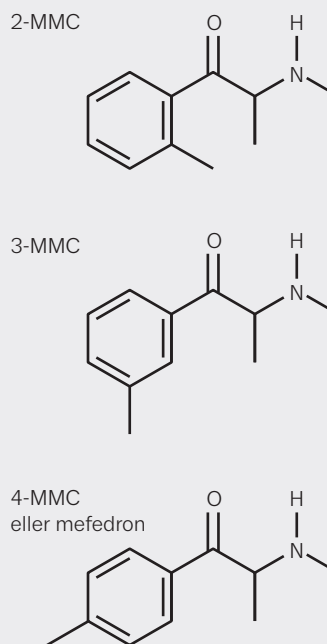
Syntetiske cathinoner var de hyppigst beslaglagte nye psykoaktive stoffer i 2015 med over 25 000 beslaglæggelser, hvilket svarer til næsten en tredjedel af det samlede antal beslaglæggelser. Dette repræsenterer en stigning på over 17 000 beslaglæggelser i forhold til det foregående år. Beslaglæggelserne androg lige over 1,8 t, hvilket er en stigning på ca. 0,75 t i forhold til 2014 (figur 1.12). Syntetiske cathinoner findes generelt i pulverform. De fem hyppigst beslaglagte cathinoner i 2015 var alpha-PVP, 3-MMC, ethylon, 4-CMC og pentedron. Over 60 % (1,2 t) af de beslaglagte syntetiske cathinoner, der blev indberettet i 2015, blev sendt fra Kina. En stor andel (42 %) af de beslaglagte syntetiske cathinoner var 2-MMC (156 kg) og 3-MMC (616 kg), som er kemisk beslægtede med mefedron (4-MMC), men ikke er under international narkotikakontrol. Mefedron har etableret sig på markedet for ulovlige stoffer i visse lande, og det er sandsynligt, at noget af 2-MMC og 3-MMC sælges som mefedron (se figur 1.13).

### Nye benzodiazepiner

Ligeledes bekymrende er den nylige vækst i markedet for nye benzodiazepiner. Omkring 20 af disse stoffer bliver overvåget af EMCDDA, heraf blev seks fundet for første gang i Europa i 2016. I 2015 blev der beslaglagt over 300 000 tabletter indeholdende nye benzodiazepiner såsom clonazolam, diclazepam, etizolam og flubromazolam, hvilket var næsten dobbelt så mange som i 2014. Visse nye benzodiazepiner blev solgt som tabletter, kapsler eller pulver under eget navn. I andre tilfælde brugte falsknere disse stoffer til fremstilling af falske versioner af almindeligt ordinerede angstdæmpende lægemidler, såsom diazepam og alprazolam, som blev solgt direkte på markedet for ulovlige stoffer.

FIGUR 1.13

Kemisk formel for 2-MMC, 3-MMC og 4-MMC (mefedron)



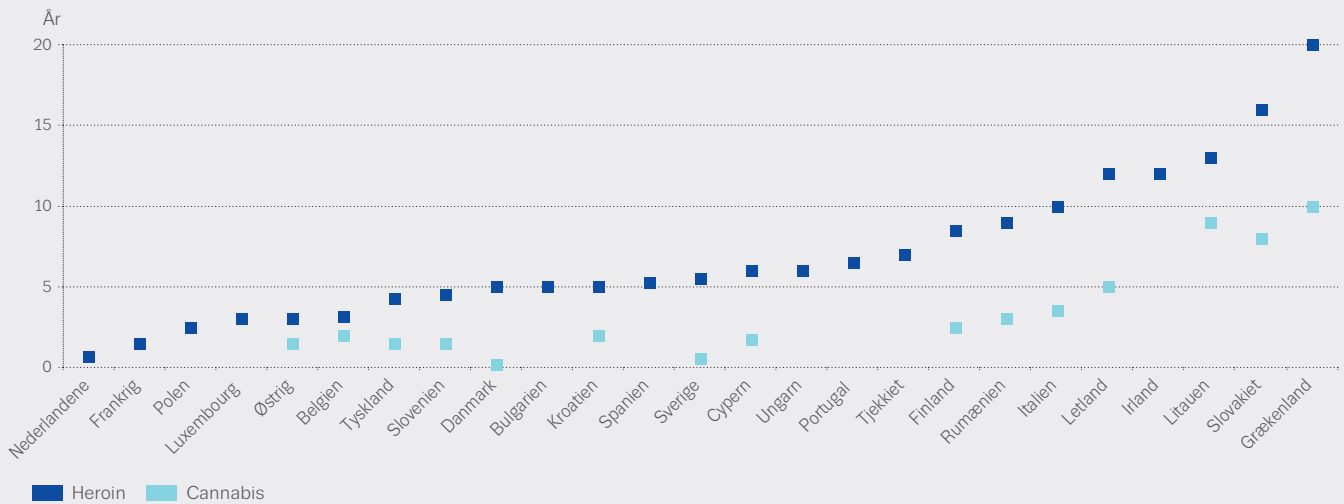
### Love målrettet mod udbuddet af nye psykoaktive stoffer

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

På nationalt plan er der blevet iværksat forskellige tiltag til kontrol af nye stoffer, og der kan overordnet set identificeres tre typer tiltag. Mange lande i Europa reagerede først ved at benytte forbrugersikkerhedslovgivningen og senere ved at udvide eller tilpasse eksisterende narkotikalovgivning til at tage højde for nye psykoaktive stoffer. Landene har i stigende grad udformet specifik ny lovgivning til at tage højde for dette fænomen. Der er bred variation i definitionerne af lovovertrædelserne og straffene, ligesom det er tilfældet med narkotikalovgivning i Europa. Den generelle tendens i nationale narkotikabekæmpelseslove er at sænke strafniveauet for besiddelse til personlig brug, og det fremgår også af nyere love om nye stoffer. De fleste nye love, der specifikt omhandler nye psykoaktive stoffer, rummer kun straffe for ulovligt salg og ikke for besiddelse til personlig brug.

FIGUR 1.14

## Forventet fængselsstraf for levering af 1 kg heroin eller cannabis i EU-medlemsstater



NB: Forventet gennemsnitlig straf baseret på udtalelser fra et udsnit af hvert lands retlige aktører gældende for førstegangsforbrydere uden medvirken af organiserede kriminelle. Gennemsnitlig straf angives ikke, hvis der var mulighed for betinget straf.

På EU-plan er den nuværende retlige ramme for bekæmpelse af nye psykoaktive stoffer, der stammer fra 2005, under revision med det formål at etablere et hurtigere, mere effektivt system til at regulere adfærd i forbindelse med skadelige nye psykoaktive stoffer ved hjælp af strafferetlige foranstaltninger.

### Straffe for salg af stoffer: forskelle på stoffer og lande

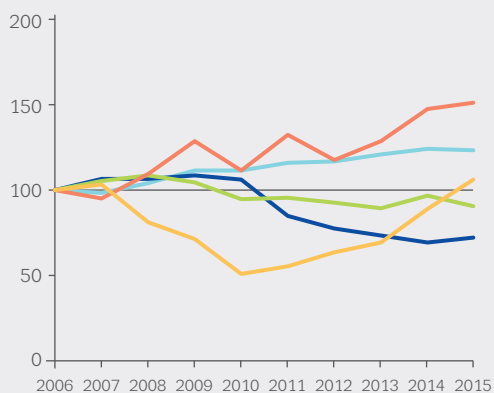
Ulovligt salg af stoffer er en strafbar handling i alle europæiske lande, men sanktionerne i de respektive lovgivninger er meget forskellige. En nylig EMCDDA-undersøgelse af retlige aktørers holdninger i EU's medlemsstater viste, at de straffe, som disse eksperter forventede for lignende overtrædelser af loven om narkotikasmugning, varierede betydeligt fra land til land (figur 1.14). Disse variationer kan være et resultat af nationale historiske og kulturelle faktorer, der påvirker et lands strafferetssystem, og forskellige nationale holdninger til straffens virkning som afskrækkende middel. Undersøgelsen viste også, at selv om lovgivningen kan indeholde ensartede straffe for forskellige stoffer, forudsagde de retlige aktører i de fleste lande, at straffene ville variere alt efter stoffet. Det ville indebære, at dommerne inddrog aspekter som f.eks. opfattet skadelig virkning for samfundet af de forskellige stoffer.

FIGUR 1.15

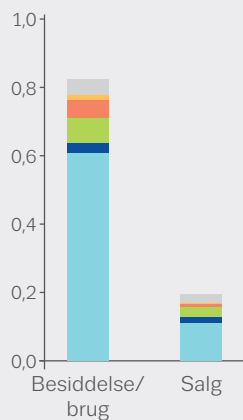
Narkotikalovovertrædelser i Europa vedrørende brug af stoffer eller besiddelse til eget brug eller salg: indekserede tendenser og indberettede lovovertrædelser i 2015

Overtrædelser vedrørende besiddelse/brug

Indekserede tendenser

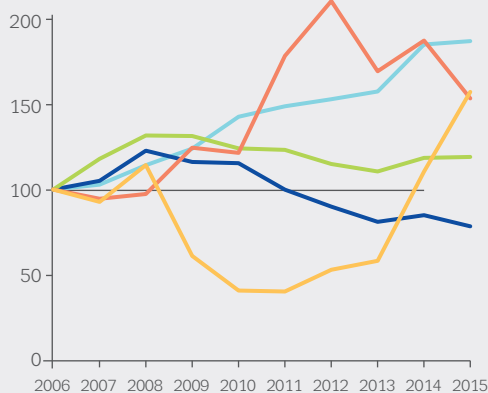


Antal lovovertrædelser (mio.)



Overtrædelser vedrørende salg

Indekserede tendenser



Heroin Kokain MDMA Cannabis Amfetaminer Andre stoffer

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

**Overtrædelser af narkotikalovgivningen: flest cannabisrelaterede**

Gennemførelsen af lovgivningen overvåges gennem data om indberetninger af narkotikalovovertrædelser. I EU blev der i 2015 indberettet anslået 1,5 mio. narkotikalovovertrædelser, som for over halvdelen (57 %) vedrørte brug eller besiddelse af cannabis, og som omfattede ca. 1 mio. lovovertrædere. De rapporterede overtrædelser steg med næsten en tredjedel (31 %) fra 2006 til 2015.

Indberetningerne om lovovertrædelser i form af narkotikasalg er steget med 18 % siden 2006 og nåede ifølge skøn op på over 214 000 tilfælde i 2015. Cannabis tegnede sig for de fleste lovovertrædelser i form af narkotikasalg (57 %). Der har været en brat stigning i indberetningerne af lovovertrædelser i form af salg af MDMA siden 2013 (figur 1.15).

I Europa som helhed skønnes det, at der i 2015 blev indberettet over 1 mio. lovovertrædelser i form af brug eller besiddelse til personlig brug, hvilket er en stigning på 27 % sammenlignet med 2006. Af de indberettede narkotikalovovertrædelser vedrørende besiddelse drejer ca. tre fjerdedele sig om cannabis (74 %). Den stigende tendens i lovovertrædelser vedrørende besiddelse af amfetaminer og MDMA er fortsat i 2015 (figur 1.15).

**Der blev i 2015 indberettet anslået 1,5 mio. narkotikalovovertrædelser**



## HVIS DU VIL VIDE MERE

### EMCDDA-publikationer

#### 2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

Country Drug Reports 2017.

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

#### 2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

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

Internet and drug markets, Insights.

#### 2015

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

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Technical reports.

The internet and drug markets, Technical reports.

#### 2014

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

#### 2013

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

#### 2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

### Fælles publikationer fra EMCDDA og Europol

#### 2017

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: acryloylfentanyl, Joint Reports.

#### 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, Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl, Joint Reports.

#### 2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance:  $\alpha$ -PVP, Joint Reports.

#### 2013

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

### Fælles publikationer fra EMCDDA og Eurojust

#### 2016

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

**Alle publikationer er tilgængelige under linket [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications).**

# 2

**Blandt stofbrugere  
er blandingsmisbrug  
almindeligt**

# Prævalens for stofbrug og tendenser

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

## Overvågning af stofbrug

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

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

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

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

## Forskellige nationale tendenser for stofbrug blandt skoleelever

Overvågning af stofbruget blandt skoleelever giver vigtig indsigt i unges risikoadfærd i dag og potentielle fremtidige tendenser. I 2015 gennemførte det europæiske skoleundersøgelserprojekt om alkohol og andre stoffer (ESPAD) sjette runde af dataindsamlingen siden oprettelsen i 1995. Den seneste undersøgelse høstede sammenlignelige data om stofbrug blandt 15-16-årige skoleelever fra 35 europæiske lande, herunder 23 EU-medlemsstater og Norge. Blandt eleverne i disse 24 lande fortalte i gennemsnit 18 %, at de havde brugt cannabis mindst én gang (langtidsprævalens). De højeste niveauer blev indberettet i Tjekkiet (37 %) og Frankrig (31 %). Stofbrug inden for den seneste måned varierede fra 2 % i Sverige, Finland og Norge til 17 % i Frankrig med et gennemsnit på 8 % i de 24 lande. Kønsforskellene varierede på tværs af Europa, idet langtidsbrug af cannabis varierede fra en ligelig fordeling mellem drenge og piger i Tjekkiet og Malta til et forhold på 2,5 gange så mange drenge som piger i Norge.

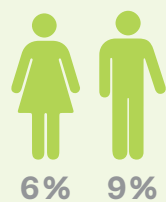
Brugen af andre ulovlige stoffer end cannabis var langt lavere. Her var den samlede langtidsprævalens 5 %. De hyppigst brugte ulovlige stoffer efter cannabis var MDMA/ecstasy, amfetamin, kokain, metamfetamin og LSD eller andre hallucinogener, som hver blev indberettet af 2 % af eleverne. Desuden blev langtidsprævalens for brug af nye psykoaktive stoffer indberettet af 4 % af eleverne, og her lå de højeste tal i Estland og Polen (10 % hver).

Blandt de 22 lande med tilstrækkelige data til analysen (21 EU-medlemsstater og Norge) nåede den samlede tendens i prævalens for cannabisbrug inden for den seneste måned et maksimum i 2003 for derefter at falde en smule i de efterfølgende undersøgelser (figur 2.1). Mellem de to seneste undersøgelser i 2011 og 2015 var prævalensen for både langtidsbrug af cannabis og cannabisbrug inden for den seneste måned stabil i de fleste af disse lande. Siden 1995 har langtidsprævalensen for brug af andre ulovlige stoffer end cannabis været stort set uændret, dog med en let nedgang fra 2011 til 2015.

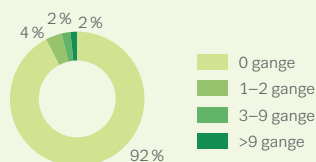
**Langtidsprævalens for brug af nye psykoaktive stoffer blev indberettet af 4 % af eleverne**

## STOFBRUG BLANDT 15-16-ÅRIGE SKOLEELEVER I EUROPA (ESPAD 2015)

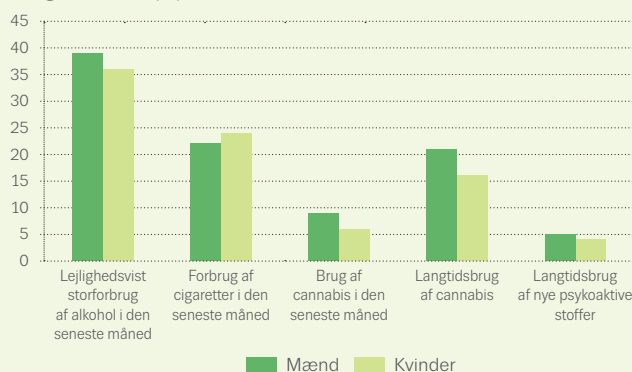
Cannabisbrug i den seneste måned opdelt på køn



Hypigheden af cannabisbrug i den seneste måned



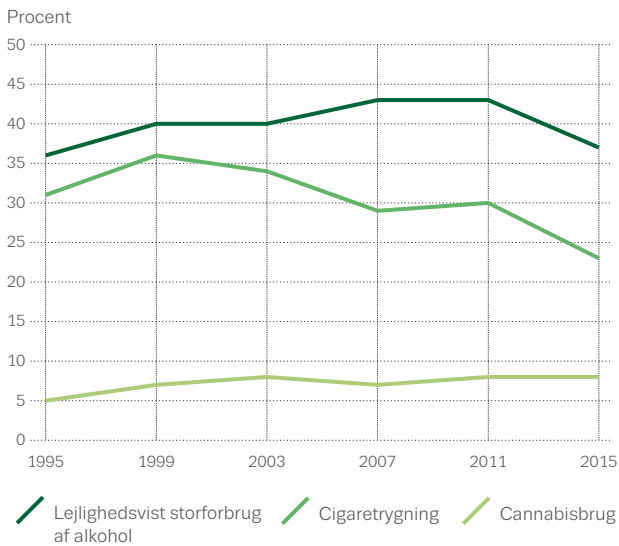
Brug af stoffer (%)



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

FIGUR 2.1

Tendenser i prævalens for lejlighedsvist storforbrug af alkohol, cigaretrykning og cannabisbrug den seneste måned blandt 15-16-årige skoleelever i Europa



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

### Nylige fald i tobaksrykning og lejlighedsvist storforbrug af alkohol blandt skoleelever

ESPAD-undersøgelserne omfattede ligeledes brugen af alkohol og tobak. Mere end fire femtedele (83 %) af eleverne havde indtaget alkohol mindst én gang i deres liv. Halvdelen af eleverne rapporterede at have drukket alkohol mindst én gang inden for den seneste måned. Heraf havde 39 % af drengene og 36 % af pigerne indtaget fem eller flere genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned (lejlighedsvist storforbrug af alkohol).

Lige under halvdelen (47 %) af eleverne havde røget cigaretter. 23 % af eleverne berettede, at de havde røget en eller flere cigaretter om dagen i måneden forud for undersøgelsen, og 3 %, at de havde røget mere end 10 cigaretter om dagen.

Blandt de 22 EMCDDA-lande med tilstrækkelige data til tendensanalysen kan der iagttages en samlet nedgang fra 1995 til 2015 i langtidsbrug og brug inden for den seneste måned af både alkohol og cigaretter. Ændringerne i tallene for lejlighedsvist storforbrug af alkohol var mindre tydelige, men der kunne ses en stigning for pigernes vedkommende i perioden. Fra 2011 til 2015 viste undersøgelserne et fald i både lejlighedsvist storforbrug af alkohol og cigarettforbrug inden for den seneste måned.

### Over 93 mio. voksne har prøvet ulovlige stoffer

Det anslås, at over 93 mio. voksne eller lige over en fjerdedel af de 15-64-årige i EU har prøvet ulovlige stoffer på et eller andet tidspunkt i deres liv. Erfaringer med stofbrug rapporteres hyppigere af mænd (56,8 mio.) end af kvinder (36,8 mio.). Det hyppigst afprøvede stof er cannabis (53,8 mio. mænd og 34,1 mio. kvinder), mens der angives meget lavere skøn for langtidsbrug af kokain (12,2 mio. mænd og 5,3 mio. kvinder), MDMA (9,3 mio. mænd og 4,7 mio. kvinder) og amfetaminer (8,4 mio. mænd og 4,2 mio. kvinder). Niveauerne for langtidsbrug af cannabis varierer meget fra land til land, lige fra Frankrig med 8 ud af 20 voksne til Malta og Rumænien med under 1 ud af 20.

Brugen af stoffer det seneste år giver en målestok for nyligt stofbrug og er primært koncentreret blandt unge voksne. Et skøn viser, at 18,7 mio. unge voksne (15-34 år) har brugt stoffer det seneste år, heraf dobbelt så mange mænd som kvinder.

### Cannabisbrug: varierende nationale tendenser

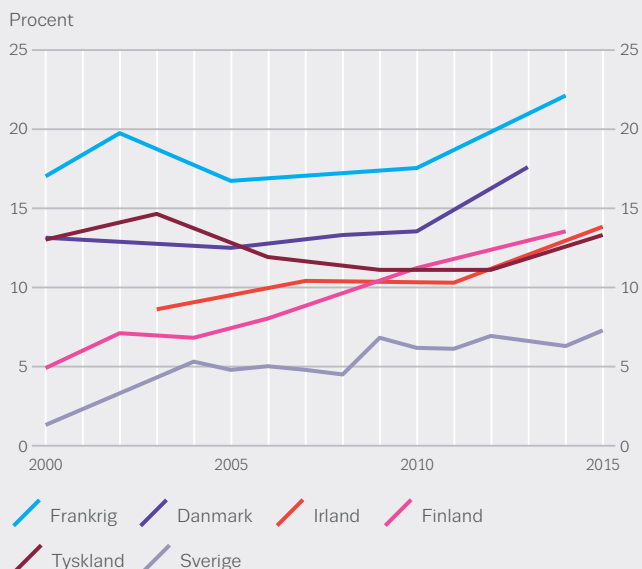
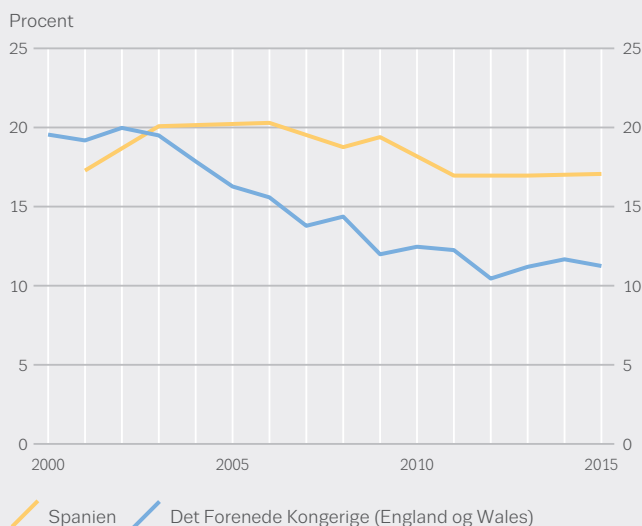
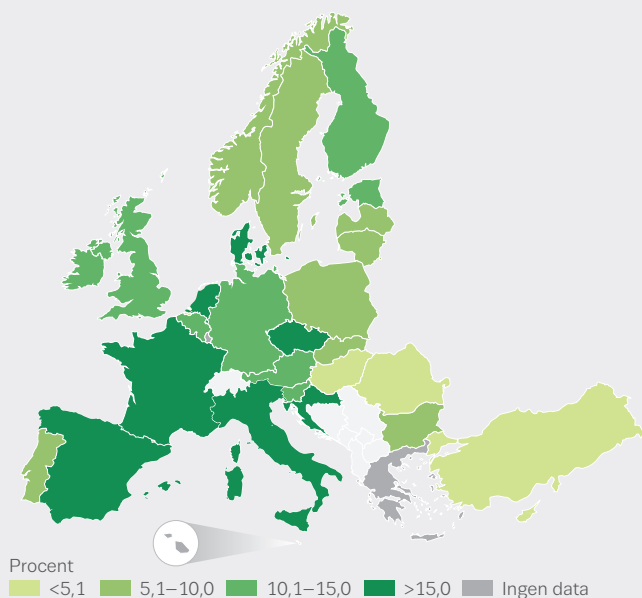
Cannabis er det ulovlige stof, der med størst sandsynlighed bruges af alle aldersgrupper. Stoffet ryges normalt, og i Europa blandes det sædvanligvis med tobak. Mønstrene for cannabisbrug kan gå fra lejlighedsvis til regelmæssig og afhængig brug.

Det skønnes, at 87,7 mio. europæiske voksne (15-64 år) eller 26,3 % af denne aldersgruppe har eksperimenteret med cannabis på et tidspunkt i livet. Heraf anslås 17,1 mio. unge europæere (15-34 år) eller 13,9 % af denne aldersgruppe at have brugt cannabis inden for det sidste år, og at 10 mio. heraf lå i aldersgruppen 15-24 år (17,7 % af denne aldersgruppe). Prævalensen for brug det seneste år blandt de 15-34-årige varierer fra 3,3 % i Rumænien til 22 % i Frankrig. Blandt unge, der har brugt cannabis det seneste år, er der dobbelt så mange mænd som kvinder.

**Det hyppigst afprøvede stof er cannabis**

FIGUR 2.2

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



De seneste undersøgelsesresultater viser, at landene fortsat har forskellige mønstre i cannabisbrug det seneste år. Syv af de lande, der har gennemført undersøgelser siden 2014 og indrapporteret konfidensintervaller, indberettede højere skøn, seks var stabile, og to indberettede et lavere skøn end i den tidligere sammenlignelige undersøgelse.

Kun få lande har tilstrækkelige undersøgelsesdata til at foretage en statistisk analyse af tendenser for cannabisbrug det seneste år blandt unge voksne (15-34 år). Blandt disse har den faldende langtidstendens, der har været iagttaget over de seneste 10 år i Spanien og Det Forenede Kongerige, nu stabiliseret sig i de nyeste data (figur 2.2).

De seneste 10 år har man kunnet se en stigende tendens i Irland og Finland og også i Sverige, om end prævalensen i Sverige har været stabil siden 2009. I Tyskland, Frankrig og Danmark kan der ikke ses en opadgående statistisk tendens i denne periode, om end de seneste undersøgelser peger på nylige stigninger i cannabisbrug det seneste år blandt unge voksne. I 2014 rapporterede Frankrig en ny rekord på 22 %, mens Tyskland indberettede et tal på 13 % i 2015, hvilket er den højeste prævalens i Tyskland de sidste 10 år for cannabisbrug det seneste år blandt unge voksne. Blandt de lande, der mangler tilstrækkelige data til at foretage en statistisk analyse af tendenser, bekræftede den anden sammenlignelige årlige undersøgelse fra Nederlandene i 2015 en prævalens på ca. 16 %, mens Østrigs første nationale undersøgelse siden 2008 viste en prævalens på 14 %.

## Højrisikobrugere af cannabis: stigende antal, der kommer i behandling

På baggrund af generelle befolkningsundersøgelser anslås det, at ca. 1 % af voksne europæere er daglige eller næsten daglige cannabisbrugere, dvs. de har brugt det i 20 dage eller derover i den seneste måned. Ca. 30 % heraf er ældre stofbrugere i gruppen 35-64 år, og over tre fjerdedele er mænd.

Når dataene om klienter, der for første gang kommer i behandling for cannabisrelaterede problemer, anvendes sammen med andre indikatorer, kan de give indsigt i arten og omfanget af højrisikobruget af cannabis i Europa. Samlet set er antallet af klienter, der kom i behandling for cannabisrelaterede problemer for første gang, steget fra 43 000 i 2006 til 76 000 i 2015. Der er mange faktorer bag stigningen, herunder højere prævalens for cannabisbrug i befolkningen generelt, stigninger i antallet af intensive brugere, udbuddet af stærkere produkter og stigninger i henvisning til behandling og i behandlingsudbuddet.

## Kokainprævalens: stabile nationale tendenser

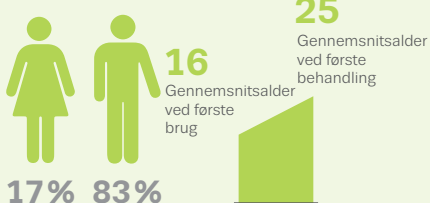
Kokain er det mest udbredte ulovlige stimulerende stof i Europa, og brugen er mere fremherskende i de sydlige og vestlige lande. Blandt regelmæssige forbrugere kan der foretages en bred sondring mellem mere socialt integrerede brugere, der ofte sniffer kokainpulver (kokainhydroklorid), og marginaliserede brugere, der injicerer kokain eller ryger crack (kokainbase), til tider sammen med brug af opioider.

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

Kun Irland, Spanien, Nederlandene og Det Forenede Kongerige har rapporteret en prævalens for kokainbrug blandt unge voksne det seneste år på 2,5 % eller derover. I Europa som helhed kan de fald i kokainbrug, der blev indberettet tidligere år, ikke ses i de nyeste undersøgelser. To af de lande, der har gennemført undersøgelser siden 2014 og indrapporteret konfidensintervaller, indberettede højere skøn, 11 indberettede stabile tendenser, og et enkelt indberettede et lavere skøn end i den tidligere sammenlignelige undersøgelse.

## CANNABISBRUGERE, DER GÅR I BEHANDLING

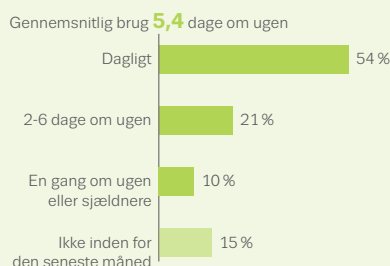
### Kendetegn



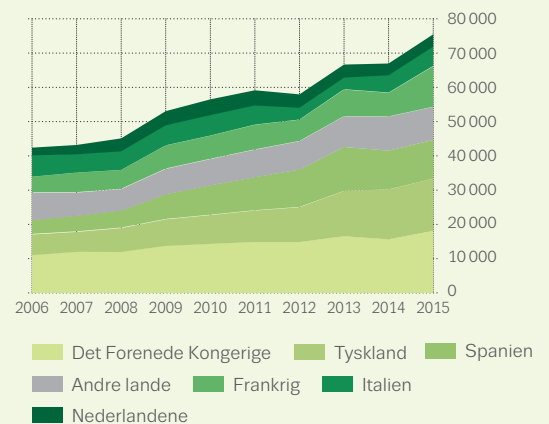
### Førstegangsbehandlede



### Brugshyppighed inden for den seneste måned



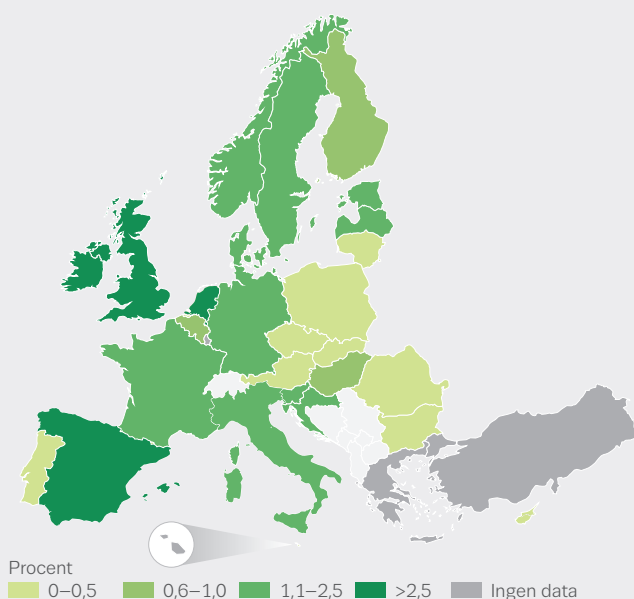
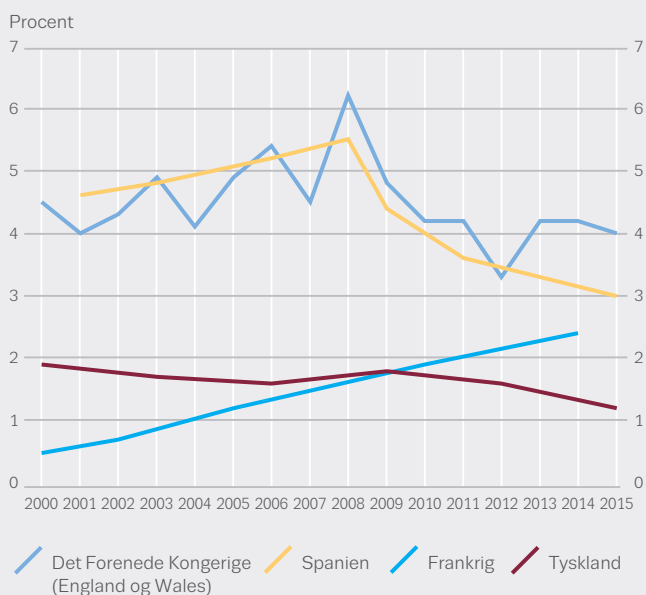
### Tendenser for førstegangsbehandlede



NB: Kendetegn for alle, der kom i behandling med cannabis som primært stof. Tendenser i førstegangsbehandlede er baseret på 23 lande. På grund af ændringer i datastrømmen på nationalt plan er tallene siden 2014 for Italien ikke sammenlignelige med tidligere år.

FIGUR 2.3

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



Kun i få lande er det muligt at foretage en statistisk analyse af langtidstendenser i kokainbrug blandt unge voksne det seneste år, og de nye data bekræfter de eksisterende tendenser. Spanien og Det Forenede Kongerige indberettede begge tendenser til stigende prævalens indtil 2008 og derefter stabile eller faldende tal (figur 2.3). Selvom prævalensniveauerne er lavere, kan der iagttages en stigende tendens i Frankrig, hvor prævalensen i 2014 for første gang er nået over 2 %. Statistisk set viste 2015-undersøgelsen i Tyskland et fald i kokainprævalensen, efter at den havde været stabil fra 2000 til 2009.

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

En analyse fra 2016 viste, at de højeste belastninger af benzoylcegonin – den vigtigste kokainmetabolit – forekom i byer i Belgien, Spanien og Det Forenede Kongerige, mens der var meget lave tal i størstedelen af de østeuropæiske byer (figur 2.4). Af de 33 byer, der havde data for 2015 og 2016, indberettede 22 en stigning, fire et fald, og syv en stabil situation. Der rapporteres om stabile eller stigende langtidstendenser for de fleste af de 13 byer med data for 2011 og 2016.

### Højrisikobrug af kokain: stabil efterspørgsel efter behandling

Prævalensen for højrisikobrug af kokain i Europa er vanskelig at vurdere, da kun fire lande har foretaget nyere skøn, og der er brugt forskellige definitioner og metodologier. I 2015 anslog Tyskland på grundlag af spørgsmål om, hvor alvorlig afhængigheden var, at højrisikobrug af kokain blandt voksne lå på 0,20 %, mens Spanien brugte brugshyppigheden til at anslå højrisikobrug af kokain til 0,24 %. I 2015 fremlagde Italien et skøn på 0,65 % for personer, der har behov for behandling for kokainbrug. Højrisikobrug af kokain i Portugal blev skønnet til 0,62 % i 2012 baseret på indberettet brug det seneste år.

Spanien, Italien og Det Forenede Kongerige står for tre fjerdedele (74 %) af alle indberettede personer, der kom i behandling for kokain i Europa. Samlet set blev kokain nævnt som primært stof for ca. 63 000 klienter, der kom i specialiseret behandling for stofmisbrug i 2015, og for ca. 28 000 førstegangsbehandlede. Efter en periode med fald har det samlede antal førstegangsbehandlede for kokain været forholdsvis stabilt siden 2012.

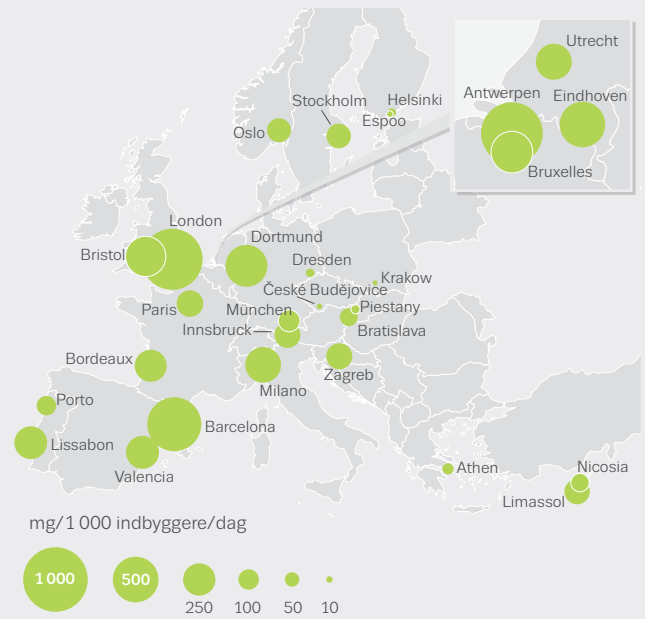
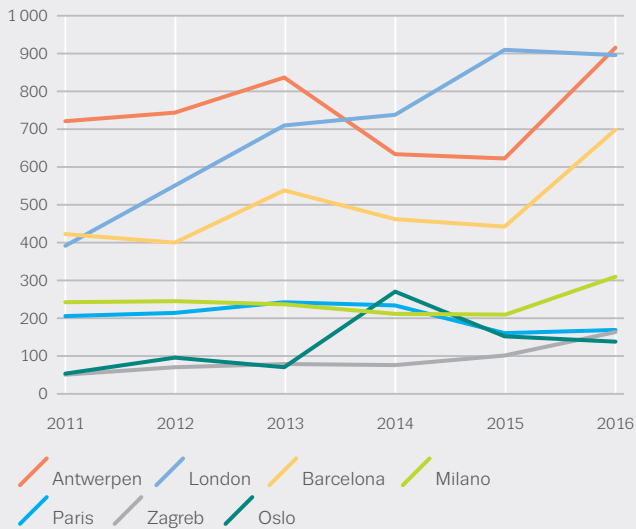
I 2015 angav 7 400 klienter, der kom i behandling i Europa, crackkokain som primært stof. Det Forenede Kongerige tegnede sig for næsten to tredjedele heraf (4 800). Spanien, Frankrig og Nederlandene tegnede sig tilsammen (1 900) for de fleste af de resterende klienter.



FIGUR 2.4

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

mg/1 000 indbyggere/dag



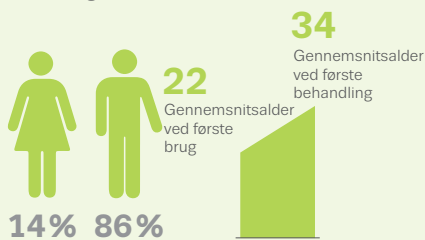
NB: Gennemsnitlig daglig mængde benzoyllecgonin i mg pr. 1 000 indbyggere. Prøvetagningen blev gennemført i udvalgte europæiske byer i løbet af en uge i 2016.

Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

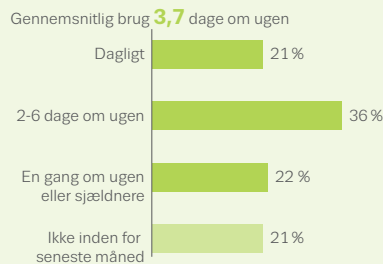
For 2011/12 skønnede Det Forenede Kongerige (England), at brugen af crackkokain blandt den voksne befolkning lå på 0,48 %. De fleste af disse crackbrugere var også opioidbrugere.

KOKAINBRUGERE, DER GÅR I BEHANDLING

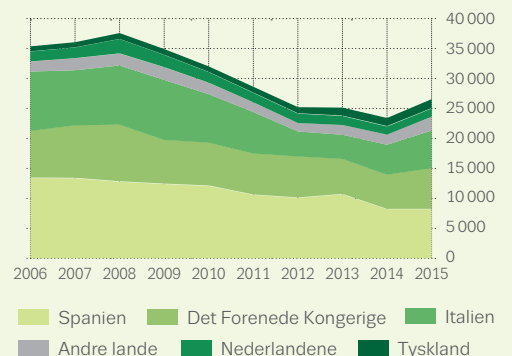
Kendetegn



Brugshyppighed inden for den seneste måned



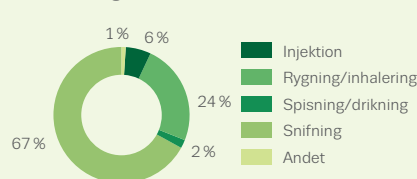
Tendenser for førstegangsbehandlede



Førstegangsbehandlede



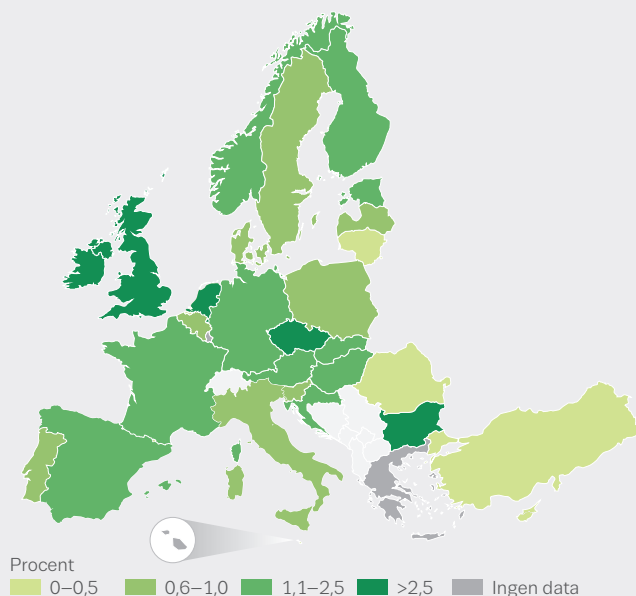
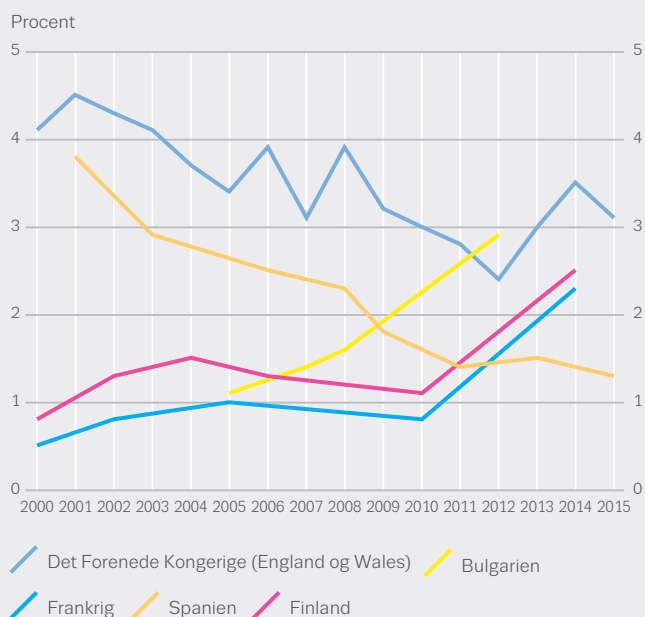
Indtagelsesmåde



NB: Kendetegn for alle, der kom i behandling med kokain som primært stof. Tendenser i førstegangsbehandlede er baseret på 23 lande. På grund af ændringer i datastrømmen på nationalt plan er tallene siden 2014 for Italien ikke sammenlignelige med tidligere år.

FIGUR 2.5

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



**MDMA: fortsat stigning i brugen**

MDMA (3,4-methylenedioxy-metamfetamin) bruges i form af tabletter (ofte kaldet ecstasy), men også i krystal- eller pulverform. Tabletterne synkes normalt, mens krystaller og pulver indtages oralt og kan også sniffes. I de fleste europæiske undersøgelser er der traditionelt blevet indsamlet data om brug af ecstasy snarere end MDMA, selv om dette nu er ved at ændre sig.

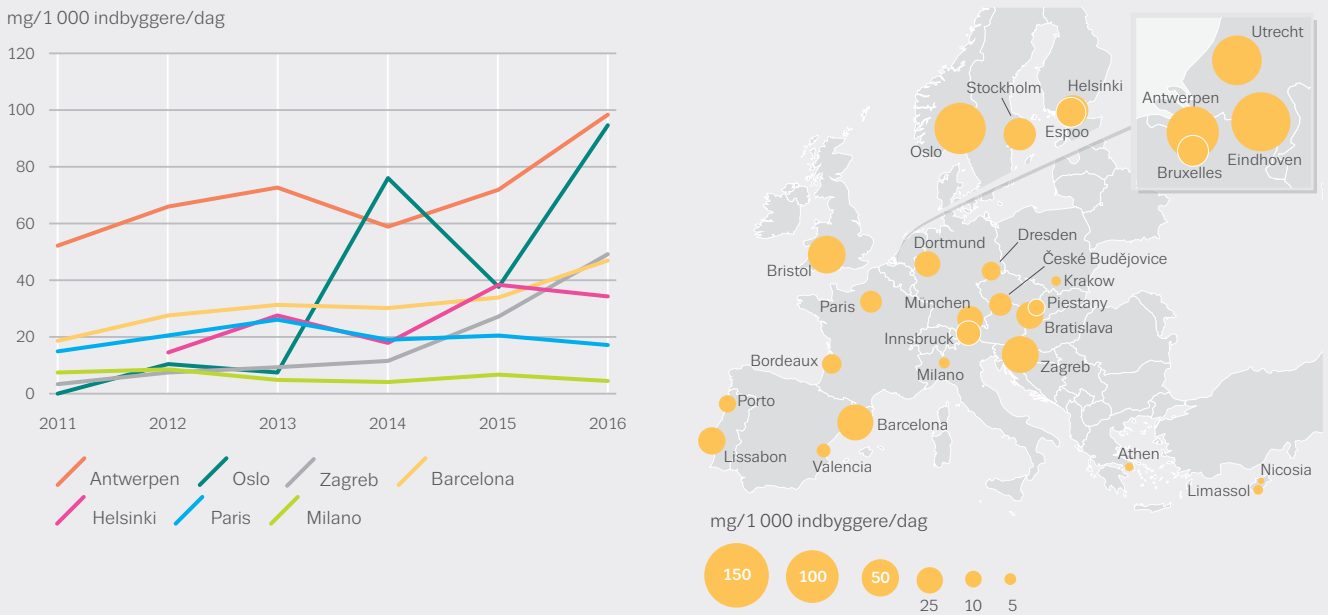
Det skønnes, at 14 mio. europæiske voksne (15-64 år) eller 4,2 % af denne aldersgruppe har eksperimenteret med MDMA/ecstasy på et tidspunkt i livet. Tallene for mere nylig brug i den aldersgruppe, hvor stofbrug er højest, tyder på, at 2,3 mio. unge voksne (15-34 år) har brugt MDMA det seneste år (1,8 % af denne aldersgruppe) med nationale skøn fra 0,3 % i Cypern, Litauen og Rumænien til 5,5 % i Nederlandene.

Indtil for nylig havde prævalensen for MDMA i mange lande været vigende i forhold til rekordniveauerne i begyndelsen og midten af 00'erne. De seneste år har overvågningskilder imidlertid vist en stigende brug af MDMA. Blandt de lande, der har gennemført nye undersøgelser siden 2014 og indrapporteret konfidensintervaller, tyder resultaterne på en fortsat stigende tendens, hvor fem lande indberettede højere skøn end i den tidligere sammenlignelige undersøgelse, og ni indberettede stabile skøn.

I de tilfælde, hvor der findes data til at foretage en statistisk analyse af tendenserne i brug af MDMA det seneste år blandt unge voksne, tyder nyere data på ændringer. Efter en stabilitetsperiode eller en gradvis stigning siden 2000 indberettede Frankrig og Finland store stigninger i 2014 (figur 2.5). I Det Forenede Kongerige er den stigning, der har kunnet iagttages siden 2012, nu blev mindre ifølge data for 2015, mens den langsigtede tendens i Spanien fortsat er faldende, omend de nyere værdier ligger stabilt.

FIGUR 2.6

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



NB: Gennemsnitlig daglig mængde MDMA i mg pr. 1 000 indbyggere. Prøveudtagningen blev gennemført i udvalgte europæiske byer i løbet af en uge i 2016. Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Analysen fra 2016 af flere byer viste, at de højeste mængdemæssige belastninger af MDMA i spildevand forekom i belgiske, nederlandske og norske byer (figur 2.6). Af de 32 byer, der havde data for 2015 og 2016, indberettede 17 en stigning, 11 et fald, og fire en stabil situation. Med hensyn til længerevarende tendenser var MDMA-belastningerne i spildevand højere i 2015 end i 2011 i de fleste byer med data for begge år, og der sås bratte stigninger i visse byer.

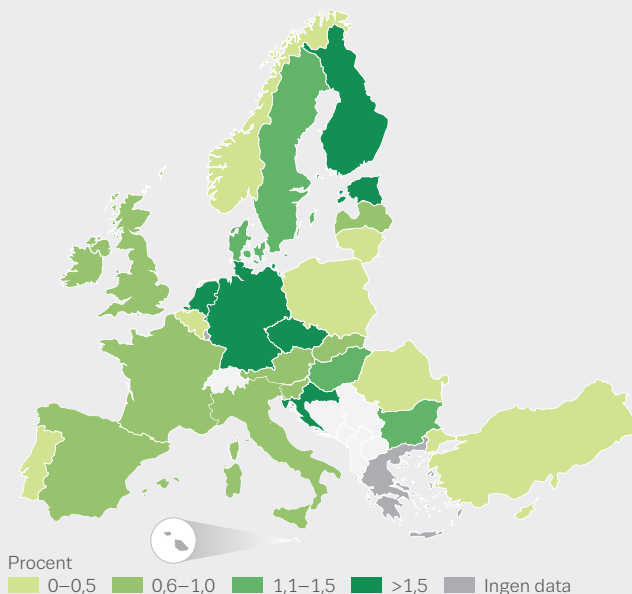
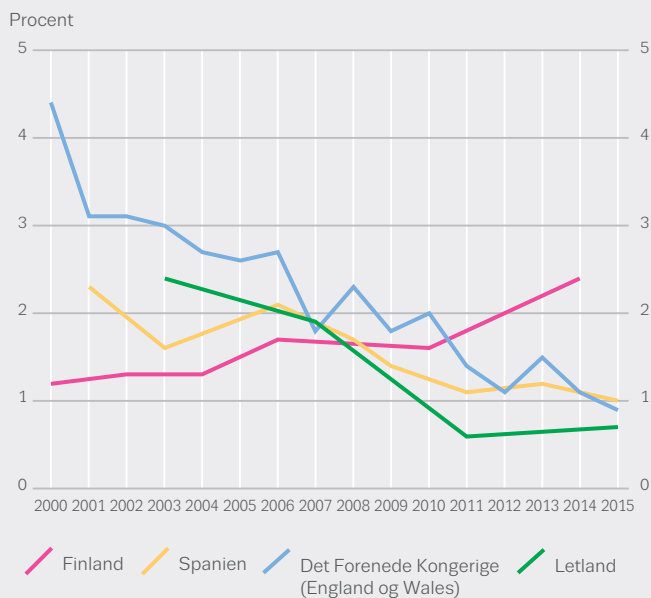
MDMA tages ofte sammen med andre stoffer, herunder alkohol, og stoffet har traditionelt været tæt forbundet med nattelivet og især technomiljøer. Der er i øjeblikket tegn på, at MDMA i lande med højere prævalens ikke længere er et niche- eller subkulturstof. Det er ikke begrænset til danseklubber og fester, men bruges af en bred vifte af unge i nattelivets mainstreammiljøer, såsom barer og private fester.

MDMA-brug anføres sjældent som grund til at gå i specialiseret stofbehandling. I 2015 blev MDMA indberettet af mindre end 1 % (omkring 900 tilfælde) af de førstegangsbehandlede i Europa.

**Overvågningskilder viser  
stigende brug af MDMA**

FIGUR 2.7

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



**Amfetaminbrug: forskellige nationale situationer**

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

Begge stoffer kan indtages oralt eller sniffes, men i nogle lande er det almindeligt blandt højrisikobrugere at injicere disse stoffer. Metamfetaminer kan også ryges, men denne indtagelsesmåde indberettes ikke hyppigt i Europa.

Det skønnes, at 12,5 mio. europæiske voksne (15-64 år) eller 3,8 % af denne aldersgruppe har eksperimenteret med amfetaminer på et tidspunkt i livet. Tallene for mere nylig brug i den aldersgruppe, hvor stofbrug er højest, tyder på, at 1,3 mio. (1,1 %) unge voksne (15-34 år) har brugt amfetaminer det seneste år med de nyeste nationale prævalensskøn fra 0,1 % i Cypren, Portugal og Rumænien til 3,1 % i Nederlandene. Ifølge de tilgængelige data har tendenserne for brug været forholdsvis stabile i de fleste europæiske lande siden omkring 2000. To af de lande, der har gennemført undersøgelser siden 2014 og indrapporteret konfidensintervaller, indberettede højere skøn, 10 indberettede stabile tendenser, og to

indberettede et lavere skøn end i den tidligere sammenlignelige undersøgelse.

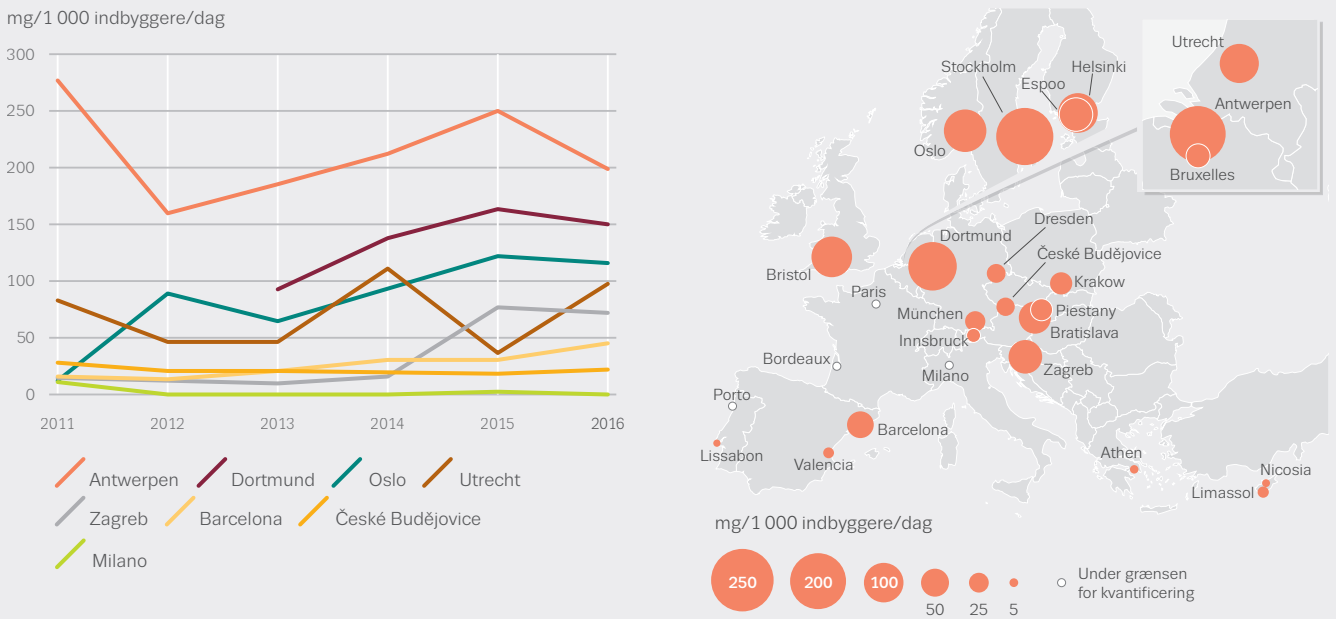
Kun i få lande er det muligt at foretage en statistisk analyse af prævalensen for brug af amfetaminer blandt unge voksne det seneste år. I Spanien, Letland og Det Forenede Kongerige kan der iagttages faldende langsigtede tendenser (figur 2.7). Modsat har Finland haft en stigende prævalens siden 2000.

Analyser af kommunalt spildevand udført i 2016 viste, at den mængdemæssige belastning af amfetamin varierede betragteligt i Europa, og de højeste niveauer forekom i byer i Nordeuropa (figur 2.8). I byerne i Sydeuropa blev der fundet meget lavere koncentrationer af amfetamin. Af de 32 byer, der havde data for 2015 og 2016, indberettede 13 en stigning, ni en stabil situation, og 10 et fald. Samlet set var der ifølge data fra 2011 til 2016 en forholdsvis stabil tendens for amfetamin.

Brugen af metamfetamin, der traditionelt har været lav i Europa og historisk begrænset til Tjekkiet og Slovakiet, forekommer nu også i det østlige Tyskland og Nordeuropa, især i byerne i Finland (figur 2.9). Af de 30 byer, der havde data om metamfetamin i spildevand for 2015 og 2016, indberettede 13 en stigning, 10 en stabil situation, og syv et fald.

FIGUR 2.8

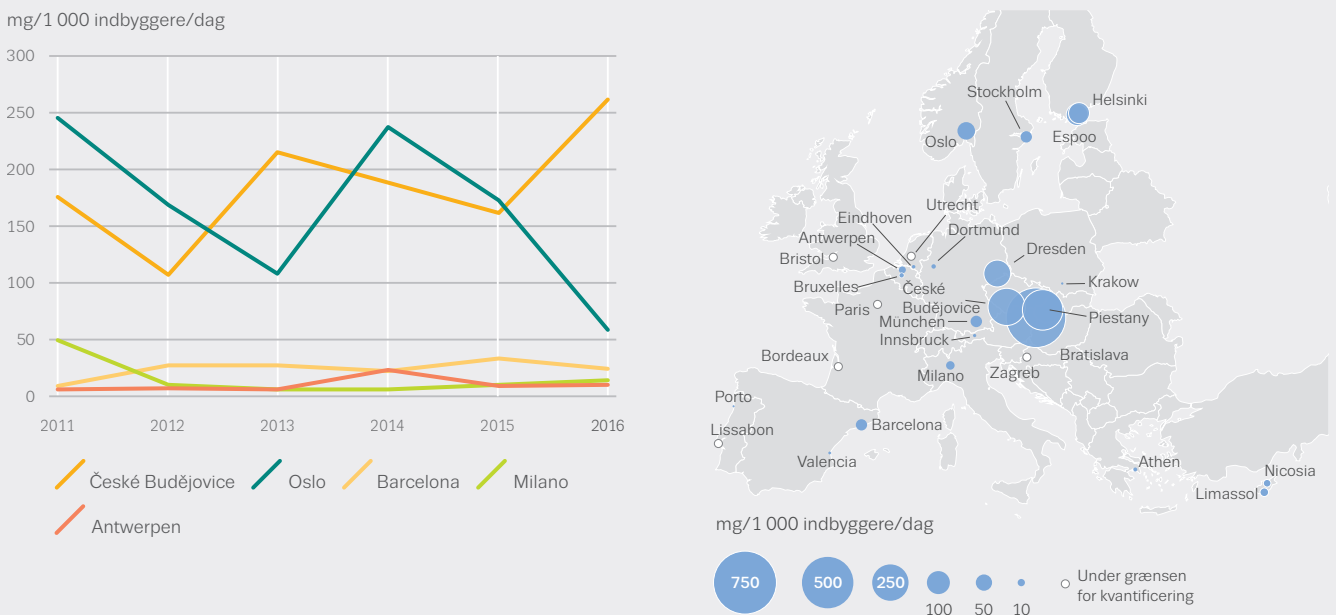
Restkoncentrationer af amfetamin i spildevand i udvalgte europæiske byer: tendenser og de seneste data



NB: Gennemsnitlig daglig mængde amfetamin i mg pr. 1 000 indbyggere. Prøveudtagningen blev gennemført i udvalgte europæiske byer i løbet af en uge i 2016. Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

FIGUR 2.9

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



NB: Gennemsnitlig daglig mængde metamfetamin i mg pr. 1 000 indbyggere. Prøveudtagningen blev gennemført i udvalgte europæiske byer i løbet af en uge i 2016. Kilde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

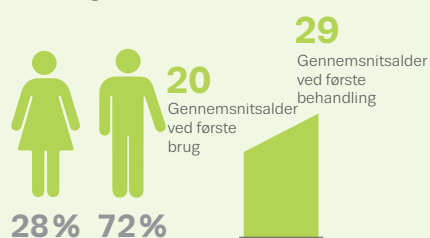
## Højrisikobrug af amfetaminer: stigende efterspørgsel efter behandling

Problemer relateret til langvarig kronisk intravenøs brug af amfetamin er historisk set primært blevet observeret i nordeuropæiske lande. Til gengæld har langvarige metamfetaminrelaterede problemer været mest observerbare i Tjekkiet og Slovakiet. Der findes nylige skøn over højrisikobrug af amfetaminer for Norge, hvor skønnet ligger på 0,33 % eller 11 200 voksne, og for Tyskland, hvor tallene er 0,19 % eller 102 000 brugere i 2015. Amfetaminbrugere udgør sandsynligvis størstedelen af de anslået 2 180 (0,17 %) brugere af højrisikostimulanser, der er indberettet for Letland i 2014, hvilket er et fald fra 6 540 (0,46 %) i 2010. Tjekkiet og Cypern har leveret nylige skøn over højrisikobrug af metamfetamin. I Tjekkiet lå skønnet over højrisikobrug af metamfetamin blandt voksne (15-64 år) på ca. 0,49 % for 2015. Højrisikobrug af stoffet, primært intravenøs brug, steg fra 20 900 brugere i 2007 op til 36 400 i 2014 for igen at falde til 34 200 i 2015. Skønnet for Cypern ligger på 0,14 % eller 678 brugere i 2015.

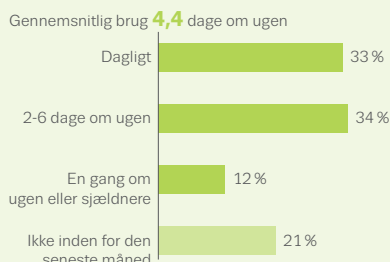
Amfetaminer nævnes som det primære stof af omkring 34 000 klienter, der kom i specialiseret stofbehandling i Europa i 2015, og hvoraf 14 000 var førstegangsbehandlede. Primære amfetaminbrugere tegner sig for over 15 % af antallet af indberettede førstegangsbehandlede alene i Bulgarien, Tyskland, Letland, Polen og Finland. Klienter, der kom i behandling for brug af metamfetamin som primært stof, er koncentreret i Tjekkiet og Slovakiet, der tilsammen tegner sig for næsten 90 % af de 9 000 metamfetaminklienter i specialiserede behandlingstilbud i Europa. I 2015 oplevede de fleste lande en fortsættelse af den stigende tendens, der blev iagttaget fra 2006 til 2014, i førstegangsbehandlede, der angiver amfetamin eller metamfetamin som deres primære stof.

## AMFETAMINBRUGERE, DER GÅR I BEHANDLING

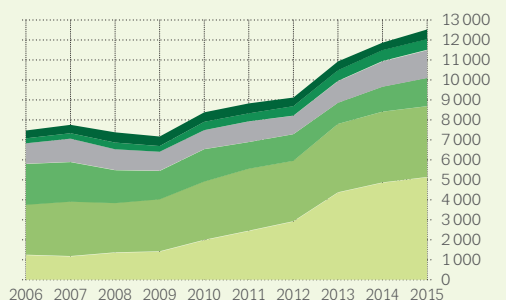
### Kendetegn



### Brugshyppighed inden for den seneste måned



### Tendenser for førstegangsbehandlede

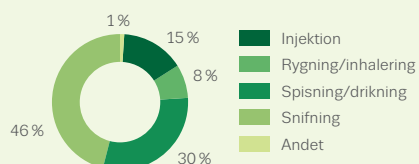


Tyskland Tjekkiet Det Forenede Kongerige  
Andre lande Slovakiet Nederlandene

### Førstegangsbehandlede



### Indtagelsesmåde



NB: Kendetegn for alle, der kom i behandling med amfetaminer som primært stof. Tendenser i førstegangsbehandlede er baseret på 23 lande.

### Ketamin, GHB og hallucinogener: fortsat lav brug

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

I de sidste 20 år er der blevet berettet om fritidsbrug af ketamin og GHB (herunder stoffets prækursor GBL, gamma-hydroxybutyrat) blandt undergrupper af stofbrugere i Europa. De tilgængelige nationale skøn over prævalensen for brug af GHB og ketamin hos både voksne og skoleelever ligger fortsat på et lavt niveau. I den norske 2015-undersøgelse lå prævalensen for brug af GHB det seneste år på 0,1 % for voksne (16-64 år). I 2015 blev prævalensen for brug det seneste år af ketamin, poppers og GHB blandt unge voksne (15-34 år) skønnet til 0,6 % i Tjekkiet og Det Forenede Kongerige.

De overordnede prævalensniveauer for brugen af LSD og hallucinogene svampe i Europa har generelt været lave og stabile i en årrække. De nationale undersøgelser giver et skøn over prævalens for brug det seneste år blandt unge voksne (15-34 år) på mindre end 1 % for begge stoffer med undtagelse af Nederlandene (1,1 %) og Tjekkiet (2,2 %) for hallucinogene svampe i 2015 og Finland med en prævalens på 1,3 % for LSD i 2014.

### Brug af nye psykoaktive stoffer: lavt niveau i befolkningen generelt

En række lande har indarbejdet nye psykoaktive stoffer i deres generelle befolkningsundersøgelser, om end forskelle i metoder og spørgsmål begrænser sammenligneligheden af de forskellige landes resultater. Siden 2011 har 11 europæiske lande indberettet nationale skøn over brugen af nye psykoaktive stoffer (ikke for ketamin og GHB). For unge voksne (15-34 år) varierer prævalensen for brug af disse stoffer det seneste år fra 0,3 % i Østrig til 1,6 % i Tjekkiet og Irland.

Der findes tilgængelige undersøgelsesdata om brug af mefedron for Det Forenede Kongerige (England og Wales). I den nyeste undersøgelse (2015/16) blev brug det seneste år af dette stof blandt 16-34-årige skønnet til 0,5 %, hvilket er et fald fra 1,1 % i 2014/15.

Et lille antal undersøgelser omfatter spørgsmål om brug af syntetiske cannabinoider. Brug det seneste år af syntetiske cannabinoider blandt 15-34-årige blev skønnet til 1,5 % i Letland og 0,4 % i Slovakiet i 2015 og 0,1 % i Finland i 2014. Ligeledes i 2014 blev anslået 4 % af de 18-34-årige i Frankrig rapporteret at have brugt syntetiske cannabinoider mindst én gang i livet.

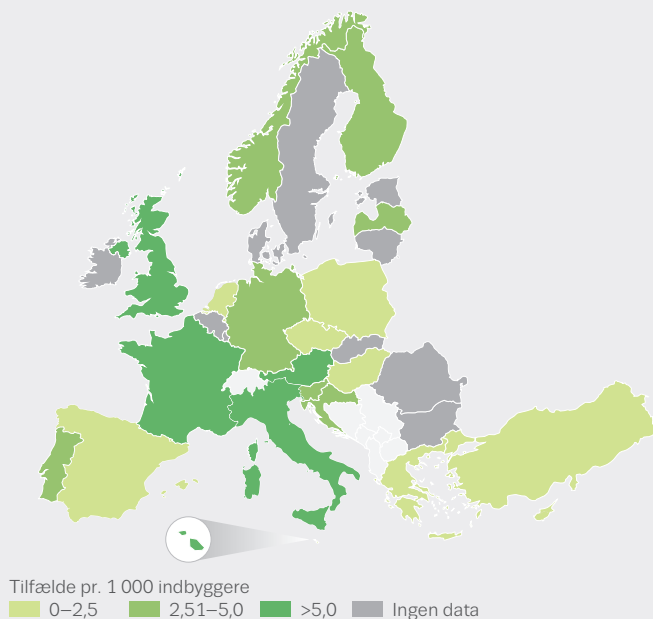
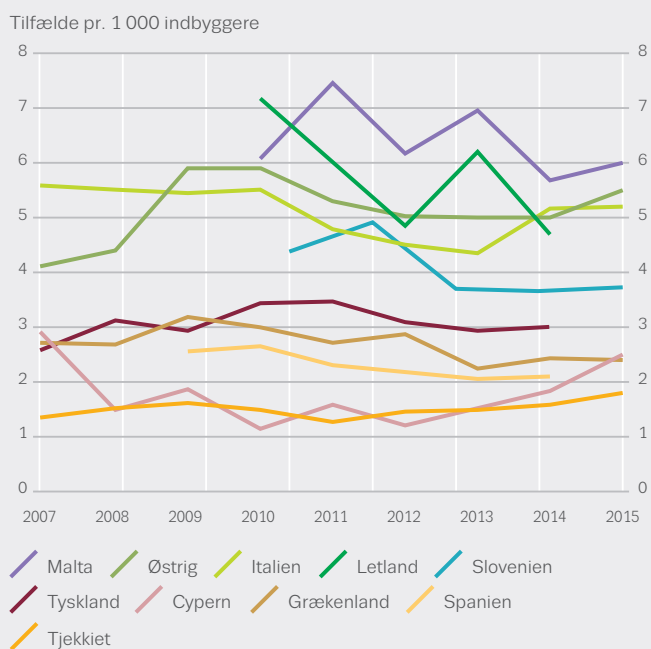
### Nye psykoaktive stoffer: højrisikobrug i marginaliserede befolkningsgrupper

Højrisikobrugeres brug af nye psykoaktive stoffer blev udforsket af EMCDDA i 2016. Undersøgelsen viste, at forbrugsniveauerne var lave overalt i Europa, men at forbrugsmønstrene var knyttet til mange forskellige problemer. Størstedelen af de europæiske lande (22) indberettede et vist niveau af brug af nye psykoaktive stoffer blandt grupper af højrisikobrugere, om end mere omfattende brug blandt intravenøse opioid- og stimulansbrugere var begrænset til Ungarn og dele af Det Forenede Kongerige. Der blev rapporteret om injektion af syntetiske cathinoner i halvdelen (15) af landene, mens det anvendte stof ofte varierede alt efter land, f.eks. mefedron i Det Forenede Kongerige, alpha-PVP i Finland, pentedron i Ungarn og 3-MMC i Slovenien. Rygning af syntetiske cannabinoider i marginaliserede befolkningsgrupper, herunder hjemløse og indsatte, er et nyt problem, der er konstateret i ca. to tredjedele af de europæiske lande.

Kun få personer kommer i øjeblikket i behandling i Europa for problemer knyttet til brug af nye psykoaktive stoffer, selv om der sandsynligvis er tale om underrapportering på området. I 2015 indberettede ca. 3 200 klienter eller under 1 % af dem, der kom i specialiseret behandling for stofmisbrug i Europa, problemer knyttet til disse stoffer. I Det Forenede Kongerige angav ca. 1 500 klienter i behandling (eller ca. 1 % af alle misbrugsklienter) syntetiske cathinoner som deres primære stof. Ungarn og Rumænien indberetter også forholdsvis høje antal brugere af nye psykoaktive stoffer, der kommer i behandling.

FIGUR 2.10

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



**Højrisikobrugere af opioider: heroin stadig dominerende**

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

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

Den gennemsnitlige prævalens for højrisikobrug af opioider blandt voksne (15-64 år) skønnes at ligge på 0,4 % af EU's befolkning, hvilket svarer til 1,3 mio. højrisikobrugere af opioider i Europa i 2015. På nationalt plan svinger den skønnede prævalens for højrisikobrug af opioider fra under et til over otte tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år (figur 2.10). Fem lande står for tre fjerdedele (76 %) af det samlede skøn over højrisikobrugere af opioider i EU (Tyskland, Spanien, Frankrig, Italien og Det Forenede Kongerige). Af de 10 lande, der har foretaget gentagne skøn over højrisikobrug af opioider i perioden 2007-2015, har Spanien oplevet et statistisk signifikant fald (figur 2.10).

I 2015 angav 191 000 klienter, som kom i specialiseret behandling i Europa, opioider som det primære stof, heraf 37 000 førstegangsbehandlede. Brugere med heroin som primært stof udgjorde 79 % af de førstegangsbehandlede opioidbrugere.

**En aldrende gruppe af opioidbrugere**

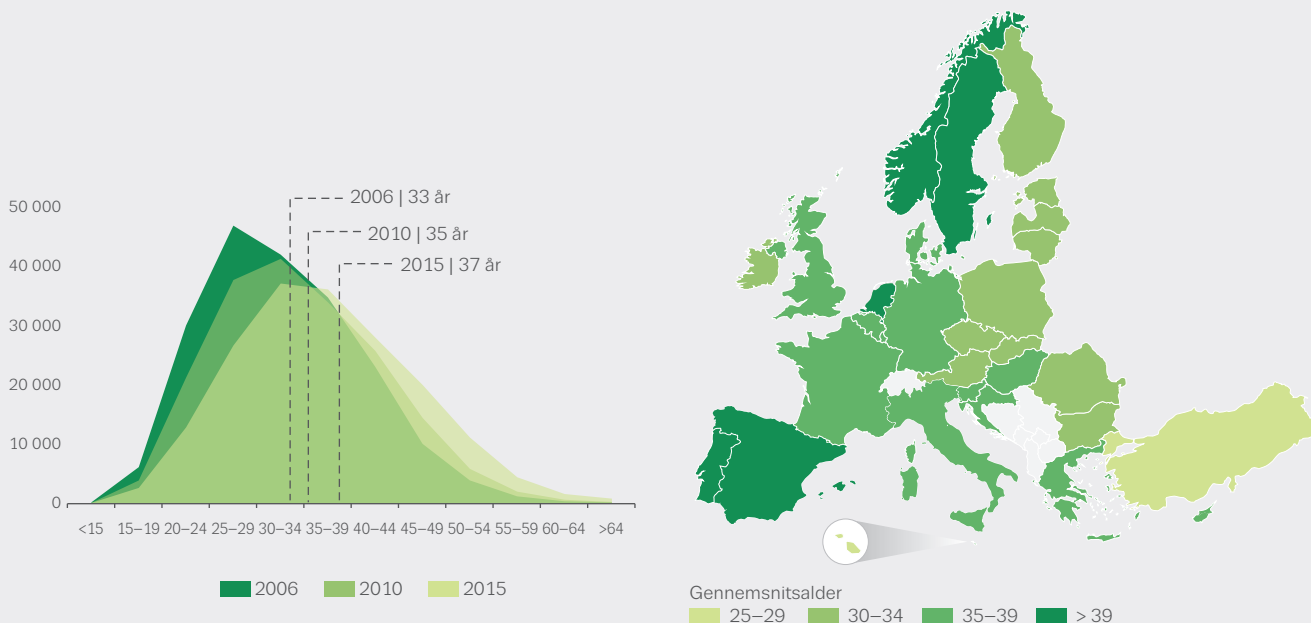
Antallet af førstegangsbehandlede heroinklienter blev mere end halveret fra en rekord på 56 000 i 2007 til 23 000 i 2013 for så igen at stige til 29 000 i 2015. Den nylige stigning kan ses i flere lande, men den skal fortolkes med forsigtighed, da ændringer i national rapporteringspraksis kan have haft en virkning for det samlede EU-tal.

Mange langtidsbrugere af opioider i Europa, som typisk også har været blandingsmisbrugere, er nu i 40'erne og 50'erne. I perioden 2006-2015 steg gennemsnitsalderen for klienter, der kom i behandling for problemer forbundet med opioidbrug, med fire år (figur 2.11). I samme periode steg gennemsnitsalderen ved forgiftningsdødsfald (der primært kan tilskrives opioider) med 5,5 år. Et liv med intravenøs stofbrug og et dårligt helbred, dårlige levevilkår og brug af tobak og alkohol gør disse brugere sårbare over for en række kroniske sundhedsproblemer, herunder hjerte-kar-sygdomme og lungeproblemer. Langtidsopioidbrugere melder ligeledes om kroniske smertetilstande, og kronisk infektion med hepatitis C-virus



FIGUR 2.11

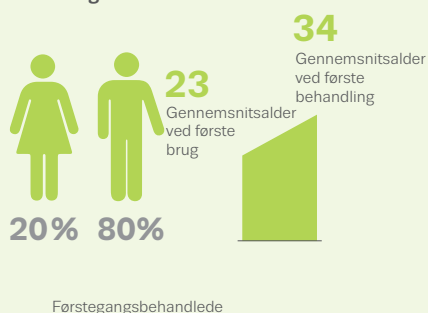
Ændringer i aldersstrukturen gennem tiden for klienter, der kom i behandling og anførte opioider som deres primære stof (venstre) og gennemsnitsalder for hvert land (højre)



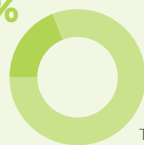
kan forøge deres risiko for skrumpeliver og andre leverproblemer. De kumulative virkninger af blandingsbrug, overdosis og infektioner over mange år fremskynder den fysiske aldring blandt disse brugere med store konsekvenser for behandlingen, de sociale støttetjenester og forebyggelsen af forgiftningsdødsfald.

## HEROINBRUGERE, DER GÅR I BEHANDLING

### Kendetegn

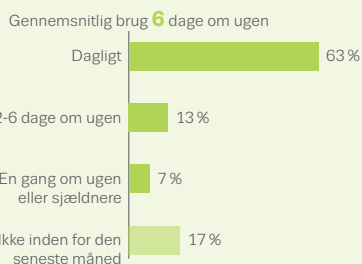


19%

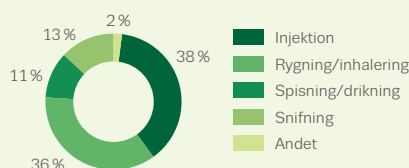


Tidligere behandlede  
**81%**

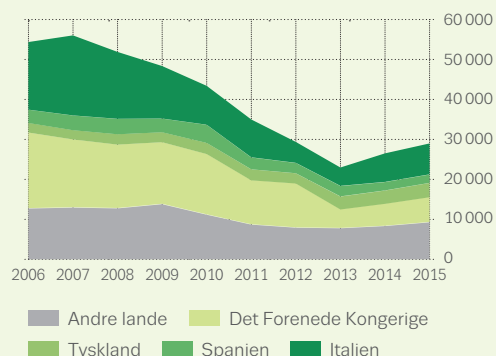
### Brugshyppighed inden for den seneste måned



### Indtagelsesmåde



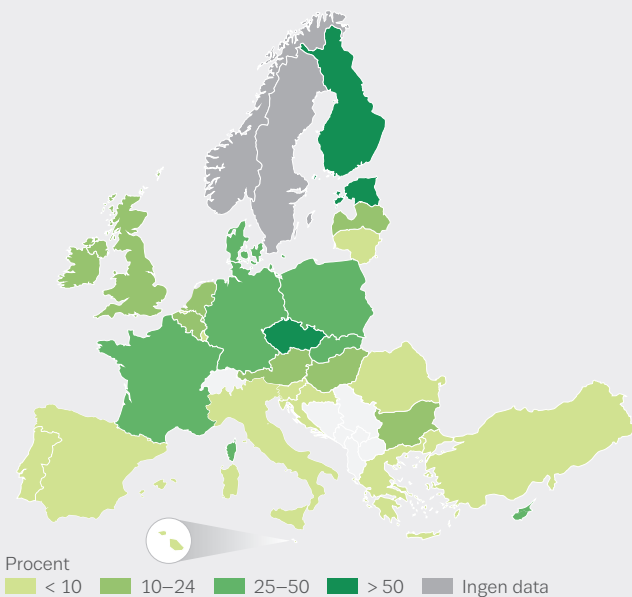
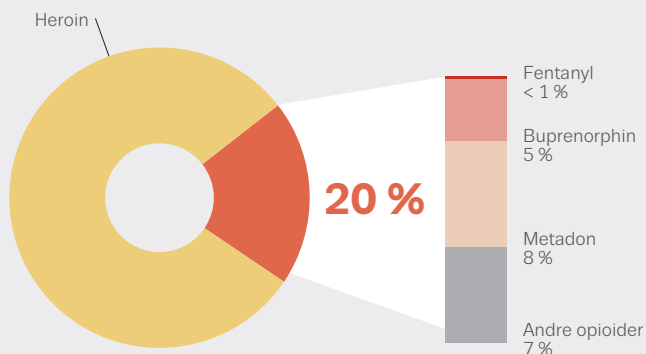
### Tendenser for førstegangsbehandlede



NB: Kendetegn for alle, der kom i behandling med heroin som primært stof. Tendenser i førstegangsbehandlede er baseret på 23 lande. På grund af ændringer i datastrømmen på nationalt plan er tallene siden 2014 for Italien ikke sammenlignelige med tidligere år.

FIGUR 2.12

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



### Syntetiske opioider: ses i stigende grad blandt højrisikobrugere af opioider

Selv om heroin fortsat er det mest udbredte ulovlige opioid, viser en række kilder også, at lovlige syntetiske opioider i stigende grad misbruges (f.eks. metadon, buprenorphin og fentanyl). I 2015 rapporterede 17 europæiske lande, at over 10 % af alle opioidklienter, der kom i specialiseret behandling, blev behandlet for problemer, der primært var relateret til andre opioider end heroin (figur 2.12). Blandt de opioider, som klienter i behandling nævner, er metadon, buprenorphin, fentanyl, codein, morfin, tramadol og oxycodon. I nogle lande udgør andre opioider end heroin den mest almindelige form for opioidbrug blandt klienter, der kommer i behandling. I Estland brugte flertallet af nye klienter, der kom i behandling med et opioid som deres primære stof, fentanyl, mens buprenorphin er det hyppigst misbrugte opioid i Finland. I Tjekkiet er heroin ganske vist det mest udbredte primære opioid, men andre opioider står for lige over halvdelen af dem, der kommer i behandling for opioidrelaterede problemer.

### Intravenøs stofbrug: laveste niveauer nogensinde blandt førstegangsbehandlede

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

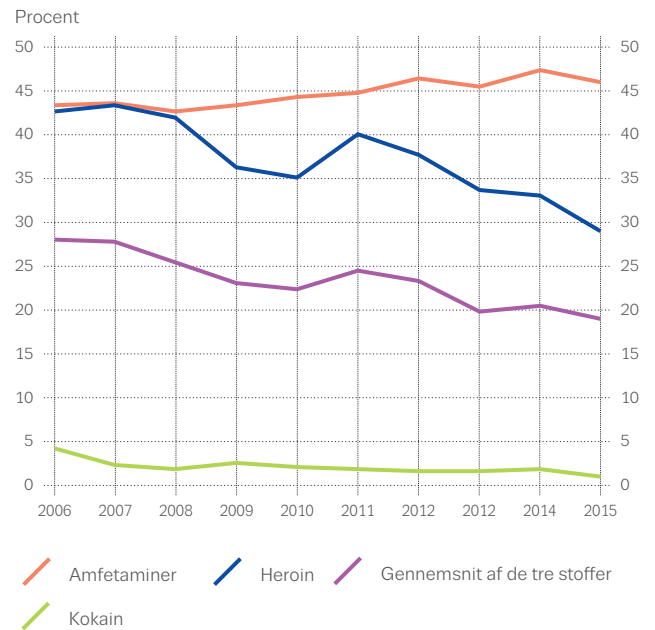
Kun 12 lande har udarbejdet skøn over prævalensen siden 2012 for intravenøs stofbrug, der strækker sig fra under et til omkring ni tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år.

Blandt de førstegangsklienter, der kom i stofbehandling i 2015 og angav heroin som deres primære stof, anførte 29 % injektion som deres vigtigste indtagelsesmåde, hvilket er et fald fra 43 % i 2006 (figur 2.13). I denne gruppe varierer injektionsomfanget mellem landene fra 8 % i Spanien til over 90 % i Letland, Litauen og Rumænien. Blandt de førstegangsbehandlede primære amfetaminbrugere anførte 46 % injektion som deres vigtigste indtagelsesmåde, hvilket er en lille stigning i forhold til 2006, og af de førstegangsbehandlede primære kokainbrugere nævnte 1 % intravenøs brug som vigtigste indtagelsesmåde. For de tre vigtigste injicerede stoffer under ét er antallet af førstegangsklienter i Europa, der anfører injektion som den vigtigste indtagelsesmåde, faldet fra 28 % i 2006 til 19 % i 2015.

FIGUR 2.13

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

Tendenser i førstegangsbehandlede, der anførte injektion som den vigtigste indtagelsesmåde af deres primære stof



**Lovlige syntetiske opioider  
bliver i stigende grad misbrugt**

## HVIS DU VIL VIDE MERE

### EMCDDA-publikationer

#### 2017

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

Country Drug Reports 2017.

#### 2016

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

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

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

#### 2015

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

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

#### 2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

#### 2013

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

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

#### 2012

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

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

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

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

### Fælles publikationer fra EMCDDA og ESPAD

#### 2016

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

Alle publikationer er tilgængelige under linket [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications).



# 3

**Kroniske og akutte  
helbredsproblemer  
kædes sammen med  
brug af ulovlige stoffer**

# Narkotikarelaterede skader og reaktioner

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

Udformningen og leveringen af effektive evidensbaserede tiltag mod narkotikaproblemer prioriteres højt i europæiske narkotikapolitikker og involverer en række foranstaltninger.

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

## Overvågning af narkotikarelaterede skader og reaktioner

EMCDDA modtager information om sundhedsmæssige og sociale tiltag over for stofbrug, herunder narkotikastrategier og narkotikarelaterede offentlige udgifter, fra nationale Reitox-knudepunkter og ekspertarbejdsgrupper. Ekspertvurderinger giver yderligere oplysninger om tilgængeligheden af indsatser, hvor der ikke foreligger mere formelle datasæt. Desuden giver gennemgang af videnskabelige resultater oplysninger om effektiviteten af offentlige sundhedsforanstaltninger. Der findes støttedokumentation på EMCDDA's websted på Health and social responses profiles og Best practice portal.

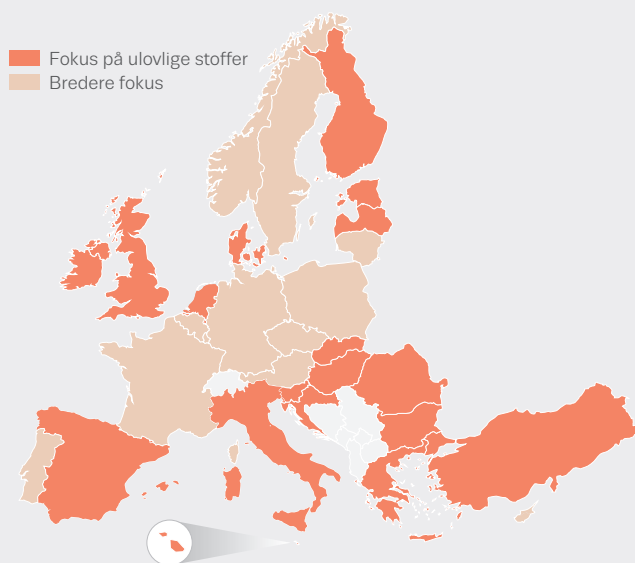
Narkotikarelaterede infektionssygdomme og dødelighed og sygelighed forbundet med stofbrug er de primære helbredsskader, som overvåges systematisk af EMCDDA. De suppleres af mere begrænsede data om stofrelaterede henvendelser på skadestuer og data fra EU's system for tidlig varsling, som overvåger skader,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

## Narkotikastrategier: koordineret indsats

Nationale narkotikastrategier er planlægnings- og koordineringsredskaber, der bruges af de europæiske lande til at fastlægge deres indsats mod de forskellige helbredsmæssige, sociale og sikkerhedsmæssige udfordringer, der knytter sig til narkotikaproblemer. De omfatter sædvanligvis nogle generelle principper, målsætninger og prioriteter, samtidig med at de specificerer tiltag og de ansvarlige for gennemførelsen. Mens Danmark har en national narkotikapolitik, som er udmøntet i en række strategiske dokumenter, love og konkrete initiativer, har alle andre lande et nationalt narkotikastrategidokument. I 18 lande er narkotikastrategien primært rettet mod ulovlige stoffer. I de 12 andre lande er det politiske fokus bredere med større hensyntagen til andre former for misbrug og misbrugsadfærd. I Det Forenede Kongerige har de uddelegerede forvaltninger i Wales og Nordirland imidlertid brede strategidokumenter. Når disse to dokumenter indregnes, stiger det samlede antal brede strategier over for ulovlige stoffer til 14 (figur 3.1). Disse brede dokumenter retter sig primært mod ulovlige stoffer, og der er udsving i, hvordan disse stoffer og afhængigheden heraf vurderes. Alle 14 dokumenter omhandler alkohol, ni tobak, otte lægemidler, tre dopingmidler til sport (f.eks. præstationsfremmende midler), og syv omhandler også misbrugsadfærd (f.eks. ludomani). Nationale narkotikastrategier understøtter den afbalancerede tilgang til narkotikapolitikken, som blev fremsat i EU's narkotikastrategi (2013-2020) og handlingsplanerne (2013-2016 og 2017-2020), som lægger ligelig vægt på begrænsning af narkotikaefterspørgslen og nedbringelse af udbuddet af narkotika.

### FIGUR 3.1

Nationale narkotikastrategiske dokumenters fokus: ulovlige stoffer eller bredere



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

Evaluering af en national narkotikastrategi er nu standardpraksis i EU-medlemsstaterne. Formålet med evalueringerne er normalt at vurdere det opnåede niveau for gennemførelse af strategien og forandringer med tiden i narkotikasituationen generelt. I 2016 blev der indberettet nyligt afholdte aktiviteter i form af 10 evalueringer af mange kriterier, 10 statusvurderinger af fremskridt med gennemførelsen og fire emnespecifikke evalueringer, mens seks lande valgte andre tilgange, såsom en blanding af indikatorvurdering og forskningsprojekter. Efterhånden som nogle lande udvider afgrænsningen af deres narkotikastrategier til også at omfatte andre stoffer og former for misbrugsadfærd, kan det blive en større udfordring at udtænke metoder og indikatorer til overvågning og evaluering af disse politikdokumenter.



### Narkotikarelaterede indsatser: Det koster det

Forståelsen af omkostningerne ved narkotikarelaterede indsatser er et vigtigt aspekt af evalueringen af politikkerne. De foreliggende oplysninger om narkotikarelaterede offentlige udgifter i Europa på lokalt og nationalt plan er imidlertid fortsat begrænsede og uensartede. I de 23 lande, der har udarbejdet skøn i de sidste 10 år, anslås de narkotikarelaterede offentlige udgifter til mellem 0,01 % og 0,5 % af bruttonationalproduktet (BNP).

Udgifterne til begrænsning af efterspørgslen som en andel af det samlede narkotikastrategibudget varierede meget fra 23 % til 83 % af de offentlige narkotikarelaterede udgifter alt efter land. Selv om forskellene til dels skyldes forskellige politiske valg og tilrettelæggelsen af de offentlige tjenester, er det også betydningsfuldt, om der foreligger fuldstændige skøn. I de aktuelle skøn står narkotikabehandling og andre sundhedsudgifter for en stor andel af udgifterne til begrænsning af efterspørgslen. Selv om overvågningen af udgifterne til narkotikabehandling fortsat er den mest omfattende hidtil, er der stadig brug for metodemæssige forbedringer.

Offentlige udgifter til indsatser over for narkotikaproblemet er kun en del af de omkostninger, som samfundet påføres af ulovlige stoffer. Hertil kan lægges de omkostninger, som den enkelte bærer, f.eks. egenbetaling til lægebehandling, og eksterne omkostninger for samfundet, f.eks. tab af produktivitet og finansielle omkostninger på grund af for tidlig død og sygdom knyttet til stofbrug. En vurdering af disse bredt definerede omkostninger for samfundet kan føre til en mere effektiv målretning af ressourcerne. I de europæiske lande, for hvilke der findes tilgængelige oplysninger, skønnes de sociale omkostninger ved ulovlige stoffer til mellem 0,1 % og 2 % af BNP.

### Begrænsning af efterspørgsel: europæiske standarder

På europæisk og nationalt plan anerkendes kvalitetsstandarder for begrænsning af narkotikaefterspørgslen i stigende grad som et værktøj til gennemførelsen af evidensbaserede tiltag. I 2015 vedtog EU's Ministerråd 16 minimumskvalitetsstandarder inden for begrænsning af narkotikaefterspørgslen i Den Europæiske Union, og medlemslandene er blevet tilskyndet til at indarbejde dem i deres narkotikapolitikker. De europæiske kvalitetsstandarder er et sæt af hensigtserklæringer om forebyggelse, behandling, skadesbegrænsning og social reintegration. Disse standarder knytter kvaliteten af indsatsen sammen med konkrete foranstaltninger, herunder passende uddannelse af personale og udbud af evidensbaserede tiltag, og med principper såsom opfyldelse af den enkeltes behov og overholdelse af etiske regelsæt. De understreger også behovet for, at alle interessenter deltager, herunder civilsamfundet, i gennemførelsen og evalueringen af indsatserne.

EMCDDA's dataindsamling afdækker, at der i øjeblikket findes kvalitetsstandarder i de fleste europæiske lande, mens andre er i færd med at udarbejde dem. Kvalitetsstandarder bliver brugt på forskellige måder. I nogle lande knyttes standarderne til leveringen af tjenester og bruges til at evaluere udbuddet. De bruges også som et kriterium for deltagelse i udbud vedrørende tjenesteydelseskontrakter og som instrumenter til egenvurdering af serviceniveau.

### Levering af forebyggelse: en systembaseret tilgang

Forebyggelsen af stofbrug og stofrelaterede problemer blandt unge omfatter en lang række tiltag. Miljøbaserede og generelle metoder er målrettet hele befolkninger, selektiv forebyggelse er rettet mod sårbare grupper, og indiceret forebyggelse er fokuseret på enkeltpersoner, der er udsat for risiko.

**Der findes i øjeblikket kvalitetsstandarder i de fleste europæiske lande**

Der er mange forskelle på, hvordan europæiske lande gennemfører forebyggende indsatser. Nogle vælger bredere fremgangsmåder baseret på lokalsamfund og miljøer (f.eks. regulering af alkohol og natteliv), mens andre primært benytter manualbaserede programmer. Brugen af manualbaserede forebyggelsesprogrammer kendetegnet ved nøje defineret indhold og levering kan være en effektiv måde at nå ud til større befolkningsgrupper på med evidensbaserede tiltag. Sådanne programmer nævnes som en central bestanddel i nationale forebyggelsestilgange i seks medlemsstater.

Andre lande har prioriteret en bredere systembaseret tilgang til deres forebyggelsesindsatser med fokus på ikke blot individuelle programmer, men også på faktorer som leveringsmekanismer, samspil mellem indsatser og social og politisk sammenhæng. Et eksempel herpå er "Communities That Care"-metoden, som gennemføres i fem EU-lande. Denne fremgangsmåde, der er udviklet i USA, bygger på den præmis, at en nedbringelse af sundheds- og adfærdsproblemerne blandt unge kan opnås ved at identificere risikofaktorer og beskyttende faktorer og udvælge effektive programmer for en tidlig indsats på området. Ved en nylig systematisk gennemgang fandtes visse positive tegn i amerikanske undersøgelser på, at Communities That Care-metoden virker godt som et narkotikaforebyggelsesinitiativ, men der mangler fortsat en evaluering i europæisk sammenhæng.

## | Løsninger på sårbarhed og risiko

Selektive forebyggende tiltag rettet mod sårbare grupper gennemføres i europæiske lande via indsatser, der omfatter både individuel adfærd og social kontekst. På lokalt plan kan sådanne fremgangsmåder omfatte flere forskellige tjenesteydelser og interesser (f.eks. sociale, familier, unge og politiet) og er almindelige i de nordiske lande og Irland foruden i dele af Spanien og Italien. De hyppigste målgrupper er unge lovovertrædere, elever med indlæringsvanskeligheder og sociale problemer og anbragte unge. Man ved ikke meget om det faktiske indhold af disse forebyggelsesstrategier, og evalueringen er begrænset. Ekspertudtalelser viser imidlertid, at de mest udbredte selektive forebyggelsesteknikker bygger på indhentning af oplysninger.

En række lande har indført forebyggende fremgangsmåder, der er målrettet højrisikokvarterer, og har valgt nye metoder, såsom byfornyelse og risikokort, for at hjælpe med prioriteringen af indsatserne. Udbuddet af disse typer indsatser rapporteres at være højest i det nordlige og vestlige Europa (figur 3.2), og lidt over en fjerdedel af landene gennemfører tiltag, der har bevist deres virkningsfuldhed (normativt og miljøbaseret).

Indiceret forebyggelse retter sig mod enkeltpersoner, der er udsat for risiko. Udbuddet af denne type indsats er begrænset i Europa, hvor kun fire lande indberettede, at der findes programmer for indiceret forebyggelse for flertallet af dem, der har brug for det.

## | Kortvarige interventioner

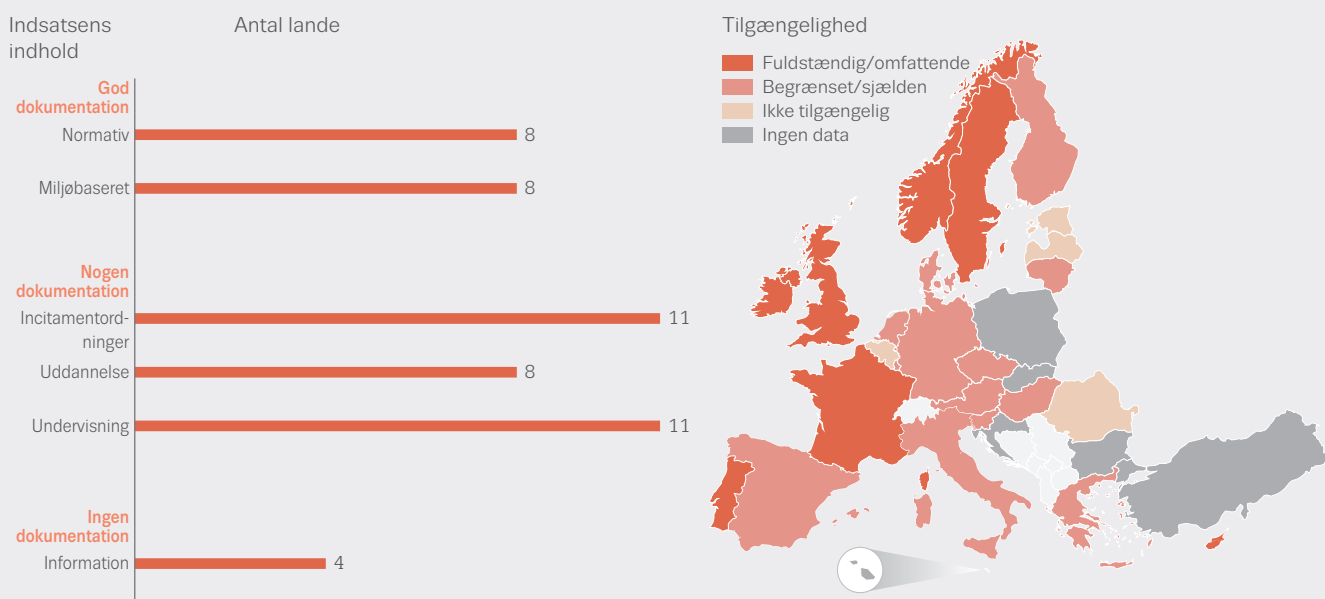
Kortvarige interventioner skal forebygge eller forsinke stofbrug, mindske intensiteten eller forebygge, at stofbruget eskaleres til problematisk brug. Disse tidsbegrænsede interventioner fungerer i gråzonen mellem forebyggelse og behandling og retter sig typisk mod unge eller personer, der risikerer at udvikle problematisk stofbrug. De kan leveres af en lang række af social- og sundhedsvæsenets medarbejdere, herunder praktiserende læger, rådgivere, ungdomsarbejdere og politifolk, og omfatter ofte motiverende samtaler.

Aktuelle data viser, at kortvarige interventioner ikke er særlig udbredt i Europa, idet kun tre lande har indberettet fuld og omfattende levering af sådanne interventioner i skoler, og to lande har indberettet, at de leverer dem i lavtærskeltjenester.

Kortvarige interventioner er blevet karakteriseret som forholdsvis billige med potentiale for levering i mange forskellige miljøer af en række fagfolk efter kortvarig uddannelse. Som eksempel på kortvarige interventioner, der er gennemført i flere lande, er eSBIRT, der består i kortvarige interventioner på skadestuer (Belgien), og Fred, som retter sig mod unge, der er på vej ind i retssystemet (Tyskland, Cypern, Polen, Rumænien og Slovenien). Imidlertid fandt man ved en nylig EMCDDA-gennemgang, at der ganske vist findes forskning, der underbygger effektiviteten af kortvarige interventioner, men at den ikke er fyldestgørende, og at der er brug for mere viden om omfanget af gennemførelsen.

FIGUR 3.2

## Forebyggende indsatser i europæiske lande rettet mod højrisikokvarterer: evidensgrundlag og tilgængelige programmer (2015)



NB: Baseret på ekspertvurderinger.

### Henvisning til behandling og opholdets varighed

Narkotikabehandling er den primære indsats, der bruges til personer, som oplever problemer med deres stofbrug, herunder afhængighed, og det er et centralt politisk mål at sikre god adgang til hensigtsmæssige behandlingstilbud. Det er vigtigt at overvåge behandlingsresultater for at forbedre de behandlingsforløb, som klienterne gennemgår, og justere tjenesterne til bedre at passe til de observerede behov.

Egenhenvisning er fortsat den almindeligste vej til behandling. Denne form for henvisning, som også gælder familiemedlemmers eller venners hjælp, var indgangsvinklen for ca. halvdelen af dem, der kom i specialiseret narkotikabehandling i Europa i 2015. Yderligere 25 % af klienterne blev henvist af social- og sundhedsvæsenet, mens 15 % blev henvist via det strafferetlige system. I en række lande findes der ordninger for, hvordan man leder lovovertrædere bort fra retssystemet og ind i stofbehandlingsprogrammer. Det kan kræve en retskendelse om at frekventere et

behandlingstilbud eller en betinget dom mod at tage imod behandling. I visse lande er det også muligt at lede brugere på rette spor på et tidligere tidspunkt i den strafferetlige proces. I 2015 var det cannabis-klienter, der hyppigst blev henvist af det strafferetlige system. I Ungarn kom ca. 80 % af henvisningerne til cannabisbehandling fra denne kilde.

Klienternes vej gennem narkotikabehandlingen kendetegnes ofte ved benyttelse af forskellige tjenester, mange indgangsvinkler og varierende varighed af opholdene. Der er oparbejdet en indsigt i behandlingsforløb ved hjælp af resultater fra en analyse af data om specialiseret behandling i syv europæiske lande i 2015. Af de 400 000 klienter, der indberettes at have været i behandling i disse lande i 2015, var lige under 20 % kommet i behandling for første gang i livet, ca. 30 % var kommet i behandling igen efter at have modtaget behandling et tidligere år, og ca. halvdelen havde været i fortløbende behandling i over et år. De fleste af klienterne i fortløbende behandling var mænd i slutningen af 30'erne, som havde været i behandling i over tre år og havde problemer i forbindelse med opioidbrug, især heroin.

## Cannabisbehandling: en række fremgangsmåder

Regelmæssig og langvarig cannabisbrug kædes sammen med øget risiko for en række fysiske og psykiske helbredsproblemer, herunder afhængighed. Mens mange lande tilbyder behandling til personer med cannabisproblemer inden for de generiske stofbrugsprogrammer, har omkring halvdelen udviklet nogle cannabis-specifikke behandlingstilbud. De behandlingsformer, der er tilgængelige for cannabisbrugere, kan være forskelligartede, lige fra kortvarige internetbaserede interventioner til længerevarende behandling i specialiserede ambulatorier. Selv om størstedelen af behandlingen af denne gruppe foregår i behandlingsgrupper eller ambulante, angiver omkring hver femte af de klienter, der kommer i specialbehandling for stofmisbrug på behandlingshjem, et problem relateret til brug af cannabis som primært stof.

Behandlingen for cannabisproblemer er baseret på psykosociale tilgange, og familiebaserede tiltag anvendes ofte i behandlingen af unge og kognitiv adfærdsterapi i behandlingen af voksne. Den foreliggende dokumentation understøtter en kombineret behandling i form af kognitiv adfærdsterapi, motivationsterapi og contingency management. Der findes desuden dokumentation, der understøtter brugen af flerdimensionel familierapi for unge cannabisbrugere. Internetbaserede og digitale interventioner benyttes i stigende grad til at nå cannabisbrugere, og undersøgelser til at måle effekten af denne type interventioner har vist, at de foreløbige resultater er lovende med hensyn til at nedbringe forbruget og fremme henvendelser om behandling ansigt til ansigt (i nødvendigt omfang).

I en række undersøgelser har man studeret brugen af farmakologiske tiltag for cannabisrelaterede problemer. Bl.a. mulighederne for at bruge THC og syntetisk THC i kombination med andre psykoaktive lægemidler, f.eks. antidepressiva, angstdæmpende midler og stemningsstabiliserende medicin. Hidtil har resultaterne været usammenhængende, og der er ikke blevet fundet en effektiv farmakologisk tilgang til behandling af cannabisafhængighed.

## Narkotikabehandling: leveres primært i lokale misbrugstilbud

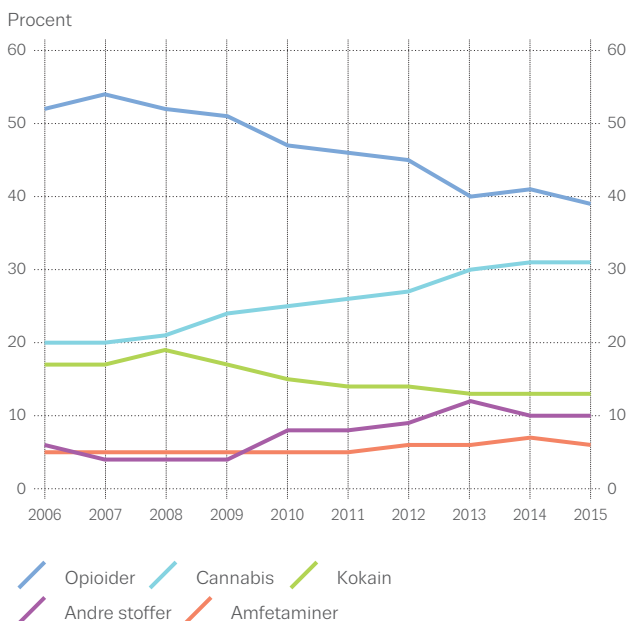
Anslået 1,4 mio. brugere modtog behandling for brug af ulovlige stoffer i EU i løbet af 2015 (1,6 mio. med Norge og Tyrkiet). Opioidbrugere udgør den største gruppe, der er i specialiseret behandling, og lægger beslag på de fleste tilgængelige behandlingsressourcer, primært i form af substitutionsbehandling. Brugere af cannabis og kokain er den anden- og tredjestørste gruppe, der kommer i specialiseret behandling (figur 3.3), hvoraf psykosociale tilbud er den primære behandlingsform for disse klienter. Der kan imidlertid være meget store forskelle landene imellem, idet opioidbrugere repræsenterer over 90 % af alle klienter, der kommer i behandling i Estland, og mindre end 5 % i Ungarn.

Hovedparten af stofbehandling i Europa foregår ambulante, og specialiserede ambulatorier er de største udbydere af behandling målt i antal behandlede stofbrugere (figur 3.4). Almene sundhedstilbud er de næststørste udbydere. Denne kategori omfatter også praktiserende læger, som er en vigtig gruppe med hensyn til at ordinere opioidsstitutionsbehandling i en række større lande, såsom Tyskland og Frankrig. Andre steder, f.eks. i Slovenien, spiller psykiatriske behandlingssteder en central rolle i de ambulante behandlingstilbud.

**De behandlingsformer, der er tilgængelige for cannabisbrugere, kan være forskelligartede**

FIGUR 3.3

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



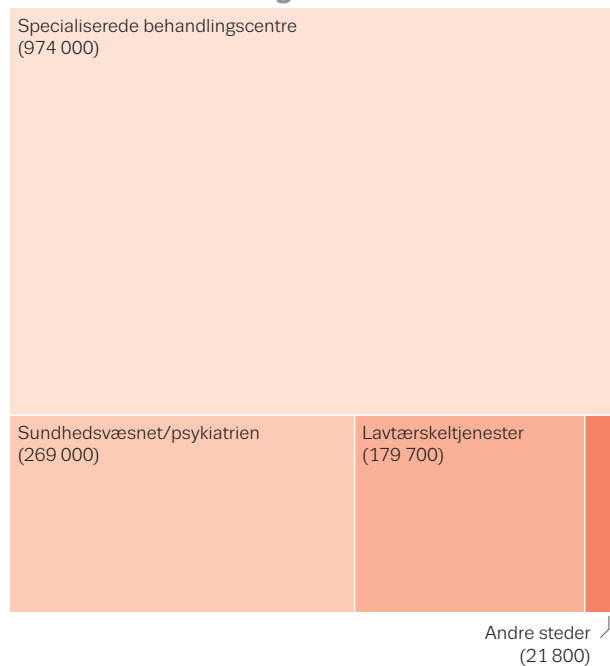
En mindre del af stofbehandling i Europa foregår på døgnbehandlingssteder, såsom hospitalsbaserede behandlingscentre (f.eks. psykiatriske hospitaler), behandlingsgrupper og specialiserede døgnbehandlingscentre. Der er meget store forskelle mellem den relative betydning af ambulans behandling og døgnbehandling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

En bred vifte af behandlingstilbud udbydes i stigende grad på internettet. Internetbaserede tilbud har potentiale til at nå længere ud blandt målgruppen og dække et større geografisk område for behandlingsprogrammer til brugere, som oplever stofrelaterede problemer, og som måske ellers ikke har adgang til specialiserede stofbehandlingstilbud.

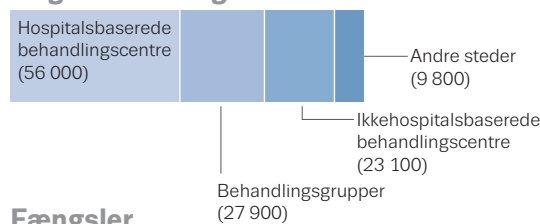
FIGUR 3.4

Antal klienter, der modtog stofbehandling i Europa i 2015, opdelt efter behandlingssted

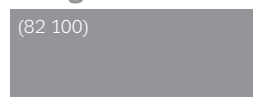
**Ambulant behandling**



**Døgnbehandlingssteder**

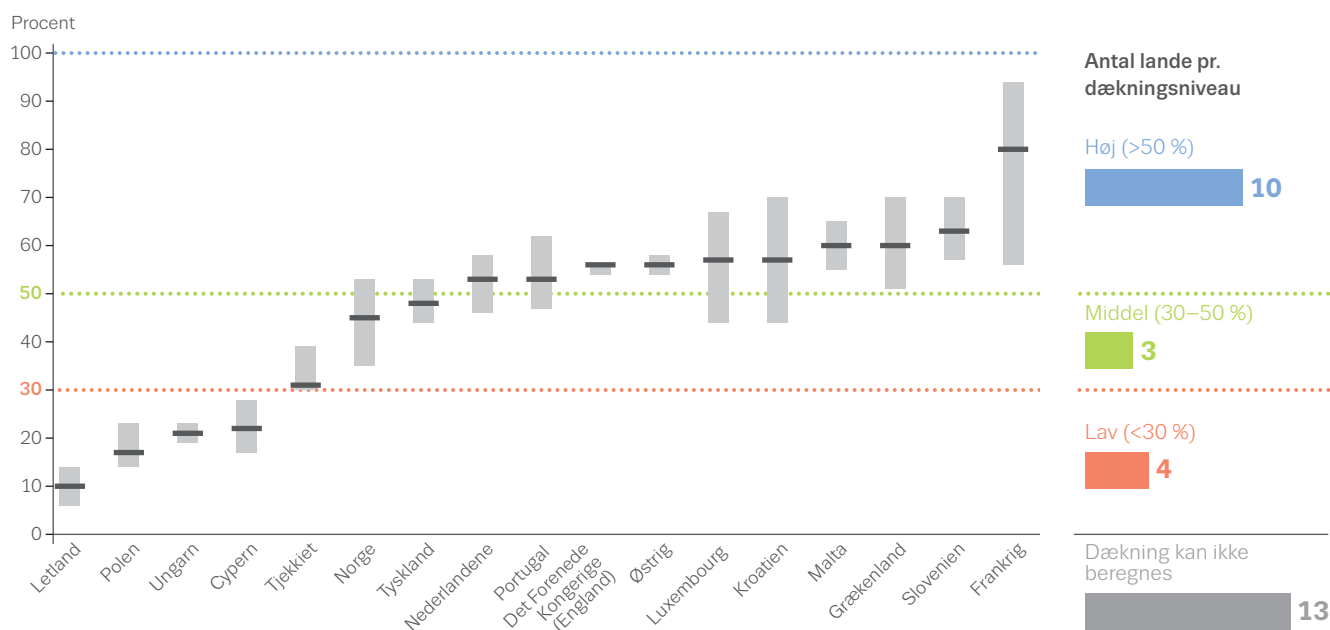


**Fængsler**



FIGUR 3.5

Opioidsubstitutionsbehandlings dækning (procentdel af anslået antal højrisikobrugere af opioider, der modtager behandling)



NB: Data vist som punktmæssige skøn og usikkerhedsintervaller.

**Substitutionsbehandling for opioidbrugeres problemer**

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

Anslået 630 000 opioidbrugere modtog substitutionsbehandling i EU i 2015 (650 000 med Norge og Tyrkiet). Tendensen viser en stigning i klienttallet, som toppede i 2010, fulgt af et fald på 6 % frem til 2015. Fra 2010 til 2015 blev der konstateret fald i 23 lande, hvoraf de største (fald på over 25 %) blev indberettet af Spanien, Ungarn, Nederlandene og Portugal. Dette fald kan forklares med faktorer knyttet til udbud og efterspørgsel, herunder en skrumpende befolkningsgruppe af aldrende kroniske opioidbrugere eller ændringer i behandlingsmålene i visse lande. Andre lande har fortsat udvidelsen af tilbuddene, idet de har søgt at forbedre behandlingsdækningen. 12 lande har indberettet stigninger fra 2010 til 2015, herunder Letland (157 %), Finland (67 %) og Grækenland (61 %).

Disse to tendenser bekræftes af de nyeste data (2014-2015), hvor 12 lande har indberettet stigninger i det samlede antal klienter i substitutionsbehandling, og ni lande et fald.

En sammenligning med aktuelle skøn over antallet af højrisikobrugere af opioider i Europa tyder på, at halvdelen modtager substitutionsbehandling, men der er forskelle landene imellem (figur 3.5). Imidlertid må disse resultater fortolkes med forsigtighed af metodologiske grunde.

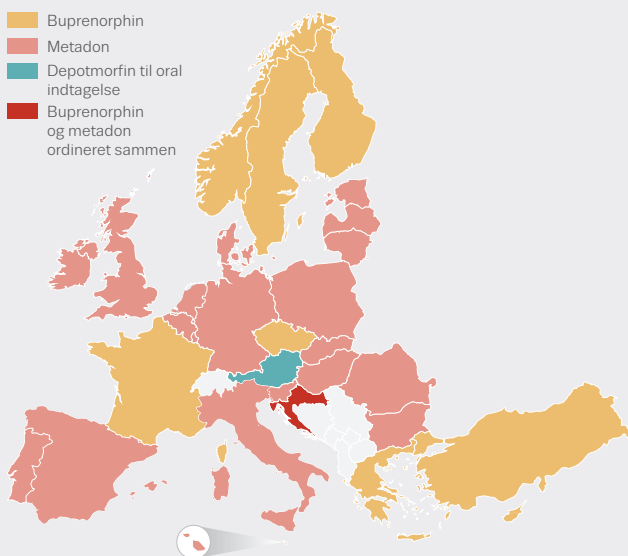
Metadon er det hyppigst ordinerede opioidsubstitutionsstof, der modtages af ca. to tredjedele (63 %) af substitutionsklienterne. Yderligere 35 % af klienterne behandles med buprenorfinbaserede lægemidler, der udgør det primære substitutionsstof i otte lande (figur 3.6). Andre stoffer som f.eks. depotmorfin eller diacetylmorfin (heroin) ordineres sjældnere, og det anslås, at de modtages af omkring 2 % af de klienter, som modtager substitutionsbehandling i Europa.

**Metadon er det hyppigst ordinerede opioidsubstitutionsstof**

FIGUR 3.6

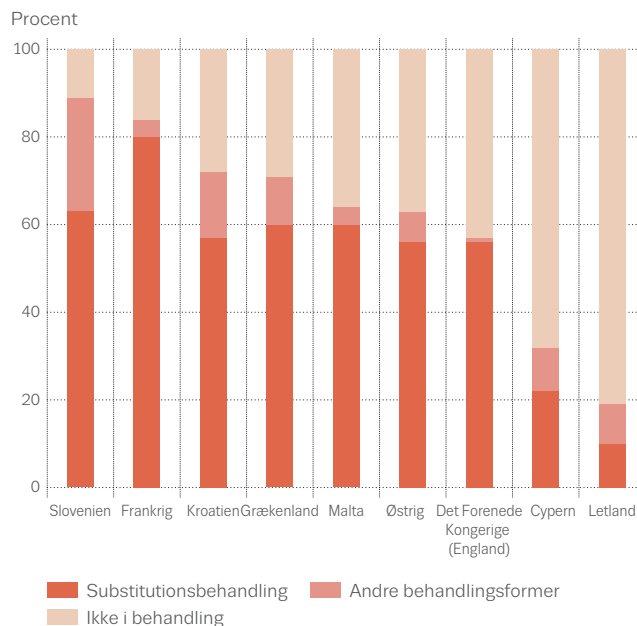
Primært ordineret opioidsubstitutionsstof

- Buprenorfin
- Metadon
- Depotmorfin til oral indtagelse
- Buprenorfin og metadon ordineret sammen



FIGUR 3.7

Procentdel af højrisikobrugere af opioider, der modtager stofbehandling (skøn)



Der er adgang til alternative behandlinger for opioidbrugere i alle europæiske lande, om end de er mindre udbredte end substitutionsbehandling. I de ni lande, der findes data for, modtager mellem 1 % og 26 % af alle opioidklienter et behandlingstilbud, som ikke involverer opioidsubstitution (figur 3.7).

**Fængsler: få tilbud om behandling for hepatitis C**

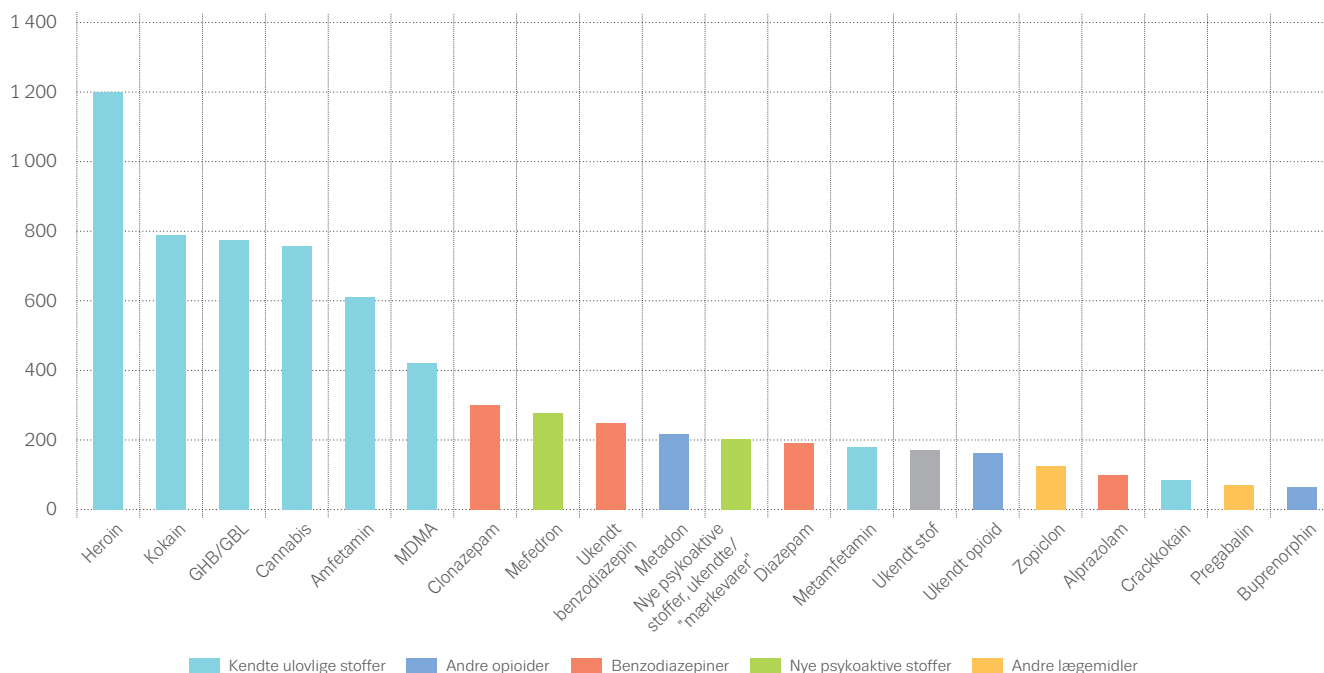
Indsatte i fængsler beretter om et større langtidsbrug af stoffer end befolkningen som helhed og om mere skadelige brugsmønstre (herunder injektion), hvilket gør fængsler til et vigtigt miljø for narkotikarelaterede indsatser. Mange indsatte har komplekse sundhedsbehov, og vurderingen af stofbrug og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

To vigtige principper for gennemførelsen af sundhedsindsatser i fængslet er, at der gives lige så mange tilbud som i lokalsamfundet, og at de fortsætter efter løsladelsen. Af de 30 lande, der overvåges af EMCDDA, har 28 anført, at der er adgang til opioidsubstitutionsbehandling i deres fængsler. Afgiftning, individuel rådgivning og grupperådgivning, behandlingsgrupper eller særlige behandlingsafdelinger er tilbud, der gives i de fleste lande. Mange europæiske lande har etableret tværorganisatoriske partnerskaber mellem fængslernes sundhedstjenester og leverandører af sundhedstjenester i lokalsamfundet for at lette leveringen af sundhedsuddannelse og behandlingstilbud i fængsler og sikre fortsættende tilbud, både efter fængsling og efter løsladelse.

FIGUR 3.8

De 20 hyppigst angivne stoffer ved henvendelser på skadestuer på overvågede hospitaler i 2015

Stofidentifikationer



NB: Resultater af 5 054 henvendelser på skadestuer på 15 overvågede hospitaler i ni europæiske lande.  
 Kilde: European Drugs Emergencies Network (Euro-DEN plus).

Test for infektionssygdomme (HIV, HBV, HCV) tilbydes i fængslerne i de fleste lande, om end tilbuddene om behandling for hepatitis C er få. Ifølge indberetningerne findes der programmer for vaccination mod hepatitis B i 16 lande. Uddelingen af rent injektionsudstyr er mindre almindelig, og blot fire lande melder om sprøjteprogrammer i fængsler.

I de fleste lande gennemføres der forberedelse til løsladelse, herunder social reintegration. Fem lande angiver, at de har programmer til forebyggelse af risikoen for en overdosis af stoffer, som især er høj blandt intravenøse opioidbrugere i perioden efter løsladelsen, og i programmerne indgår uddannelse og oplysning og tilbud om naloxon efter løsladelsen.

Henvendelser på skadestuer: mange forskellige stoffer inde i billedet

Skadestuernes data kan give indsigt i akutte narkotikarelaterede skader. Der findes information udgivet af European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus), som overvåger narkotikarelaterede henvendelser på 15 (overvågede) hospitaler i ni europæiske lande. Ved de 5 054 henvendelser, som blev registreret af projektet i 2015, havde personen en gennemsnitsalder på 31 år, og de fleste var mænd (77 %).

I gennemsnit blev der indberettet ca. 1,5 stoffer pr. henvendelse (7 768 i alt) (figur 3.8). Næsten to tredjedele af henvendelserne (65 %) gjaldt brug af etablerede stoffer, og de mest almindelige var heroin, kokain, cannabis, GHB/GBL, amfetamin og MDMA. En fjerdedel (24 %) omhandlede misbrug af ordinerede lægemidler eller håndkøbsmidler (oftest opioider og benzodiazepiner), og 9 % omhandlede nye psykoaktive stoffer (op til 6 % i 2014). Halvdelen af henvendelserne for nye psykoaktive stoffer omhandlede et syntetisk cathinon og 14 % et syntetisk cannabinoid. De stoffer, der nævnes ved henvendelser på skadestuer, varierede alt efter stedet og afspejlede dermed lokale brugsmønstre. F.eks. var de akutte henvendelser om heroin de hyppigste i Dublin (Irland) og Oslo (Norge), mens det i London (Det Forenede Kongerige) var mest almindeligt med henvendelser om GHB/GBL, kokain og MDMA.

**Mange indsatte har komplekse sundhedsbehov**



Størstedelen (80 %) af dem, der henvendte sig om stofrelaterede akutte forgiftninger, blev udskrevet fra hospitalet inden for 12 timer. Et lille mindretal (6 %) udviklede en alvorlig forgiftning, der krævede indlæggelse på en intensivafdeling, og 4 % blev indlagt på en psykiatrisk afdeling. Opioider var indblandet i ca. halvdelen (9) af 17 registrerede dødsfald.

Kun få lande har overvågningssystemer, der muliggør en national analyse af tendensen i akutte stofrelaterede forgiftninger. Blandt disse er antallet af heroinrelaterede akutte henvendelser steget i Det Forenede Kongerige, men er fortsat med at falde i Tjekkiet og Danmark, hvor akutte henvendelser omhandlende metadon er stigende. I Litauen er antallet af opioidrelaterede akutte henvendelser næsten fordoblet fra 2013 til 2015. I Spanien er kokain indblandet i ca. halvdelen af de indberettede akutte stofrelaterede henvendelser, og tendensen er ved at stabilisere sig efter et fald, mens cannabisrelaterede akutte henvendelser fortsat stiger. Slovenien rapporterer også om en stigende tendens i cannabisrelaterede akutte henvendelser. I Nederlandene gjaldt halvdelen af henvendelserne til førstehjælpsstationerne på festivaler (51 %) MDMA, og andelen er faldende. Antallet af metamfetaminrelaterede akutte henvendelser registreret på overvågede centre i Tjekkiet steg med over 50 % fra 2014 til 2015.

### | Nye stoffer: meget stærke og skadelige

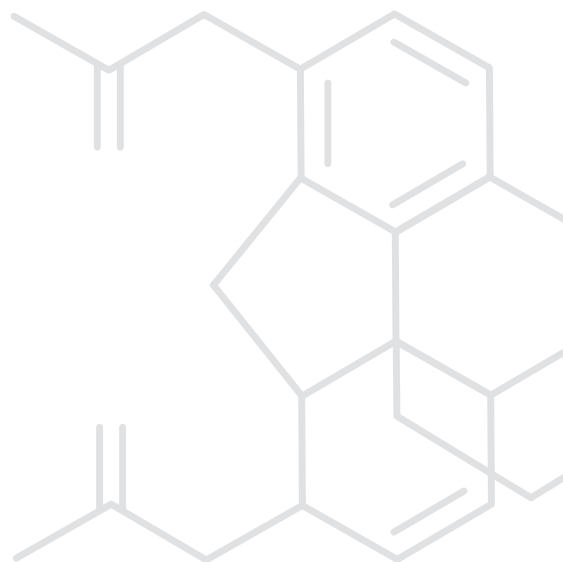
Nye psykoaktive stoffer, herunder nye syntetiske opioider, syntetiske cannabinoider og syntetiske cathinoner, forårsager en række alvorlige skader i Europa.

Fentanyler er usædvanligt stærke opioider, som trods en lille rolle på Europas narkotikamarked udgør en alvorlig trussel mod den enkelte og folkesundheden. Det skyldes til dels den øgede risiko for alvorlige forgiftninger og forgiftningsdødsfald hos brugerne – der ofte viser sig i udbrud – fordi fentanyler forårsager hurtig og voldsom respirationshæmning. Truslen består også i den øgede risiko for eksponering ved uheld, hvor andre forgiftes. Således kan familie og venner til brugerne og medarbejdere hos retshåndhævende myndigheder, i akuttjenester, på sygehuse og laboratorier være i risikozonen. Det kan i nogle miljøer være nødvendigt at bruge beskyttelsesudstyr til at mindske risikoen for skader som følge af eksponering ved uheld, f.eks. i tolden ved Europas grænser, hvor der beslaglægges partier af fentanylpulver. Endvidere er der en vis dokumentation for, at fentanyler er blevet solgt til intetanende brugere som etablerede ulovlige stoffer og forfalskede smertestillende midler, hvilket potentielt øger risikoen for alvorlige forgiftninger og forgiftningsdødsfald i visse brugergrupper.

Under sådanne omstændigheder kan det være nødvendigt at vurdere adgangen til modgiften naloxon. Ud over den akutte risiko for en overdosis har fentanylerne også et højt misbrugspotentiale og er potentielt meget afhængighedsskabende, hvilket kunne forværre folkesundheden og de sociale problemer, der almindeligvis forbindes med højrisikobrug af opioider.

I 2016 iværksatte EMCDDA og Europol særlige undersøgelser af acryloylfentanyl og furanylfentanyl, efter at der var blevet tegn herpå via EU's system for tidlig varsling. Over 50 dødsfald blev indberettet, heraf mange kædet direkte sammen med disse stoffer. Desuden udstedte EMCDDA også fem advarsler til sit netværk i Europa om disse og andre nye fentanyler.

**Nye psykoaktive stoffer  
forårsager en række  
alvorlige skader i Europa**



De syntetiske cannabinoider er en anden gruppe af nye stoffer, som fortsatte med at give problemer i 2016. EMCDDA udstedte advarsler om tre stoffer – MDMB-FUBINACA, MDMB-CHMICA og 5F-MDMB-PINACA – baseret på 45 alvorlige skadelige hændelser, herunder 18 dødsfald og 27 ikkedødelige forgiftninger. Desuden iværksatte EMCDDA en procedure, der førte til en risikovurdering af MDMB-CHMICA, som i sidste ende resulterede i, at stoffet blev underlagt kontrolforanstaltninger i hele Europa (se rammen).

### Nye stoffer: udvikling af reaktionskompetencer

De skader, der kædes sammen med nye stoffer, giver frontlinjepersonalet nye udfordringer. En nylig analyse fra EMCDDA viste, at europæisk sundhedsfagligt personale i forskellige sammenhænge (behandling, forebyggelse og skadesbegrænsning) hovedsagelig bruger deres professionelle erfaring fra arbejdet med etablerede ulovlige stoffer og de indsatser, der er gennemført i den forbindelse. Disse indsatser omfatter formidling af undervisningsmateriale, levering af sterilt sprøjteudstyr eller symptombaseret håndtering af akutte henvendelser. Evidensbaserede tiltag kan ofte justeres til at tage højde for specifikke forgiftninger, afspejle sociokulturelle kendetegn ved risikogrupper (f.eks. festsdeltagere og mænd, der har sex med mænd) eller reagere på særlig risikoadfærd (f.eks. øget adgang til sprøjter for at reagere på høj injektionsfrekvens) forbundet med nye psykoaktive stoffer. Analysen understregede også behovet for professionel uddannelse, vejledning og kompetenceopbygning med henblik på nye stoffer.

En særlig udfordring består i at levere målrettede indsatser over for grupper af stofbrugere, der er svære at nå ud til, og som oplever betydelige skader ved nye psykoaktive stoffer, f.eks. mænd, som har sex med mænd, hjemløse og indsatte i fængsler. I visse lande har en øget brug af syntetiske cannabinoider blandt indsatte vakt bekymring på grund af virkningen for deres psykiske sundhed, den stærke virkning ved behandlingsophør og øget anvendelse af vold i tilknytning dertil. Tværfaglige indsatser og samarbejdsprojekter med inddragelse af en række leverandører af sundhedsydelse på tværs af indsatsaktører (f.eks. klinikker for seksuel sundhed, fængsler og institutioner for frihedsberøvede og narkotikabehandlingsklinikker) forekommer at være et vigtigt træk ved tilstrækkelige sundhedsrelaterede tiltag over for skader som følge af brugen af nye psykoaktive stoffer i Europa.

### Risikovurdering af MDMB-CHMICA

I juli 2016 blev MDMB-CHMICA det første syntetiske cannabinoid, der blev risikovurderet af EMCDDA. Det blev første gang indberettet til EU's system for tidlig varsling i 2014 af Ungarn og siden påvist i 23 EU-medlemsstater, Tyrkiet og Norge. Stoffet var involveret i over 20 alvorlige forgiftninger og 28 dødsfald.

Partier af MDMB-CHMICA-pulver produceres i Kina og importeres til Europa, hvor det forarbejdes og pakkes til "urtetobak". Det menes, at mange af de skadelige virkninger af MDMB-CHMICA og andre syntetiske cannabinoider er forbundet med disse stoffers kraftige styrke og de primitive fremstillingsmetoder. Dokumentationen tyder på, at producenterne gætter sig til den mængde af stoffet, der skal bruges til fremstillingen af "urtetobak". Desuden kan de primitive fremstillingsmetoder muligvis ikke sikre, at stoffet blandes ensartet i produktet. Dette kan føre til, at nogle produktioner indeholder forhøjede mængder af stoffet, hvilket medfører høje doser og en øget risiko for alvorlig forgiftning og død.

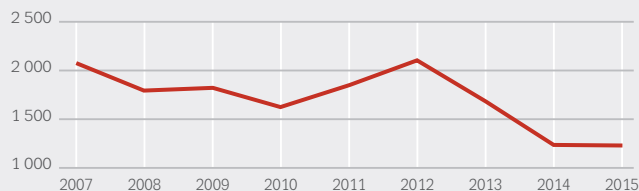
### Kroniske narkotikarelaterede skader: faldende antal hiv-tilfælde, men lokale udbrud

Stofbrugere, navnlig intravenøse stofbrugere, risikerer at pådrage sig smitsomme sygdomme ved at dele materialer til stofbrug og som følge af ubeskyttet sex. Intravenøs brug af stoffer er fortsat en vigtig faktor for overførslen af blodbårne infektionssygdomme, herunder hepatitis C-virus (HCV) og i nogle lande human immunodefekt virus (hiv). I 2015 blev der til EU (figur 3.9) indberettet 1 233 nye hivdiagnoser hos personer, der var blevet smittet gennem intravenøs stofbrug, hvilket udgør 5 % af de diagnoser, hvor man kender indtagelsesmåden. Denne andel er forblevet lav og stabil i de seneste 10 år. Antallet af nye hivinfektioner blandt intravenøse stofbrugere er faldet i de fleste europæiske lande, og der har været et samlet fald på 41 % fra 2007 til 2015. Imidlertid er intravenøs stofbrug fortsat den vigtigste indtagelsesmåde i visse lande. I 2015 blev således en fjerdedel eller mere af de nydiagnosticerede hivtilfælde tilskrevet intravenøs stofbrug i Litauen (34 %), Letland (32 %), Luxembourg (27 %) og Estland (25 %).

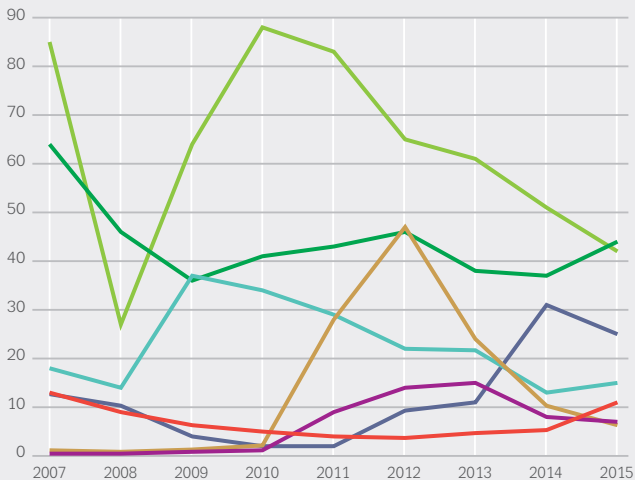
FIGUR 3.9

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

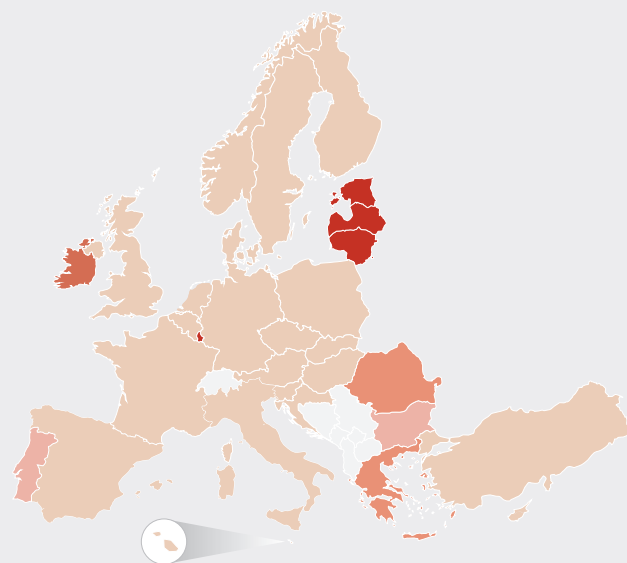
Tilfælde i Den Europæiske Union



Tilfælde pr. 1 mio. indbyggere



Letland Estland Luxembourg Litauen  
 Irland Rumænien Grækenland



Tilfælde pr. 1 mio. indbyggere  
 <3 3,1-6 6,1-9 9,1-12 >12

NB: Data for 2015 (kilde: ECDC).

Selv om de fleste lande indberettede fald i injektionsrelaterede hivtilfælde fra 2014 til 2015, rapporterede Tyskland, Irland og Det Forenede Kongerige om en stigning til et niveau, der ikke er set de sidste 7-8 år. I Irland og Det Forenede Kongerige skyldtes dette til dels lokale udbrud af nye hivinfektioner blandt intravenøse stofbrugere. Luxembourg indberettede også et udbrud i 2014. Øget intravenøs brug af stimulanser har sammen med en høj grad af marginalisering af brugerne været udbredte faktorer i disse udbrud. Desuden er intravenøs brug af stimulerende stoffer i en seksuel kontekst ("slamming") blandt små grupper af mænd, som har sex med mænd, blevet sat i forbindelse med en øget risiko for overførsel af infektion.

I 2015 blev 14 % af de nye aidstilfælde i EU, hvor indtagelsesmåden var kendt, tilskrevet intravenøs stofbrug. De 479 injektionsrelaterede anmeldelser udgør lige over en fjerdedel af det antal, der blev indberettet for 10 år siden. Mange af disse tilfælde blev indberettet af Grækenland, Letland og Rumænien, hvor hivtest og behandlingstilbud kræver yderligere forbedring.

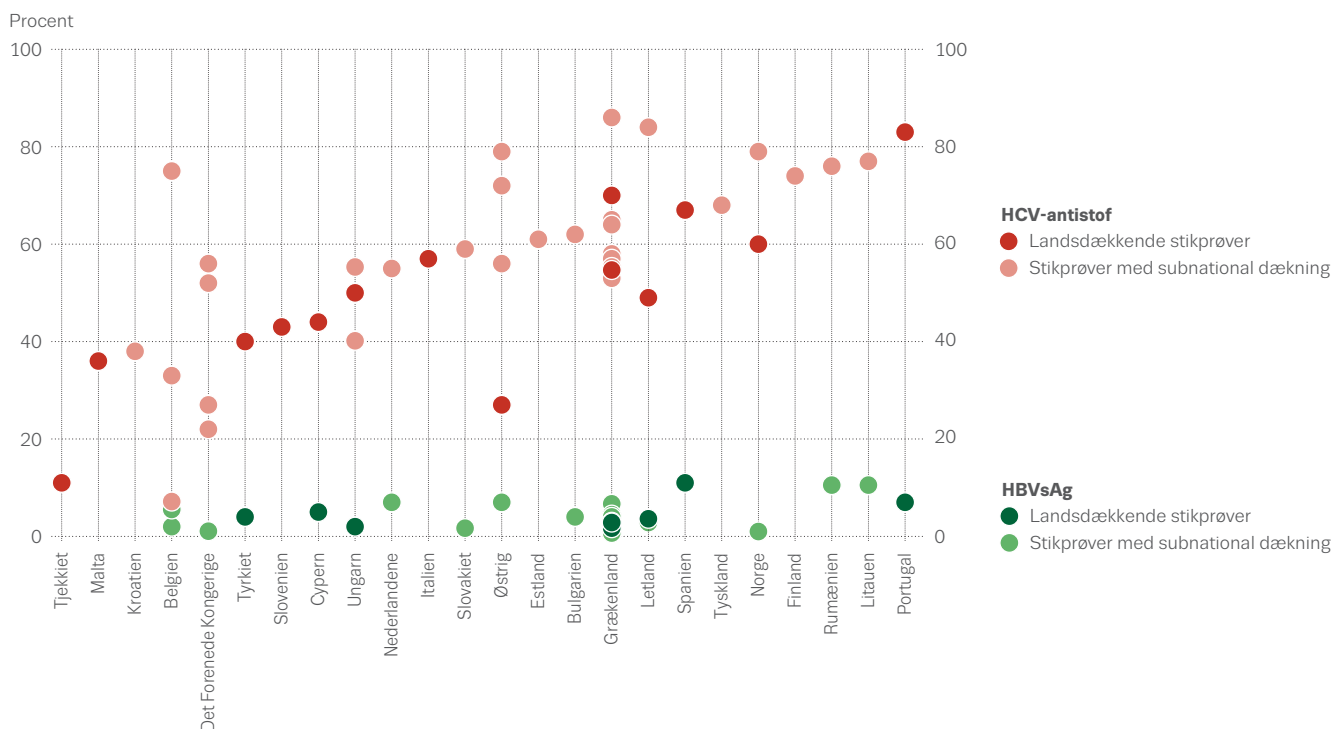
HCV-prævalens: nationale variationer

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

**Antallet af nye hivinfektioner blandt intravenøse stofbrugere er faldet**

FIGUR 3.10

Prævalens for HCV-antistof og HBVsAg blandt intravenøse stofbrugere, 2014-2015



Prævalensen for HCV-antistoffer, der vidner om aktuell eller tidligere infektion, i nationale stikprøver af intravenøse stofbrugere i 2014-2015 varierede mellem 16 % og 84 %, mens fem af de 13 lande, der har nationale data, meldte om en prævalens på over 50 % (figur 3.10). Blandt lande med nationale data for tendensen i perioden 2010-2015 meldtes der om faldende HCV-prævalens hos intravenøse stofbrugere i fire lande, mens tre andre kunne konstatere en stigning.

Blandt stofbrugere er infektioner forårsaget af hepatitis B-virus (HBV) mindre udbredt end HCV-infektion. Hvad angår denne virus, tyder forekomsten af antigenet HBVsAg imidlertid på en aktuell infektion, som kan være akut eller kronisk. I de syv lande med nationale data anslog man, at mellem 1,7 % og 11 % af intravenøse stofbrugere aktuelt havde en HBV-infektion.

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

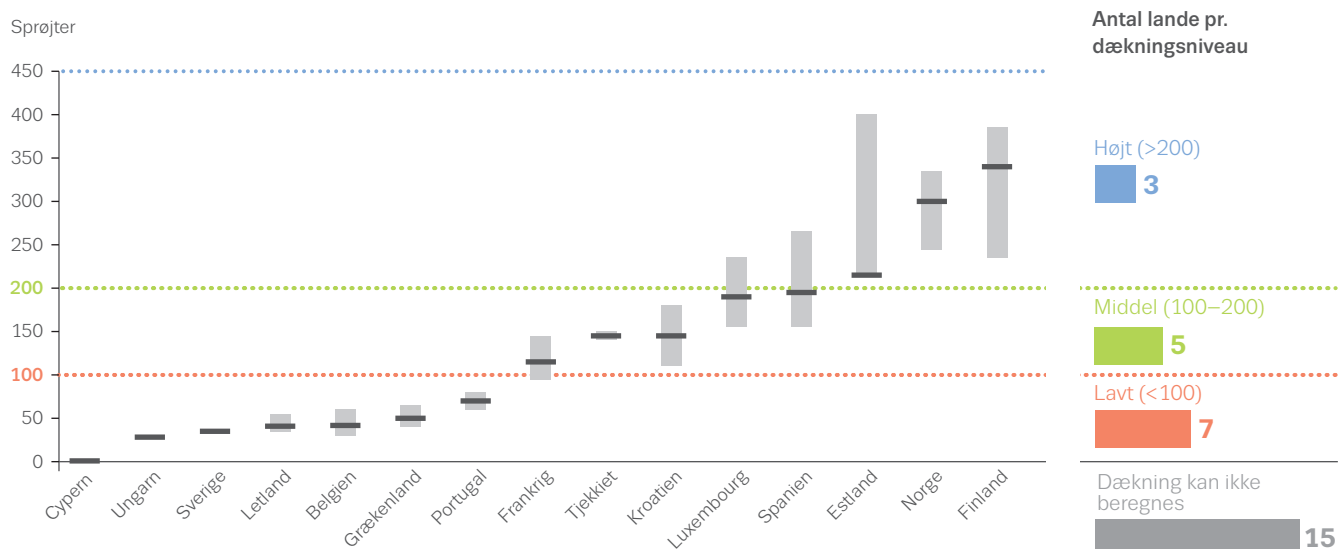
### Infektionssygdomme: forebyggende foranstaltninger

De primære tilgange til nedbringelse af stofrelaterede infektionssygdomme blandt intravenøse stofbrugere er tilbud om opioidsstitutionsbehandling, udlevering af sterilt injektionsudstyr, rådgivning om intravenøs risikoadfærd, vaccination mod hepatitis B, test af infektionssygdomme samt behandling for hepatitis og hiv.

For intravenøse opioidbrugere betyder substitutionsbehandling en betydeligt nedsat infektionsrisiko, og visse analyser viser, at den beskyttende virkning stiger, når en bred behandlingsdækning kombineres med et stort antal udleverede sprøjter. Der er dokumentation for, at nåle- og sprøjteprogrammer effektivt kan nedbringe overførslen af hiv blandt intravenøse stofbrugere. Af de 30 lande, der overvåges af EMCDDA, tilbyder alle undtagen Tyrkiet gratis rent injektionsudstyr fra specialiserede udleveringssteder. Men der er betydelige forskelle mellem landene med hensyn til den geografiske fordeling af sprøjteudleveringssteder og indsatsens dækning af målgruppen (figur 3.11). Der findes oplysninger fra 25 lande om udlevering af sprøjter gennem specialprogrammer, i alt ca. 52 mio. sprøjter i 2014/15.

FIGUR 3.11

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



NB: Data vist som punktmæssige skøn og usikkerhedsintervaller.

Dette tal er en betydelig undervurdering, idet flere store lande som Tyskland, Italien og Det Forenede Kongerige ikke indberetter fuldstændige nationale oplysninger om udlevering af sprøjter.

Det kan være særlig vigtigt at skabe samarbejde mellem sundhedsvæsnets instanser for stofbehandling og seksuel sundhed for effektivt at reagere på problemer knyttet til intravenøs stimulansbrug blandt mænd, som har sex med mænd. Blandt de vigtige forebyggende tiltag til denne gruppe kan nævnes test for og behandling af infektioner, sundhedsundervisning og formidling af forebyggelsesudstyr, herunder kondomer og sterilt sprøjteudstyr. For at forebygge seksuelt overført hivinfektion er forebyggende behandling inden eksponering en yderligere forebyggelsesmulighed til de befolkningsgrupper, der er mest udsat for risiko.

### Tidligere hivdiagnosticering: udvidede testmuligheder

Sen hivdiagnosticering – når infektionen allerede er begyndt at beskadige immunsystemet – er et særligt problem for intravenøse stofbrugere. I 2015 blev 58 % af de nyligt anmeldte injektionsrelaterede overførslers diagnosticeret sent. Dette skal sammenlignes med et EU-gennemsnit på 47 % sent diagnosticerede for alle indtagelsesmåder. Sen hivdiagnosticering forbindes med øget sygelighed og dødelighed og forsinkelser i iværksættelsen af antiretroviral behandling. Politikken med hurtig iværksættelse af antiretroviral behandling, så snart hivdiagnosen er stillet ("test-and-treat"), nedbringer antallet af smittede og er særlig vigtig i grupper med alvorligere risikoadfærd, f.eks. intravenøse stofbrugere. Tidlig diagnosticering og iværksættelse af antiretroviral behandling giver de smittede en normal forventet levetid.

I mange lande giver lokalsamfundsbaseerede tjenester og lavtærskeltjenester flere og flere muligheder for hivtest med det formål at øge udnyttelsen af testen og opnå tidligere påvisning af infektioner. EU's minimumskvalitetsstandarder fremmer frivillige test af blodbårne infektionssygdomme i lokale klinikker sammen med rådgivning om risikoadfærd og hjælp til håndtering af sygdommen. Imidlertid er stigmatisering og marginalisering af stofbrugere fortsat en stor forhindring for test og behandling.

## HCV-behandling: mere effektive lægemidler

Da HCV-infektion er særdeles prævalent blandt intravenøse stofbrugere i Europa, er de den primære målgruppe for test og behandling for at forebygge udviklingen af og dødsfald forårsaget af leversygdomme. Desuden er en nedbringelse af antal personer, som kan overføre infektionen, gennem tilbud om HCV-behandling et afgørende element i en altomfattende forebyggelsesindsats. I europæiske kliniske retningslinjer anbefales det, at man overvejer at behandle alle patienter med kroniske leversygdomme på grund af HCV-infektion. Retningslinjerne anbefaler også, at behandling straks overvejes til personer i risiko for at overføre virus (herunder aktive intravenøse stofbrugere), at HCV-behandling tilbydes stofbrugere på individuelt grundlag, og at den leveres i et tværfagligt miljø.

Siden 2013 er effektiv oral interferon-fri behandling med direkte virkende antivirale agenser, der bedre har kunnet tåles, blevet den primære behandling mod HCV-infektion. Desuden kan behandling med disse lægemidler tilbydes i specialiserede lokale misbrugsklinikker, hvilket kan øge tilgængeligheden og antallet af klienter i behandling. Mange europæiske lande vedtager nye strategier for hepatitisvirus, opdaterer behandlingsretningslinjer og forbedrer HCV-test og forbindelsen til behandling. Men der er stadig udfordringer, såsom lave niveauer af testudnyttelse, uklare henvisnings- og behandlingsveje i mange lande og de store omkostninger ved de nye stoffer.

**Stofbrug er en anerkendt årsag til undgåelig dødelighed blandt unge europæere**

## Dødsfald som følge af overdosis: nylige stigninger

Stofbrug er en anerkendt årsag til undgåelig dødelighed blandt unge europæere. Undersøgelser af kohorter af højrisikostofbrugere viser generelt en samlet dødelighed i størrelsesordenen 1-2 % om året. Opioidbrugere i Europa har samlet set 5-10 gange så stor risiko for at dø som andre på samme alder og af samme køn. Øget dødelighed blandt opioidbrugere skyldes primært overdosering, men andre dødsårsager, som er indirekte forbundet med stofbrug, f.eks. infektioner, ulykker, vold og selvmord, er også fremtrædende. Dårligt helbred kendetegnet ved samtidige og indbyrdes forbundne lidelser er udbredt. Kroniske lunge- og leverlidelser samt hjerte-kar-problemer er hyppige og skyld i et øget antal dødsfald blandt ældre og kroniske stofbrugere.

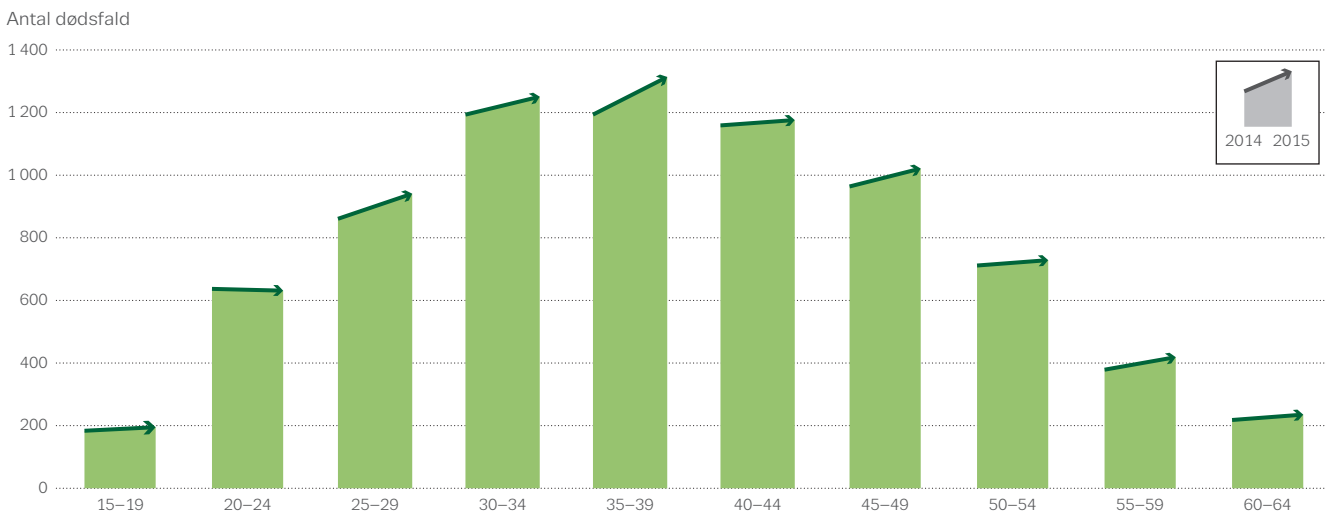
I Europa er overdosis af stoffer fortsat den væsentligste årsag til dødsfald blandt højrisikobrugere, og mere end tre fjerdedele af ofrene for overdosis er mænd (78 %). Overdosisdata, især det samlede tal for Europa, skal fortolkes med forsigtighed. Blandt årsagerne hertil er systematisk underrapportering i visse lande og registreringsprocesser, der resulterer i forsinkelser i rapporteringen. De årlige skøn repræsenterer derfor en foreløbig minimumsværdi.

I 2015 vurderes det, at der i EU skete mindst 7 585 dødsfald som følge af overdosis med mindst ét ulovligt stof involveret. Dette tal stiger til omkring 8 441 dødsfald, hvis Norge og Tyrkiet medregnes, hvilket udgør en stigning på 6 % i forhold til det reviderede tal fra 2014 på 7 950, og der er blevet indberettet stigninger i næsten alle aldersintervaller (figur 3.12). Som i tidligere år står Det Forenede Kongerige (31 %) og Tyskland (15 %) tilsammen for en ca. halvdelen af den samlede mængde i Europa. Dette knytter sig delvis til størrelsen af de befolkningsgrupper, der er i risiko i disse lande, men også til underrapportering i visse andre lande. Hvis man retter søgelyset mod lande med forholdsvis solide rapporteringssystemer, bekræfter de reviderede data for 2014 en stigning i antallet af dødsfald som følge af overdosis i Spanien, mens stigningerne i antallet af dødsfald som følge af overdosis indberettet i 2014 fra Litauen og Det Forenede Kongerige er fortsat ind i 2015, og der indberettes nu også stigninger i Tyskland og Nederlandene. En fortsat stigende tendens kan også ses i Sverige, om end den delvis kan skyldes den kombinerede virkning af ændringer i efterforsknings-, kodnings- og rapporteringspraksis. Tyrkiet fortsætter med at rapportere om stigninger, men dette forekommer primært at skyldes bedre dataindsamling og rapportering.

Som afspejling af aldringen blandt europæiske opioidbrugere, som er i størst risiko for dødsfald som følge

FIGUR 3.12

Antal forgiftningsdødsfald indberettet i Europa i 2014 og 2015, fordelt på aldersintervaller



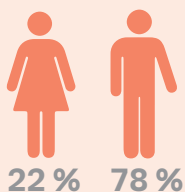
af overdosis, steg det indberettede antal dødsfald som følge af overdosis blandt ældre aldersgrupper fra 2007 til 2015, mens tallet i de yngre aldersgrupper faldt. Imidlertid er 10 % af de overdosisramte under 25 år, og der har for nylig været en let stigning i antallet af indberettede dødsfald som følge af overdosis blandt brugere under 25 år i visse lande, herunder Sverige og Tyrkiet.

**Opioiddrelaterede dødsfald skyldt i samlet stigning**

Heroin eller dens metabolitter, ofte i kombination med andre stoffer, er involveret i de fleste indberettede tilfælde af overdosis med dødelig udgang i Europa. De nyeste data viser en stigning i antallet af heroinrelaterede dødsfald i Europa, især i Det Forenede Kongerige. I England og Wales blev heroin eller morfin nævnt i forbindelse med 1 200 dødsfald registreret i 2015, hvilket udgør en stigning på 26 % i forhold til året før og på 57 % i forhold til 2013. Antallet af heroinrelaterede dødsfald er også steget i Skotland (Det Forenede Kongerige), Irland og Tyrkiet. Andre opioider nævnes også regelmæssigt i toksikologiske rapporter. Disse stoffer, primært metadon og buprenorphin, men også

**FORGIFTNINGSDØDSFALD**

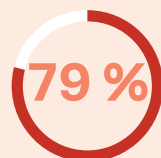
**Kendetegn**



Gennemsnitsalder ved død

38

Dødsfald i forbindelse med opioider



**Alder ved død**

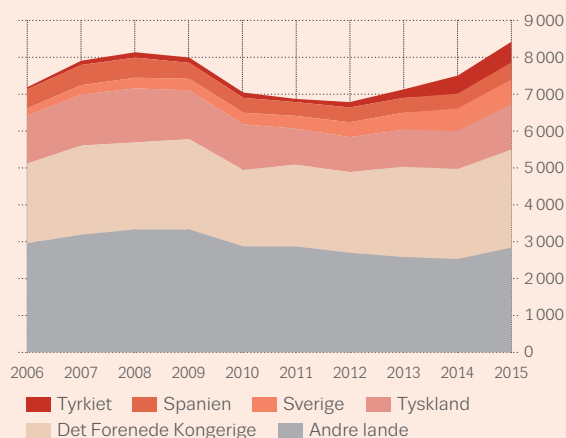


**Antal dødsfald**

7 585 EU

8 441 EU + 2

**Tendenser for dødsfald som følge af overdosis**



NB: EU + 2 omfatter EU-medlemsstaterne, Tyrkiet og Norge.

fentanyler og tramadol, kædes sammen med en væsentlig andel af dødsfaldene som følge af overdosis i visse lande. Ifølge de nyeste data oversteg antallet af registrerede metadonrelaterede dødsfald antallet af heroinrelaterede dødsfald i Kroatien, Danmark, Frankrig og Irland.

Stimulanser som kokain, amfetaminer, MDMA og cathinoner optræder i et mindre antal tilfælde af overdosis med dødelig udgang i Europa, om end signifikansen varierer alt efter landet. I Det Forenede Kongerige (England and Wales) steg antallet af dødsfald, hvor kokain indgik, fra 169 i 2013 til 320 i 2015, selv om mange af dem menes at skyldes heroinoverdoser hos personer, som også brugte crack. I Spanien, hvor antallet af kokainrelaterede dødsfald har været stabilt i nogle år, var stoffet fortsat det næsthøypigst nævnte ulovlige stof ved dødsfald som følge af overdosis i 2014 (269 tilfælde). I 2015 omfattede de stimulansrelaterede dødsfald i Tyrkiet 56 tilfælde med kokain involveret, 206 tilfælde med amfetaminer og 166 tilfælde med MDMA (heraf 62, som blev tilskrevet brug af MDMA alene). Syntetiske cannabinoider blev indberettet i 137 tilfælde i Tyrkiet, heraf 63 tilskrevet brugen af disse stoffer alene.

### Dødeligheden højest i Nordeuropa

For 2015 skønnes dødeligheden som følge af overdosis i Europa at ligge på 20,3 dødsfald pr. mio. indbyggere i alderen 15-64 år. Tallet blandt mænd (32,3 tilfælde pr. mio. mænd) er næsten fire gang så højt som for kvinder (8,4 tilfælde pr. mio. kvinder). Dødeligheden som følge af overdosis når et maksimum i aldersgruppen 35-39 år for mænd og 30-34 år for kvinder. Gennemsnitsalderen ved dødsfald er imidlertid lavere for mændene: 38 år sammenlignet med 41 år blandt kvinder. De nationale dødelighedsprocenter og tendenser varierer betydeligt (figur 3.13) og påvirkes af faktorer, såsom brugsprævalens og -mønstre og national rapporteringspraksis, dataregistrering og kodning af overdosistilfælde i nationale dødelighedsdatabaser. Ifølge de seneste tilgængelige data blev der indberettet tal på over 40 dødsfald pr. mio. i otte nordeuropæiske lande med de højeste tal i Estland (103 pr. mio.), Sverige (100 pr. mio.), Norge (76 pr. mio.) og Irland (71 pr. mio.) (figur 3.13).

### Forebyggelse af overdoser og narkotikarelaterede dødsfald

Begrænsning af dødsfald som følge af overdosis og andre narkotikarelaterede dødsfald er en stor udfordring for de offentlige sundhedspolitikker i Europa. I målrettede tiltag på dette område er der enten fokus på at forebygge risikoen for overdosis eller forbedre chancerne for at overleve en overdosis.

En metaanalyse af observationsundersøgelser bekræfter, at metadonsubstitutionsbehandling er effektiv med hensyn til at nedbringe dødeligheden (som følge af overdosis og alle årsager) blandt opioidafhængige brugere. Dødeligheden blandt klienter i metadonbehandling var mindre end en tredjedel af det forventede tal for opioidbrugere uden for behandling. Analysen af dødsrisikoen på forskellige stadier af behandlingen tyder på, at der er behov for at fokusere på indsatser i starten af behandlingen (de første fire uger, især med metadon), og når den er afsluttet. Efter afsluttet behandling forbindes de første fire uger med en højere risiko for overdosis. Det indebærer, at patienter, der hyppigt forlader og genindtræder i behandling, er særlig udsatte for overdosis.

Overvågede stofindtagelsesrum har til formål både at forebygge overdoser og sikre adgang til professionel støtte i tilfælde af overdosering. Sådanne faciliteter drives i øjeblikket i seks EU-lande og Norge, i alt 78 faciliteter. I 2016 åbnede der to stofindtagelsesrum i Frankrig i en seksårig forsøgsperiode, og nye faciliteter blev etableret i Danmark og Norge.

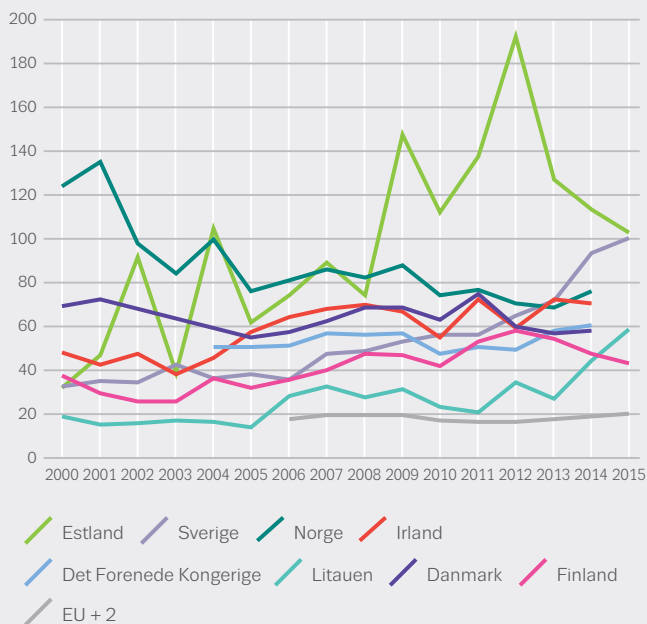
**Patienter, der hyppigt forlader og genindtræder i behandling, er særlig udsatte for overdosis**



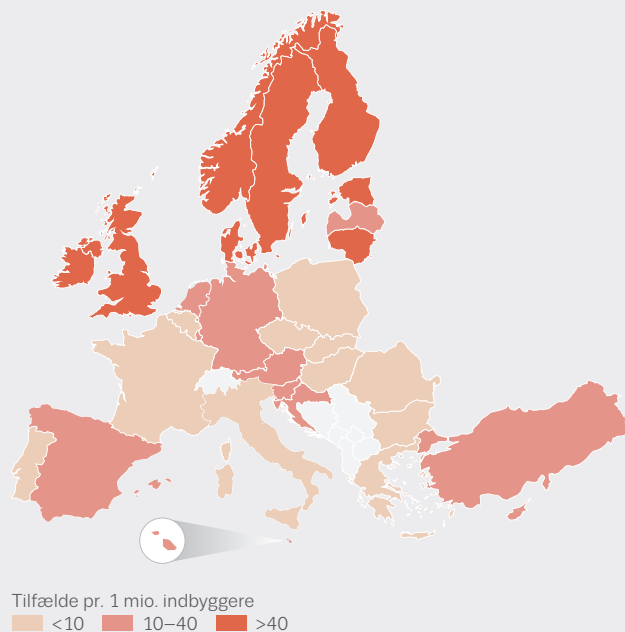
FIGUR 3.13

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

Tilfælde pr. 1 mio. indbyggere



NB: Tendenser i de otte lande, der rapporterede de højeste tal i 2015 eller 2014 og samlet europæisk tendens. EU + 2 omfatter EU-medlemsstaterne, Tyrkiet og Norge.



### Naloxon: udvikling af nye produkter

Naloxon er en opioidantagonist, som kan neutralisere en opioidoverdosis, og den bruges på skadestuer og i ambulancer. De senere år har der været en stigning i udbuddet af naloxon til hjemmebrug hos opioidbrugere, deres partnere, venner og familie sammen med undervisning i at genkende og reagere på en overdosis. Naloxon er også blevet gjort tilgængelig for medarbejdere i tjenester, som er i jævnlig kontakt med stofbrugere. Der findes i øjeblikket programmer med naloxon til hjemmebrug i 10 europæiske lande. Naloxonudstyr udleveres generelt af narko- og sundhedstjenester i form af forberedte sprøjter, om end der i Danmark og Norge

findes naloxon som næsespray. I Frankrig er der givet midlertidig tilladelse til en ny version af lægemidlet i næsespray. Efter udvidet brug i lokale klinikker siden 2013 blev tilbuddet om naloxon til hjemmebrug i Estland udvidet til fængslerne i 2015. En nylig systematisk gennemgang af effektiviteten af naloxon til hjemmebrug dokumenterer, at den sammen med uddannelses- og undervisningstiltag nedbringer den overdosisrelaterede dødelighed. Visse befolkningsgrupper med en forhøjet risiko for overdosis, såsom nyligt løsladte fra fængsler, kan have særlig gavn af det, og en evaluering af det nationale naloxonprogram i Det Forenede Kongerige (Skotland) viste, at det gav et betydeligt lavere antal opioidrelaterede dødsfald den første måned efter løsladelsen.

## HVIS DU VIL VIDE MERE

### EMCDDA-publikationer

#### 2017

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

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

Country Drug Reports 2017.

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

#### 2016

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

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

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

Health responses to new psychoactive substances.

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

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

#### 2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

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

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

#### 2014

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

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

#### 2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

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

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

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

### Fælles publikationer fra EMCDDA og ECDC

#### 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.

#### 2011

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

Alle publikationer er tilgængelige under linket [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications).



# Bilag

Nationale data til skøn over prævalens for stofbrug, herunder problematisk brug af opioider, substitutionsbehandling, samlet antal klienter i behandling, førstegangsbehandling, intravenøs stofbrug, forgiftningsdødsfald, narkotikarelaterede infektionssygdomme, udlevering af sprøjter og beslaglæggelser. Oplysningerne hentes i og er delmængder af EMCDDA's **statistiske bulletin for 2017**, hvor man kan finde noter og metadata. Det årstal, dataene henviser til, er angivet.

TABEL A1

## OPIOIDER

Land	Skøn over problematisk brug af opioider		Klienter, der kommer i behandling i årets løb						Klienter i substitutionsbehandling
			Opioidklienter, % af klienter i behandling			% intravenøse opioidklienter (vigtigste indtagelsesmåde)			
			Alle i behandling	Førstegangsbehandlede	Tidligere behandlede	Alle i behandling	Førstegangsbehandlede	Tidligere behandlede	
Skøn for år	Tilfælde pr. 1 000 indbyggere	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	optælling	
Belgien	–	–	27,7 (3 234)	10,3 (411)	37,4 (2 773)	14 (409)	8,3 (31)	14,9 (374)	16 681
Bulgarien	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 423
Tjekkiet	2015	1,8–1,9	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Danmark	–	–	13 (613)	5,5 (124)	20,6 (472)	26,6 (121)	10,5 (11)	31,4 (108)	6 268
Tyskland	2014	2,7–3,3	32,9 (28 669)	13,3 (3 552)	41,4 (25 117)	32,6 (11 392)	29,4 (1 549)	33,2 (9 843)	77 200
Estland	–	–	93,3 (263)	87,3 (55)	95 (153)	70,7 (183)	67,3 (37)	82,2 (125)	1 166
Irland	–	–	47,6 (4 515)	25,9 (971)	62,4 (3 403)	38,2 (1 672)	30,9 (293)	39,9 (1 318)	9 917
Grækenland	2015	2,1–2,8	69,8 (2 836)	52,9 (834)	80,8 (1 984)	32,4 (914)	26,6 (221)	34,9 (690)	10 082
Spanien	2014	1,6–2,6	24,6 (12 032)	10,5 (2 486)	42,9 (8 056)	13,7 (1 568)	7,4 (178)	15,2 (1 173)	61 859
Frankrig	2013–14	4,4–7,4	28 (13 744)	15 (2 378)	48,9 (8 310)	18,5 (2 150)	12,3 (263)	21,1 (1 505)	168 840
Kroatien	2015	2,5–4,0	81,3 (6 124)	20,8 (176)	89,1 (5 917)	72,1 (4 377)	36,5 (62)	73,2 (4 299)	5 061
Italien	2015	4,6–5,9	53,3 (25 144)	38,8 (8 040)	64,6 (17 104)	50,8 (10 620)	39,5 (2 521)	55,8 (8 099)	60 047
Cypern	2015	1,9–3,2	25,7 (205)	11,5 (50)	44,2 (142)	48 (97)	46 (23)	48,9 (68)	252
Letland	2014	3,4–7,5	53,5 (402)	32,7 (128)	76,1 (274)	92,3 (370)	82,8 (106)	96,7 (264)	609
Litauen	2007	2,3–2,4	89 (2 268)	66,1 (261)	94 (1 991)	87,2 (1 970)	89,3 (233)	87 (1 724)	596
Luxembourg	2007	5–7,6	56,2 (163)	25 (6)	57,9 (125)	43 (68)	16,7 (1)	42,7 (53)	1 078
Ungarn	2010–11	0,4–0,5	3,6 (156)	1,6 (46)	8,4 (93)	53,5 (77)	48,9 (22)	56 (51)	669
Malta	2015	5,6–6,5	73,2 (1 296)	28,7 (66)	79,8 (1 230)	61,9 (760)	43,9 (25)	62,8 (735)	1 026
Nederlandene	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Østrig	2015	5,3–5,6	55,4 (2 016)	26,9 (351)	71,4 (1 665)	32,3 (516)	23 (73)	34,5 (443)	17 599
Polen	2014	0,4–0,7	16,3 (1 465)	4,8 (208)	27,6 (1 224)	62,1 (902)	40,8 (84)	65,6 (800)	2 564
Portugal	2012	4,2–5,5	49,2 (1 357)	28,9 (458)	76,8 (899)	16,6 (209)	9,9 (40)	19,8 (169)	17 011
Rumænien	–	–	32,6 (1 057)	17,3 (360)	66,3 (686)	88,2 (834)	85,6 (286)	90 (543)	547
Slovenien	2015	3,4–4,1	74,7 (236)	42 (37)	87,7 (199)	44,5 (105)	24,3 (9)	48,2 (96)	3 261
Slovakiet	2008	1,0–2,5	24,1 (602)	14,8 (179)	33,6 (414)	68,5 (402)	51,4 (91)	75,7 (305)	600
Finland	2012	3,8–4,5	51,7 (339)	38,3 (106)	61,5 (233)	73,3 (247)	65,7 (69)	76,7 (178)	3 000
Sverige (¹)	–	–	25,2 (8 907)	16,8 (2 101)	29,5 (6 562)	–	–	–	3 679
Det Forenede Kongerige	2010–11	7,9–8,4	49,7 (59 763)	21,7 (8 595)	63,5 (50 984)	31,8 (13 125)	17,5 (929)	34 (12 139)	142 085
Tyrkiet	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	12 500
Norge (²)	2013	2,0–4,2	17 (1 005)	–	–	–	–	–	7 498
Den Europæiske Union	–	–	<b>37,6 (181 918)</b>	<b>18,3 (32 921)</b>	<b>51,4 (143 189)</b>	<b>36,6 (55 311)</b>	<b>28,2 (7 550)</b>	<b>39 (46 856)</b>	<b>626 541</b>
EU, Tyrkiet og Norge	–	–	<b>38,2 (190 996)</b>	<b>19,8 (36 548)</b>	<b>52 (147 635)</b>	<b>36 (57 305)</b>	<b>26,7 (8 111)</b>	<b>38,8 (48 289)</b>	<b>646 539</b>

Data om klienter i substitutionsbehandling er for 2015 eller det seneste tilgængelige år: Danmark, Finland, Nederlandene og Spanien, 2014, Tyrkiet, 2011.

(¹) Tal for førstegangsbehandlede og tidligere behandlede findes kun i to af tre tilgængelige datakilder i Sverige og er derfor ikke sammenlignelige med data for alle i behandling.

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

TABEL A2

## KOKAIN

Land	Prævalensskøn				Klienter, der kommer i behandling i årets løb					
	Befolkningen som helhed			Skole-søgende	Kokainklienter, % af klienter i behandling			% intravenøse kokainklienter (vigtigste indtagelsesmåde)		
	Under-søgelses år	Hele livet, voksne (15-64 år)	Seneste år, unge voksne (15-34 år)		Hele livet, skoleelever (15-16 år)	Alle i behandling	Førstegangsbehandlede	Tidligere behandlede	Alle i behandling	Førstegangsbehandlede
		%	%	%	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)
Belgien (¹)	2013	–	0,9	3	18,9 (2 207)	18,9 (756)	18,9 (1 401)	6,5 (125)	1,1 (7)	9,4 (116)
Bulgarien	2012	0,9	0,3	5	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
Tjekkiet	2015	1,8	0,3	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danmark	2013	5,2	2,4	2	5,5 (260)	5,9 (134)	5,4 (124)	3,9 (8)	–	8,6 (8)
Tyskland (²)	2015	3,8	1,2	3	6 (5 209)	5,6 (1 494)	6,1 (3 715)	17,1 (2 843)	8,8 (353)	19,7 (2 490)
Estland	2008	–	1,3	1	0,7 (2)	–	1,2 (2)	50 (1)	–	50 (1)
Irland	2015	7,8	2,9	3	10,5 (996)	13,7 (513)	8,4 (457)	0,8 (8)	0,2 (1)	1,6 (7)
Grækenland	–	–	–	1	6,6 (269)	8,9 (141)	5,2 (128)	11,6 (31)	4,3 (6)	19,5 (25)
Spanien	2015	9,1	3,0	2	36,5 (17 864)	34,8 (8 234)	37 (6 954)	1,3 (224)	0,7 (56)	2,1 (141)
Frankrig	2014	5,4	2,4	4	6,1 (3 013)	6,1 (963)	8,1 (1 369)	10,2 (269)	3,6 (32)	16,5 (198)
Kroatien	2015	2,7	1,6	2	1,4 (104)	2,8 (24)	1,2 (80)	2 (2)	–	2,5 (2)
Italien	2014	7,6	1,8	3	25,3 (11 935)	30,4 (6 296)	21,3 (5 639)	4,2 (479)	2,6 (159)	5,9 (320)
Cypern	2016	1,4	0,4	3	10 (80)	8,3 (36)	11,8 (38)	5,1 (4)	0 (0)	7,9 (3)
Letland	2015	1,5	1,2	2	1,2 (9)	1,8 (7)	0,6 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litauen	2012	0,9	0,3	2	0,6 (15)	1,8 (7)	0,3 (7)	13,3 (2)	14,3 (1)	14,3 (1)
Luxembourg	–	–	–	–	19 (55)	16,7 (4)	20,4 (44)	44,4 (24)	–	50 (22)
Ungarn (³)	2015	1,2	0,9	2	2,3 (99)	2,5 (75)	1,7 (19)	5,2 (5)	1,4 (1)	15,8 (3)
Malta	2013	0,5	–	3	15,9 (281)	39,6 (91)	12,3 (190)	17,6 (45)	8,1 (7)	22,4 (38)
Nederlandene	2015	5,1	3,6	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Østrig	2015	3	0,4	2	7,1 (258)	9,6 (125)	5,7 (133)	6,3 (15)	0,8 (1)	11,6 (14)
Polen	2014	1,3	0,4	4	2,1 (189)	1,9 (83)	2,3 (101)	2,2 (4)	1,3 (1)	3 (3)
Portugal	2012	1,2	0,4	2	12 (331)	15,1 (239)	7,9 (92)	4,4 (13)	2,3 (5)	9,6 (8)
Rumænien	2013	0,8	0,2	3	0,6 (19)	0,9 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Slovenien	2012	2,1	1,2	2	4,1 (13)	9,1 (8)	2,2 (5)	23,1 (3)	0 (0)	60 (3)
Slovakiet	2015	0,7	0,3	2	0,8 (19)	0,7 (9)	0,7 (9)	5,9 (1)	–	12,5 (1)
Finland	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Sverige (⁴,⁵)	2013	–	1,2	2	0,9 (318)	1,7 (211)	0,5 (103)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Det Forenede Kongerige (²,⁴)	2015	9,7	4,0	2	13,9 (16 673)	17,2 (6 830)	12,2 (9 806)	1,5 (168)	0,4 (18)	2,3 (146)
Tyrkiet	2011	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	–	–	–
Norge (⁴)	2015	4,2	2,2	1	1,4 (83)	–	–	–	–	–
Den Europæiske Union	–	5,2	1,9	–	13 (62 949)	15,4 (27 688)	11,4 (31 759)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)
EU, Tyrkiet og Norge	–	–	–	–	12,6 (63 230)	15 (27 767)	11,2 (31 878)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)

Prævalensskøn for skolesøgende foretages på grundlag af nationale skoleundersøgelser eller ESPAD-projektet. På grund af usikkerhed om dataindsamlingsprocedurerne er data for Letland muligvis ikke sammenlignelige.

(¹) Prævalensskøn for befolkningen som helhed gælder kun for Flandern.

(²) Prævalensskøn for befolkningen som helhed gælder kun for England og Wales.

(³) Aldersinterval for prævalensskøn for befolkningen som helhed: 18-64 år, 18-34 år.

(⁴) Aldersinterval for prævalensskøn for befolkningen som helhed: 16-64 år, 16-34 år.

(⁵) Tal for førstegangsbehandlede og tidligere behandlede findes kun i to af tre tilgængelige datakilder i Sverige og er derfor ikke sammenlignelige med data for alle i behandling.

TABEL A3

## AMFETAMINER

Land	Prævalensskøn				Klienter, der kommer i behandling i årets løb					
	Befolkningen som helhed			Skole-søgende	Amfetaminklienter, % af behandlede			% intravenøse amfetaminklienter (vigtigste indtagelsesmåde)		
	Under-søgelses år	Hele livet, voksne (15-64 år)	Seneste år, unge voksne (15-34 år)	Hele livet, skoleelever (15-16 år)	Alle i behandling	Førstegangs-behandlede	Tidligere behandlede	Alle i behandling	Førstegangs-behandlede	Tidligere behandlede
	%	%	%	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)
Belgien <sup>(1)</sup>	2013	–	0,5	2	9,9 (1 160)	8,6 (345)	10,7 (794)	13,5 (130)	3,9 (11)	17,8 (118)
Bulgarien	2012	1,2	1,3	6	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Tjekkiet	2015	4,4	2,2	1	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Danmark	2013	6,6	1,4	1	6,6 (311)	6,2 (140)	7,1 (163)	4 (11)	1,7 (2)	6,2 (9)
Tyskland <sup>(3,4)</sup>	2015	3,6	1,9	4	16,8 (14 646)	19,3 (5 134)	15,7 (9 512)	2,2 (719)	1,5 (168)	2,5 (551)
Estland	2008	–	2,5	2	2,1 (6)	3,2 (2)	2,5 (4)	66,7 (4)	100 (2)	50 (2)
Irland	2015	4,1	0,6	3	0,6 (59)	0,9 (33)	0,4 (24)	3,4 (2)	3 (1)	4,2 (1)
Grækenland	–	–	–	2	0,4 (18)	0,4 (7)	0,4 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Spanien	2015	3,6	1,0	1	1,3 (655)	1,6 (385)	1,1 (209)	0,9 (6)	1,1 (4)	0,5 (1)
Frankrig	2014	2,2	0,7	2	0,5 (264)	0,5 (84)	0,6 (108)	11,6 (26)	14,9 (11)	15,6 (15)
Kroatien	2015	3,5	2,3	3	1,4 (102)	2,7 (23)	1,1 (74)	–	–	–
Italien	2014	2,8	0,6	2	0,2 (91)	0,3 (59)	0,1 (32)	5,2 (4)	6,4 (3)	3,3 (1)
Cypern	2016	0,5	0,1	3	4,9 (39)	3,9 (17)	5,6 (18)	2,6 (1)	5,9 (1)	0 (0)
Letland	2015	1,9	0,7	3	16,2 (122)	21,5 (84)	10,6 (38)	67,5 (81)	62,2 (51)	78,9 (30)
Litauen	2012	1,2	0,5	1	2,5 (63)	7,1 (28)	1,5 (31)	26,7 (16)	3,7 (1)	45,2 (14)
Luxembourg	–	–	–	–	0,3 (1)	–	0,5 (1)	–	–	–
Ungarn <sup>(4)</sup>	2015	1,7	1,4	3	11,4 (489)	12 (354)	8,9 (98)	9,6 (46)	5,7 (20)	23,7 (23)
Malta	2013	0,3	–	2	0,3 (5)	0,4 (1)	0,3 (4)	20 (1)	–	25 (1)
Nederlandene	2015	4,7	3,1	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Østrig	2015	2,2	0,9	3	4,8 (174)	5,7 (75)	4,2 (99)	3,8 (6)	2,9 (2)	4,3 (4)
Polen	2014	1,7	0,4	4	24,3 (2 194)	25,4 (1 091)	23,8 (1 056)	3,7 (80)	1,7 (18)	5,8 (60)
Portugal	2012	0,5	0,1	1	0,1 (4)	0,3 (4)	–	0 (0)	0 (0)	–
Rumænien	2013	0,3	0,1	1	0,4 (12)	0,3 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenien	2012	0,9	0,8	1	1,3 (4)	4,5 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Slovakiet	2015	1,4	0,8	1	45,2 (1 132)	44,7 (539)	45,4 (559)	28,7 (315)	24,3 (129)	34 (183)
Finland	2014	3,4	2,4	1	15,2 (100)	16,2 (45)	14,5 (55)	77,6 (76)	62,8 (27)	89,1 (49)
Sverige <sup>(3,5,6)</sup>	2013	–	1,3	1	7 (2 645)	8,3 (1 129)	5,8 (1 376)	–	–	–
Det Forenede Kongerige <sup>(2,5)</sup>	2015	10,3	0,9	1	2,8 (3 332)	3,6 (1 414)	2,4 (1 913)	18,9 (382)	11 (89)	24,3 (293)
Tyrkiet	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norge <sup>(3,5)</sup>	2015	3,1	0,3	1	13,9 (823)	–	–	–	–	–
Den Europæiske Union	–	<b>3,8</b>	<b>1,1</b>	–	<b>7,4 (35 562)</b>	<b>8,4 (15 092)</b>	<b>7,2 (20 011)</b>	<b>15,1 (7 357)</b>	<b>16,8 (3 128)</b>	<b>14,1 (4 217)</b>
EU, Tyrkiet og Norge	–	–	–	–	<b>7,3 (36 581)</b>	<b>8,2 (15 225)</b>	<b>7,1 (20 074)</b>	<b>15 (7 358)</b>	<b>16,6 (3 129)</b>	<b>14,1 (4 217)</b>

Prævalensskøn for skolesøgende foretages på grundlag af nationale skoleundersøgelser eller ESPAD-projektet. På grund af usikkerhed om dataindsamlingsprocedurerne er data for Letland muligvis ikke sammenlignelige.

(1) Prævalensskøn for befolkningen som helhed gælder kun for Flandern.

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

(3) Klienter, der kommer i behandling, henviser til klienter med andre stimulanser end kokain, ikke kun amfetaminer.

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

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

(6) Tal for førstegangsbehandlede og tidligere behandlede findes kun i to af tre tilgængelige datakilder i Sverige og er derfor ikke sammenlignelige med data for alle i behandling.

TABEL A4

## MDMA

Land	Prævalensskøn				Klienter, der kommer i behandling i årets løb		
	Befolkningen som helhed			Skolesøgende	MDMA-klienter, % af klienter i behandling		
	Under-søgelses år	Hele livet, voksne (15-64 år)	Seneste år, unge voksne (15-34 år)	Hele livet, skoleelever (15-16 år)	Alle i behandling	Førstegangsbehandlede	Tidligere behandlede
	%	%	%	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	
Belgien <sup>(1)</sup>	2013	–	0,8	3	0,3 (36)	0,6 (25)	0,1 (11)
Bulgarien	2012	2,0	2,9	5	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
Tjekkiet	2015	6,3	3,5	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Danmark	2013	2,3	0,7	1	0,3 (15)	0,5 (11)	0,2 (4)
Tyskland <sup>(2)</sup>	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estland	2008	–	2,3	3	–	–	–
Irland	2015	9,2	4,4	4	0,5 (47)	0,8 (31)	0,3 (15)
Grækenland	–	–	–	1	0,2 (7)	0,2 (3)	0,2 (4)
Spanien	2015	3,6	1,3	1	0,3 (133)	0,5 (111)	0,1 (13)
Frankrig	2014	4,2	2,3	2	0,4 (188)	0,5 (76)	0,3 (49)
Kroatien	2015	3,0	1,4	2	0,4 (32)	0,8 (7)	0,3 (23)
Italien	2014	3,1	1,0	3	0,2 (80)	0,2 (40)	0,2 (40)
Cypern	2016	1,1	0,3	3	–	–	–
Letland	2015	2,4	0,8	3	0,3 (2)	0,3 (1)	0,3 (1)
Litauen	2012	1,3	0,3	2	0,1 (3)	0,3 (1)	0,1 (2)
Luxembourg	–	–	–	–	–	–	–
Ungarn <sup>(3)</sup>	2015	4,0	2,1	2	2 (85)	1,8 (54)	1,9 (21)
Malta	2013	0,7	–	2	0,9 (16)	1,7 (4)	0,8 (12)
Nederlandene	2015	8,4	6,6	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Østrig	2015	2,9	1,1	2	0,5 (20)	1,1 (14)	0,3 (6)
Polen	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (14)	0,2 (9)
Portugal	2012	1,3	0,6	2	0,3 (8)	0,4 (7)	0,1 (1)
Rumænien	2013	0,9	0,3	2	0,5 (16)	0,8 (16)	0 (0)
Slovenien	2012	2,1	0,8	2	0,3 (1)	1,1 (1)	0 (0)
Slovakiet	2015	3,1	1,2	3	0,1 (3)	0,1 (1)	0,2 (2)
Finland	2014	3,0	2,5	1	0,5 (3)	1,1 (3)	0 (0)
Sverige <sup>(4)</sup>	2013	–	1,0	1	–	–	–
Det Forenede Kongerige <sup>(2,4)</sup>	2015	9,4	3,1	3	0,4 (490)	0,8 (312)	0,2 (174)
Tyrkiet	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norge <sup>(4)</sup>	2015	2,3	1,2	1	–	–	–
Den Europæiske Union	–	<b>4,2</b>	<b>1,8</b>	–	<b>0,3 (1 295)</b>	<b>0,4 (804)</b>	<b>0,1 (402)</b>
EU, Tyrkiet og Norge	–	–	–	–	<b>0,3 (1 401)</b>	<b>0,5 (881)</b>	<b>0,2 (431)</b>

Prævalensskøn for skolesøgende foretages på grundlag af nationale skoleundersøgelser eller ESPAD-projektet. På grund af usikkerhed om dataindsamlingsprocedurerne er data for Letland muligvis ikke sammenlignelige.

<sup>(1)</sup> Prævalensskøn for befolkningen som helhed gælder kun for Flandern.

<sup>(2)</sup> Prævalensskøn for befolkningen som helhed gælder kun for England og Wales.

<sup>(3)</sup> Aldersinterval for prævalensskøn for befolkningen som helhed: 18-64 år, 18-34 år.

<sup>(4)</sup> Aldersinterval for prævalensskøn for befolkningen som helhed: 16-64 år, 16-34 år.



TABEL A5

## CANNABIS

Land	Prævalensskøn				Klienter, der kommer i behandling i årets løb		
	Befolkningen som helhed			Skolesøgende	Cannabisklienter, % af klienter i behandling		
	Under-søgelses år	Hele livet, voksne (15-64 år)	Seneste år, unge voksne (15-34 år)	Hele livet, skoleelever (15-16 år)	Alle i behandling	Førstegangs-behandlede	Tidligere behandlede
	%	%	%	% (optælling)	% (optælling)	% (optælling)	
Belgien <sup>(1)</sup>	2013	15	10,1	17	31,9 (3 737)	51,6 (2 065)	21,3 (1 582)
Bulgarien	2012	7,5	8,3	27	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
Tjekkiet	2015	29,5	18,8	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Danmark	2013	35,6	17,6	12	70,9 (3 338)	79 (1 783)	62,5 (1 430)
Tyskland <sup>(2)</sup>	2015	27,2	13,3	19	39,1 (34 108)	56,9 (15 168)	31,2 (18 940)
Estland	2008	–	13,6	25	3,5 (10)	7,9 (5)	1,2 (2)
Irland	2015	27,9	13,8	19	28,3 (2 681)	45,2 (1 693)	16,8 (918)
Grækenland	–	–	–	9	19,4 (789)	34,2 (539)	9,8 (240)
Spanien	2015	31,5	17,1	27	33,7 (16 478)	48,1 (11 386)	16,4 (3 084)
Frankrig	2014	40,9	22,1	31	60,4 (29 621)	74,9 (11 855)	37,6 (6 391)
Kroatien	2015	19,4	16,0	21	12,8 (967)	62 (526)	6,5 (432)
Italien	2014	31,9	19,0	27	19,5 (9 225)	28 (5 810)	12,9 (3 415)
Cypern	2016	12,1	4,3	7	58,8 (469)	75,9 (330)	38 (122)
Letland	2015	9,8	10,0	17	23,3 (175)	35,5 (139)	10 (36)
Litauen	2012	10,5	5,1	18	3,5 (89)	11,9 (47)	1,6 (33)
Luxembourg	–	–	–	–	23,1 (67)	58,3 (14)	19,9 (43)
Ungarn <sup>(3)</sup>	2015	7,4	3,5	13	56,2 (2 420)	62,7 (1 854)	41,4 (458)
Malta	2013	4,3	–	13	8,9 (158)	29,1 (67)	5,9 (91)
Nederlandene	2015	25,6	16,1	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Østrig	2015	23,6	14,1	20	29,2 (1 063)	54,4 (711)	15,1 (352)
Polen	2014	16,2	9,8	24	28 (2 525)	36,3 (1 558)	20,3 (901)
Portugal	2012	9,4	5,1	15	33,9 (934)	50,8 (806)	10,9 (128)
Rumænien	2013	4,6	3,3	8	39,3 (1 272)	54,8 (1 137)	9,5 (98)
Slovenien	2012	15,8	10,3	25	14,2 (45)	38,6 (34)	4,8 (11)
Slovakiet	2015	15,8	9,3	26	24,6 (616)	35,7 (430)	13,7 (169)
Finland	2014	21,7	13,5	8	20,7 (136)	35,7 (99)	9,8 (37)
Sverige <sup>(4,5)</sup>	2015	14,7	7,3	7	11,1 (3 924)	16,9 (2 113)	7,9 (1 752)
Det Forenede Kongerige <sup>(2,4)</sup>	2015	29,4	11,3	19	25,9 (31 129)	46,3 (18 345)	15,8 (12 686)
Tyrkiet	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norge <sup>(4)</sup>	2015	20,9	8,6	7	27,2 (1 609)	–	–
Den Europæiske Union	–	26,3	13,9	–	31,5 (152 431)	46,2 (82 942)	19,9 (55 354)
EU, Tyrkiet og Norge	–	–	–	–	30,9 (154 693)	45,1 (83 358)	19,6 (55 591)

Prævalensskøn for skolesøgende foretages på grundlag af nationale skoleundersøgelser eller ESPAD-projektet. På grund af usikkerhed om dataindsamlingsprocedurerne er data for Letland muligvis ikke sammenlignelige.

<sup>(1)</sup> Prævalensskøn for befolkningen som helhed gælder kun for Flandern.

<sup>(2)</sup> Prævalensskøn for befolkningen som helhed gælder kun for England og Wales.

<sup>(3)</sup> Aldersinterval for prævalensskøn for befolkningen som helhed: 18-64 år, 18-34 år.

<sup>(4)</sup> Aldersinterval for prævalensskøn for befolkningen som helhed: 16-64 år, 16-34 år.

<sup>(5)</sup> Tal for førstegangsbehandlede og tidligere behandlede findes kun i to af tre tilgængelige datakilder i Sverige og er derfor ikke sammenlignelige med data for alle i behandling.

TABEL A6

## ANDRE INDIKATORER

Land	Forgiftningsdødsfald (15-64 år)	Hivdiagnoser, som tillægges intravenøs stofbrug (ECDC)	Skøn over intravenøs stofbrug		Sprøjter distribueret gennem specialiserede programmer
	tilfælde pr. mio. indbyggere (optælling)	tilfælde pr. mio. indbyggere (optælling)	Skøn for år	tilfælde pr. 1 000 indbyggere	optælling
Belgien	9 (67)	1,3 (15)	2015	2,3–4,6	1 034 242
Bulgarien	4 (17)	3,6 (26)	–	–	364 111
Tjekkiet	6 (39)	0,4 (4)	2015	6,1–6,4	6 421 095
Danmark	58 (210)	1,4 (8)	–	–	–
Tyskland	22 (1 185)	1,7 (134)	–	–	–
Estland	103 (88)	41,9 (55)	2009	4,3–10,8	2 136 691
Irland <sup>(1)</sup>	71 (213)	10,8 (50)	–	–	393 275
Grækenland	0 (0)	6,4 (70)	2015	0,6–1,0	268 157
Spanien <sup>(1)</sup>	15 (455)	2,1 (96)	2014	0,2–0,3	1 483 399
Frankrig <sup>(1)</sup>	7 (294)	0,9 (58)	2014	2,1–3,2	12 314 781
Kroatien	19 (54)	0,5 (2)	2012	0,4–0,6	923 650
Italien	8 (304)	1,8 (112)	–	–	–
Cypern	15 (9)	1,2 (1)	2015	0,3–0,7	164
Letland	14 (18)	44,3 (88)	2012	7,3–11,7	524 949
Litauen	59 (115)	15,1 (44)	–	–	200 630
Luxembourg	31 (12)	24,9 (14)	2009	4,5–6,9	361 392
Ungarn	4 (25)	0,2 (2)	2015	1	188 696
Malta	28 (8)	0 (0)	–	–	340 644
Nederlandene	16 (182)	0,1 (1)	2008	0,2–0,2	–
Østrig	26 (152)	2,6 (22)	–	–	5 953 919
Polen	9 (249)	1 (37)	–	–	10 142
Portugal	6 (39)	4,2 (44)	2012	1,9–2,5	1 004 706
Rumænien	2 (21)	7,1 (142)	–	–	1 425 592
Slovenien	22 (30)	0,5 (1)	–	–	500 757
Slovakiet	7 (27)	0,6 (3)	–	–	347 162
Finland	43 (150)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	5 301 000
Sverige	100 (618)	1,5 (15)	2008–11	1,3	281 397
Det Forenede Kongerige <sup>(2)</sup>	60 (2 528)	2,8 (182)	2004–11	2,9–3,2	–
Tyrkiet	10 (533)	0,2 (13)	–	–	–
Norge	76 (257)	1,5 (8)	2014	2,2–3,0	2 500 192
Den Europæiske Union	<b>21,3 (7 109)</b>	<b>2,4 (1 233)</b>	–	–	–
EU, Tyrkiet og Norge	<b>20,3 (7 899)</b>	<b>2,1 (1 254)</b>	–	–	–

Sammenligning mellem antal forgiftningsdødsfald skal ske med forsigtighed på grund af problemer med kodning, dækning og underrapportering i visse lande.

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

<sup>(2)</sup> Sprøjtedata for Det Forenede Kongerige: England, ingen data; Skotland, 4 376 456 og Wales, 3 398 314 (begge i 2015); Nordirland, 292 390 (2014).

TABEL A7

## BESLAGLÆGGELSER

Land	Heroin		Kokain		Amfetaminer		MDMA	
	Beslaglagt mængde	Antal beslaglæggelser	Beslaglagt mængde	Antal beslaglæggelser	Beslaglagt mængde	Antal beslaglæggelser	Beslaglagt mængde	Antal beslaglæggelser
	kg	optælling	kg	optælling	kg	optælling	tabletter (kg)	optælling
Belgien	121	2 375	17 487	4 330	73	3 260	59 696 (9)	1 739
Bulgarien	265	–	9	–	73	–	17 284 (<0,01)	–
Tjekkiet	2	76	120	113	127	1 125	3 110 (0,4)	133
Danmark	29	571	548	3 470	193	2 626	70 244 (10)	1 005
Tyskland	210	3 061	3 114	3 592	1 423	13 680	967 410 (0)	4 015
Estland	<0,01	2	4	60	119	391	41 549 (13)	239
Irland	–	758	–	364	–	63	– (0)	204
Grækenland	567	2 957	102	575	3	118	300 (0)	56
Spanien	256	7 755	21 621	38 273	360	4 500	135 110 (0)	2 958
Frankrig	818	4 692	10 869	9 483	486	1 027	1 325 305 (0)	1 592
Kroatien	145	154	12	359	15	597	– (7)	747
Italien	768	2 230	4 035	5 403	26	278	17 573 (11)	406
Cypern	<0,01	8	107	95	1,68	55	173 (1)	50
Letland	3	142	4	62	36	763	238 (3)	154
Litauen	2	368	533	16	62	205	(1)	11
Luxembourg	8	208	11	190	0,27	13	543 (0)	14
Ungarn	12	48	31	153	34	706	56 420 (7)	287
Malta	4	35	21	156	<0,01	2	1 404 (0,01)	46
Nederlandene	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Østrig	70	605	120	1 190	70	1 088	10 148 (3)	512
Polen	4	–	219	–	747	–	120 886 (78)	–
Portugal	97	763	6 029	1 079	2	111	35 484 (2)	180
Rumænien	334	335	71	119	0,4	55	13 852 (0,1)	280
Slovenien	6	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Slovakiet	3	63	2	42	5	819	1 460 (0)	40
Finland	0,4	–	9	–	300	–	23 660 (0)	–
Sverige	8	483	114	2 086	546	5 398	95 421 (35)	2 095
Det Forenede Kongerige	806	8 083	4 228	15 588	491	4 517	812 127 (2)	3 030
Tyrkiet	8 294	12 271	511	941	4 057	2 336	5 673 901 (0)	5 012
Norge	62	1 178	85	1 332	628	7 304	116 353 (27)	1 241
<b>Den Europæiske Union</b>	<b>4 537</b>	<b>36 045</b>	<b>69 421</b>	<b>86 976</b>	<b>5 196</b>	<b>41 397</b>	<b>3 812 305 (212)</b>	<b>19 793</b>
<b>EU, Tyrkiet og Norge</b>	<b>12 893</b>	<b>49 494</b>	<b>70 017</b>	<b>89 249</b>	<b>9 880</b>	<b>51 037</b>	<b>9 602 559 (185)</b>	<b>26 046</b>

Amfetaminer henviser til både amfetamin og metamfetamin.  
 Alle data er for 2015. Data for Skotland (UK) er ikke tilgængelige.

TABEL A7

## BESLAGLÆGGELSER (fortsat)

Land	Cannabisharpiks		Cannabisblade		Cannabisplanter	
	Beslaglagt mængde	Antal beslaglæggelser	Beslaglagt mængde	Antal beslaglæggelser	Beslaglagt mængde	Antal beslaglæggelser
	kg	optælling	kg	optælling	planter (kg)	optælling
Belgien	7 045	5 569	764	26 401	– (–)	–
Bulgarien	13	–	1 176	–	9 811 (37 775)	–
Tjekkiet	8	105	655	3 672	30 770 (0)	361
Danmark	3 619	14 680	616	1 214	14 560 (464)	545
Tyskland	1 599	6 059	3 852	32 353	154 621 (0)	2 167
Estland	812	21	60	597	0 (12)	44
Irland	–	192	–	1 049	– (–)	182
Grækenland	330	542	2 474	5 499	59 242 (0)	735
Spanien	380 361	164 760	15 915	156 984	379 846 (0)	2 029
Frankrig	60 790	65 503	16 835	32 446	153 895 (0)	–
Kroatien	12	764	409	4 546	5 687 (0)	270
Italien	67 825	7 684	9 286	5 838	138 013 (0)	1 566
Cypern	3	21	226	777	2 814 (0)	58
Letland	1 272	63	71	712	– (20)	17
Litauen	591	32	143	456	– (–)	–
Luxembourg	1	130	20	1 040	81 (0)	10
Ungarn	18	141	590	1 945	4 659 (0)	127
Malta	70	132	4	106	28 (0)	8
Nederlandene	–	–	–	–	9 940 000 (0)	–
Østrig	287	2 038	851	11 426	– (687)	379
Polen	843	–	1 830	–	103 339 (0)	–
Portugal	2 412	4 180	224	582	6 102 (0)	298
Rumænien	5	178	180	1 987	– (293)	90
Slovenien	3	109	458	3 103	14 006 (0)	167
Slovakiet	27	33	70	1 204	2 085 (0)	35
Finland	63	–	208	–	23 000 (125)	–
Sverige	1 065	8 897	1 054	9 619	– (–)	–
Det Forenede Kongerige	7 219	5 959	30 680	100 811	399 230 (0)	9 735
Tyrkiet	7 855	3 750	45 816	29 652	0 (0)	2 471
Norge	2 015	11 394	255	4 411	0 (69)	339
Den Europæiske Union	<b>536 293</b>	<b>287 792</b>	<b>88 649</b>	<b>404 362</b>	<b>11 441 789 (39 376)</b>	<b>18 823</b>
EU, Tyrkiet og Norge	<b>546 163</b>	<b>302 936</b>	<b>134 719</b>	<b>438 425</b>	<b>11 441 789 (39 445)</b>	<b>21 633</b>

Alle data er for 2015. Data for Skotland (UK) er ikke tilgængelige.





## SÅDAN FÅR MAN FAT I PUBLIKATIONER FRA EU

### **Gratis publikationer:**

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

flere eksemplarer eller plakater/kort:  
hos Den Europæiske Unions repræsentationer  
([http://ec.europa.eu/represent\\_da.htm](http://ec.europa.eu/represent_da.htm))  
hos delegationerne i ikke-EU-lande  
([http://eeas.europa.eu/delegations/index\\_da.htm](http://eeas.europa.eu/delegations/index_da.htm))  
ved at kontakte Europe Direct  
([http://europa.eu/europedirect/index\\_da.htm](http://europa.eu/europedirect/index_da.htm))  
eller ringe på 00 800 6 7 8 9 10 11 (frikaldsnummer  
fra overalt i EU) (\*).

(\* Oplysningerne er gratis ligesom de fleste opkald (nogle operatører, telefonbokse eller hoteller kan dog kræve penge for opkaldet).

### **Betalingspublikationer:**

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



## Om denne rapport

Rapporten "Tendenser og udvikling" giver et overordnet overblik over narkotikaspørgsmålet i Europa, herunder med fokus på udbud og brug af stoffer, folkesundhedsproblemer samt narkotikapolitikker og tiltag. Sammen med onlineudgaven af [Statistical bulletin](#) og 30 [Country Drug Reports](#) udgør den pakken [Den Europæiske Narkotikarapport 2017](#).

## Om EMCDDA

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

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

