



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

NL

ISSN 2314-9159

Europees Drugs- rapport

Trends en ontwikkelingen

2017



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

Europees Drugs- rapport

Trends en ontwikkelingen

2017

Juridische mededeling

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

Europe Direct helpt u antwoord te vinden op uw vragen over de Europese Unie.

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

(*) De informatie wordt gratis verstrekt en bellen is doorgaans gratis, maar sommige operatoren, telefooncellen of hotels kunnen kosten aanrekenen.

Meer informatie over de Europese Unie vindt u op internet via de Europawebsite (<http://europa.eu>).

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

Luxemburg: Bureau voor publicaties van de Europese Unie, 2017

Print	ISBN 978-92-9497-078-7	ISSN 1977-9933	doi:10.2810/07840	TD-AT-17-001-NL-C
PDF	ISBN 978-92-9497-071-8	ISSN 2314-9159	doi:10.2810/62267	TD-AT-17-001-NL-N

© Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, 2017
Overneming met bronvermelding toegestaan.

Aanbevolen citeerwijze:

Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (2017), Europees Drugsrapport 2017: *Trends en ontwikkelingen*, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg.



Europees Waarnemingscentrum
voor drugs en drugsverslaving

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

Tel. +351 211210200

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

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Inhoudsopgave

5	Voorwoord
9	Inleiding en dankbetuiging
11	COMMENTAAR De Europese drugssituatie in 2017
19	HOOFDSTUK 1 Aanbod van drugs en de markt
41	HOOFDSTUK 2 Prevalentie en trends van drugsgebruik
61	HOOFDSTUK 3 Schadelijke gevolgen van drugsgebruik en maatregelen daartegen
83	BIJLAGE Nationale gegevenstabellen

Voorwoord

Met trots presenteren wij het *Europees Drugsrapport 2017: Trends en ontwikkelingen*, de belangrijkste publicatie van het EMCDDA, waarin de laatste gegevens over de drugssituatie en de aanpak van het drugsprobleem in Europa worden gepresenteerd. Wij bieden u een informatiepakket en een rijke en meerlagige analyse aan op basis van de meest recente gegevens en statistieken, die door onze nationale partners zijn aangeleverd.

Dit rapport is vergezeld van een reeks nationale overzichten, in de vorm van 30 landenverslagen: de [Country Drug Reports](#)). Deze rapporten geven een toegankelijk onlineoverzicht van de huidige nationale trends, beleidsontwikkelingen en praktijken op het gebied van drugs in alle Europese landen.

Deze publicatie geeft niet alleen een jaaroverzicht van het drugsfenomeen in Europa, maar bouwt ook voort op het in 2016 gepubliceerde driejaarlijkse *EU Drug Markets Report*. Later dit jaar zal dit rapport worden aangevuld met het eerste speciale EU-rapport over gezondheids- en sociale maatregelen voor de aanpak van de drugsproblematiek.

Het EMCDDA heeft tot taak om gegevens te verzamelen en ervoor te zorgen dat ze bruikbaar zijn. Hierbij streven wij ernaar om de best mogelijke kwaliteit te verschaffen en om een bijdrage te leveren aan het verwezenlijken van onze visie op een gezonder en veiliger Europa. Dit rapport biedt een kwalitatief hoogstaand overzicht en hoogwaardige analyse van trends en ontwikkelingen op het gebied van drugs. Het doel is omeen nuttig instrument aan Europese en nationale beleidsmakers en planners aan te reiken die hun strategieën en aanpak op de meest recente informatie willen baseren. Overeenkomstig onze doelstelling om onze belanghebbenden kwalitatief hoogstaande diensten te verlenen, biedt dit rapport toegang tot gegevens die voor verschillende doeleinden kunnen worden gebruikt: als basis- en 'follow-up'-gegevens voor de evaluatie van beleid en diensten; ter contextualisering en ter ondersteuning van het opstellen van prioriteiten voor strategische planning; ter vergelijking van nationale situaties en gegevensreeksen; en om opkomende dreigingen en problemen te identificeren.

In het rapport van dit jaar wordt ingegaan op enkele potentieel zorgwekkende veranderingen in de markt voor illegale opioïden. Dezemiddelen worden nog steeds in verband gebracht met een hoge morbiditeit en mortaliteit in Europa. Wij wijzen erop dat er over het algemeen een toename van opioïden gerelateerde sterfgevallen kan worden



waargenomen. Ook zijn er toenemende meldingen van problemen met geneesmiddelen die voor substitutiebehandeling van opioïden bestemd zijn en met nieuwe synthetische opioïden. Het drugsfenomeen blijft zich ontwikkelen en daarom kan de Europese aanpak van het drugsprobleem niet uitblijven. Het kader voor gecoördineerde maatregelen, zoals uiteengezet in de Europese drugsstrategie 2013-2020, maakt dit mogelijk. De Europese Commissie heeft voor de periode 2017-2020 een nieuw drugsactieplan voorgesteld. Dit plan wordt momenteel door het Europees Parlement en de Raad besproken. Het bouwt voort op de bevindingen van de tussentijdse evaluatie van de huidige drugsstrategie van de EU en de eindbeoordeling van het actieplan voor de periode 2013-2017. In deze belangrijke beleidsdocumenten zijn de werkzaamheden van het EMCDDA ter ondersteuning van evidence-based beleidsvorming op het gebied van drugs in Europa duidelijk zichtbaar.

Ter afsluiting zouden wij onze collega's van de nationale focal points van het Reitox-netwerk willen bedanken, die in samenwerking met nationale deskundigen het merendeel van de gegevens hebben aangeleverd die als basis voor deze publicatie hebben gediend. Wij danken ook vele Europese onderzoeksgroepen en -initiatieven voor hun bijdrage. Hun werk heeft ons rapport aanzienlijk verrijkt. Ook de samenwerking met onze Europese partners, de Europese Commissie, Europol, het Europees Geneesmiddelenbureau en het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding, is het rapport ten goede gekomen.

Laura d'Arrigo

Voorzitter van de raad van bestuur van het EMCDDA

Alexis Goosdeel

Directeur van het EMCDDA

| Inleiding en dankbetuiging

Dit rapport is gebaseerd op informatie die de lidstaten van de EU, de kandidaat-lidstaat Turkije, alsook Noorwegen aan het EMCDDA hebben verstrekt in de vorm van een nationaal rapportagepakket.

Het huidige rapport is bedoeld als overzicht en samenvatting van de Europese drugssituatie en de maatregelen hiertegen. De statistische gegevens in dit rapport hebben betrekking op 2015 (of het meest recente jaar waarover informatie beschikbaar is). De analyse van trends is uitsluitend gebaseerd op informatie uit de landen die voldoende gegevens hebben verstrekt om veranderingen in de desbetreffende periode te kunnen beschrijven. De statistische significantie is getest op niveau 0,05, tenzij anders wordt vermeld. De lezer moet zich er ook van bewust zijn dat het monitoren van patronen en trends van heimelijk en gestigmatiseerd gedrag zoals drugsgebruik zowel praktisch als methodologisch niet eenvoudig is. Daarom zijn voor de analyse in dit rapport verscheidene gegevensbronnen gebruikt. Hoewel aanzienlijke verbeteringen te zien zijn, zowel op nationaal niveau als voor wat bereikt kan worden in een analyse op Europees niveau, moeten de methodologische moeilijkheden op dit gebied worden erkend. Daarom is een voorzichtige interpretatie noodzakelijk, vooral als landen worden vergeleken met betrekking tot één enkele maatregel. Kanttekeningen en kwalificaties met betrekking tot de gegevens zijn te vinden in de onlineversie van dit rapport en in het [Statistical Bulletin](#). In het Statistical Bulletin is uitgebreide informatie over de methode, kwalificaties met betrekking tot de analyse en opmerkingen over de beperkingen in de beschikbare informatie te vinden. Er is ook informatie beschikbaar over de methoden en gegevens die gebruikt zijn voor schattingen op Europees niveau, waarbij gebruik kan gemaakt zijn van interpolatie.

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

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

Nationale focal points van het Reitox-netwerk

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

Commentaar

**De drugsproblemen
waar Europa mee
te kampen heeft**

De Europese drugssituatie in 2017

Dit rapport bevat een momentopname van de Europese drugssituatie op basis van de meest recente informatie uit monitoringactiviteiten van de EU. De kern van dit rapport bestaat uit een Europees overzicht van de drugsmarkt, het drugsgebruik en de schadelijke gevolgen van drugs, alsmede van de maatregelen die in Europa in verband met drugs zijn genomen. Dit rapport maakt deel uit van een breder informatiepakket, dat tevens 30 aanvullende nationale rapporten, uitgebreide online gegevens en methodologische informatie bevat.

Deze inleiding bevat een beknopte analyse van enkele belangrijke thema's uit de gegevens van dit jaar. De drugsproblemen waar Europa mee te

kampen heeft, zijn in toenemende mate verbonden met internationale ontwikkelingen. Daardoor krijgt de analyse meer waarde als deze in een bredere globale context wordt geplaatst. Wat betreft het cannabisgebruik onder jongeren en de veranderingen op de opioïdemarkt is de huidige Europese situatie en de evolutie ervan vergeleken met de situatie in Noord-Amerika. Hierbij werden opvallende overeenkomsten en verschillen waargenomen.

Hebben internationale ontwikkelingen op het gebied van cannabisbeleid gevolgen voor Europa?

Recente veranderingen van het wetgevend kader voor cannabis in delen van Noord- en Zuid-Amerika hebben de interesse gewekt van beleidsmakers en het publiek in Europa. Deze ontwikkelingen zijn zeer divers en er dienen eerst gedegen evaluaties te worden gemaakt voordat de relatieve kosten en baten van de verschillende benaderingen op het gebied van het cannabisbeleid kunnen worden ingeschat. Bovendien is het nog onduidelijk in hoeverre ontwikkelingen die zich elders voordoen rechtstreeks op de Europese context kunnen worden toegepast.

In de 28 lidstaten van de Europese Unie bestaat een grote diversiteit aan benaderingen met betrekking tot de regulering en het gebruik van cannabis. Deze benaderingen variëren op dit moment van restrictieve modellen tot het tolereren van bepaalde vormen van persoonlijk gebruik. Desondanks vindt er momenteel een levendig debat plaats. In sommige landen wordt steeds meer gesproken over het toestaan van de productie van cannabis voor persoonlijk gebruik en het beschikbaar stellen van cannabis voor de behandeling van medische aandoeningen.

Ongeacht de bredere gevolgen voor het drugsbeleid vormt de aanwezigheid van een commercieel gereguleerde cannabismarkt in sommige landen buiten Europa een impuls voor innovatie en productontwikkeling, zoals verstuivers, vloeistoffen voor elektronische sigaretten en eetbare producten. Het is mogelijk dat sommige van deze ontwikkelingen van invloed zullen zijn op consumptiepatronen in Europa en daarom is het van belang dat het gedrag op dit gebied gevolgd wordt en dat de gevolgen van toekomstige veranderingen van consumptiepatronen voor de volksgezondheid geëvalueerd worden.

De Europese cannabismarkt is, mede onder invloed van een verschuiving naar meer productie in Europa zelf, de afgelopen jaren al aanzienlijk veranderd. De sterkte van zowel hasj als marihuana (wiet) op de Europese markt heeft de afgelopen jaren een historisch hoog niveau bereikt. De drugs wordt bovendien nog steeds in verband gebracht met gezondheidsproblemen en is verantwoordelijk voor het grootste percentage gebruikers dat zich voor het eerst voor drugsbehandeling aanmeldt in Europa. Om al deze redenen is het voor het debat over de meest geschikte beleidsmaatregelen voor deze drug belangrijk dat er een goed overzicht is van de trends inzake cannabisgebruik en de aan deze drug gerelateerde schadelijke gevolgen.

Vergelijken van drugsgebruik onder scholieren in de EU en de Verenigde Staten

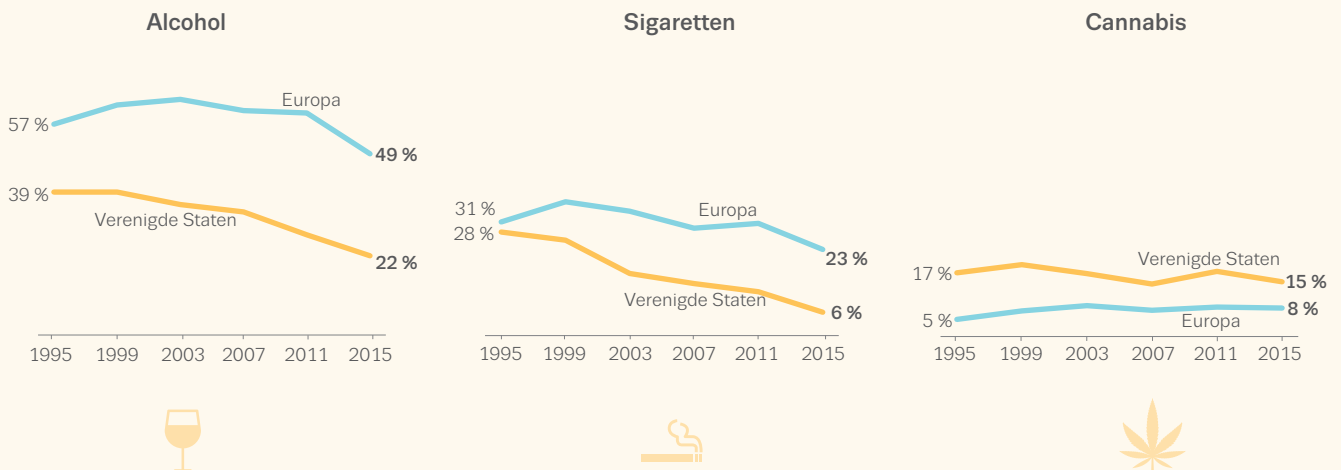
De publicatie van twee grote enquêtes onder scholieren (in de leeftijd van 15 tot 16 jaar) in 2016 is in dit verband zeer nuttig. Aan de hand van deze enquêtes kunnen patronen in het gebruik van cannabis en andere middelen door Europese en Amerikaanse scholieren met elkaar worden vergeleken. Het is bemoedigend om te zien dat in beide regio's recente gegevens wijzen op een daling van het gebruik van tabaksproducten en, zij het in mindere mate, alcohol. Trends van cannabis gebruik lijken daarentegen stabiel te blijven. Er bestaan tussen de Europese en Amerikaanse scholieren echter belangrijke verschillen wat betreft de gebruiksniveaus en -patronen van deze middelen.

In Europa is minder cannabisgebruik gemeten dan in de Verenigde Staten. Ook wordt minder vaak melding gemaakt van cannabisgebruik dan van het gebruik van tabaksproducten. Daarentegen gebruiken Amerikaanse scholieren meer cannabis dan tabaksproducten. Het gebruik van tabaksproducten is er erg laag. Ook de niveaus van alcoholconsumptie lopen uiteen. Meer Europese scholieren geven aan alcohol te consumeren en melden meer intensieve drinkpatronen dan hun Amerikaanse leeftijdsgenoten.

Er moet een nadere analyse van de overeenkomsten en verschillen in het gebruik van middelen door scholieren gemaakt worden om vast te kunnen stellen welke relatieve invloed sociale, contextuele en regelgevende factoren hebben op de keuzes van jongeren. Als we bijvoorbeeld de oorzaak van de waargenomen afname van het roken van sigaretten in zowel de Verenigde Staten als Europa achterhalen, kunnen we deze kennis gebruiken om het gebruik van andere middelen, zoals cannabis, aan te pakken. Het is ook belangrijk om te onthouden dat middelen op verschillende manieren worden gebruikt. In tegenstelling tot de Verenigde Staten wordt cannabis in Europa bijvoorbeeld vaak in combinatie met tabak gerookt en dit feit is waarschijnlijk van invloed op beleidsmaatregelen op het gebied van de volksgezondheid.

Het is belangrijk dat er een goed overzicht is van de trends inzake cannabisgebruik en de aan deze drug verbonden schadelijke gevolgen

DRUGSGEBRUIK ONDER SCHOLIEREN IN EUROPA EN DE VERENIGDE STATEN



NB: Trends in het drugsgebruik in de afgelopen maand onder 15- en 16-jarige scholieren in Europa en de Verenigde Staten. Europese gemiddelden (niet-gewogen) zijn gebaseerd op gegevens van 21 EU-lidstaten en Noorwegen (bron: ESPAD). Gemiddelden van de Verenigde Staten zijn gebaseerd op steekproeven van scholieren uit de 10e klas (bron: [Monitoring the Future](#)).

De Europese markt van stimulerende middelen: neemt de beschikbaarheid van cocaïne toe?

De meest gebruikte illegale stimulerende middelen in Europa — cocaïne, MDMA en amfetamines — blijven zeer diverse en geografisch uiteenlopende gebruikspatronen vertonen en bij al deze middelen is een hogere zuiverheid gemeld dan tien jaar geleden. Deze sector van de illegale drugsmarkt is complexer geworden doordat nieuwe stimulerende middelen zoals cathinonen en fenethylamines eenvoudig verkrijgbaar zijn. In het rapport van vorig jaar is gewezen op een toename van de beschikbaarheid en het gebruik van tabletten met een hoge dosis MDMA. Uit de meest recente gegevens blijkt dat deze trend nog steeds kan worden waargenomen. Het hoge MDMA-gehalte van de tabletten die momenteel in beslag worden genomen lijkt erop te wijzen dat producenten eenvoudig aan de drugsprecursoren kunnen geraken die nodig zijn om de drug te produceren. Uit gegevens over inbeslagnames blijkt tevens dat Europa nog steeds een belangrijke producent voor de wereldwijde MDMA-markt is.

Meerdere indicatoren, waaronder de analyse van afvalwater, inbeslagnames en gegevens over de prijs en de zuiverheid, lijken erop te wijzen dat de beschikbaarheid van cocaïne in delen van Europa weer toeneemt. Historisch gezien wordt dit illegale stimulerende middel het meest gebruikt in landen in Zuid- en West-Europa. Nieuwe gegevens uit dit rapport bevestigen deze situatie voor deze drug, waarbij meer inbeslagnames zijn geregistreerd langs de gevestigde smokkelroutes naar de belangrijkste Europese markten. In Noord- en Midden-Europa blijft amfetamine, en in mindere mate methamfetamine, een grotere rol op de drugsmarkt spelen dan cocaïne. Op het gebied van amfetamines blijft een aantal eerder gemelde

ontwikkelingen zorgen baren. Voorbeelden van deze ontwikkelingen zijn veranderingen in de beschikbaarheid van precursoren en de synthesemethoden, de uitbreiding van de methamfetaminemarkt, en bewijzen voor een toename van injecterend gebruik en daarmee verbonden schadelijke gevolgen.

Injecterend gebruik neemt af, maar blijft een uitdaging voor het volksgezondheidsbeleid

Informatie van drugsbehandelingscentra en gegevens uit andere bronnen wijzen op een aanhoudende daling van de algemene langdurige trend van injecterend drugsgebruik. De laatste tien jaar is nog nooit zo weinig melding gemaakt van injecterend drugsgebruik onder heroïnegebruikers die zich voor het eerst in hun leven aanmelden voor gespecialiseerde drugsbehandeling. Niettemin zijn op dit gebied aanzienlijke verschillen tussen landen waar te nemen. Enkele indicatoren voor de schadelijke gevolgen voor de gezondheid die gerelateerd zijn aan deze toedieningswijze, met in het bijzonder het aantal nieuwe hiv-diagnoses, vertonen een daling. Dit betekent echter niet dat er op dit gebied geen zorgen meer zijn. Hoewel de 1 233 nieuwe hiv-infecties in 2016 het laagste cijfer in meer dan twintig jaar is, vormen hiv-infecties nog steeds een enorm probleem voor de volksgezondheid. Bovendien zijn er recent uitbraken waargenomen in enkele kwetsbare bevolkingsgroepen en bij gebruikers die stimulerende middelen en nieuwe psychoactieve stoffen injecteren.

Er bestaat tevens bewijs voor het feit dat via bloed overgedragen infectieziekten bij personen die drugs injecteren doorgaans relatief laat worden vastgesteld, in vergelijking tot andere groepen. Hierdoor nemen de kansen

op een succesvolle behandeling af. Een late diagnose is ook belangrijk bij HCV-infecties, die vaak in hoge percentages voorkomen bij personen die drugs geïnjecteren. Dankzij de ontwikkeling van een nieuwe generatie zeer effectieve geneesmiddelen in de afgelopen jaren kan virale hepatitis veel beter behandeld worden. Het uitroeien van deze ziekte kan nu beschouwd worden als een kans en een uitdaging voor verstrekkers van algemene gezondheidszorg en gespecialiseerde drugshulpverlening.

Het veranderende karakter van het opioïdenprobleem

Een vergelijking met ontwikkelingen in Noord-Amerika kan ook relevant zijn voor de analyse van het opioïdenprobleem in Europa. Hoewel er in de EU sprake is van een andere algemene situatie, duiden de in dit rapport gepresenteerde gegevens ook op enkele parallellen.

Uit de meest recente gegevens blijkt dat heroïnegebruikers nog steeds instaan voor de meerderheid, ongeveer 80 %, van de nieuwe opioïdengerelateerde behandelaanvragen in Europa. Daarnaast is de waargenomen algemene daling van het aantal heroïnegerelateerde behandelaanvragen sinds 2007 niet langer een feit. Een belangrijk punt van zorg is de toename van het geschatte aantal sterfgevallen door een overdosis in Europa. Dit is voor het derde opeenvolgende jaar gestegen en bij een groot aantal van deze sterfgevallen speelt heroïne een rol.

In Noord-Amerika is tevens een aanzienlijke morbiditeit en mortaliteit door misbruik van op voorschrift verkrijgbare opioïden waargenomen. Ook wordt een toename van het gebruik van heroïne en, zeer recent, de opkomst van zeer krachtige synthetische opioïden, met name fentanylderivaten waargenomen. De twee regio's verschillen op één punt echter ook aanzienlijk van elkaar. In Europa melden zich zeer weinig cliënten voor een gespecialiseerde drugsbehandeling omdat ze verslaafd zijn aan pijnstillers met opioïden. Dit weerspiegelt waarschijnlijk de verschillende regelgeving en benaderingen tussen Europa en Noord-Amerika met betrekking tot het op de markt brengen en voorschrijven van dit soort geneesmiddelen. Onderrapportage mag echter niet worden uitgesloten, aangezien Europeanen die problemen hebben met op voorschrift verkrijgbare geneesmiddelen soms andere hulpverlening gebruiken dan illegale drugsgebruikers. In een aantal Europese landen spelen geneesmiddelen die gebruikt worden voor opioïdensubstitutiebehandeling nu wel een grotere rol bij behandelaanvragen en schadelijke gevolgen voor de gezondheid. Opioïden anders dan heroïne omvatten ongeveer een vijfde van alle opioïdengerelateerde behandelaanvragen bij

gespecialiseerde drugshulpverlening. De rol van synthetische opioïden, zoals methadon, bij sterfgevallen door een overdosis is erg moeilijk te bepalen op EU-niveau. In veel landen zijn deze middelen momenteel echter belangrijk geworden en in een paar landen hebben ze zelfs de overhand. Het terugdringen van het misbruik van geneesmiddelen, waaronder geneesmiddelen die gebruikt worden voor opioïdensubstitutiebehandeling, is een steeds grotere uitdaging voor Europese verstrekkers van gezondheidszorg. Een overtuigend bewijs ondersteunt het correct gebruik van geneesmiddelen voor opioïdensubstitutiebehandelingen, die aantoonbaar hebben geleid tot een daling van de morbiditeit, mortaliteit en herval bij personen die dit soort behandelingen hebben gevolgd. Goede klinische praktijken samen met een goed begrip van de manier waarop op voorschrift verkrijgbare opioïden aan hun legitiem gebruik worden onttrokken en hoe dit te reduceren zijn dus belangrijk om ervoor te zorgen dat de duidelijke gezondheidsvoordelen van dit soort behandelingen niet worden ondermijnd.

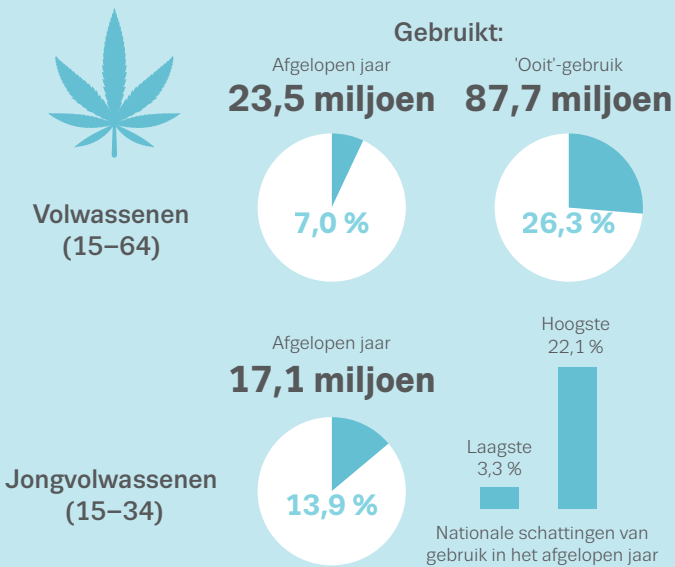
Zeer krachtige synthetische opioïden: een groeiende bedreiging voor de volksgezondheid

Zowel in Europa als in Noord-Amerika geeft de recente opkomst van zeer krachtige nieuwe synthetische opioïden, veelal fentanylderivaten, aanleiding tot grote zorgen. Sinds 2012 heeft het EU Early Warning System (EWS) steeds meer meldingen ontvangen over deze substanties en de schadelijke gevolgen ervan. Deze substanties worden zowel op onlinemarkten als op de illegale markt verhandeld. Ze zijn soms verkocht als, of vermengd met, heroïne, andere illegale drugs en zelfs namaakgeneesmiddelen. Zeer krachtige synthetische opioïden brengen ernstige risico's voor de gezondheid met zich mee, niet alleen voor diegenen die ze gebruiken, maar ook voor diegenen die betrokken zijn bij de productie van deze substanties, alsook postbeambten en wetshandhavers. Omdat slechts zeer geringe hoeveelheden nodig zijn om vele duizenden dosissen te produceren, kunnen deze substanties eenvoudig verborgen en vervoerd worden. Dit stelt drugsbestrijdingsdiensten voor een aanzienlijke uitdaging. Tegelijkertijd zijn deze substanties aantrekkelijke en winstgevendende handelswaar voor de georganiseerde misdaad.

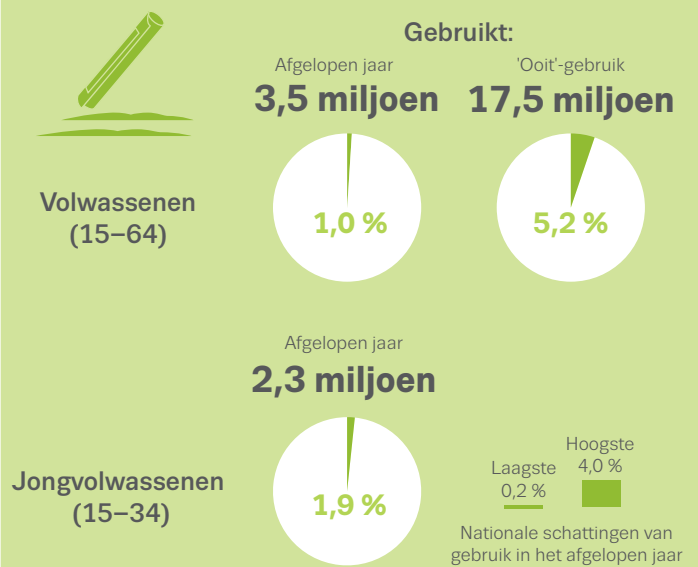
Zeer krachtige synthetische opioïden vormen een ernstige bedreiging voor de volksgezondheid

IN HET KORT – SCHATTINGEN VAN DRUGSGEBUIK IN DE EUROPESE UNIE

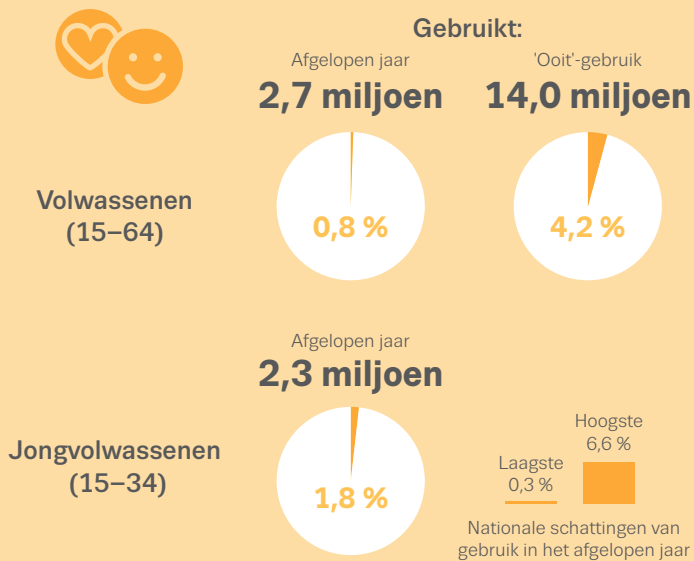
Cannabis



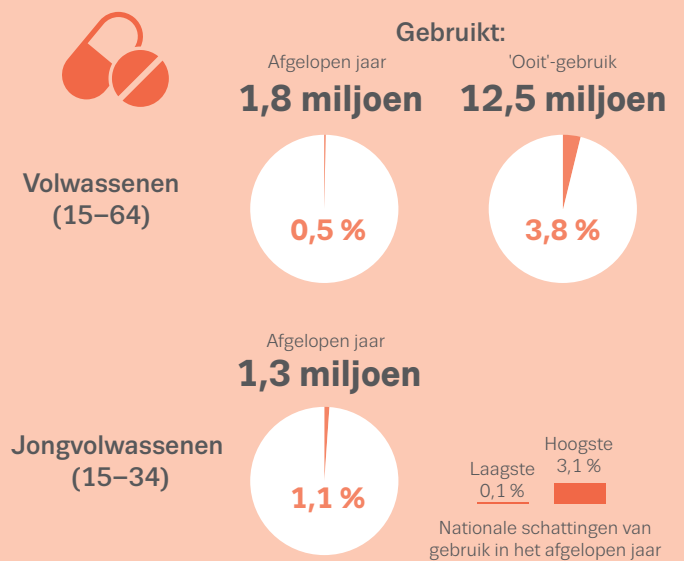
Cocaïne



MDMA



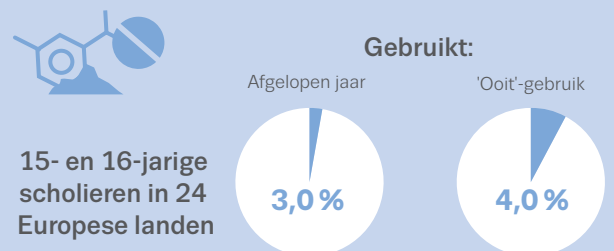
Amfetamines



Opioiden



Nieuwe psychoactieve stoffen



Bron: Aanvullende tabellen uit het ESPAD verslag 2015.

NB: voor de volledige gegevens en informatie over de methodologie, zie de online Statistical Bulletin

Zoals blijkt uit een toename van het aantal niet-fatale gevallen van vergiftiging en sterfgevallen in verband met zeer krachtige synthetische opioïden dat aan het EU Early Warning System gemeld is, lijken deze problemen in Europa toe te nemen. Begin 2017 heeft het EMCDDA risico-analyses uitgevoerd naar de fentanylderivaten acrylfentanyl en furanylfentanyl. Deze substanties worden in overweging genomen om op Europees niveau onder controle te brengen. Er wordt ook toezicht gehouden op een aantal andere drugs in deze categorie.

Het veranderende karakter van nieuwe psychoactieve stoffen

Hoewel er in Europa en daarbuiten maatregelen zijn genomen die invloed hebben op de opkomst van nieuwe stoffen wijst de analyse van dit jaar erop het fenomeen nog steeds een aanzienlijke bedreiging vormt voor de volksgezondheid. Hoewel er in 2016 iedere week één nieuwe drug aan het EU Early Warning System werd gemeld, zijn er in totaal minder van deze substanties ontdekt dan in voorgaande jaren. Dit kan een positief teken zijn, vooral als deze daling zich doorzet. Andere gegevens zijn echter minder bemoedigend en wijzen niet op een afname van de algemene beschikbaarheid van nieuwe psychoactieve stoffen. Zelfs als het tempo waarmee nieuwe substanties worden geïntroduceerd momenteel afneemt, blijft het totaal aantal beschikbare substanties op de markt toenemen. Er zijn ook aanwijzingen dat sommige soorten nieuwe psychoactieve stoffen, met name synthetische cathinonen en synthetische cannabinoïden, voet aan de grond krijgen in de drugsmarkt.

De afname van het tempo waarmee nieuwe stoffen op de markt verschijnen, kan verschillende redenen hebben. Sommige Europese landen hebben algemene verboden ingesteld. Anderen hebben op generieke en analoge stoffen gebaseerde wetgeving ingevoerd. Ook andere maatregelen werden genomen om de producenten en verkopers van nieuwe psychoactieve stoffen aan te pakken. Dit heeft geleid tot een restrictievere juridische omgeving, waarin producenten wellicht minder aangemoedigd worden om 'kat-en-muis' met de regelgevers te spelen en wettelijke controles door middel van innovatie te ontwijken.

Daarnaast worden veel van de nieuwe psychoactieve stoffen vanuit China naar Europa aangevoerd. Daarom kunnen nieuwe controlerende maatregelen in China ook van invloed zijn geweest op de beschikbaarheid in de Europese Unie.

In delen van Europa lijken controlerende maatregelen, gericht op reguliere winkels in winkelstraten, van invloed te zijn geweest op de toegang tot nieuwe psychoactieve stoffen. De verkoop van deze stoffen vindt nu meer clandestien plaats, waarbij online toegang en de illegale drugsmarkt in vergelijking tot vroeger een steeds grotere rol zijn gaan spelen. In deze context is de wettelijke status van nieuwe stoffen, vooral als deze stoffen naast illegale drugs worden verkocht, wellicht minder belangrijk en daarom een minder krachtige drijfveer voor productinnovatie.

Nieuwe psychoactieve stoffen: goedkope verdoovende middelen voor gemarginaliseerde en chronische drugsgebruikers

De vraag naar nieuwe psychoactieve stoffen kan ook beïnvloed worden door een negatieve houding van consumenten. Preventie, het terugdringen van schadelijke gevolgen en meldingen over de nadelige gevolgen van deze stoffen lijken de perceptie onder de jongeren dat nieuwe stoffen relatief veilige legale alternatieven voor gevestigde illegale drugs zijn te beïnvloeden. Desondanks bestaat er ook bewijs dat de beschikbaarheid en het gebruik van deze stoffen wellicht toeneemt onder meer chronische en gemarginaliseerde gebruikers.

Problematisch gebruik van nieuwe psychoactieve stoffen komt steeds vaker voor binnen bepaalde settings en bepaalde kwetsbare bevolkingsgroepen. Zo wordt injecterend gebruik van cathinonen door bijvoorbeeld huidige en voormalige opioïdengebruikers geassocieerd met een toename van geestelijke en lichamelijke gezondheidsproblemen.

Ook synthetische cannabinoïden zijn een toenemende bezorgdheid. Ondanks enkele farmacologische overeenkomsten mogen deze drugs niet verward worden met cannabisproducten. Synthetische cannabinoïden zijn vaak zeer krachtige stoffen die ernstige gevolgen kunnen hebben en zelfs tot de dood kunnen leiden. Er is bewijs erop wijst dat synthetische cannabinoïden in bepaalde delen van Europa gebruikt worden als goedkope en krachtige verdoovende middelen door gemarginaliseerde groepen, zoals daklozen. Vanwege moeilijkheden met de opsporing zijn synthetische cannabinoïden in sommige Europese gevangenissen een specifiek probleem geworden. Dit heeft ernstige gevolgen voor de gezondheid en veiligheid van de gevangenen.

1

**De Europese drugsmarkt
blijft zich ontwikkelen**

Aanbod van drugs en de markt

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

Sinds de jaren 1970 en 1980 bestaan er in veel Europese landen grote markten voor cannabis, heroïne en amfetamine. In de loop der tijd zijn daar ook andere middelen bij gekomen – onder andere MDMA en cocaïne in de jaren 1990. De Europese drugsmarkt blijft zich ontwikkelen. In het afgelopen decennium zijn er allerlei nieuwe psychoactieve middelen opgedoken. Globalisering en nieuwe technologieën hebben de markt voor illegale drugs veranderd. Recente voorbeelden zijn innovatieve productie- en smokkelmethoden, nieuwe smokkelroutes en onlinemarkten.

Monitoring van drugsmarkten, aanbod en wetten

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

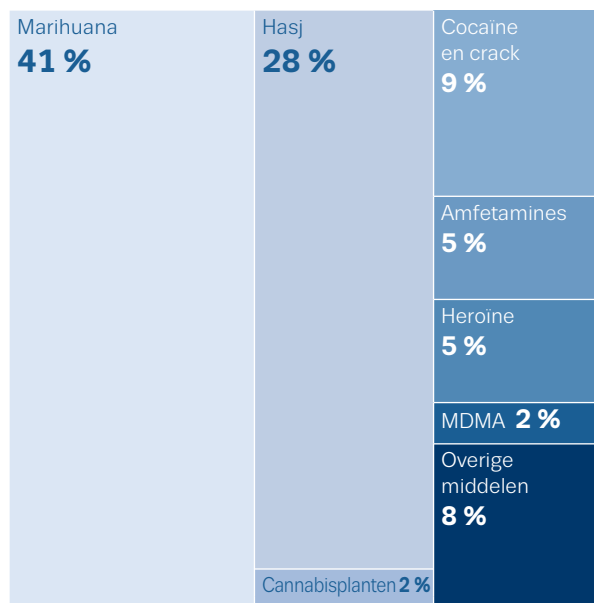
Hier worden ook gegevens over meldingen en inbeslagnames van nieuwe psychoactieve stoffen gepresenteerd die aan het EU-Early Warning System zijn gemeld door de nationale partners van het EMCDDA en Europol. Aangezien deze informatie eerder afkomstig is van meldingen van gevallen dan van routinematige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

Drugsmarkten: opkomst van aanbod via het internet

Illegale drugsmarkten brengen consumenten en producenten door middel van een reeks tussenpersonen met elkaar in contact. Deze complexe systemen genereren op alle marktniveaus grote sommen geld. In 2013 bedroeg volgens een voorzichtige schatting de waarde van de retailmarkt voor illegale drugs in de Europese Unie 24 miljard EUR (waarschijnlijk ergens tussen 21 miljard en 31 miljard EUR).

FIGUUR 1.1

Aantal gemelde inbeslagnames van drugs in 2015; opgesplitst naar drug



Drugsinbeslagnames: meer dan een miljoen in Europa

Jaarlijks worden in Europa meer dan een miljoen inbeslagnames van illegale drugs gemeld. Meestal gaat het om kleine hoeveelheden drugs die bij gebruikers zijn aangetroffen. Transporten van meerdere kilo's drugs van handelaren en producenten vormen echter het grootste deel van de totale hoeveelheid in beslag genomen drugs.

Cannabis is de meest in beslag genomen drug en goed voor meer dan 70 % van alle inbeslagnames in Europa (figuur 1.1). Cocaïne komt op de tweede plaats (9 %), gevolgd door amfetamines (5 %), heroïne (5 %) en MDMA (2 %).

Mede door de ontwikkeling van nieuwe internettechnologieën zijn onlinemarkten de laatste tien jaar sterk in opmars. Deze nieuwe markten bestaan naast de fysieke drugsmarkt. Sommige onlineleveranciers maken gebruik van openbare websites (zogenaamd 'aan de oppervlakte'), waarbij doorgaans niet-gecontroleerde chemische drugsprecursoren, nieuwe psychoactieve stoffen of vervalste en nagemaakte geneesmiddelen worden verkocht. Andere leveranciers zijn actief op het darknet, die ondersteund worden door technologieën die de identiteit van kopers en verkopers geheim houden. Deze markten hebben dezelfde kenmerken als legitieme onlinemarkten zoals eBay en Amazon. Gebruikers kunnen er producten en verkopers zoeken en met elkaar vergelijken. Er worden verschillende strategieën gebruikt om de transacties en de fysieke locatie van de servers geheim te houden. Voorbeelden van deze strategieën zijn anonimiseringsdiensten zoals Tor en I2P die het IP-adres van een computer verbergen, cryptovaluta's zoals bitcoin en litecoin voor het verrichten van bijna niet te traceren betalingen en versleutelde communicatie tussen deelnemers van deze markt. Reputatiesystemen spelen ook een rol bij het reguleren van verkopers op de markten.

De meeste verkooptransacties op darknetmarkten houden verband met drugs. Uit een recent onderzoek naar transacties op 16 grote darknetmarkten tussen 2011 en 2015 blijkt dat de verkoop van drugs naar schatting 90 % bedraagt van de totale inkomsten van de wereldwijde darknetmarkten. Bijna de helft (46 %) van alle drugs die verkocht worden via het darknet was afkomstig van verkopers uit Europa, hetgeen overeenkomt met een waarde van 80 miljoen EUR gedurende de periode van het onderzoek. De belangrijkste Europese herkomstlanden (op basis van verkoopvolume) waren Duitsland, Nederland en het Verenigd Koninkrijk. Het grootste gedeelte van de inkomsten was afkomstig uit de verkoop van stimulerende middelen, met name MDMA en cocaïne.

De meeste verkooptransacties op het darknet houden verband met drugs

In 2015 werd meer dan 60 % van alle inbeslagnames in de Europese Unie gemeld door slechts drie landen, Spanje, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk. Ook België, Denemarken, Duitsland, Griekenland, Italië en Zweden meldden een aanzienlijk aantal inbeslagnames. Hierbij moet worden opgemerkt dat er voor Nederland, Polen en Finland geen recente gegevens over het aantal inbeslagnames beschikbaar zijn. Deze lacunes in de gegevens maken de analyse minder betrouwbaar.

Het grote aantal inbeslagnames van drugs in Turkije wijzen zowel op de aanzienlijke gebruikersmarkt in het land als op de positie van het land op de smokkelroutes tussen de Europese Unie, het Midden-Oosten en Azië.

Recente afname van de hoeveelheid in beslag genomen marihuana

Marihuana of wiet (de cannabisbladeren) en hasj (cannabishars) zijn de twee belangrijkste cannabisproducten op de Europese drugsmarkt. Cannabisolie wordt relatief sporadisch verhandeld. Met een geschatte straatwaarde van 9,3 miljard EUR (waarschijnlijk tussen 8,4 en 12,9 miljard EUR) hebben cannabisproducten het grootste marktaandeel (38 %) op de Europese illegale drugsmarkt. De in Europa gebruikte marihuana worden zowel intern geproduceerd als vanuit andere landen aangevoerd. Marihuana wordt in Europa doorgaans binnen geteeld. De meeste hasj wordt voornamelijk uit Marokko ingevoerd. Recente rapporten wijzen op veranderingen in de smokkelroutes van cannabis waarbij een toename is waargenomen in het smokkelen van zowel marihuana als cannabisolie vanuit de westelijke

CANNABIS

Hasj

Aantal inbeslagnames

288 000 EU

303 000 EU + 2

Onderschepte hoeveelheden

536 ton (EU)

546 ton (EU + 2)

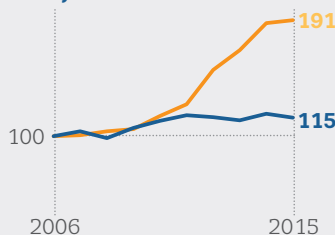
Prijs (EUR/g)
25 €

11 €
8 €
3 €

Sterkte (% THC)
28 %

19 %
11 %
4 %

Geïndexeerde trends: Prijs en sterkte



Marihuana

Aantal inbeslagnames

404 000 EU

438 000 EU + 2

Onderschepte hoeveelheden

89 ton (EU)

135 ton (EU + 2)

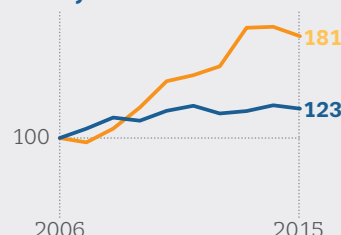
Prijs (EUR/g)
20 €

12 €
8 €
5 €

Sterkte (% THC)
22 %

11 %
7 %
3 %

Geïndexeerde trends: Prijs en sterkte

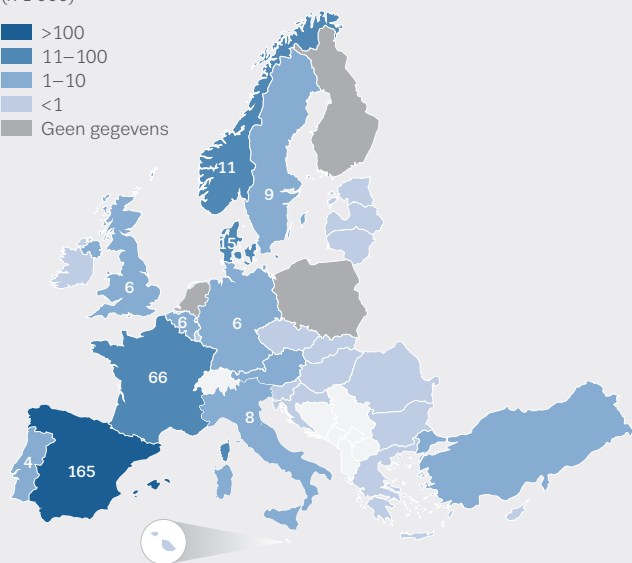
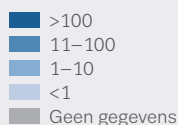


EU+2 verwijst naar de lidstaten van de Europese Unie, Turkije en Noorwegen. Prijs en sterkte van cannabisproducten: nationale gemiddelde waarden – minimum, maximum en interkwartielafstand (IQR). De hierbij betrokken landen verschillen per indicator.

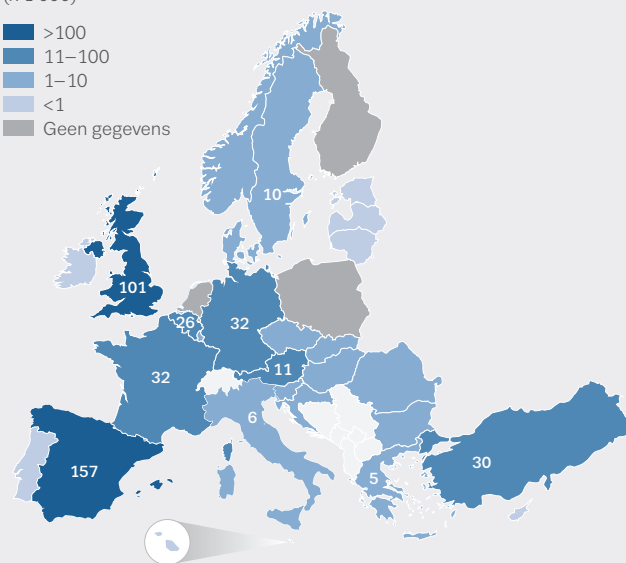
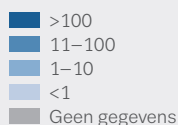
FIGUUR 1.2

Inbeslagnames van hasj en marihuana, in 2015 of het meest recente jaar

Aantal inbeslagnames van hasj
(x 1 000)

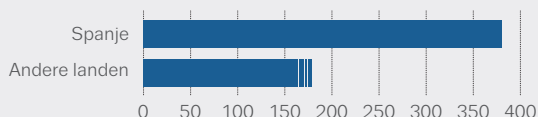


Aantal inbeslagnames van marihuana
(x 1 000)

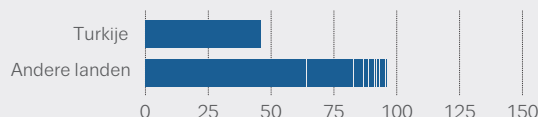


NB: Aantal inbeslagnames voor de tien landen met de hoogste waarden.

Hoeveelheid onderschepte hasj (ton)



Hoeveelheid onderschepte marihuana (ton)



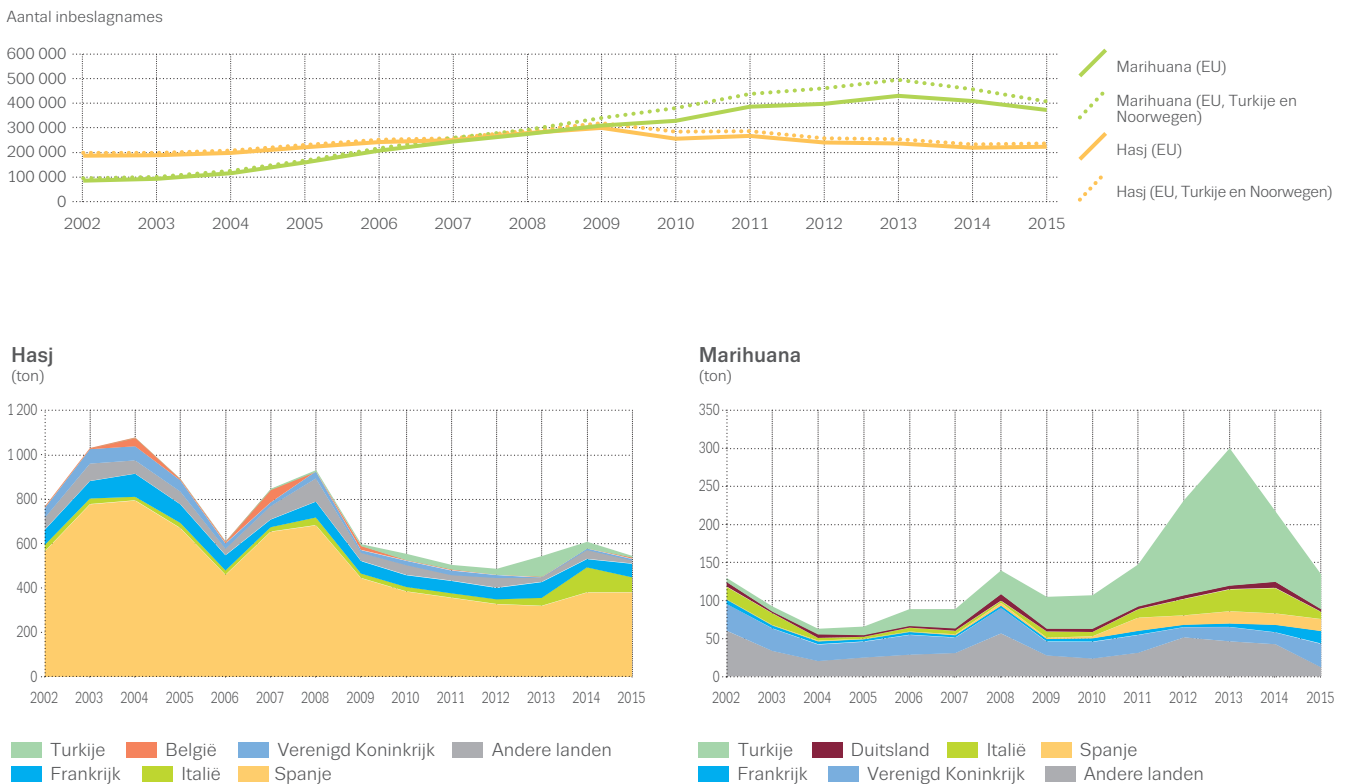
Balkan, met name Albanië. Tevens is ook een toename van de cannabisteelt in deze landen vast te stellen. Daarnaast zijn er signalen dat Libië een belangrijk knooppunt is geworden voor de smokkel van hasj naar verschillende bestemmingen, waaronder Europa.

In 2015 werden in de Europese Unie 732 000 inbeslagnames van cannabisproducten gemeld, waaronder 404 000 van marihuana, 288 000 van hasj en 19 000 van cannabisplanten. De hoeveelheid onderschepte hasj is echter zes keer groter dan die van marihuana (536 ton tegenover 89 ton). Dit is ten dele te verklaren door het feit dat hasj in grote hoeveelheden over grote afstanden en over nationale grenzen heen wordt vervoerd, waardoor de kans op onderschepping groter wordt. In de analyse van de hoeveelheid in beslag genomen cannabis is een klein aantal landen van zeer grote betekenis omdat ze op belangrijke aanvoerroutes van cannabis liggen. Spanje bijvoorbeeld, waar veel van de in Marokko geproduceerde hasj binnenkomt, meldde meer dan 70 % van de totale hoeveelheid die in 2015 in Europa in beslag is genomen (figuur 1.2).

Sinds 2009 worden er in Europa meer inbeslagnames van marihuana gemeld dan van hasj en sinds 2011 is het aantal inbeslagnames van zowel hasj als marihuana relatief stabiel gebleven (figuur 1.3). In 2015 is naar schatting 135 ton marihuana in beslag genomen in Europa, hetgeen neerkomt op een daling van 38 % ten opzichte van de 217 ton die in 2014 in beslag is genomen. België, Griekenland en Italië hebben aanzienlijke dalingen gemeld. Vanaf 2013 kan ook in Turkije een gelijkaardige daling van de hoeveelheid in beslag genomen marihuana worden waargenomen. Deze algemene daling in Europa kan veroorzaakt worden door een aantal factoren. Voorbeelden hiervan zijn initiatieven om grootschalige productie buiten de Europese Unie aan te pakken, bijvoorbeeld in Albanië; een sterkere focus op binnenlandse teelt in plaats van smokkel; veranderingen in de manier waarop inbeslagnames worden geregistreerd en veranderingen in prioriteiten op het gebied van wetshandhaving in sommige landen. Uit de meest recente gegevens blijkt dat de hoeveelheid in beslag genomen hasj in de Europese Unie sinds 2009 relatief stabiel is gebleven.

FIGUUR 1.3

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



Inbeslagnames van cannabisplanten kunnen worden beschouwd als een indicator voor de productie van deze drug in het land zelf. Vanwege de verschillende manieren waarop landen rapporteren, moet voorzichtig worden omgegaan met de gegevens over inbeslagnames van cannabisplanten. Desondanks stijgt het aantal in beslag genomen planten al geruime tijd: van 1,5 miljoen planten in 2002 naar 3,3 miljoen in 2014, waarna in 2015 een scherpe stijging naar 11,4 miljoen planten is waargenomen. Hierbij is in Nederland een aanzienlijke stijging van het aantal in beslag genomen planten gemeld. Deze trend kan mogelijk verklaard worden door veranderingen in prioriteiten op het gebied van wetshandhaving, in het kader waarvan de focus meer op cannabisteelt wordt gelegd.

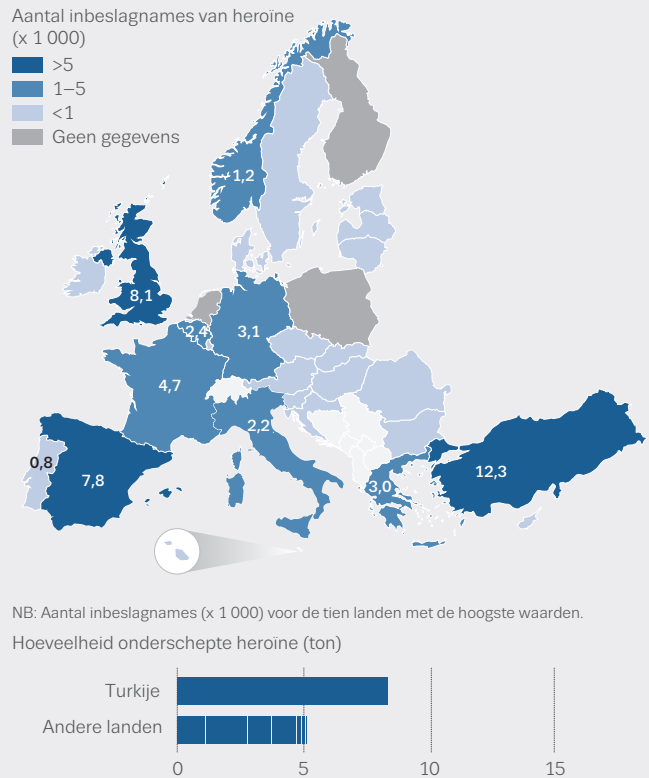
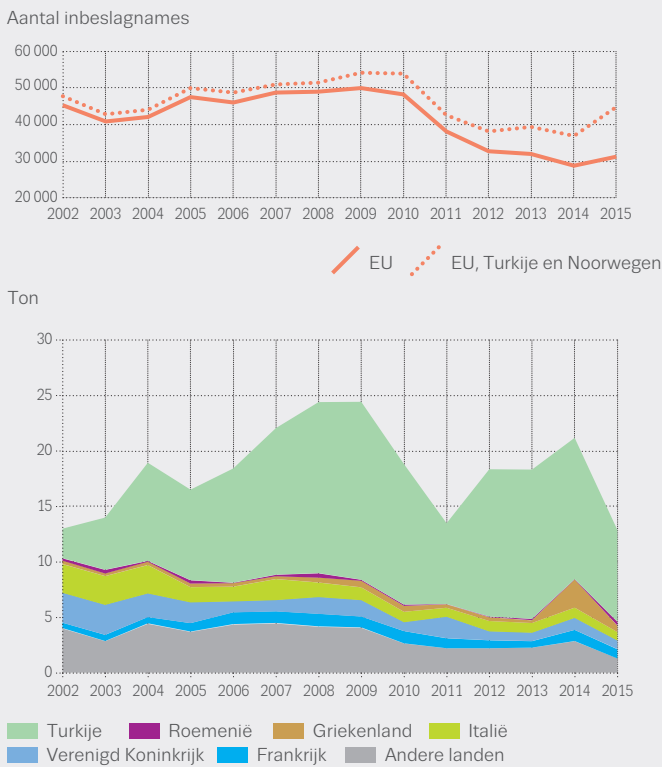
In 2015 zijn 335 inbeslagnames van cannabisolie gemeld, waarbij Griekenland en Turkije de grootste hoeveelheden in beslag hebben genomen.

Uit de analyse van geïndexeerde trends in regelmatig rapporterende landen blijkt dat tussen 2006 en 2014 de sterkte (het tetrahydrocannabinolgehalte, THC) van zowel marihuana als hasj flink is toegenomen. Deze trend heeft zich in 2015 gestabiliseerd. De toegenomen sterkte kan onder andere worden veroorzaakt door de invoering van technieken voor intensieve productie in Europa en, meer recent, de invoering van planten met een krachtige werking en nieuwe technieken in Marokko. De meest recente gegevens lijken erop te wijzen dat hasj en marihuana ongeveer even duur zijn, terwijl hasj gemiddeld genomen sterker is.

Sinds 2009 worden er in Europa meer inbeslagnames van marihuana dan van hasj gemeld

FIGUUR 1.4

Aantal inbeslagnames van heroïne en onderschepte hoeveelheid: trends en 2015 of het meest recente jaar



Toenemende zuiverheid van heroïne

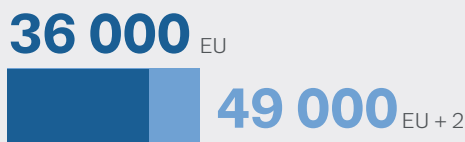
Met een geschatte straatwaarde van 6,8 miljard EUR (waarschijnlijk ergens tussen 6,0 en 7,8 miljard EUR) is heroïne de meest gangbare opioïde op de Europese illegale drugsmarkt. Geïmporteerde heroïne is in Europa altijd beschikbaar geweest in twee vormen. De meest gebruikelijke hiervan is bruine heroïne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

tegenwoordig ook kan worden geproduceerd in Afghanistan of zijn buurlanden. Andere in 2015 in Europese landen in beslag genomen opioïden zijn opium en geneesmiddelen als morfine, methadon, buprenorfine, tramadol en fentanyl (tabel 1.1). Sommige medicinale opioïden zijn mogelijk afkomstig van legitieme geneesmiddelen, terwijl andere, zoals de 27 kilo morfinepoeder die in 2015 in beslag is genomen, illegaal zijn vervaardigd.

Afghanistan blijft 's werelds grootste illegale opiumproducent. Aangenomen wordt dat de meeste in

HEROÏNE

Aantal inbeslagnames



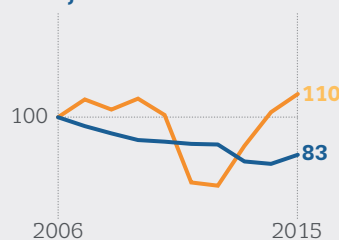
Onderschepte hoeveelheden



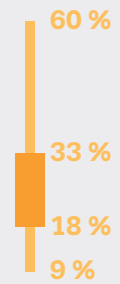
Prijs (EUR/g)



Geïndexeerde trends: Prijs en zuiverheid



Zuiverheid (%)



EU+2 verwijst naar de lidstaten van de Europese Unie, Turkije en Noorwegen. Prijs en zuiverheid van 'bruine heroïne': nationale gemiddelde waarden – minimum, maximum en interkwartielafstand (IQR). De hierbij betrokken landen verschillen per indicator.

Europa aangetroffen heroïne daar of in de buurlanden Iran en Pakistan wordt vervaardigd. Sinds de jaren zeventig is de productie van opioïden in Europa beperkt tot zelfbereide papaverproducten geproduceerd in sommige oosterse landen. In de afgelopen jaren werden in Spanje echter twee laboratoria en in Tsjechië één laboratorium ontdekt waar morfine werd omgezet in heroïne. Dit wijst erop dat een klein deel van de heroïne nu ook in Europa wordt geproduceerd.

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

Na een decennium van relatieve stabiliteit kregen de markten in een aantal Europese landen in 2010/2011 te maken met een verminderde beschikbaarheid van heroïne. Dit komt duidelijk naar vore in het aantal gemelde inbeslagnames van heroïne in de Europese Unie. Een daling was te merken vanaf 2009 tot 2014, waarna het zich stabiliseerde in 2015. Tussen 2002 en 2013 is de hoeveelheid in beslag genomen heroïne in de Europese

Unie gehalveerd van 10 naar 5 ton. Na de inbeslagname van 8,4 ton in 2014, een jaar waarin enkele landen grote inbeslagnames van heroïne (100 kilo of meer) meldde, is in 2015 de hoeveelheid in beslag genomen heroïne in Europa (4,5 ton) teruggekeerd op het niveau dat in de vroege jaren 2010 werd gemeld. In Turkije nam de hoeveelheid in beslag genomen heroïne af, van ongeveer 13 ton in 2014 naar 8,3 ton in 2015, een hoeveelheid die nog steeds groter is dan die van alle andere Europese landen samen, terwijl in dezelfde periode het aantal inbeslagnames toenam (figuur 1.4). In de landen die regelmatig rapporteren, duiden de geïndexeerde trends erop dat de zuiverheid van heroïne in Europa in 2015 is blijven toenemen.

Naast heroïne worden er in Europese landen ook andere producten met opioïden in beslag genomen, maar deze vormen slechts een fractie van het totaal aantal inbeslagnames. De medicinale opioïden buprenorfine, tramadol en methadon zijn na heroïne de meest in beslag genomen opioïden (zie tabel 1.1).

TABEL 1.1

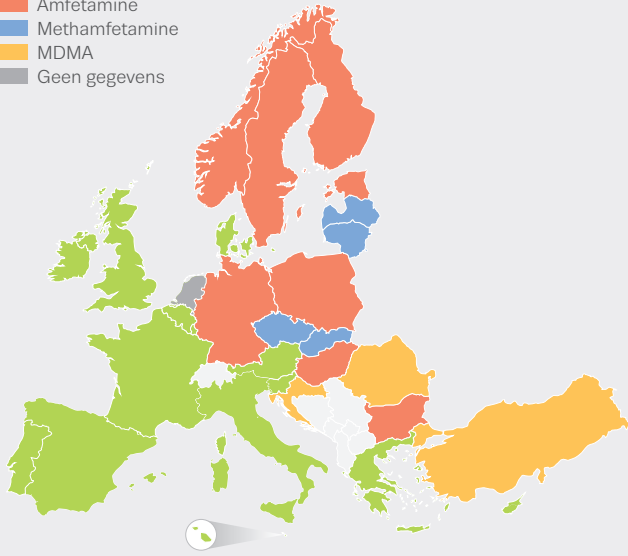
Inbeslagnames van andere opioïden dan heroïne in 2015

Opioïde	Aantal	Hoeveelheid			Aantal landen
		Kilogram	Liter	Tabletten	
Methadon	1 566	31	8	60 472	17
Buprenorfine	3 377	4		68 419	17
Tramadol	2 467			690 080	12
Vormen van fentanyl (fentanyl, ocfentanil, carfentanil)	287	3		41	10
Morfine	775	27		8 837	15
Opium	293	734			14
Codeïne	293	3		9 855	8
Oxycodon	16	0,0003		962	5

FIGUUR 1.5

Meest frequent in beslag genomen stimulerende middel in Europa, 2015 of meest recente gegevens

- Cocaine
- Amfetamine
- Methamfetamine
- MDMA
- Geen gegevens



Inbeslagnames van stimulerende middelen: regionale verschillen

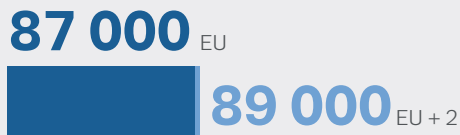
De meest voorkomende illegale stimulerende middelen in Europa zijn cocaine, amfetamines, methamfetamine en MDMA. De waarde van de retailmarkt voor stimulerende middelen in de Europese Unie bedraagt naar schatting tussen 6,3 miljard en 10,2 miljard EUR. Er bestaan regionale verschillen met betrekking tot het stimulerende middel dat het vaakst in beslag wordt genomen (figuur 1.5). Deze verschillen worden veroorzaakt door de aanwezigheid van toegangshavens en smokkelroutes, productiefaciliteiten en grote afzetmarkten. Cocaine was in een groot aantal West- en Zuid-Europese landen het meest in beslag genomen stimulerende middel, wat een afspiegeling is van de plaatsen waar de drug Europa binnenkomt. Amfetamines worden het meest in beslag genomen in Noord- en Midden-Europa, waarbij methamfetamine het meest in beslag genomen stimulerende middel is in Tsjechië, Letland, Litouwen en Slowakije. MDMA is het meest in beslag genomen stimulerende middel in Kroatië, Roemenië en Turkije.

Cocaine: recente toenames van marktindicatoren

In Europa is cocaine verkrijgbaar in twee vormen: cocainepoeder (een zoutvorm) en – minder algemeen verkrijgbaar – crackcocaine, een cocainesoort die gerookt wordt (freebase). Cocaine wordt vervaardigd van bladeren van de cocastruik. De drug wordt voornamelijk geproduceerd in Bolivia, Colombia en Peru. Cocaine wordt

COCAÏNE

Aantal inbeslagnames



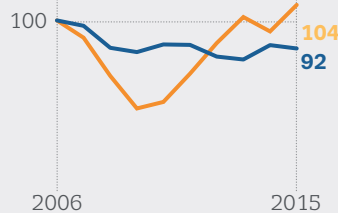
Onderschepte hoeveelheden



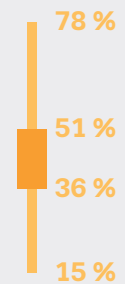
Prijs (EUR/g)



Geïndexeerde trends: Prijs en zuiverheid



Zuiverheid (%)

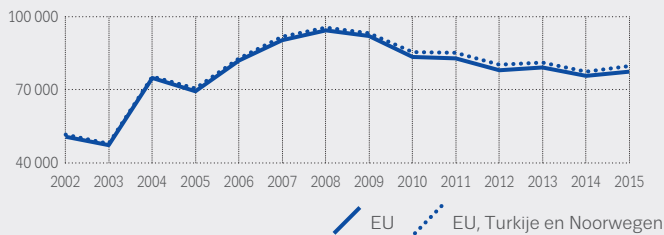


EU+2 verwijst naar de lidstaten van de Europese Unie, Turkije en Noorwegen. Prijs en zuiverheid van cocaine: nationale gemiddelde waarden, minimum, maximum en interkwartielafstand (IQR). De hierbij betrokken landen verschillen per indicator.

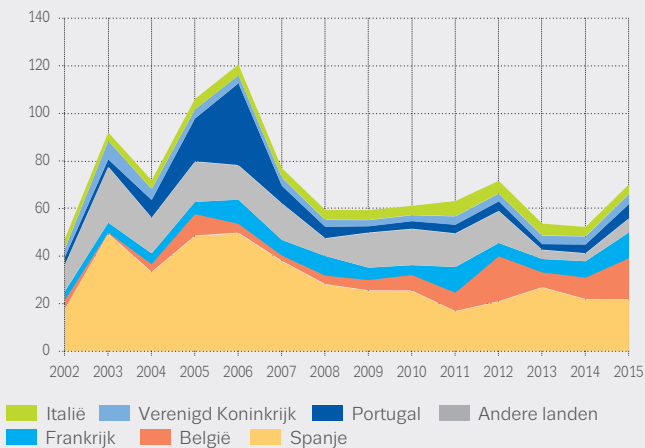
FIGUUR 1.6

Aantal inbeslagnames van cocaïne en onderschepte hoeveelheid: trends en 2015 of het meest recente jaar

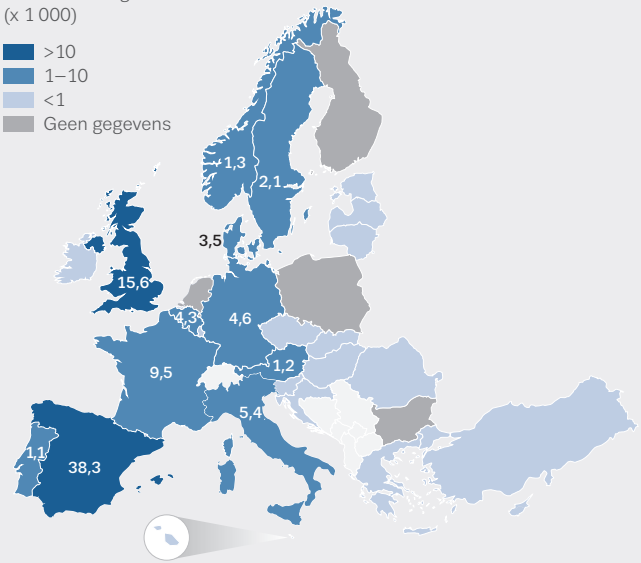
Aantal inbeslagnames



Ton

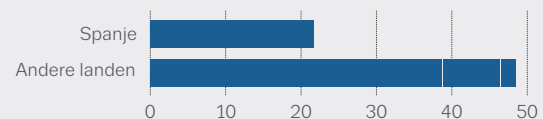
Aantal inbeslagnames van cocaïne
(x 1 000)

>10
1–10
<1
Geen gegevens



NB: Aantal inbeslagnames (x 1 000) voor de tien landen met de hoogste waarden

Hoeveelheid onderschepte cocaïne (ton)



op verschillende manieren naar Europa vervoerd, onder andere met behulp van passagiersvluchten, luchtvracht, postdiensten, privévliegtuigen, jachten en zeecontainers. De waarde van de retailmarkt voor cocaïne in de Europese Unie bedraagt naar schatting minstens 5,7 miljard EUR.

In 2015 werden in de Europese Unie in totaal circa 87 000 cocaïne-inbeslagnames gerapporteerd. België, Spanje, Frankrijk, Italië en Portugal zijn samen goed voor 78 % van de 69,4 ton cocaïne die naar schatting in beslag is genomen (figuur 1.6). De situatie is sinds 2007 betrekkelijk stabiel, hoewel zowel het aantal inbeslagnames als de in beslag genomen hoeveelheid tussen 2014 en 2015 zijn toegenomen (figuur 1.6). Hoewel Spanje (22 ton) nog steeds het land is waar de meeste cocaïne in beslag wordt genomen, zijn er in 2015 ook in België (17 ton) en Frankrijk (11 ton) zeer grote hoeveelheden in beslag genomen en

hebben België, Duitsland en Portugal melding gemaakt van aanzienlijke stijgingen van de in beslag genomen hoeveelheden ten opzichte van het vorige jaar. Over het algemeen wijzen de geïndexeerde trends erop dat de zuiverheid van cocaïne in Europa in 2015 enigszins is toegenomen.

In 2015 zijn in Europa ook andere cocaproducten in beslag genomen, waaronder 76 kilogram cocabladeren en 377 kilogram cocapasta. De inbeslagnames van cocapasta lijken te wijzen op de aanwezigheid van illegale laboratoria in Europa, waar cocaïnehydrochloride wordt geproduceerd. Dit is een nieuwe ontwikkeling, aangezien de in Europa aangetroffen cocaïne laboratoria tot op heden altijd 'secundaire extractielaboratoria' waren. Hier werd cocaïne teruggewonnen uit materialen waarin de drug was opgenomen (zoals wijn, kleding, plastic).

De meest voorkomende illegale stimulerende middelen in Europa zijn cocaïne, amfetamines en MDMA

Chemische drugsprecursoren: nieuwe alternatieven voor amfetamines beschikbaar

Drugsprecursoren zijn de chemische stoffen die nodig zijn om illegale drugs te vervaardigen. Veel van deze stoffen kunnen legaal gebruikt worden. Krachtens EU-regelgeving worden bepaalde stoffen daarom geregistreerd en wordt de handel in deze stoffen nauwlettend in de gaten gehouden en gecontroleerd. De beschikbaarheid van deze stoffen heeft een grote invloed op de markt en de productiemethoden in illegale laboratoria. In 2015 zijn producenten blijven proberen om de controlemechanismen te omzeilen door niet-geregistreerde chemische stoffen te gebruiken voor de productie van drugsprecursoren in de buurt van productielocaties. Deze handelwijze verhoogt echter ook de kans op ontdekking, aangezien er hierdoor meer chemische stoffen nodig zijn en er meer afval geproduceerd wordt.

Gegevens over inbeslagnames en onderschepte leveringen van drugsprecursoren bevestigen dat in de Europese Unie zowel geregistreerde als niet-geregistreerde stoffen voor de productie van illegale drugs worden gebruikt, met name voor de productie van amfetamines en MDMA (tabel 1.2). In 2015 zijn grote hoeveelheden van de amfetamineprecursor BMK (benzylmethylketon) in beslag genomen, waarbij de Poolse autoriteiten een levering van 7 000 kilo in beslag hebben genomen, die in verband kon worden gebracht met productie in Nederland. De controle

van de BMK-pre-precursor APAAN (alfa-fenylacetoacetonitril) in 2013 lijkt effect te hebben gehad, geleid op een daling van de in beslag genomen hoeveelheden van 48 000 kilogram in 2013 naar 780 kilogram in 2015. Deze controlemaatregel lijkt echter geleid te hebben tot een aantal innovatieve ontwikkelingen, waarbij in 2015 voor het eerst alternatieve chemische stoffen zoals APAA (alfa-fenylacetoacetamide) en glycidylderivaten van BMK zijn gerapporteerd.

De hoeveelheid in beslag genomen niet-geregistreerde MDMA-pre-precursoren is stabiel gebleven op 5 500 kilogram. Hoewel de in beslag genomen hoeveelheid safrol verwaarloosbaar was, werd er echter ook weer PMK in beslag genomen. Nederland maakte melding van een totale in beslag genomen hoeveelheid van 622 kilogram in 2015, vergeleken met 0 kilogram in 2014.

Amfetamine en methamfetamine: binnenlandse productie

Amfetamine en methamfetamine zijn synthetische stimulerende middelen, die vaak worden aangeduid met de overkoepelende term 'amfetamines', waardoor ze in sommige gegevensreeksen moeilijk uit elkaar te houden zijn. De inbeslagnames wijzen de laatste tien jaar op een toename van de beschikbaarheid van methamfetamine. Deze beschikbaarheid blijft echter nog steeds aanzienlijk lager dan die van amfetamine.

TABEL 1.2

Samenvatting van inbeslagnames en onderschepte zendingen van precursoren die worden gebruikt voor de productie van geselecteerde synthetische drugs in de Europese Unie, 2015

Precursor/pre-precursor	Inbeslagnames		Onderschepte zendingen		TOTALEN	
	Aantal	Hoeveelheid	Aantal	Hoeveelheid	Aantal	Hoeveelheid
MDMA of aanverwante stoffen						
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
Glycidylderivaten PMK (kg)	11	5 461	0	0	11	5 461
Amfetamine en methamfetamine						
APAAN (kg)	10	778	0	0	10	778
BMK (liter)	17	1 029	0	0	17	1 029
PAA, fenylethaanzuur (kg)	6	261	4	103	10	364
Efedrine, bulk (kg)	12	8	1	500	13	508
Pseudo-efedrine, bulk (kg)	8	32	0	0	8	32
APAA (kg)	1	201	0	0	1	201
Glycidylderivaten BMK (kg)	5	14	0	0	5	14

Beide drugs worden voor de Europese markt in Europa geproduceerd. Er zijn aanwijzingen dat de amfetamineproductie voornamelijk plaatsvindt in België, Nederland en Polen en, in mindere mate, in de Baltische staten, Duitsland en Hongarije. Er zijn ook aanwijzingen dat de eindfase van de productie, met name het omzetten van basisolie voor amfetamine in amfetaminesulfaat, in Europa wordt uitgevoerd.

Een klein deel van de amfetamine wordt ook vervaardigd voor de export, voornamelijk naar het Midden-Oosten, het Verre Oosten en Oceanië. Recent is er tevens een stijging waargenomen van de inbeslagnames van tabletten met het Captagon-logo. Dit gebeurde voornamelijk in Turkije, waar in 2015 meer dan 15 miljoen tabletten in beslag zijn genomen.

Een groot deel van de methamfetamine in Europa wordt van oudsher in Tsjechië en, meer recent, in de

grensgebieden van buurlanden geproduceerd. De drug wordt ook in Bulgarije, Litouwen en Nederland geproduceerd.

In Tsjechië wordt methamfetamine voornamelijk geproduceerd uit de precursoren efedrine en pseudo-efedrine. Deze worden geëxtraheerd uit medicinale producten die hoofdzakelijk uit Polen worden gesmokkeld. De drug kan ook met behulp van BMK worden vervaardigd. Van de 291 illegale methamfetaminelaboratoria in de Europese Unie in 2015, bevonden zich er 263 in Tsjechië. De productie in dit land is verschoven van kleinschalige operaties, met gebruikers hoeveelheden of bedoelt voor de lokale markt, naar een situatie die gedomineerd wordt door grootschalige productie door criminele organisaties die de drug zowel vervaardigen voor consumptie in Europa als voor de export.

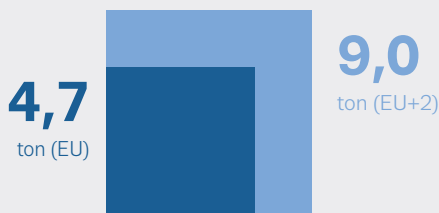
AMFETAMINES

Amfetamine

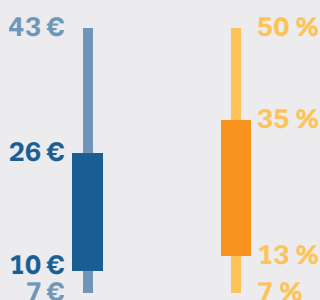
Aantal inbeslagnames



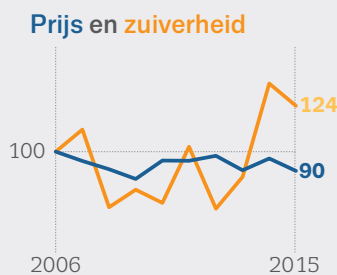
Onderschepte hoeveelheden



Prijs (EUR/g) Zuiverheid (%)

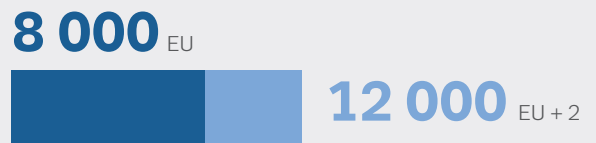


Geïndexeerde trends: Prijs en zuiverheid



Methamfetamine

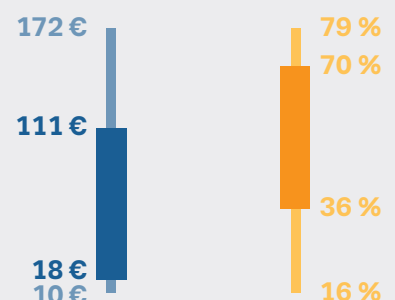
Aantal inbeslagnames



Onderschepte hoeveelheden



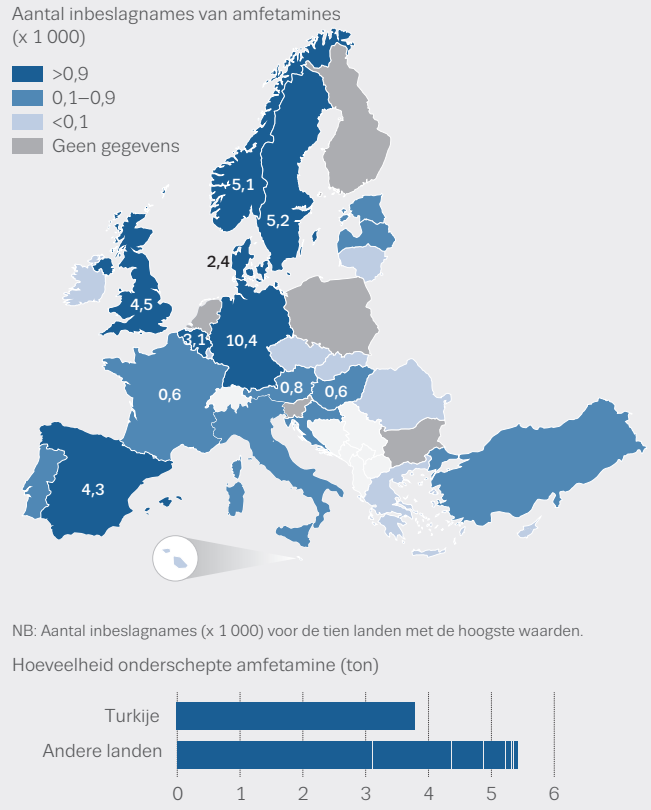
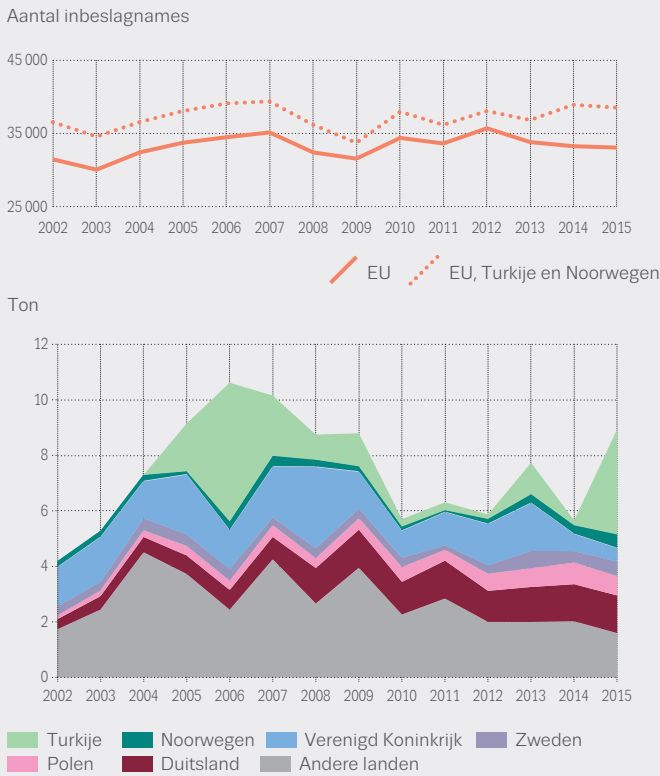
Prijs (EUR/g) Zuiverheid (%)



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

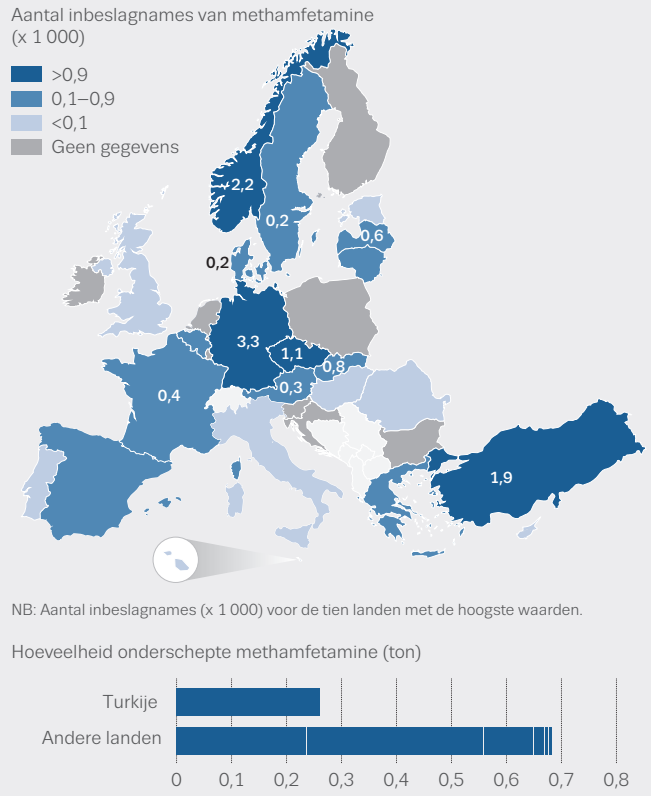
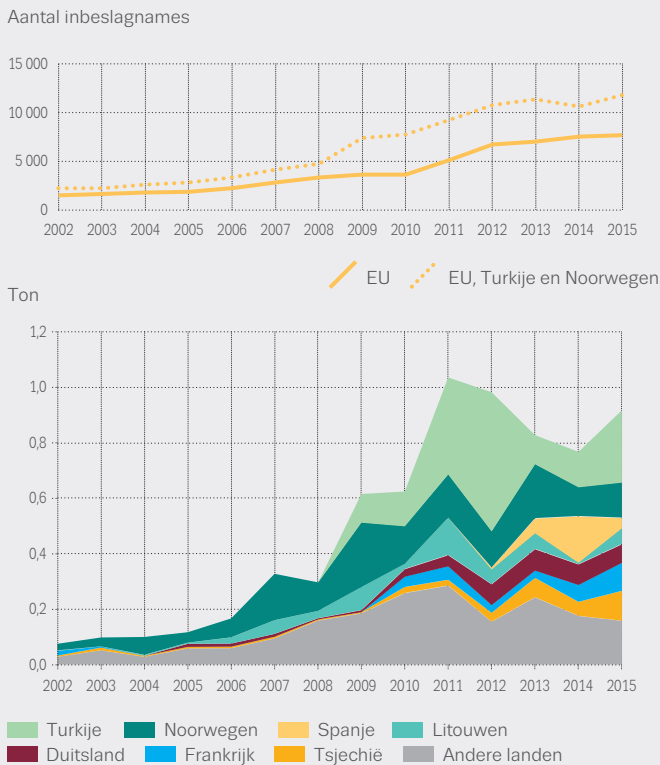
FIGUUR 1.7

Aantal inbeslagnames van amfetamines en onderschepte hoeveelheid: trends en 2015 of het meest recente jaar



FIGUUR 1.8

Aantal inbeslagnames van methamfetamine en onderschepte hoeveelheid: trends en 2015 of het meest recente jaar



In 2015 meldden de EU-lidstaten 34 000 inbeslagnames van amfetamine, met een totaal gewicht van 4,7 ton. De totale hoeveelheid in beslag genomen amfetamine in de Europese Unie is toegenomen en schommelt tussen 4 en 6 ton in de periode 2002-2015 (figuur 1.7). Het aantal methamfetaminevangsten is veel lager. In 2015 zijn 7 700 inbeslagnames gemeld in de Europese Unie, met een totaalgewicht van 0,5 ton. De grootste hoeveelheid is onderschept in Tsjechië (figuur 1.8). In 2015 zijn ook grote hoeveelheden amfetamines in beslag genomen in Turkije (3,8 ton amfetamine en 0,3 ton methamfetamine) en Noorwegen (0,1 ton methamfetamine). Het aantal inbeslagnames en de hoeveelheid in beslag genomen methamfetamine vertoont sinds 2002 een stijging.

De gemiddelde gemelde zuiverheid van methamfetamine is hoger dan de zuiverheid van amfetamine. Geïndexeerde trends wijzen erop dat de zuiverheid van amfetamine de afgelopen jaren is toegenomen.

MDMA: zeer sterke producten beschikbaar

MDMA (3,4-methyleendioxymethamfetamine) is een synthetische stof die chemisch verwant is aan de amfetamines maar een andere werking heeft. MDMA wordt gebruikt in de vorm van tabletten (doorgaans aangeduid als ecstasy), maar is ook als poeder of in kristalvorm beschikbaar. Er worden voortdurend MDMA-tabletten met nieuwe ontwerpen, kleuren, vormen en logo's op de markt gebracht. Na een periode van beperkte beschikbaarheid ten gevolge van een tekort aan de precursoren die nodig zijn om de drug te kunnen vervaardigen is de MDMA-markt

de laatste paar jaar weer in opmars. De waarde van de retailmarkt voor MDMA bedraagt naar schatting ongeveer 0,7 miljard EUR. Het gemiddelde MDMA-gehalte van MDMA-tabletten is de afgelopen jaren toegenomen en het hoge MDMA-gehalte in sommige partijen is in verband gebracht met schadelijke gevolgen en sterfgevallen.

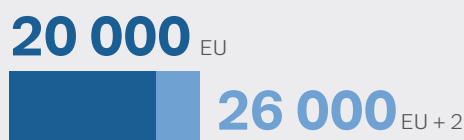
De productie van MDMA in Europa lijkt geconcentreerd te zijn in België en Nederland, zoals blijkt uit de 4 MDMA-laboratoria die in 2015 zijn ontmanteld in de Europese Unie (3 in Nederland, 1 in België). De in Europa geproduceerde MDMA wordt ook naar andere delen van de wereld geëxporteerd.

De beoordeling van recente trends in MDMA-inbeslagnames is moeilijk vanwege het ontbreken van gegevens uit enkele landen die waarschijnlijk belangrijke bijdragen aan het totaal zouden leveren. Voor 2015 ontbreken de gegevens van Nederland, waar in 2012 in totaal 2,4 miljoen MDMA-tabletten in beslag zijn genomen, ook het aantal inbeslagnames in Polen en Finland is niet beschikbaar. Zonder deze belangrijke bijdragen wordt de hoeveelheid in beslag genomen MDMA in de Europese Unie in 2015 geschat op 4 miljoen tabletten en 0,2 ton MDMA-poeder.

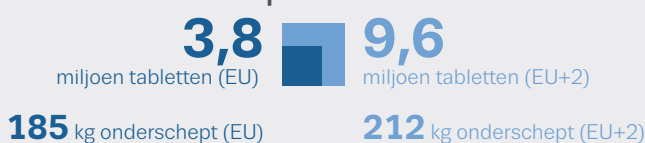
Het gemiddelde MDMA-gehalte van MDMA-tabletten is de afgelopen jaren toegenomen

MDMA

Aantal inbeslagnames



Onderschepte hoeveelheden



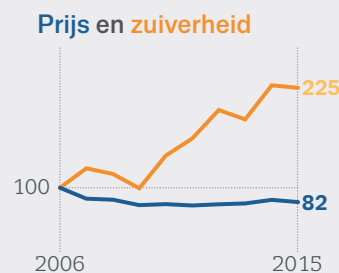
Prijs (EUR/pil)



Zuiverheid (MDMA mg/pil)



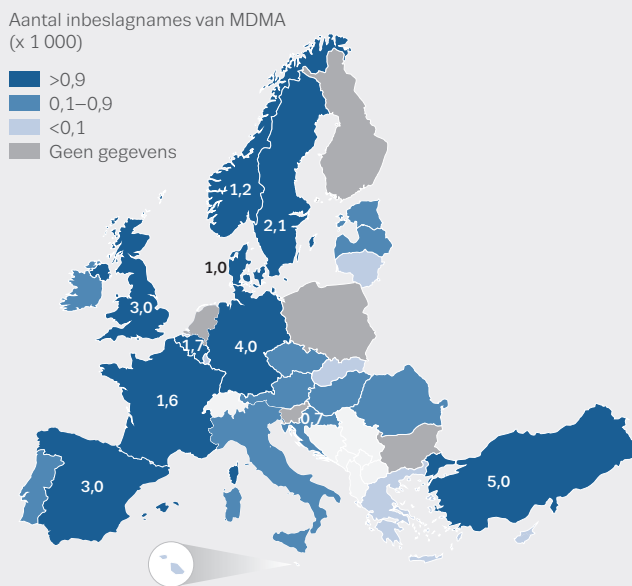
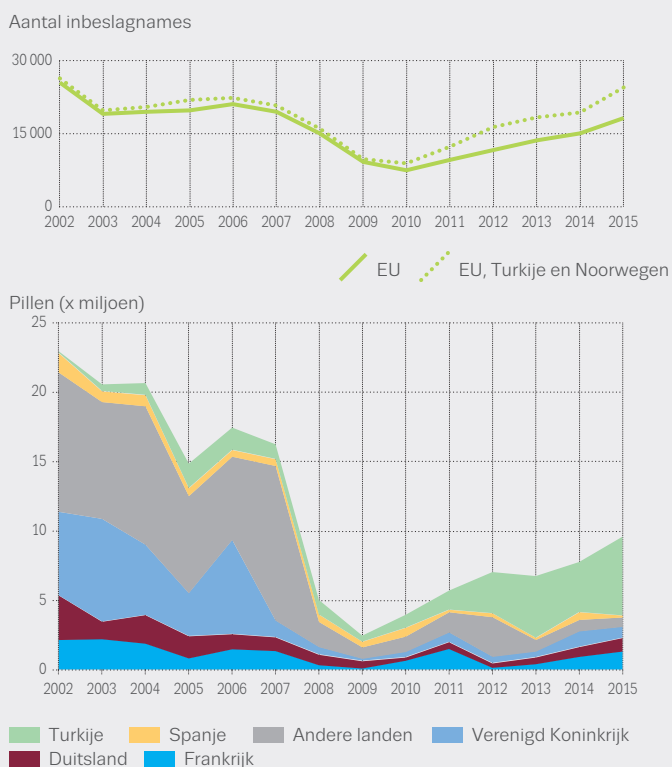
Geïndexeerde trends: Prijs en zuiverheid



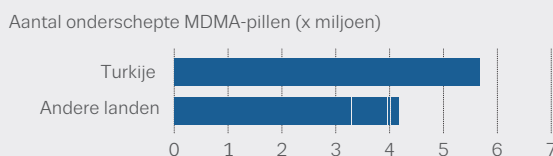
EU+2 verwijst naar de lidstaten van de Europese Unie, Turkije en Noorwegen. Prijs en zuiverheid van MDMA: nationale gemiddelde waarden, minimum, maximum en interkwartielafstand (IQR). De hierbij betrokken landen verschillen per indicator.

FIGUUR 1.9

Aantal inbeslagnames van MDMA en onderschepte hoeveelheid: trends en 2015 of het meest recente jaar



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



Het totaal aantal gerapporteerde inbeslagnames van MDMA neemt sinds 2010 toe, terwijl de in beslag genomen hoeveelheid over dezelfde periode relatief stabiel is gebleven. Er zijn in 2015 ook grote hoeveelheden MDMA in beslag genomen in Turkije, namelijk 5,7 miljoen tabletten in totaal. Dit is meer dan de gerapporteerde hoeveelheid van alle andere landen samen (figuur 1.9).

Inbeslagnames van LSD, GHB en ketamine

Er zijn in de Europese Unie ook inbeslagnames van andere illegale drugs gerapporteerd, waaronder circa 1 400 inbeslagnames van LSD (lysergeenzuurdiëthylamide) in 2015, die samen goed waren voor 100 000 eenheden. Daarnaast heeft België 1 kilogram van de drug in beslag genomen. Het totaal aantal inbeslagnames van LSD is verdubbeld sinds 2010. De in beslag genomen hoeveelheden schommelen echter. In 2015 hebben 14 landen inbeslagnames van GHB (gammahydroxyboterzuur) of GBL (gammabutyrolacton) gerapporteerd. De geschatte 1 300 inbeslagnames omvatten samen 320 kilogram en meer dan 1 500 liter van deze drug. In België (33 %) en Noorwegen (35 %) samen werd meer dan twee derde van deze drugs in beslag genomen. Twaalf landen hebben 1 200 inbeslagnames van ketamine

gerapporteerd, die samen naar schatting 130 kilogram van deze drug oprichten. Het grootste gedeelte hiervan is in beslag genomen in Denemarken, Italië en het Verenigd Koninkrijk.

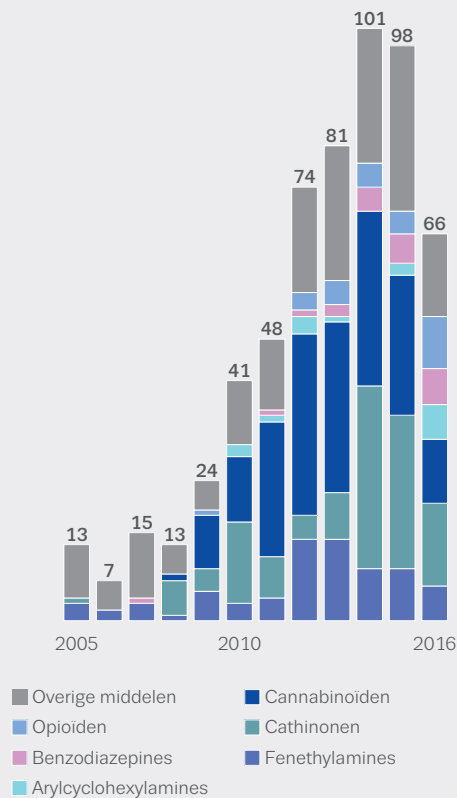
Nieuwe psychoactieve stoffen: veel en divers

Eind 2016 volgde het EMCDDA meer dan 620 nieuwe psychoactieve stoffen op die op de Europese drugsmarkt zijn verschenen. Deze stoffen vallen niet onder internationale drugscontrolemechanismen en omvatten een breed scala aan drugs zoals synthetische cannabinoïden, stimulerende middelen, opioïden en benzodiazepines (figuur 1.10). In de meeste gevallen worden deze stoffen als 'legale' vervangers van illegale drugs verhandeld, terwijl deze soms ook gericht zijn op kleine groepen die deze stoffen willen uitproberen om mogelijke nieuwe effecten te ontdekken.

In veel gevallen worden deze nieuwe stoffen in grote hoeveelheden vervaardigd door chemische en farmaceutische bedrijven in China. Van daaruit worden ze naar Europa verscheept, waar ze tot producten worden verwerkt, verpakt en verkocht. Bovendien kunnen sommige nieuwe stoffen als medicijnen worden ingevoerd, die aan

FIGUUR 1.10

Aantal en categorieën nieuwe psychoactieve stoffen zoals voor het eerst gemeld aan het EU Early Warning System, 2005-2016



als 'legale psychedelica'. Bovendien kunnen ook controlemaatregelen en acties van wetshandhavers gericht tegen laboratoria die nieuwe stoffen produceren van invloed zijn geweest. Toenemende banden met de bredere illegale drugsmarkt kunnen ook een belangrijke rol spelen.

Het aantal nieuwe stoffen dat ieder jaar wordt ontdekt is slechts een van de vele statistische gegevens die het EMCDDA gebruikt om inzicht in de gehele markt te krijgen. Van de 620 nieuwe stoffen die momenteel worden gevolgd zijn er bijvoorbeeld 423 (bijna 70 %) in 2015 ontdekt op de drugsmarkt; in 2014 waren dit er 365 en in 2013 299. Dit geeft aan hoe complex deze markt is geworden.

de legitieme toeleveringsketen worden onttrokken of illegaal worden ingevoerd. Deze stoffen kunnen ook in clandestiene laboratoria worden geproduceerd, zowel in Europa als daarbuiten. Verschillende indicatoren, zoals ontdekkingen van illegale laboratoria, de analyse van gedumpte synthetisch drugsafval en inbeslagnames van precursoren, wijzen erop dat deze vorm van productie de laatste paar jaar is toegenomen in Europa.

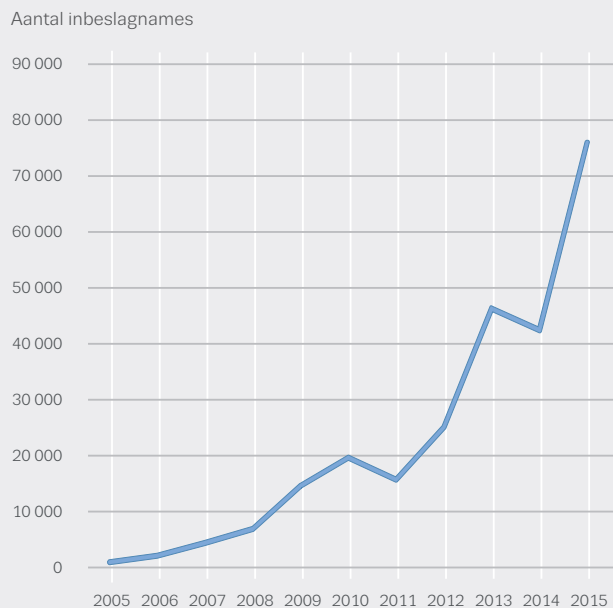
Sommige nieuwe stoffen worden openlijk op openbare websites (zogenaamd 'aan de oppervlakte') en in gespecialiseerde winkels verkocht, vaak aangeboden als 'legale psychedelica'. Daarnaast worden ze ook op het darknet en op de illegale markt verkocht, vaak onder hun eigen naam en soms valselijk aangeboden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

Meer dan 70 % van de nieuwe stoffen die via het EU Early Warning System zijn ontdekt, zijn de laatste vijf jaar ontdekt. In 2016 zijn 66 nieuwe stoffen voor het eerst ontdekt in Europa. Dat zijn er minder dan in de voorgaande twee jaar, maar evenveel als in 2012 en 2013. De reden voor deze afname is onduidelijk, maar kan gedeeltelijk gezocht worden in de maatregelen die door de nationale regeringen in Europa zijn genomen om nieuwe stoffen te verbieden, en dan met name de openlijke verkoop ervan

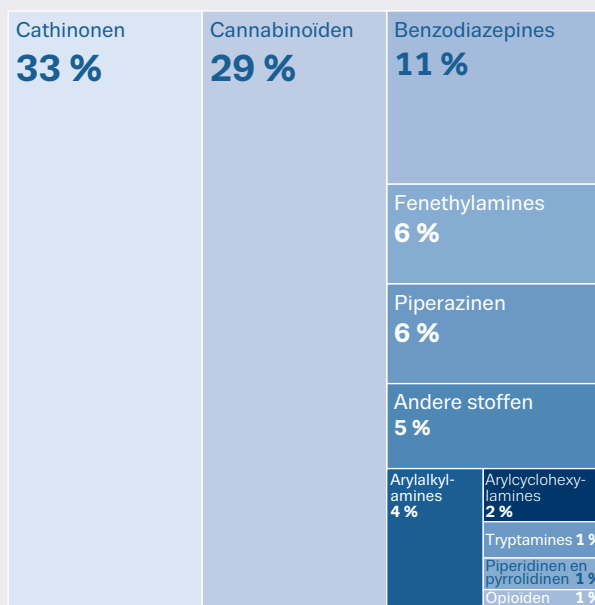
**Eind 2016 volgde het EMCDDA
meer dan 620 nieuwe
psychoactieve stoffen op**

FIGUUR 1.11

Aantal inbeslagnames van nieuwe psychoactieve stoffen zoals gemeld aan het EU Early Warning System: trends en distributie, uitgesplitst naar categorie in 2015



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



Meer inbeslagnames van nieuwe psychoactieve stoffen

In 2015 zijn bijna 80 000 inbeslagnames van nieuwe psychoactieve stoffen gemeld via het EU Early Warning System (figuur 1.11). Synthetische cathinonen en synthetische cannabinoiden omvatten samen meer dan 60 % van alle inbeslagnames van nieuwe stoffen in 2015 (meer dan 47 000). In vergelijking tot het voorgaande jaar zijn in 2015 ook stijgingen van de in beslag genomen hoeveelheden synthetische cathinonen, synthetische cannabinoiden en nieuwe opioïden waargenomen.

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

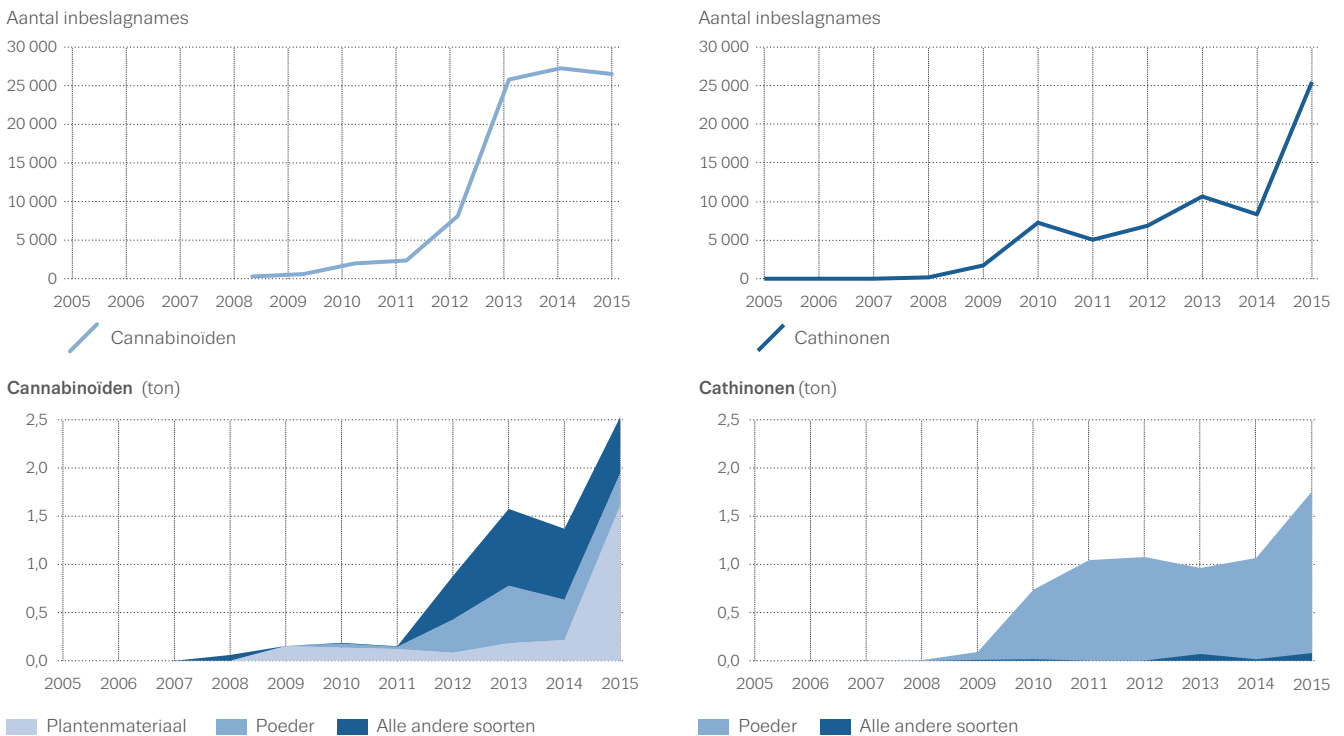
Nieuwe synthetische opioïden

In totaal zijn er sinds 2009 25 nieuwe opioïden ontdekt op de Europese drugsmarkt, waarvan er 9 voor het eerst in 2016 gemeld werden. Dit getal bevat 18 vormen van fentanyl, waarvan er 8 voor het eerst in 2016 gemeld werden. Hoewel de nieuwe vormen van fentanyl momenteel slechts een kleine rol spelen op de Europese drugsmarkt, zijn het zeer sterke stoffen die een ernstige bedreiging vormen voor de persoonlijke gezondheid en de volksgezondheid.

Nieuwe opioïden zijn in verschillende vormen in beslag genomen: voornamelijk poeders, tabletten, capsules en sinds 2014 ook als vloeistof. Meer dan 60 % van de 600 in 2015 gemelde inbeslagnames van nieuwe synthetische opioïden betrof vormen van fentanyl. In 2015 is bijna 2 liter synthetische opioïden in beslag genomen, vergeleken met de 240 ml die in 2014 werd gemeld. In 85 % van de in beslag genomen vloeistoffen werden vormen van fentanyl aangetroffen. In dit verband geeft de aanwezigheid van neussprays op de markt die vormen van fentanyl bevatten, zoals acrylofentanyl en furanylfentanyl, aanleiding tot bezorgdheid. Deze opioïden zijn goed voor 0,75 % van het totale aantal inbeslagnames van nieuwe stoffen, maar slechts voor 0,04 % van de totale in beslag genomen hoeveelheid. Dit is een indicatie van het lage marktaandeel en de sterke werking van deze opioïden.

FIGUUR 1.12

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



Synthetische cannabinoïden

Synthetische cannabinoïden zijn stoffen die de effecten nabootsen van delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), de stof die grotendeels verantwoordelijk is voor de belangrijkste psychoactieve effecten van cannabis. zeker vanaf 2008, maar misschien ook al eerder, hebben producenten in Europa dit effect uitgebuit door grote hoeveelheden cannabinoïden in poedervorm te importeren, deze met gedroogd plantaardig materiaal te mengen en honderden verschillende 'legale psychedelica' te creëren. Deze zijn vervolgens op de markt gebracht als legale vervangers voor cannabis en verkocht als kant-en-klare 'kruidenmengsels om te roken'. Synthetische cannabinoïden zijn nog steeds de grootste groep nieuwe stoffen die door het EMCDDA worden opgevolgd. Ze worden op chemisch gebied steeds diverser. Sinds 2008 zijn 169 synthetische cannabinoïden ontdekt, waarvan er 11 in 2016 werden gemeld, hetgeen een daling is ten opzichte van de 24 gemelde synthetische cannabinoïden in 2015.

In 2015 werden er iets meer dan 22 000 inbeslagnames van synthetische cannabinoïden gerapporteerd (figuur 1.12). De vijf synthetische cannabinoïden die in 2015 het vaakst in beslag werden genomen zijn ADB-FUBINACA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 en ADB-CHMINACA.

Deze inbeslagnames waren samen goed voor meer dan 2,5 ton van deze stoffen. Van de inbeslagnames betrof

64 % synthetische cannabinoïden in de vorm van kruidenmengsels en 13 % betrof synthetische cannabinoïden in de vorm van poeder.

De ontdekking van synthetische cannabinoïden in poedervorm en voorzieningen voor de verwerking ervan in Europa wijst erop dat de producten in Europa worden verpakt. Na verwerking tot 'kruidenmengsels om te roken' hadden van deze poeders mogelijk miljoenen doseringen kunnen worden gemaakt. In 2015 waren de vaakst in beslag genomen synthetische cannabinoïden in poedervorm 5F-AMB (61 kg), 5F-AKB48 (61 kg) en ADB-FUBINACA (57 kg).

Synthetische cathinonen

Synthetische cathinonen zijn chemisch verwant aan cathinon, een natuurlijk stimulerend middel dat voorkomt in de plant khat (*Catha edulis*). Deze stoffen hebben soortgelijke effecten als gangbare stimulerende middelen zoals amfetamine, cocaine en MDMA. Synthetische cathinonen vormen de op een na grootste groep van nieuwe drugs die het EMCDDA opvolgt. In totaal zijn er 118 van deze drug ontdekt, waarvan er 14 voor het eerst in 2016 werden ontdekt. Dit is een daling ten opzichte van de 26 die in 2015 werden gemeld.

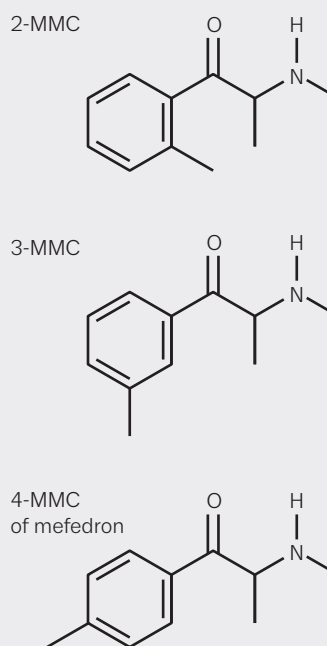
Synthetische cathinonen waren met meer dan 25 000 inbeslagnames de vaakst in beslag genomen nieuwe psychoactieve stoffen in 2015. Ze omvatten een derde van het totale aantal inbeslagnames. Dit komt neer op een toename van meer dan 17 000 inbeslagnames ten opzichte van het voorgaande jaar. Deze inbeslagnames bedroegen iets meer dan 1,8 ton. Dit is een stijging van ongeveer 0,75 ton ten opzichte van 2014 (figuur 1.12). Synthetische cathinonen worden doorgaans in poedervorm aangetroffen. De vijf cathinonen die in 2015 het vaakst in beslag werden genomen zijn alfa-PVP, 3-MMC, ethylon, 4-CMC en pentedron. Onder de inbeslagnames waarbij het land van herkomst werd vermeld, was 60 % (1,2 ton) van de in 2015 in beslag genomen synthetische cathinonen afkomstig uit China. Een groot deel (42 %) van de in beslag genomen synthetische cathinonen betrof 2-MMC (156 kg) en 3-MMC (616 kg), die chemisch verwant zijn aan mefedron (4-MMC), maar niet onder internationaal toezicht staan. Mefedron is in sommige landen een gevestigde naam op de illegale drugsmarkt geworden. Daarom is het waarschijnlijk dat een deel van de 2-MMC en 3-MMC als mefedron wordt verkocht (zie figuur 1.13).

Nieuwe benzodiazepines

Ook de recente groei van de markt voor nieuwe benzodiazepines geeft reden tot bezorgdheid. Het EMCDDA volgt momenteel ongeveer twintig van dit soort stoffen op. Zes van deze stoffen zijn in 2016 voor het eerst ontdekt in Europa. In 2015 zijn meer dan 300 000 tabletten met nieuwe benzodiazepines zoals clonazolam, diclazepam, etizolam en flubromazolam in beslag genomen, hetgeen neerkomt op bijna een verdubbeling ten opzichte van het aantal dat in 2014 werd gemeld. Sommige nieuwe benzodiazepines zijn verkocht als tabletten, capsules of poeders onder hun eigen naam. In andere gevallen worden deze stoffen gebruikt om namaakversies te maken van algemeen voorgeschreven geneesmiddelen voor de behandeling van angststoornissen, zoals diazepam en alprazolam, die rechtstreeks op de illegale drugsmarkt werden verkocht.

FIGUUR 1.13

Chemische formules van 2-MMC, 3-MMC en 4-MMC (mefedron)



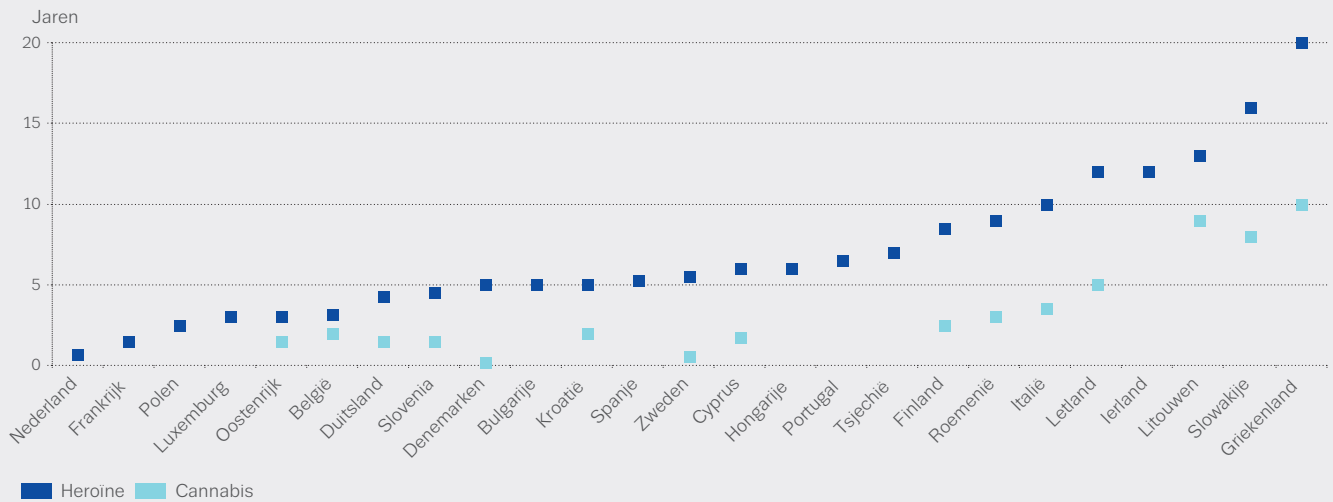
Wetgeving ter bestrijding van het aanbod van nieuwe psychoactieve stoffen

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

Op nationaal niveau is gebruikgemaakt van verschillende maatregelen ter controle van nieuwe stoffen. Er kunnen ruwweg drie soorten wettelijke maatregelen worden onderscheiden. Veel Europese landen hebben aanvankelijk gereageerd door gebruik te maken van wetgeving op het gebied van de consumentenveiligheid en vervolgens bestaande drugswetgeving uitgebreid of aangepast om rekening te houden met nieuwe psychoactieve stoffen. Meer en meer landen hebben specifieke nieuwe wetgeving ontworpen om dit fenomeen aan te pakken. Net als bij drugswetgeving bestaan er in Europa grote verschillen op het gebied van de definities van misdrijven en straffen. De algemene trend in nationale wetgeving ter bestrijding van drugs om straffen voor persoonlijk bezit te reduceren, komt ook tot uiting in recente wetgeving voor nieuwe drugs. De meeste nieuwe, specifiek op nieuwe psychoactieve stoffen gerichte wetten bestraffen enkel het illegaal aanbieden van deze stoffen en bevatten geen straf voor persoonlijk bezit.

FIGUUR 1.14

Verwachte gevangenisstraf voor het leveren van 1 kilogram heroïne of cannabis in EU-lidstaten



NB: Gemiddelde verwachte straffen gebaseerd op steekproeven onder juridische beroepsbeoefenaars in elk land; zaken van personen die voor het eerst een misdaad hebben begaan, zonder banden met de georganiseerde misdaad.

Op EU-niveau wordt het huidig wetgevend kader voor de controle van nieuwe psychoactieve stoffen, dat dateert van 2005, momenteel herzien. Het doel is te komen tot een soepeler, effectiever systeem zodat gedrag dat verband houdt met schadelijke nieuwe psychoactieve stoffen aan strafrechtelijke maatregelen kan worden gekoppeld.

Straffen voor het leveren van drugs: verschillen per substantie en land

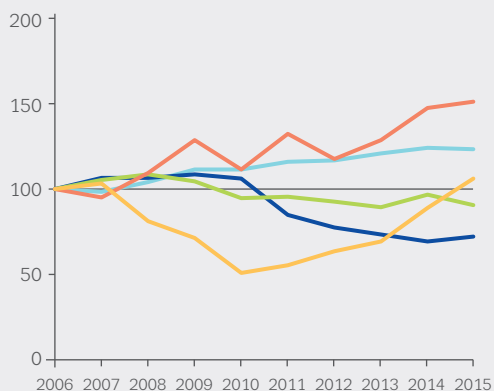
Het illegaal verhandelen van drugs is in alle Europese landen een misdrijf, maar de in de wet vastgelegde straffen hiervoor lopen sterk uiteen. Uit een recente enquête van het EMCDDA naar de mening van juridische beroepsbeoefenaars in de EU-lidstaten is gebleken dat er aanzienlijke verschillen bestaan tussen de landen wat betreft de straffen die deze deskundigen voor overeenkomstige drugsdelicten verwachten (zie figuur 1.14). Deze verschillen kunnen het gevolg zijn van nationale, historische en culturele factoren die van invloed zijn op het strafrechtstelsel van een land, alsmede van verschillende nationale opvattingen over de effectiviteit van strafoplegging als afschrikwekkend middel. Uit het onderzoek is tevens gebleken dat hoewel de wetgeving overeenkomstige straffen voor verschillende stoffen bevat, de beroepsbeoefenaars verwachtten dat er voor verschillende stoffen verschillende straffen zouden worden opgelegd. Dit zou betekenen dat rechters rekening houden met aspecten zoals de schade die de verschillende drugs aan de samenleving toebrengen.

FIGUUR 1.15

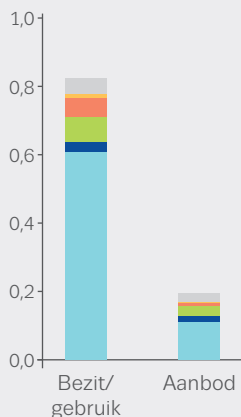
Drugsmisdrijven in Europa voor drugsgebruik of -bezit voor eigen gebruik of het aanbod van drugs: geïndexeerde trends en gemelde misdrijven in 2015

Misdrijven inzake bezit/gebruik

Geïndexeerde trends

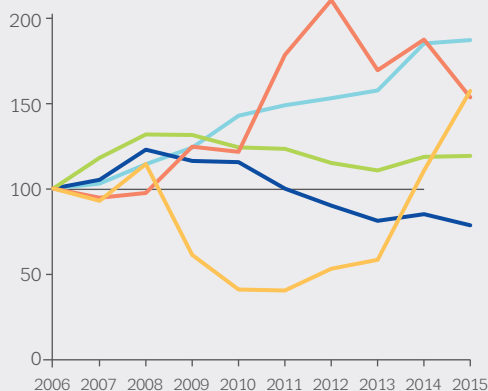


Aantal misdrijven (miljoen)



Misdrijven inzake het aanbod van drugs

Geïndexeerde trends



■ Heroïne
 ■ Cocaine
 ■ MDMA
 ■ Cannabis
 ■ Amfetamines
 ■ Overige middelen

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

Drugsdelicten: meerderheid cannabisgerelateerd

Op de uitvoering van wetgeving wordt toegezien door middel van gegevens over gemelde drugsdelicten. In 2015 werden in de Europese Unie naar schatting 1,5 miljoen drugsdelicten gemeld. In de meeste gevallen (57 %) betrof het delicten in verband met het gebruik of bezit van cannabis, waarbij circa 1 miljoen plegers betrokken waren. Tussen 2006 en 2015 is het aantal gemelde delicten bijna met een derde (31 %) toegenomen.

In totaal is sinds 2006 het aantal meldingen van delicten inzake de aanbodzijde met 18 % toegenomen tot naar schatting meer dan 214 000 gevallen in 2015. Het grootste gedeelte van de misdrijven inzake de aanbodzijde was cannabisgerelateerd (57 %). Voor MDMA wordt sinds 2013 een scherpe stijging van het aantal meldingen van delicten inzake de aanbodzijde waargenomen (figuur 1.15).

In 2015 werden in Europa naar schatting meer dan 1 miljoen delicten gemeld die verband houden met gebruik of bezit voor persoonlijk gebruik, een stijging van 27 % ten opzichte van 2006. Ongeveer driekwart van de gemelde drugsdelicten in verband met drugsbezit betrof cannabis (74 %). De opwaartse trend voor delicten in verband met het bezit van amfetamine en MDMA heeft zich in 2015 doorgezet (figuur 1.15).

In 2015 werden naar schatting 1,5 miljoen drugsdelicten gemeld

MEER INFORMATIE

EMCDDA-publicaties**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.

Gezamenlijke publicaties van het EMCDDA en 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: α -PVP, Joint Reports.

2013

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

Gezamenlijke publicaties van het EMCDDA en Eurojust**2016**

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

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

2

**Onder drugsgebruikers
komt polydrugsgebruik
vaak voor**

Prevalentie en trends van drugsgebruik

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

Controle op het drugsgebruik

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

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

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

De volledige gegevens en uitvoerige methodologische notities zijn te vinden in het [Statistical Bulletin](#) op het internet.

Verschillende nationale trends van drugsgebruik onder scholieren

Het monitoren van drugsgebruik onder scholieren kan een belangrijk inzicht geven in het huidige risicogedrag onder de jeugd en in mogelijke trends voor de toekomst. In 2015 heeft het Europees Schoolenquêteproject inzake alcohol en andere drugs (ESPAD) de zesde ronde van gegevensverzameling uitgevoerd sinds de oprichting ervan in 1995. Tijdens de laatste enquête zijn vergelijkbare gegevens verzameld onder 15- en 16-jarige scholieren uit 35 Europese landen, waaronder 23 EU-lidstaten en Noorwegen. Van de scholieren in deze 24 landen gaf gemiddeld 18 % aan ten minste één keer in hun leven ('ooit'-gebruik) cannabis te hebben gebruikt, waarbij de hoogste cijfers gemeld werden in Tsjechië (37 %) en Frankrijk (31 %). Het gebruik van de drug in de voorgaande dertig dagen varieerde van 2 % in Zweden, Finland en Noorwegen tot 17 % in Frankrijk, met een gemiddelde van 8 % voor de 24 landen. De verschillen in geslacht varieerden binnen Europa. Waar in Tsjechië en Malta evenveel jongens als meisjes 'ooit'-gebruikers van cannabis waren, gaven in Noorwegen 2,5 keer zo veel jongens als meisjes aan ooit cannabis te hebben gebruikt.

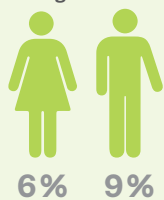
De prevalentie van het gebruik van andere illegale drugs dan cannabis is aanzienlijk lager, met een algemeen 'ooit'-gebruik van 5 %. De meest gebruikte illegale drugs na cannabis waren MDMA/ecstasy, amfetamine, cocaine, methamfetamine en LSD of andere hallucinogenen, die alle door 2 % van de scholieren worden genoemd. Bovendien gaf 4 % van de scholieren aan ooit in hun leven wel eens nieuwe psychoactieve stoffen te hebben gebruikt, waarbij de hoogste percentages zijn waargenomen in Estland en Polen (elk 10 %).

In de 22 landen die voldoende gegevens hebben verstrekt voor een analyse (21 EU-lidstaten en Noorwegen) bereikten de algemene trends op het gebied van het gebruik van cannabis in de voorgaande maand een hoogtepunt in 2003, waarna de trend enigszins daalde in daaropvolgende enquêtes (figuur 2.1). Tussen de meest recente enquêtes, 2011 en 2015, is in de meeste van deze landen de prevalentie van het 'ooit'-gebruik van cannabis en het gebruik in de voorgaande maand stabiel gebleven. Sinds 1995 is het 'ooit'-gebruik van andere illegale drugs dan cannabis grotendeels ongewijzigd gebleven, met een lichte stijging tussen 2011 en 2015.

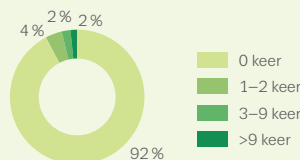
4 % van de scholieren gaf aan ooit in hun leven wel eens nieuwe psychoactieve stoffen te hebben gebruikt

DRUGSGEBRUIK ONDER 15- EN 16-JARIGE SCHOLIEREN IN EUROPA (2015 ESPAD)

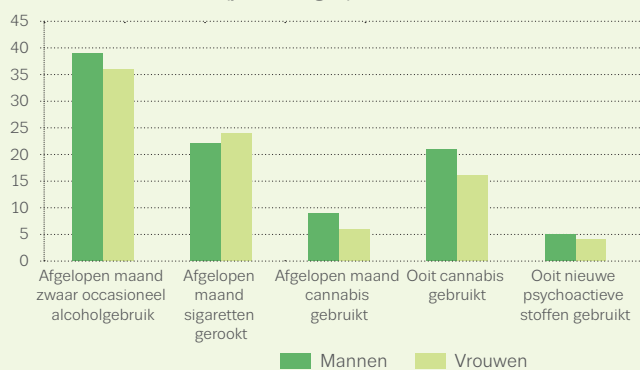
Gebruik van cannabis in de afgelopen maand, opgesplitst naar geslacht



Frequentie van cannabisgebruik in de afgelopen maand



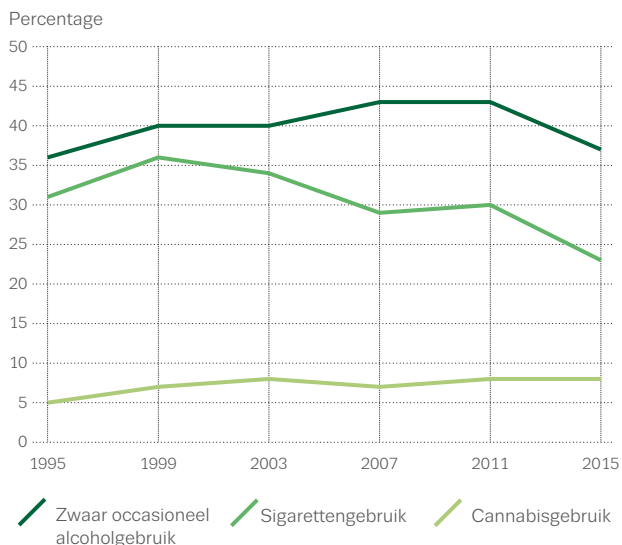
Gebruik van middelen (percentages)



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

FIGUUR 2.1

Trends in de prevalentie van zwaar occasioneel alcoholgebruik, sigarettengebruik en cannabisgebruik in de afgelopen maand onder 15- en 16-jarige Europese scholieren



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

Recente dalingen in het gebruik van tabaksproducten en occasioneel zwaar alcoholgebruik onder scholieren

ESPAD rapporteert ook het gebruik van alcohol en tabaksproducten. Meer dan vier vijfde (83 %) van de scholieren gaf aan ten minste één keer in hun leven wel eens alcohol te hebben gebruikt. De helft van de scholieren gaf aan ten minste één keer in de voorgaande maand alcohol te hebben gedronken, waarbij 39 % van de jongens en 36 % van de meisjes in de voorgaande maand één keer vijf of meer drankjes had gedronken (zwaar occasioneel alcoholgebruik).

Iets minder dan de helft (47 %) van de scholieren had sigaretten gerookt. In de maand voor de enquête gaf 23 % van de scholieren aan een of meer sigaretten per dag te roken en 3 % meer dan tien per dag.

In de 22 EMCDDA-landen die voldoende gegevens hebben verstrekt voor een trendanalyse kan er tussen 1995 en 2015 zowel voor alcohol als sigaretten een algemene daling van het 'ooit'-gebruik en het gebruik in de voorgaande maand worden waargenomen. De veranderingen in zwaar occasioneel alcoholgebruik waren minder uitgesproken, hoewel er in deze periode bij meisjes een stijging werd waargenomen. Tussen de enquêtes van 2011 en 2015 is er een toename waargenomen van zowel zwaar occasioneel alcoholgebruik als het gebruik van sigaretten in de voorgaande maand.

Meer dan 93 miljoen volwassenen hebben illegale drugs uitprobeer

Naar schatting hebben meer dan 93 miljoen volwassenen in hun leven wel eens illegale drugs uitprobeer. Dat is iets meer dan een kwart van de 15- tot 64-jarigen in de Europese Unie. Mannen (56,8 miljoen) geven vaker aan ervaring met drugsgebruik te hebben dan vrouwen (36,8 miljoen). De meest uitprobeerde drug is cannabis (53,8 miljoen mannen en 34,1 miljoen vrouwen), met lagere schattingen voor het aantal volwassenen dat in hun leven wel eens cocaine (12,2 miljoen mannen en 5,3 miljoen vrouwen), MDMA (9,3 miljoen mannen en 4,7 miljoen vrouwen) en amfetamine (8,4 miljoen mannen en 4,2 miljoen vrouwen) heeft gebruikt. Er bestaan tussen landen aanzienlijke verschillen in de niveaus van 'ooit'-gebruik van cannabis, uiteenlopend van circa 8 op de 20 volwassenen in Frankrijk tot minder dan 1 op de 20 in Malta en Roemenië.

Gebruik in het afgelopen jaar is een maatstaf voor recent drugsgebruik en komt voornamelijk voor onder jongvolwassenen. Naar schatting hebben 18,7 miljoen jongvolwassenen (15-34 jaar) het afgelopen jaar drugs gebruikt, waarvan twee keer zo veel mannen als vrouwen.

Cannabisgebruik: verschillende nationale trends

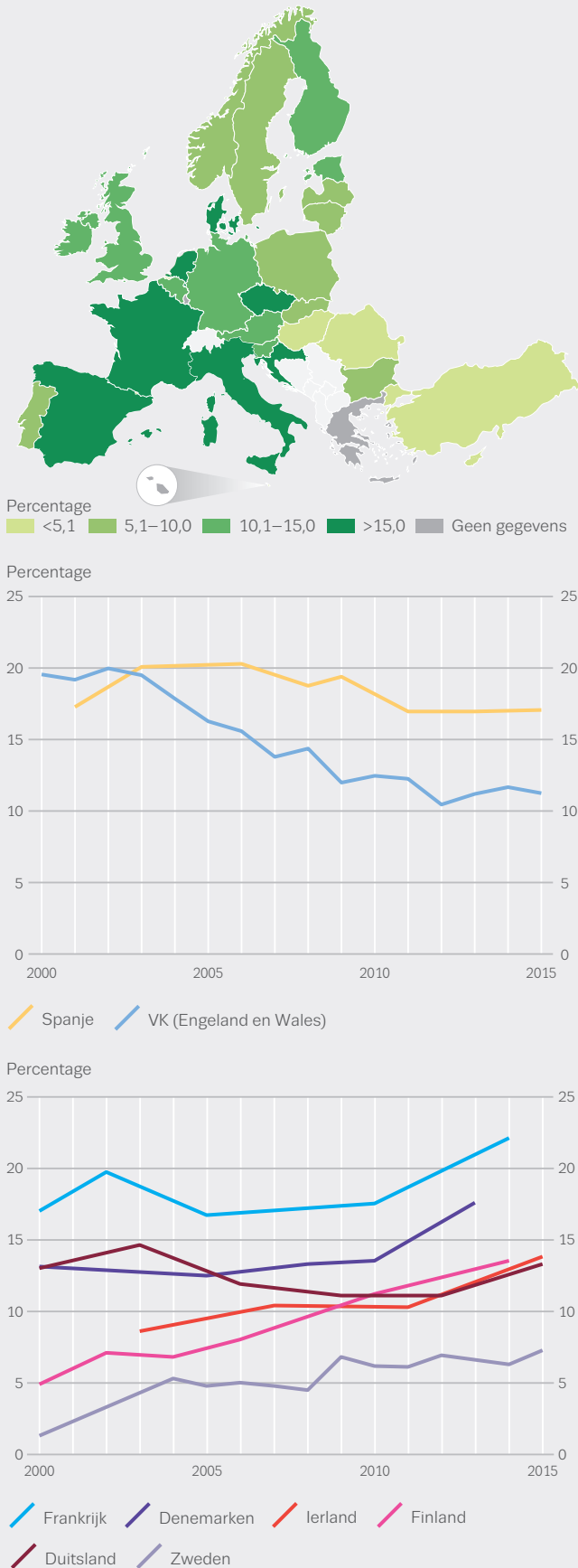
Als iemand uit een willekeurige leeftijdsgroep een drug probeert, dan is dat meestal cannabis. Cannabis wordt doorgaans gerookt en wordt, in Europa althans, meestal met tabak vermengd. Gebruikspatronen van cannabis variëren van incidenteel tot regelmatig en verslaafd gebruik.

Naar schatting hebben 87,7 miljoen Europese volwassenen (15-64 jaar), wat overeenkomt met 26,3 % van deze leeftijdsgroep, in hun leven ooit wel eens met cannabis geëxperimenteerd. Van deze groep hebben naar schatting 17,1 miljoen jonge Europeanen (15-34 jaar), wat overeenkomt met 13,9 % van deze leeftijdsgroep, in het afgelopen jaar cannabis gebruikt, onder wie 10 miljoen 15- tot 24-jarigen (17,7 % van deze leeftijdsgroep). Het gebruik in het afgelopen jaar onder 15- tot 34-jarigen varieert van 3,3 % in Roemenië tot 22 % in Frankrijk. Onder jongeren die in het afgelopen jaar cannabis hebben gebruikt is de verhouding tussen mannen en vrouwen twee op een.

De meest uitprobeerde drug is cannabis

FIGUUR 2.2

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



Uit de meest recente gegevens blijkt dat er tussen landen verschillen blijven bestaan wat betreft het gebruik van cannabis in het afgelopen jaar. Van de landen die sinds 2014 enquêtes hebben gehouden en betrouwbaarheidsintervallen hebben gerapporteerd, meldden er zeven hogere ramingen, zijn de ramingen in zes landen stabiel en meldden twee landen lagere ramingen dan in de voorgaande vergelijkbare enquête.

Weinig landen hebben momenteel genoeg onderzoeksgegevens om een statistische analyse van de trends in het gebruik van cannabis in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen (15-34 jaar) te kunnen maken. In deze landen zijn de langdurige dalende trends, die de laatste tien jaar in Spanje en het Verenigd Koninkrijk zijn waargenomen, gestabiliseerd in de meest recente gegevens (figuur 2.2).

In de laatste tien jaar kan een stijgende trend worden waargenomen in Ierland en Finland, alsmede in Zweden, hoewel de prevalentie in dit laatste land sinds 2009 stabiel is gebleven. In Duitsland, Frankrijk en Denemarken is in deze periode geen opwaartse statistische trend waargenomen. De laatste enquêtes wijzen echter op recente stijgingen van het gebruik van cannabis in het afgelopen jaar door jongvolwassenen. In 2014 meldde Frankrijk een nieuwe piek in de prevalentie van 22 %, terwijl het in Duitsland gemelde percentage van 13 % in 2015 overeenkomt met de hoogste prevalentie van het gebruik van cannabis in het afgelopen jaar door jongvolwassenen die dit land de afgelopen tien jaar heeft gemeld. Van de landen die niet voldoende gegevens hebben verstrekt voor een statistische trendanalyse meldde Nederland op basis van de tweede vergelijkbare jaarlijkse enquête een prevalentie van circa 16 % in 2015, terwijl de eerste nationale enquête in Oostenrijk sinds 2008 een prevalentie van 14 % opleverde.

Cannabisgebruikers met een hoog risico: steeds meer mensen melden zich voor behandeling

Op basis van enquêtes onder de algemene bevolking wordt geschat dat bijna 1 % van de Europese volwassenen dagelijks of bijna dagelijks cannabis gebruikt. Dat wil zeggen dat ze de drug in de afgelopen maand op 20 of meer dagen hebben gebruikt. In circa 30 % van deze gevallen betreft het oudere drugsgebruikers van 35 tot 64 jaar en meer dan driekwart zijn mannen.

In combinatie met andere indicatoren kunnen gegevens over cliënten die zich melden voor de behandeling van cannabisproblemen meer inzicht geven in de aard en trends van risicovol cannabisgebruik in Europa. Het totale aantal personen dat zich voor het eerst aanmeldde voor de behandeling van cannabisproblemen steeg van 43 000 in 2006 naar 76 000 in 2015. Deze stijging kan veroorzaakt zijn door meerdere factoren, waaronder een hogere prevalentie van cannabisgebruik onder de algemene bevolking, een toename van het aantal intensieve gebruikers, de beschikbaarheid van sterkere producten, alsmede door een toename van het aantal doorverwijzingen en een groter aanbod aan behandelingen.

Prevalentie van cocaïne: stabiele nationale trends

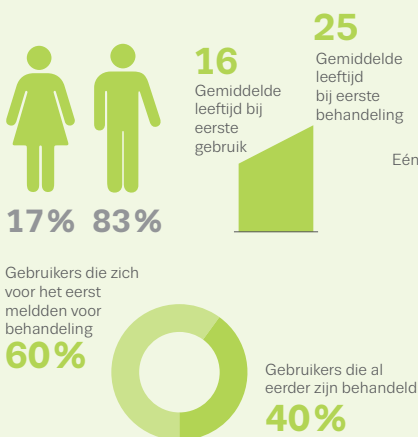
Cocaïne is de meest gebruikte illegale stimulerende drug in Europa en wordt vaker gebruikt in Zuid- en West-Europa. Onder de regelmatige gebruikers kan grofweg een onderscheid worden gemaakt tussen maatschappelijk meer geïntegreerde gebruikers, die cocaïne in poedervorm (cocaïnehydrochloride) snuiven, en gemarginaliseerde gebruikers die cocaïne injecteren of crack (cocaïnebase) roken, soms in combinatie met opioïden.

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

Alleen Ierland, Spanje, Nederland en het Verenigd Koninkrijk rapporteren dat meer dan 2,5 % van de jongvolwassenen in het afgelopen jaar cocaïne heeft gebruikt. De in de afgelopen jaren gerapporteerde dalingen van het cocaïnegebruik in Europa zijn niet waargenomen in de meest recente enquêtes. Van de landen die sinds 2014 enquêtes hebben gehouden en betrouwbaarheidsintervallen hebben gerapporteerd, meldden er twee hogere ramingen, zijn de ramingen in elf landen stabiel en meldde één land lagere ramingen dan in de voorgaande vergelijkbare enquête.

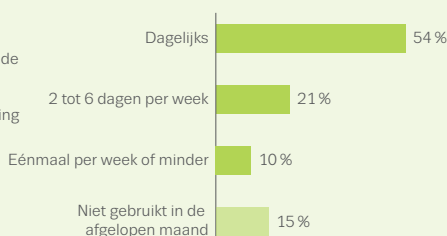
CANNABISGEBRUIKERS DIE ZICH VOOR BEHANDELING HEBBEN GEMELD

Eigenschappen

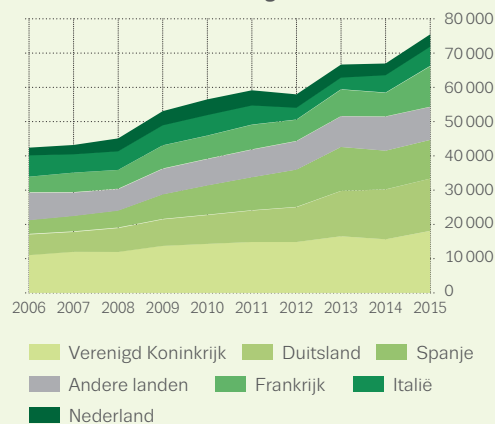


Gebruiksfrequentie in de afgelopen maand

Gemiddeld gebruik **5,4** dagen per week



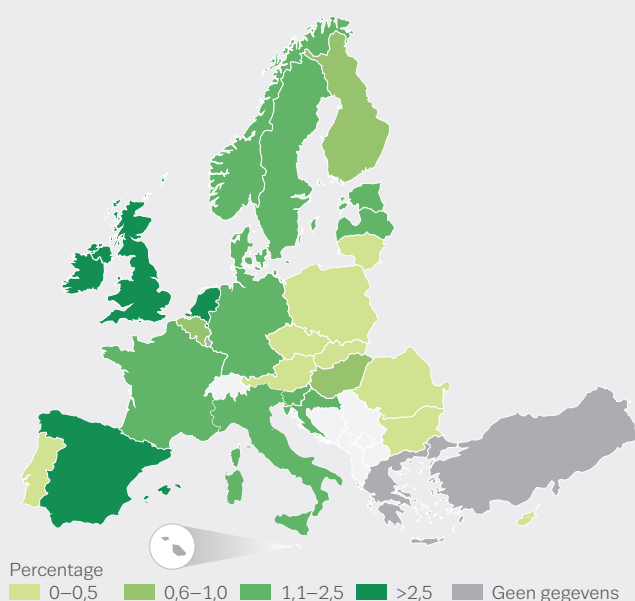
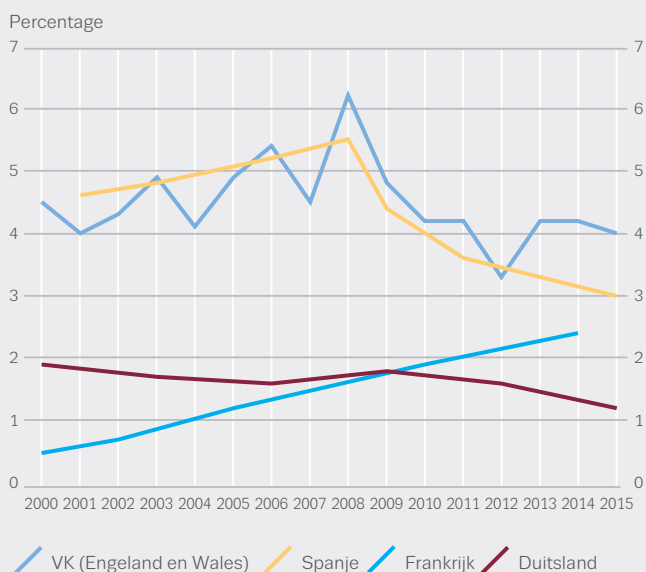
Trends bij gebruikers die zich voor het eerst meldden voor behandeling



NB: De kenmerken betreffen al degenen die zich meldden voor behandeling met cannabis als primaire drug. Trends bij gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling zijn gebaseerd op 23 landen. Vanwege veranderingen in de stroom van gegevens op nationaal niveau kunnen de gegevens sinds 2014 uit Italië niet rechtstreeks met voorgaande jaren worden vergeleken.

FIGUUR 2.3

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



Slechts in een beperkt aantal landen kan een statistische analyse van de langetermijntrends in het cocaïnegebruik onder jongvolwassenen worden gemaakt en nieuwe gegevens bevestigen de bestaande trends. Spanje en het Verenigd Koninkrijk rapporteerden tot 2008 beide een toename van de prevalentie, gevolgd door een stabiele trend of een daling (figuur 2.3). Hoewel de prevalentieniveaus lager zijn, kan in Frankrijk een opwaartse trend worden waargenomen, waarbij de prevalentie in 2014 voor de eerste keer meer dan 2 % bedroeg. Uit de Duitse enquête van 2015 bleek een statistische afname van de prevalentie van cocaïnegebruik, die tussen 2000 en 2009 stabiel was gebleven.

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

In het onderzoek van 2016 zijn de hoogste nettohoeveelheden van benzoylcegonine, de belangrijkste metabooliet van cocaïne, aangetroffen in steden in België, Spanje en het Verenigd Koninkrijk en zeer lage hoeveelheden in de meeste steden in Oost-Europa (zie figuur 2.4). Van de 33 steden die beschikken over gegevens voor 2015 en 2016 meldden 22 steden een toename, 4 een

daling en 7 een stabiele situatie. De meeste van de 13 steden die beschikken over gegevens voor 2011 en 2016 meldden stabiele of stijgende trends op langere termijn.

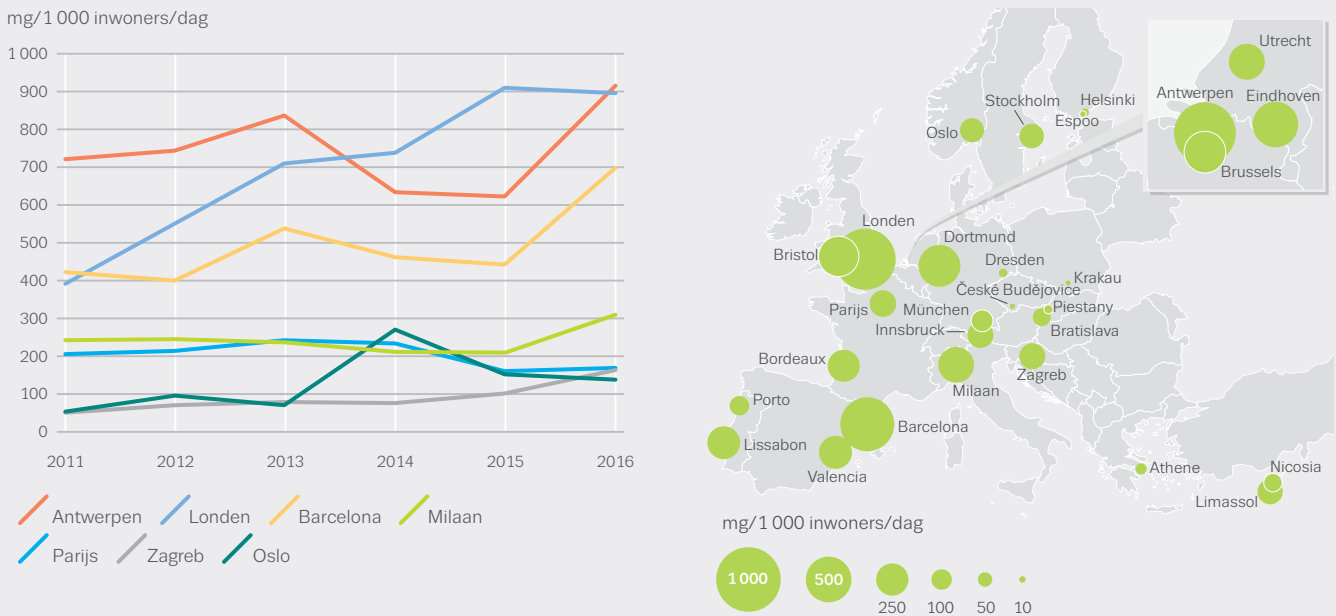
Risicovol cocaïnegebruik: stabiele vraag naar behandelingen

De prevalentie van risicovol cocaïnegebruik in Europa is moeilijk in te schatten omdat slechts vier landen over recente schattingen beschikken. Bovendien wordt er gebruikgemaakt van andere definities en verschillende methoden. In Duitsland werd op basis van vragen over de ernst van de verslaving in 2015 geschat dat er bij 0,20 % van de volwassen bevolking sprake is van risicovol cocaïnegebruik. In Spanje werd dit cijfer op basis van gebruiksfrequentie geschat op 0,24 %. Italië is in 2015 gekomen tot een schatting van 0,65 % op basis van het aantal personen die een behandeling voor cocaïnegebruik nodig hebben. Op basis van gegevens over gebruik in het afgelopen jaar werd het risicovol cocaïnegebruik in Portugal in 2012 op 0,62 % geschat.

Spanje, Italië en het Verenigd Koninkrijk zijn verantwoordelijk voor driekwart (74 %) van alle personen die in Europa in behandeling zijn gegaan voor cocaïne. Cocaïne werd als primaire drug genoemd door circa 63 000 cliënten die zich in 2015 meldden voor een gespecialiseerde drugsbehandeling en door circa 28 000 cliënten die zich voor het eerst meldden voor behandeling. Na een periode van afname is sinds 2012 het totale aantal cliënten dat zich voor het eerst meldt om voor cocaïne behandeld te worden relatief stabiel.

FIGUUR 2.4

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



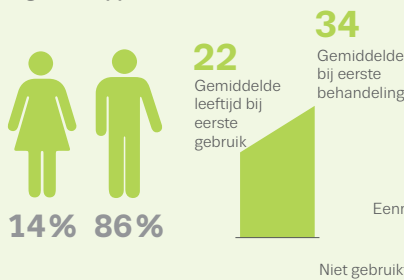
NB: Gemiddelde dagelijkse hoeveelheden benzoyllecgonine in milligrammen per 1000 inwoners. De steekproeven zijn gedurende een week in 2016 in geselecteerde Europese steden uitgevoerd.
Bron: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

In 2015 gaven 7 400 cliënten die zich voor het eerst in hun leven voor een behandeling meldden aan primair crackcocaïne te gebruiken, waarbij het Verenigd Koninkrijk verantwoordelijk was voor meer dan twee derde van de cliënten (4 800). Spanje, Frankrijk en Nederland waren samen (1 900) goed voor het grootste gedeelte van de rest.

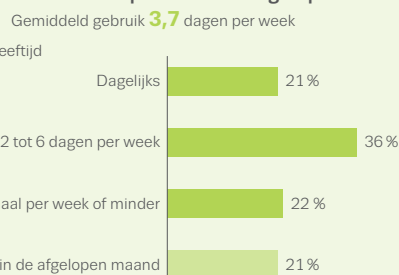
Bovendien schatte het Verenigd Koninkrijk (Engeland) het gebruik van crackcocaïne onder de volwassen bevolking in 2011-2012 op 0,48 %. Het merendeel van deze groep gebruikte ook opioïden.

COCAÏNEGEBRUIKERS DIE ZICH VOOR BEHANDELING HEBBEN GEMELD

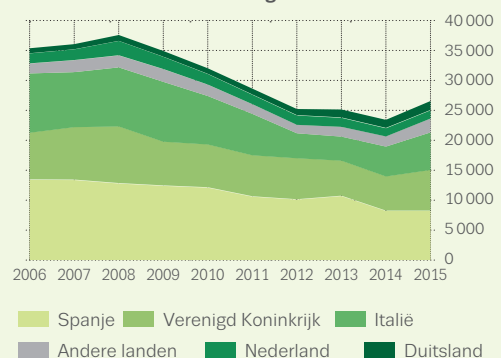
Eigenschappen



Gebruiksfrequentie in de afgelopen maand



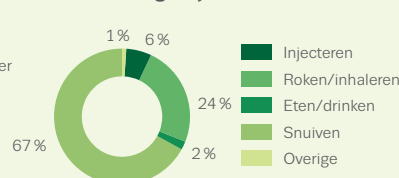
Trends bij gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling



Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling



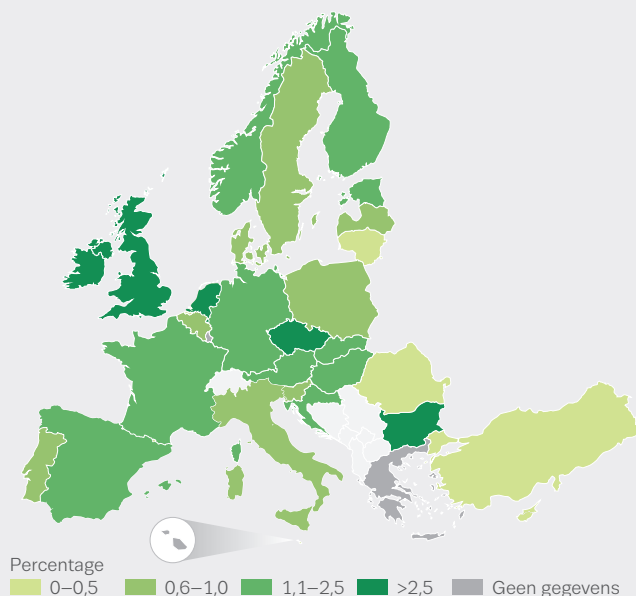
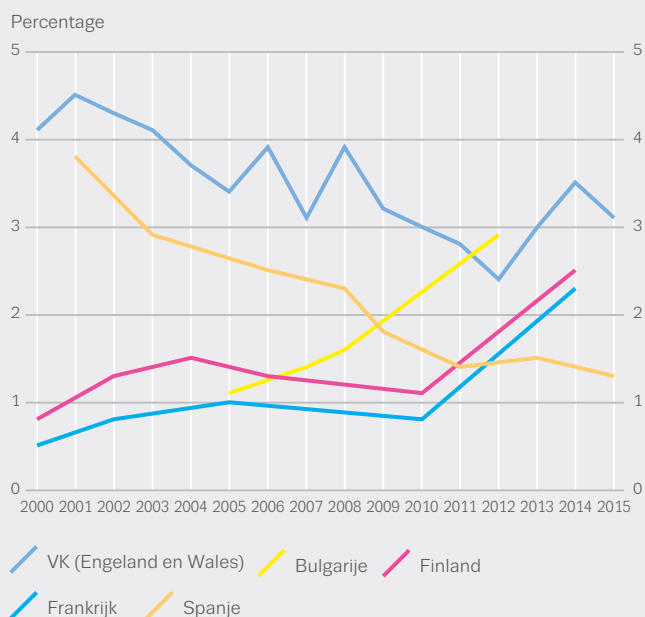
Toedieningswijze



NB: De kenmerken betreffen al degenen die zich meldden voor behandeling met cocaïne als primaire drug. Trends bij gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling zijn gebaseerd op 23 landen. Vanwege veranderingen in de stroom van gegevens op nationaal niveau kunnen de gegevens sinds 2014 uit Italië niet rechtstreeks met voorgaande jaren worden vergeleken.

FIGUUR 2.5

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



MDMA: gebruik blijft toenemen

MDMA (3,4-methyleendioxyamfetamine) wordt gebruikt in de vorm van tabletten (veelal ecstasy genoemd), maar ook in kristalvorm of als poeder. Tabletten worden doorgaans geslikt, maar in kristal- of poedervorm wordt de drug ook oraal ingenomen en de drug kan ook 'gedept' of gesnoven worden. In de meeste Europese enquêtes worden van oudsher wel gegevens verzameld over ecstasygebruik, maar niet over MDMA-gebruik. Niettemin is dit momenteel aan het veranderen.

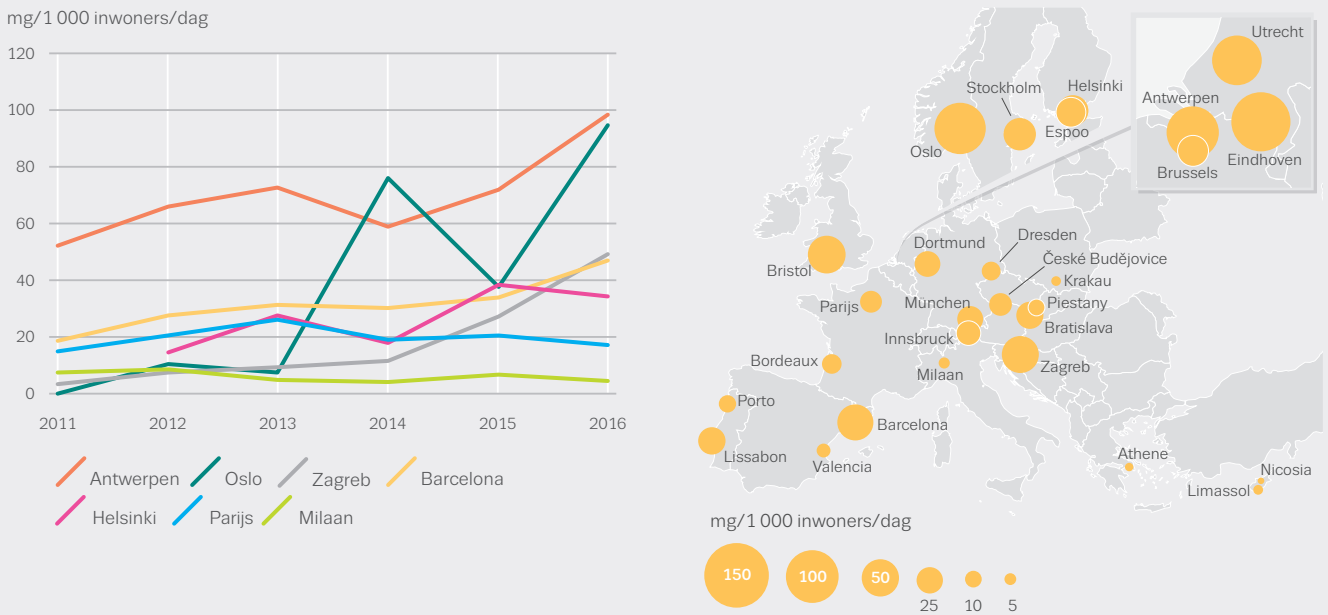
Naar schatting hebben 14 miljoen Europese volwassenen (15-64 jaar) in hun leven ooit wel eens met MDMA/ecstasy geëxperimenteerd. Dit komt overeen met 4,2 % van deze leeftijdsgroep. Cijfers voor recenter gebruik in de leeftijdscategorie waarin drugsgebruik het hoogst is, wijzen erop dat 2,3 miljoen jongvolwassenen (15-34 jaar) in het afgelopen jaar MDMA hebben gebruikt (1,8 % van deze leeftijdsgroep). De landelijke schattingen lopen uiteen van 0,3 % in Cyprus, Litouwen en Roemenië tot 6,6 % in Nederland.

Na een piek in het begin tot midden van de jaren 2000 nam de prevalentie van MDMA in veel landen tot voor kort af. Monitoring van verschillende bronnen duidt in de afgelopen jaren echter op een toename van het gebruik van MDMA. In de landen die sinds 2014 nieuwe enquêtes hebben gehouden en betrouwbaarheidsintervallen hebben gerapporteerd, wijzen de bevindingen op een aanhoudende stijgende trend in Europa. Vijf landen meldden hogere ramingen dan in de voorgaande vergelijkbare enquête en negen landen rapporteerden stabiele ramingen rapporteerden.

Voor zover er gegevens beschikbaar zijn om een statistische analyse te kunnen maken van de trends met betrekking tot het gebruik van MDMA in het afgelopen jaar onder jongvolwassenen, wijzen de recente gegevens op veranderingen. Na een periode van stabiliteit of geleidelijke toename sinds 2000 meldden Frankrijk en Finland in 2014 een aanzienlijke toename (figuur 2.5). In het Verenigd Koninkrijk blijkt uit de gegevens van 2015 dat de sinds 2012 waarneembare toename gestabiliseerd is. In Spanje blijft de langetermijntrend dalen, hoewel de meest recente waarden er stabiel zijn gebleven.

FIGUUR 2.6

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



NB: Gemiddelde dagelijkse hoeveelheden MDMA in milligrammen per 1 000 inwoners. De steekproeven zijn gedurende een week in 2016 in geselecteerde Europese steden uitgevoerd. Bron: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

In een in 2016 uitgevoerd onderzoek van afvalwater in meerdere steden werden de grootste nettohoeveelheden MDMA in het afvalwater van steden in België, Nederland en Noorwegen aangetroffen (zie figuur 2.6). Van de 32 steden die beschikken over gegevens voor 2015 en 2016 meldden 17 steden een toename, 11 een daling en 4 een stabiele situatie. Wat betreft de trends op de langere termijn, werden in de meeste steden die beschikken over gegevens voor beide jaren in 2016 grotere hoeveelheden MDMA aangetroffen dan in 2011, waarbij in sommige steden scherpe stijgingen werden waargenomen.

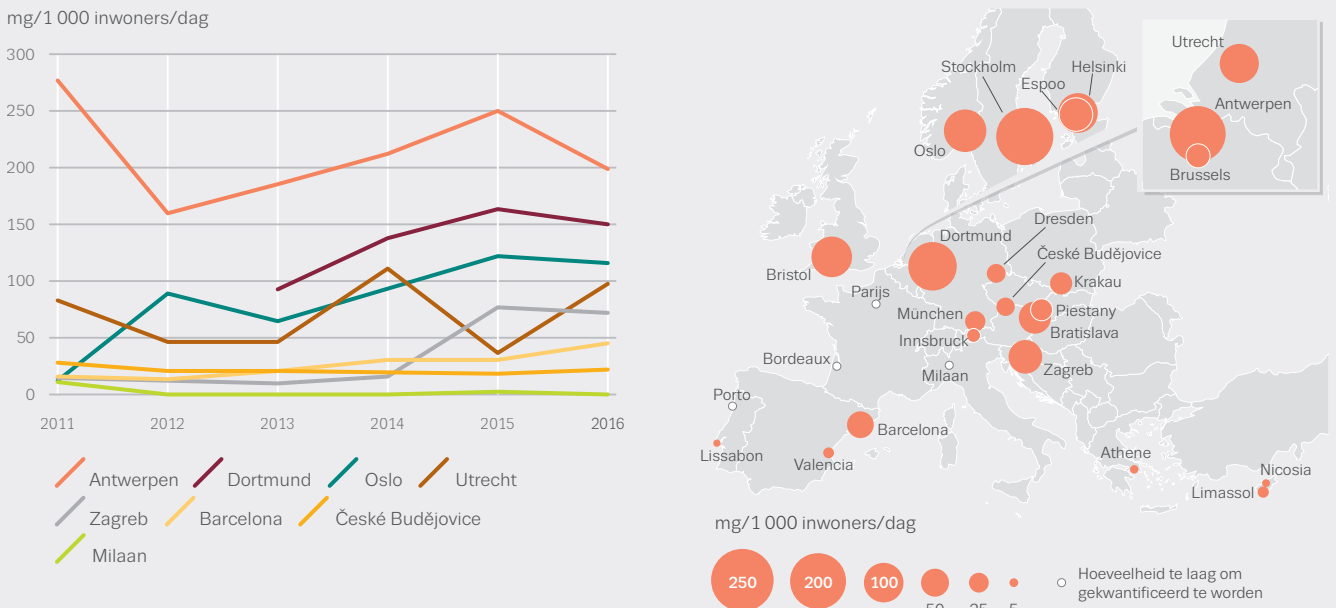
MDMA wordt dikwijls in combinatie met andere middelen gebruikt, waaronder alcohol, en is van oudsher nauw verbonden met het uitgaansleven en in het bijzonder met elektronische dansmuziek. Er zijn momenteel aanwijzingen dat MDMA in landen met een hogere prevalentie niet langer een nichedrug of drug voor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

MDMA-gebruik wordt zelden genoemd als reden om met een gespecialiseerde drugsbehandeling te beginnen. MDMA werd door minder dan 1 % van de gebruikers die zich in 2015 in Europa voor het eerst meldden voor behandeling (ongeveer 900 cliënten) als aanleiding voor de behandeling opgegeven.

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

FIGUUR 2.8

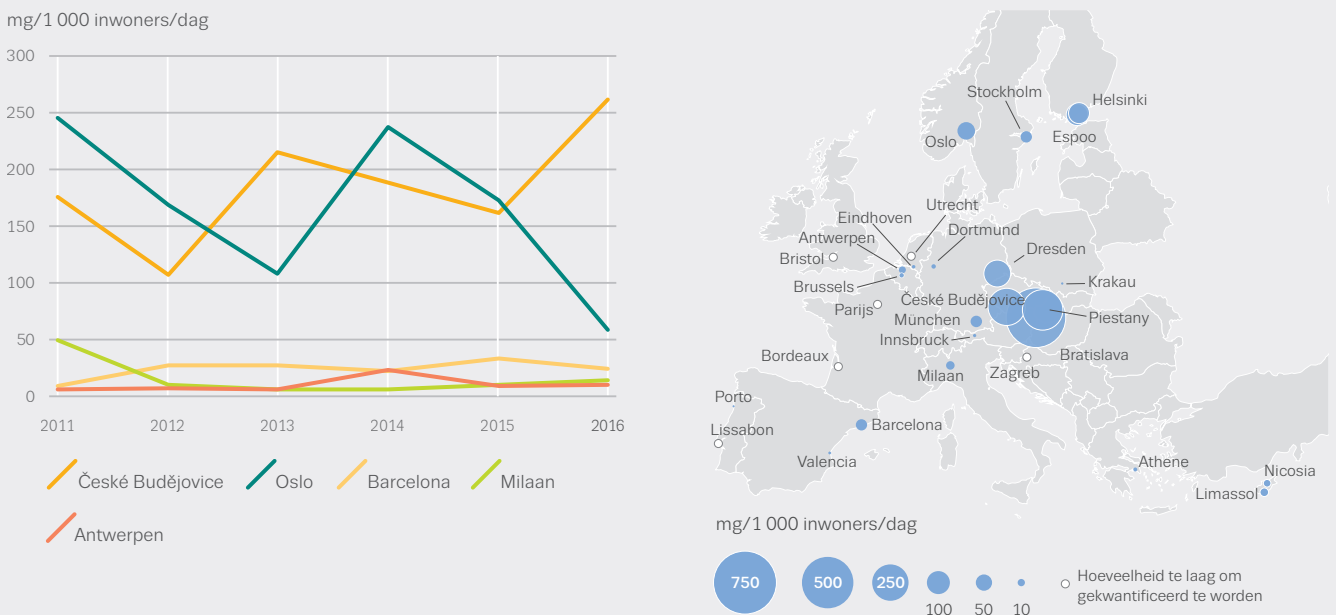
Amfetamineresiduen in afvalwater in geselecteerde Europese steden: trends en meest recente gegevens



NB: Gemiddelde dagelijkse hoeveelheden amfetamine in milligrammen per 1 000 inwoners. De steekproeven zijn gedurende een week in 2016 in geselecteerde Europese steden uitgevoerd.
 Bron: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

FIGUUR 2.9

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



NB: Gemiddelde dagelijkse hoeveelheden methamfetamine in milligrammen per 1 000 inwoners. De steekproeven zijn gedurende een week in 2016 in geselecteerde Europese steden uitgevoerd.
 Bron: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

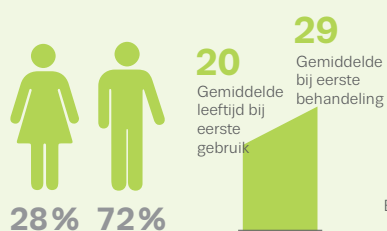
Risicovol amfetaminebruik: stijgende vraag naar behandeling

Problemen met betrekking tot chronisch, injecterend amfetaminegebruik op lange termijn hebben zich van oudsher het duidelijkst gemanifesteerd in de Noord-Europese landen. Problemen met methamfetamine op langere termijn komen daarentegen het meest in Tsjechië en Slowakije voor. In Noorwegen werd het risicovol gebruik van amfetamine en methamfetamine recentelijk geschat op 0,33 %, wat overeenkomt met 11 200 volwassenen. In Duitsland bedroeg deze schatting in 2015 0,19 %, wat overeenkomt met 102 000 gebruikers. Amfetaminegebruikers vormen waarschijnlijk de meerderheid van de in 2014 geschatte 2 180 (0,17 %) risicogebruikers van stimulerende middelen in Letland. Dit is een daling ten opzichte van 6 540 (0,46 %) risicogebruikers in 2010. Voor Tsjechië en Cyprus zijn recente ramingen van risicovol methamfetaminegebruik beschikbaar. In Tsjechië werd in 2015 het risicovol methamfetaminegebruik onder volwassenen (15-64 jaar) geschat op ongeveer 0,49 %. Risicovol gebruik van deze drug, voornamelijk door injectie, is opgelopen van 20 900 gebruikers met een hoog risico in 2007 naar een piek van 36 400 in 2014. Het aantal gebruikers met een hoog risico is daarna gedaald tot 34 200 in 2015. In Cyprus bedroeg de schatting in 2015 0,14 %, wat overeenkomt met 678 gebruikers.

Ongeveer 34 000 cliënten die zich in 2015 in Europa hebben aangemeld voor een gespecialiseerde behandeling noemen amfetamines als hun primaire drug. 14 000 van hen meldden zich voor het eerst in hun leven voor behandeling. Primaire amfetaminegebruikers in Bulgarije, Duitsland, Letland, Polen en Finland omvatten meer dan 15 % van de groep gebruikers die voor het eerst in behandeling gaat. Cliënten die zich voor behandeling melden vanwege primair methamfetaminegebruik bevinden zich voornamelijk in Tsjechië en Slowakije. Deze landen zijn samen verantwoordelijk voor 90 % van de 9 000 methamfetaminecliënten die in Europa een gespecialiseerde behandeling ondergaan. De van 2006 tot 2014 waargenomen stijgende trend van cliënten die amfetamine of methamfetamine als hun primaire drug opgeven wanneer ze zich voor het eerst voor behandeling aanmelden, heeft zich in 2015 in de meeste landen voortgezet.

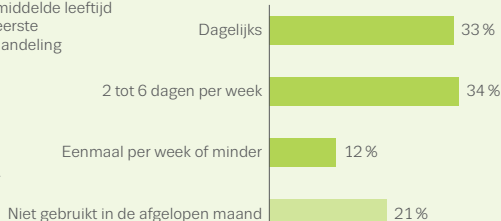
AMFETAMINEGEBRUIKERS DIE ZICH VOOR BEHANDELING HEBBEN GEMELD

Eigenschappen

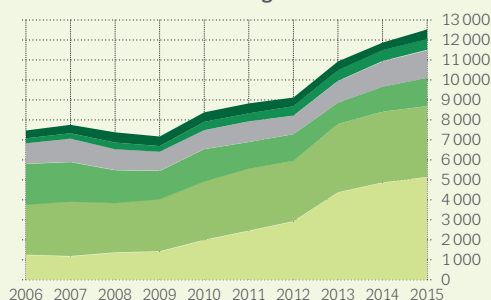


Gebruiksfrequentie in de afgelopen maand

Gemiddeld gebruik 4,4 dagen per week



Trends bij gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling



Duitsland Tsjechië Verenigd Koninkrijk
Andere landen Slowakije Nederland

Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling

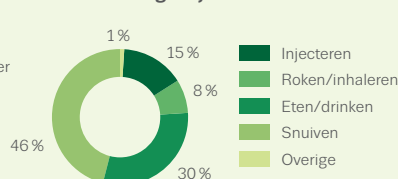
43%



Gebruikers die al eerder zijn behandeld

57%

Toedieningswijze



NB: De kenmerken betreffen al degenen die zich melden voor behandeling met amfetamines als primaire drug. Trends bij gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling zijn gebaseerd op 23 landen.

Ketamine, GHB en hallucinogenen: gebruik blijft laag

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

In de afgelopen twee decennia is recreatief gebruik van ketamine en GHB (met inbegrip van diens precursor GBL, gammabutyrolacton) gemeld in subgroepen van drugsgebruikers in Europa. Voor zover beschikbaar, blijven landelijke schattingen van de prevalentie van het gebruik van GHB en ketamine door volwassenen en scholieren laag. Uit de Noorse enquête van 2015 blijkt dat de prevalentie van het gebruik van GHB in het afgelopen jaar door volwassenen (16-64 jaar) 0,1 % bedroeg. In Tsjechië en het Verenigd Koninkrijk werd in 2015 de prevalentie van het gebruik van ketamine, poppers en GHB in het afgelopen jaar door jongvolwassenen (16-34 jaar) op 0,6 % geschat.

De algemene prevalentie van het gebruik van LSD en hallucinogene paddenstoelen in Europa is al een aantal jaren laag en stabiel. Nationale enquêtes schatten de prevalentie van het gebruik van beide substanties in het afgelopen jaar door jongvolwassenen (15-34 jaar oud) op minder dan 1 %, met uitzondering van Nederland en Tsjechië met een prevalentie van respectievelijk 1,1 % en 2,2 % voor hallucinogene paddenstoelen in 2015 en Finland met een prevalentie van 1,3 % voor LSD in 2014.

Gebruik van nieuwe psychoactieve stoffen: laag onder de algemene bevolking

Een aantal landen heeft psychoactieve stoffen opgenomen in hun enquêtes onder de algemene bevolking. Verschillen in methoden en in de vragen zorgen er echter voor dat de resultaten van verschillende landen niet altijd met elkaar vergeleken kunnen worden. Sinds 2011 hebben elf Europese landen nationale ramingen gerapporteerd over het gebruik van nieuwe psychoactieve stoffen (met uitzondering van ketamine en GHB). Onder jongvolwassenen (15-34 jaar) varieerde de prevalentie van het gebruik van deze stoffen in het afgelopen jaar van 0,3 % in Oostenrijk tot 1,6 % in Tsjechië en Ierland.

In het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales) zijn enquêtegegevens beschikbaar over het gebruik van mefedron. In de meest recente enquête (2015-2016) werd het gebruik van deze drug in het afgelopen jaar door jongeren van 16 tot 34 jaar geschat op 0,5 %. Dit komt neer op een daling ten opzichte van de gerapporteerde waarde van 1,1 % in 2014-2015.

Een klein aantal enquêtes bevat vragen over het gebruik van synthetische cannabinoiden. Het gebruik van synthetische cannabinoiden in het afgelopen jaar door jongeren in de leeftijdscategorie 15-34 jaar werd geschat op 1,5 % in Letland en 0,4 % in Slowakije in 2015 en op 0,1 % in Finland in 2014. In 2014 gaf naar schatting 4 % van de Franse jongeren van 18 tot 34 jaar aan wel eens synthetische cannabinoiden te hebben gebruikt.

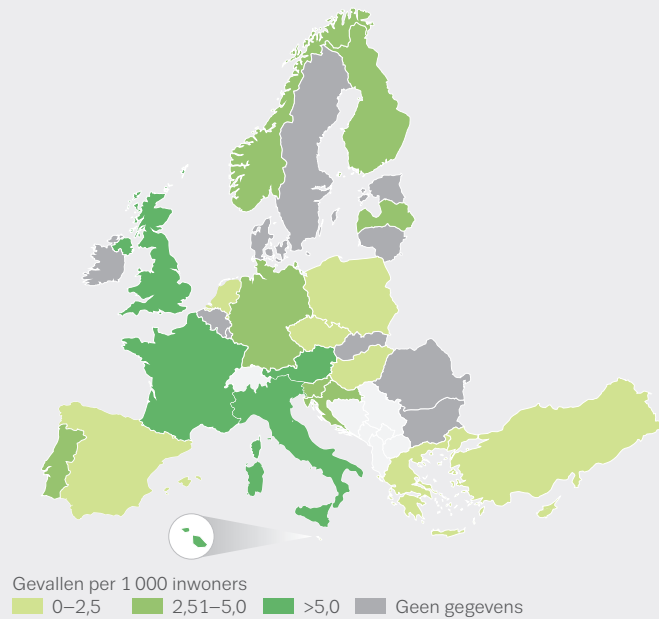
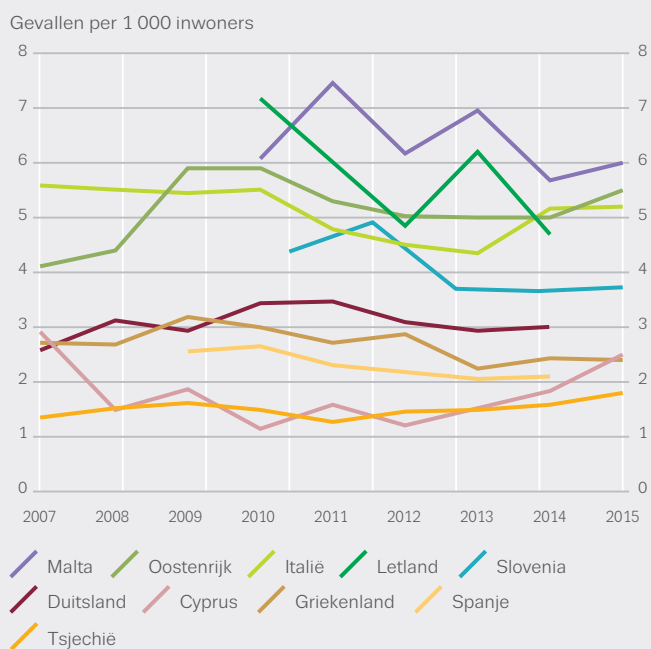
Nieuwe psychoactieve stoffen: risicovol gebruik in gemarginaliseerde bevolkingsgroepen

In 2016 heeft het EMCDDA onderzoek gedaan naar het gebruik van nieuwe psychoactieve stoffen door drugsgebruikers met een hoog risico. Het onderzoek toonde weliswaar aan dat deze stoffen over het algemeen weinig gebruikt worden, maar wees er ook op dat gebruikspatronen in verband kunnen worden gebracht met meerdere problemen. De meeste Europese landen (22) meldden dat nieuwe psychoactieve stoffen op de een of ander manier door groepen gebruikers met een hoog risico werden gebruikt. Enkel in Hongarije en delen van het Verenigd Koninkrijk is uitgebreid gebruik waargenomen door gebruikers die opioïden en stimulerende middelen injecteren. In de helft (15) van de landen werd het injecteren van synthetische cathinonen gemeld, waarbij de gebruikte stof per land verschilde; bijvoorbeeld mefedron in het Verenigd Koninkrijk, alfa-PVP in Finland, pentedron in Hongarije en 3-MMC in Slovenië. In circa twee derde van de Europese landen komt het roken van synthetische cannabinoiden door gemarginaliseerde bevolkingsgroepen, zoals daklozen en gevangenen, steeds vaker voor.

Er melden zich in Europa maar zeer weinig cliënten voor de behandeling van problemen in verband met het gebruik van nieuwe psychoactieve stoffen, maar op dit gebied is waarschijnlijk sprake van onderrapportage. In 2015 gaven circa 3 200 cliënten aan problemen te hebben in verband met het gebruik van deze stoffen. Dit komt neer op minder dan 1 % van alle cliënten die zich in Europa voor een gespecialiseerde drugsbehandeling meldden. In het Verenigd Koninkrijk gaven circa 1 500 cliënten (dit komt overeen met circa 1 % van alle drugscliënten) die in behandeling gingen aan primair synthetische cathinonen te gebruiken. Ook Hongarije en Roemenië rapporteerden relatief hoge aantallen gebruikers van nieuwe psychoactieve stoffen die zich voor behandeling meldden.

FIGUUR 2.10

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



Risicovolle opioïdengebruikers: heroïne domineert nog steeds

Heroïne is de voornaamste illegale opioïde die in Europa wordt gebruikt en wordt gerookt, gesnoven of geïnjecteerd. Een reeks synthetische opioïden, zoals methadon, buprenorfine en fentanyl, wordt ook illegaal gebruikt.

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

De gemiddelde prevalentie van risicovol opioïdengebruik onder volwassenen (15-64) wordt in 2015 geschat op 0,4 % van de EU-bevolking. Dit komt overeen met 1,3 miljoen opioïdengebruikers met een hoog risico in Europa. Op nationaal niveau variëren prevalentieschattingen van risicovol opioïdengebruik van minder dan 1 tot meer dan 8 gevallen per 1 000 inwoners van 15-64 jaar (figuur 2.10). Ongeveer driekwart (76 %) van de geschatte opioïdengebruikers met een hoog risico in de Europese Unie wordt door vijf landen gerapporteerd (Duitsland, Spanje, Frankrijk, Italië en het Verenigd Koninkrijk). Van de tien landen die tussen 2007 en 2015 meerdere schattingen hebben gemaakt van opioïdengebruik met een hoog risico meldt Spanje een aanzienlijke daling (figuur 2.10).

In 2015 hebben zich in Europa 191 000 cliënten met opioïden als primaire drug aangemeld voor een gespecialiseerde behandeling. Hierbij meldden 37 000 cliënten zich voor het eerst in hun leven voor behandeling. Primaire heroïnegebruikers waren goed voor 79 % van de primaire opioïdengebruikers die zich voor het eerst voor behandeling meldden.

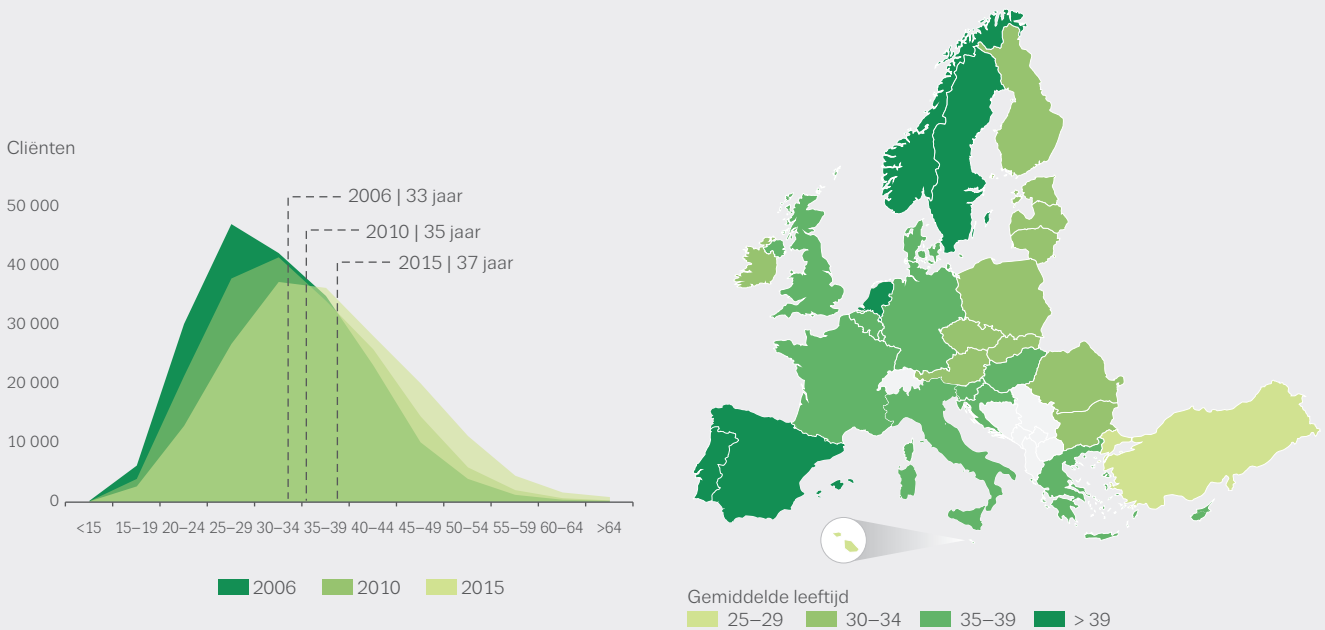
Een vergrijzende populatie opioïdengebruikers

Het aantal nieuwe heroïnecliënten is meer dan gehalveerd ten opzichte van een piek van 56 000 in 2007 naar 23 000 in 2013, waarna het aantal in 2015 naar 29 000 is gestegen. Deze recente stijging wordt in meerdere landen waargenomen, maar dient voorzichtig te worden geïnterpreteerd, aangezien veranderingen in nationale rapportering van invloed kunnen zijn op het EU-totaal.

Een groot aantal langdurige opioïdengebruikers in Europa, veelal met een voorgeschiedenis van langdurig polydrugsgebruik, is nu veertig of vijftig jaar oud. De gemiddelde leeftijd van degenen die zich laten behandelen voor opioïdengebruik is tussen 2006 en 2015 met vier jaar gestegen (zie figuur 2.11). In deze zelfde periode is de gemiddelde leeftijd van personen die ten gevolge van drugsgebruik overlijden (in de meeste gevallen spelen opioïden hierbij een rol) met 5,5 jaar gestegen. Een voorgeschiedenis van injecterend drugsgebruik en een slechte gezondheid, slechte leefomstandigheden en het gebruik van alcohol en tabaksproducten maken deze groep vatbaar voor een groot aantal verschillende chronische

FIGUUR 2.11

Cliënten die zich meldden voor behandeling met opioïden als primaire drug: veranderingen in de loop der tijd in de leeftijdsopbouw (links) en gemiddelde leeftijd per land (rechts)

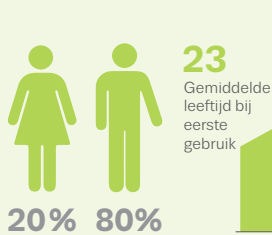


gezondheidsproblemen, waaronder cardiovasculaire problemen en longaandoeningen. Langdurige opioïdengebruikers melden bovendien chronische pijn. Chronische infectie met het hepatitis C-virus kan ervoor zorgen dat er bij deze groep sprake is van een verhoogd risico op cirrose en andere leveraandoeningen. Door de

cumulatieve effecten van vele jaren van polydrugsgebruik, overdoses en infecties worden deze gebruikers lichamelijk sneller oud. Dit kan ernstige gevolgen hebben voor de behandeling, maatschappelijke hulpverlening en de preventie van drugsgerelateerde sterfgevallen.

HEROÏNEGEBRUIKERS DIE ZICH VOOR BEHANDELING HEBBEN GEMELD

Eigenschappen

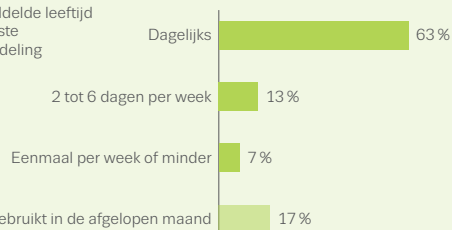


23
Gemiddelde leeftijd bij eerste gebruik

34
Gemiddelde leeftijd bij eerste behandeling

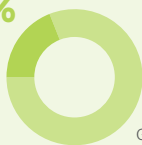
Gebruiksfrequentie in de afgelopen maand

Gemiddeld gebruik **6** dagen per week



Gebruikers die zich voor het eerst meldden voor behandeling

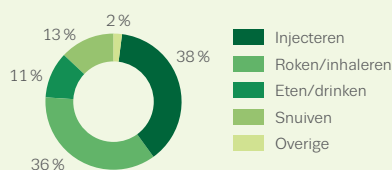
19%



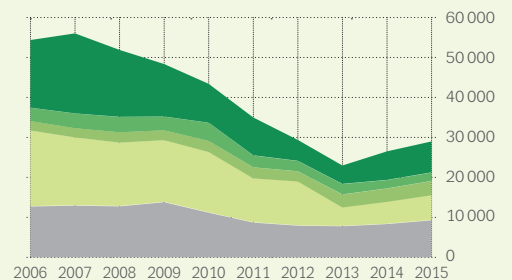
Gebruikers die al eerder zijn behandeld

81%

Toedieningswijze



Trends bij gebruikers die zich voor het eerst meldden voor behandeling

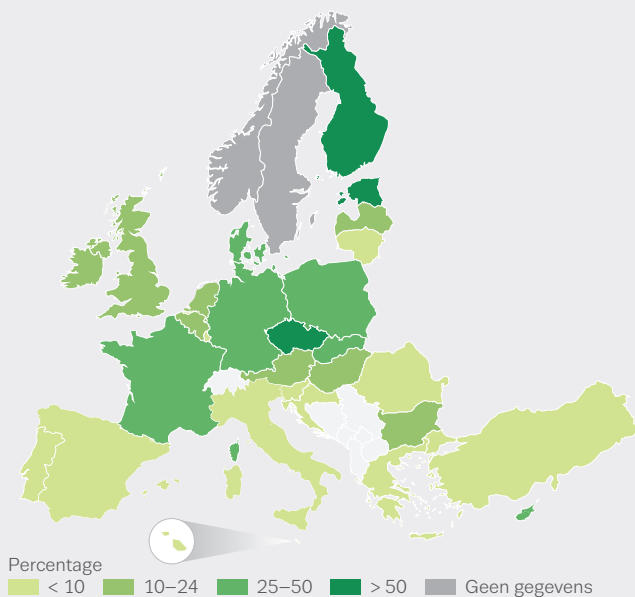
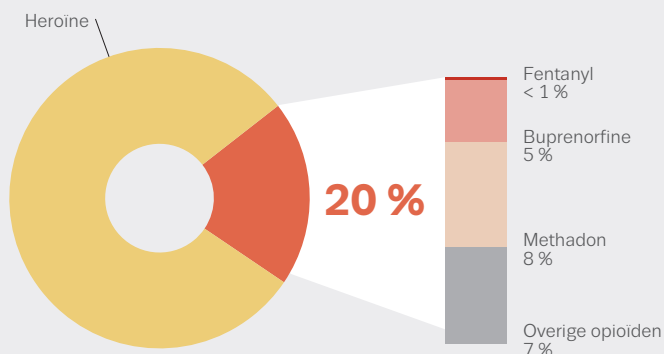


Andere landen, Verenigd Koninkrijk, Duitsland, Spanje, Italië

NB: De kenmerken betreffen al degenen die zich meldden voor behandeling met heroïne als primaire drug. Trends bij gebruikers die zich voor het eerst meldden voor behandeling zijn gebaseerd op 23 landen. Vanwege veranderingen in de stroom van gegevens op nationaal niveau kunnen de gegevens sinds 2014 uit Italië niet rechtstreeks met voorgaande jaren worden vergeleken.

FIGUUR 2.12

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



Synthetische opioïden: steeds vaker aangetroffen bij risicovol opioïdengebruik

Hoewel heroïne de meest gebruikte illegale opioïde blijft, melden meerdere bronnen dat het misbruik van legale synthetische opioïden (zoals methadon, buprenorfine, fentanyl) toeneemt. In 2015 rapporteerden 17 Europese landen dat meer dan 10 % van alle opioïdencliënten die met een gespecialiseerde behandeling begonnen niet behandeld werd voor heroïnegebruik maar voornamelijk voor problemen met andere opioïden (figuur 2.12). Cliënten die met een behandeling zijn begonnen, noemden onder andere de opioïden methadon, buprenorfine, fentanyl, codeïne, morfine, tramadol en oxycodon. In sommige landen zijn deze opioïden anders dan heroïne de meest gangbare vorm van opioïdengebruik onder cliënten die met een behandeling beginnen. In Estland gebruiken de meeste cliënten die zich melden voor behandeling voor opioïden fentanyl als hun primaire drug, terwijl in Finland buprenorfine de meest misbruikte opioïde is. Heroïne is in Tsjechië nog steeds de meest voorkomende primaire opioïde. Bij iets meer dan de helft van de cliënten die een behandeling voor problemen met opioïden starten, gaat het echter om andere opioïden.

Injecterend drugsgebruik: historisch laag onder cliënten die zich voor het eerst voor behandeling melden

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

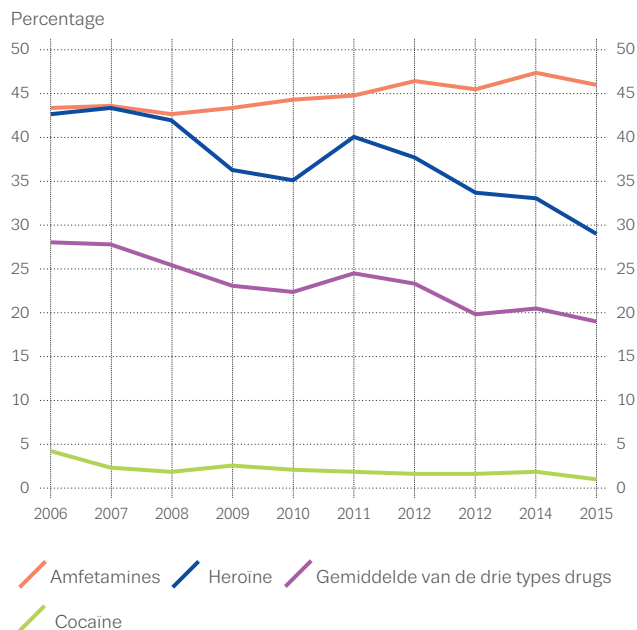
Slechts twaalf landen beschikken over schattingen van de prevalentie van injecterend drugsgebruik sinds 2012, variërend van 1 tot 9 gevallen per 1 000 inwoners tussen 15-64 jaar.

Van de cliënten met heroïne als primaire drug die in 2015 voor de eerste keer in behandeling gingen, gaf 29 % aan dat injecteren de belangrijkste wijze van toediening is. Dat is een daling ten opzichte van de 43 % in 2006 (figuur 2.13). In deze groep loopt het aantal injecterende gebruikers uiteen van 8 % in Spanje tot 90 % of meer in Letland, Litouwen en Roemenië. Van de cliënten met amfetamines als primaire drug die voor de eerste keer in behandeling gingen, meldde 46 % injecteren als belangrijkste wijze van toediening. Dit is een lichte stijging ten opzichte van 2006. Bij cliënten met cocaïne als primaire drug bedroeg dit percentage 1 %. Voor de drie belangrijkste geïnjecteerde drugs samen is het injecteren als belangrijkste wijze van toediening onder gebruikers die in Europa voor het eerst in behandeling gaan afgenomen van 28 % in 2006 tot 19 % in 2015.

FIGUUR 2.13

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

Trends in gebruikers die voor het eerst in behandeling gaan en rapporteren dat injecteren de voornaamste toedieningswijze voor hun primaire drug is



Legale synthetische opioïden worden steeds vaker illegaal gebruikt

MEER INFORMATIE

EMCDDA-publicaties

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.

Gezamenlijke publicaties van het EMCDDA en ESPAD

2016

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

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

3

**Het gebruik van illegale drugs
wordt geassocieerd met chronische
en acute gezondheidsproblemen**

Schadelijke gevolgen van drugsgebruik en maatregelen daartegen

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

Het ontwerpen en toepassen van een effectieve, evidence-based aanpak van drugsproblemen vormt een van de belangrijkste onderdelen van het Europese drugsbeleid en omvat een groot aantal verschillende maatregelen. Preventie en vroegtijdige interventie zijn gericht op het voorkomen van drugsgebruik en de daarmee samenhangende problemen. Behandelingen, met zowel psychosociale als farmacologische componenten, zijn daarentegen de belangrijkste instrumenten om verslaving aan te pakken. Sommige kerninterventies, zoals opioïdensubstitutiebehandeling en omruilprogramma's voor naalden en spuiten, zijn gedeeltelijk ontwikkeld als antwoord op injecterend opioïdengebruik en de daarmee samenhangende problemen, met name de verspreiding van infectieziekten en sterfgevallen door een overdosis.

Controle van schadelijke gevolgen van drugsgebruik en maatregelen

Nationale focal points van het Reitox-netwerk en werkgroepen van deskundigen verstrekken het EMCDDA informatie over de gezondheids- en sociale aanpak van drugsgebruik, waaronder drugsstrategieën en drugsgelateerde overheidsuitgaven. Indien er geen geformaliseerde gegevensreeksen beschikbaar zijn, geven beoordelingen door deskundigen aanvullende informatie over de beschikbaarheid van interventies. Dit hoofdstuk is verder gebaseerd op evaluaties van het wetenschappelijke bewijsmateriaal over de doeltreffendheid van de interventies op het gebied van de volksgezondheid. Ondersteunende informatie is beschikbaar op de website van het EMCDDA in de Gezondheids- en sociale-maatregelenprofielen en het EMCDDA best practice portal.

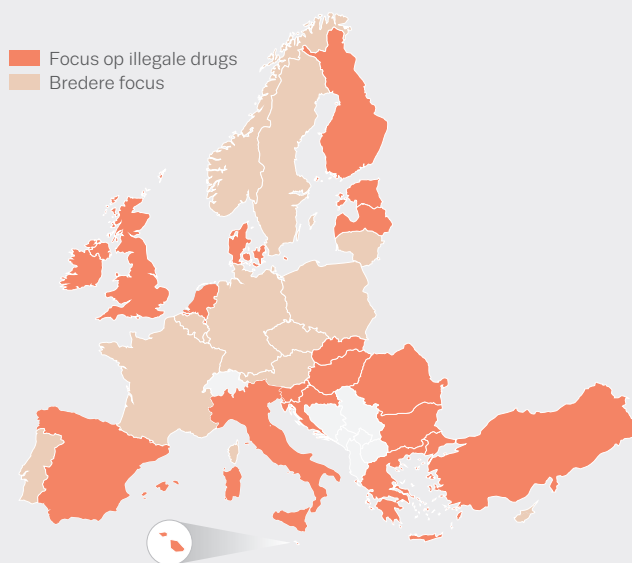
De schadelijke gevolgen voor de gezondheid die door het EMCDDA systematisch worden gemonitord zijn drugsgelateerde infectieziekten en morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van drugsgebruik. Deze worden aangevuld met beperktere gegevens over drugsgelateerde spoedgevallen in ziekenhuizen en gegevens uit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

Drugsstrategieën: coördineren van maatregelen

Nationale drugsstrategieën zijn plannings- en coördinatie-instrumenten die Europese landen doorgaans gebruiken als basis voor hun aanpak van de verschillende gezondheids-, sociale en veiligheidsproblemen in verband met drugs. Deze aanpak bestaat doorgaans uit een aantal algemene principes, doelstellingen en prioriteiten en bevat een nadere specificatie van de maatregelen en de partijen die zorg moeten dragen voor het uitvoeren van deze maatregelen. Met uitzondering van Denemarken, waar het nationale drugsbeleid bestaat uit een groot aantal verschillende strategische documenten, wetgeving en concrete maatregelen, beschikken alle landen over een nationaal beleidsdocument inzake drugs. In 18 landen is de drugsstrategie voornamelijk gericht op illegale drugs. In de andere twaalf landen is de beleidsfocus breder en wordt meer aandacht besteed aan andere verslavende middelen en verslavingsgedrag. In het Verenigd Koninkrijk beschikken de gedecentraliseerde overheden van Wales en Noord-Ierland over brede strategische documenten. Als deze twee documenten worden meegerekend stijgt het aantal brede strategieën inzake illegale drugs naar 14 (figuur 3.1). Deze brede documenten zijn voornamelijk gericht op illegale drugs, maar er bestaan verschillen met betrekking tot de manier waarop aandacht wordt besteed aan andere stoffen en verslavingen. Alle 14 documenten pakken alcohol aan, 9 besteden aandacht aan tabaksproducten, 8 aan geneesmiddelen, 3 zijn mede gericht op doping in de sport (bijv. prestatiebevorderende middelen) en 7 omvatten ook verslavingsgedrag (bijv. gokken). Nationale drugsstrategieën ondersteunen het gebalanceerde drugsbeleid van de EU, zoals uiteengezet in de EU-drugsstrategie (2013-2020) en de actieplannen 2013-2016 en 2017-2020), waarin evenveel nadruk wordt gelegd op het terugdringen van de vraag naar drugs als op het reduceren van het drugsaanbod.

FIGUUR 3.1

Focus van nationale drugsstrategie: illegale drugs of breder



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

In de EU-lidstaten worden de nationale drugsstrategieën nu standaard geëvalueerd. Deze evaluaties zijn er doorgaans op gericht om vast te stellen in welke mate de strategie geïmplementeerd werd en in welk opzicht de algemene drugssituatie in de loop van de tijd veranderd is. In 2016 is gerapporteerd dat er recentelijk 10 evaluaties aan de hand van meerdere criteria, 10 voortgangsanalyses van het implementeren en 4 specifieke thematische evaluaties zijn uitgevoerd. Zes landen hebben gebruikgemaakt van andere benaderingen zoals een mix van het evalueren van indicatoren en onderzoeksprojecten. Doordat sommige landen het bereik van hun drugsstrategieën uitbreiden naar andere stoffen en ander verslavingsgedrag, kan het steeds moeilijker worden om methoden en indicatoren te ontwerpen om deze beleidsdocumenten te monitoren en te evalueren.

Drugsgelateerde maatregelen: de kosten van acties

Inzicht in de kosten van drugsgelateerde acties vormt een belangrijk onderdeel van de beleidsevaluatie. Er is echter nog steeds weinig, en dan ook enkel nog maar heterogene, informatie beschikbaar over drugsgelateerde overheidsuitgaven in Europa, zowel op lokaal als nationaal niveau. In de 23 landen die de afgelopen 10 jaar ramingen hebben opgesteld, lopen de geschatte drugsgelateerde overheidsbestedingen uiteen van 0,01 % tot 0,5 % van het bruto binnenlands product (bbp).

Het aandeel van de uitgaven voor het terugdringen van de vraag naar drugs in de totale drugsbegroting verschilde aanzienlijk per land en bedroeg tussen 23 % en 83 % van de drugsgelateerde overheidsuitgaven. Hoewel deze verschillen gedeeltelijk verklaard kunnen worden door verschillende beleidskeuzes en een andere organisatie van overheidsdiensten, speelt de volledigheid van de ramingen ook een grote rol. In de huidige ramingen vormen drugsbehandelingen en andere gezondheidsgerelateerde kosten een groot deel van de uitgaven voor het terugdringen van de vraag naar drugs. Het monitoren van de uitgaven voor drugsbehandelingen is tot op heden het beste ontwikkeld. Desondanks moeten er nog methodologische aanpassingen worden gedaan.

Overheidsuitgaven voor de aanpak van het drugsprobleem vormen slechts een deel van de kosten die de maatschappij moet dragen in verband met illegale drugs. Bij deze kosten kunnen ook de kosten van afzonderlijke personen worden opgeteld, zoals particuliere bijdragen aan medische zorg, alsook externe kosten voor de samenleving, zoals het verlies van productiviteit en de financiële kosten vanwege vroegtijdig overlijden en ziekte ten gevolge van drugsgebruik. Door deze bredere kosten voor de samenleving te evalueren, kunnen middelen effectiever en gericht worden ingezet. In de Europese landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, worden de sociale kosten van illegale drugs geschat op 0,1 % tot 2 % van het bbp.

Terugdringen van de vraag: Europese normen

Op Europees en nationaal niveau worden kwaliteitsnormen voor het terugdringen van de vraag naar drugs in toenemende mate erkend als een instrument om evidence-based interventies te implementeren. In 2015 heeft de Raad van ministers van de EU 16 minimumkwaliteitsnormen op het gebied van het terugdringen van de vraag naar drugs in de Europese Unie goedgekeurd en landen aangemoedigd om deze normen in hun drugsbeleid te integreren. De Europese kwaliteitsnormen bestaan uit een aantal ambitieuze verklaringen op het gebied van preventie, behandeling, schadebeperking en sociale re-integratie. Deze normen koppelen de kwaliteit van interventies aan concrete maatregelen, waaronder een geschikte opleiding voor personeel en het toepassen van evidence-based interventies, alsook aan basisbeginselen zoals aandacht voor individuele behoeften en de naleving van ethische normen. In de normen wordt tevens benadrukt dat alle belanghebbenden, met inbegrip van het maatschappelijk middenveld, hun medewerking moeten verlenen aan het in werking stellen en evaluatie van maatregelen.

Uit de gegevens die verzameld werden door het EMCDDA blijkt dat er in de meeste Europese landen kwaliteitsnormen zijn ingevoerd en dat andere landen deze momenteel aan het ontwikkelen zijn. Kwaliteitsnormen kunnen op verschillende manieren worden ingezet. In sommige landen zijn de normen verbonden met dienstverlening en worden ze gebruikt om deze dienstverlening te evalueren. Ze worden ook gebruikt als vereiste voor deelname aan dienstverleningscontracten en als instrument voor zelfbeoordeling op het niveau van de dienstverlening.

Toepassen van preventie: een systeembenadering

De preventie van drugsgebruik en drugsgelateerde problemen onder jongeren omvat een groot aantal verschillende benaderingen. Op de omgeving gerichte en universele benaderingen richten zich op de gehele bevolking, terwijl selectieve preventie zich beperkt tot kwetsbare groepen met een verhoogd risico om problemen rond drugsgebruik te ontwikkelen, en kwetsbare personen de doelgroep vormen van geïndiceerde preventie.

In de meeste Europese landen zijn momenteel kwaliteitsnormen ingevoerd

Europese landen pakken preventie op zeer uiteenlopende wijze aan. Sommige landen kiezen voor een bredere, op de gemeenschap en de omgeving gerichte benadering (bv. het reguleren van alcohol in het uitgaansleven), terwijl andere landen voornamelijk gebruik maken van programma's gebaseerd op handleidingen. Op handleidingen gebaseerde preventieprogramma's, die gekenmerkt worden door een strikt gedefinieerde inhoud en toepassingen, kunnen een effectieve manier zijn om grote bevolkingsgroepen te bereiken met evidence-based interventies. In zes lidstaten vormen dit soort programma's de kern van de nationale preventiemaatregelen.

Andere landen geven in hun preventiemaatregelen de voorkeur aan een bredere systeembenadering, waarbij ze zich niet alleen op individuele programma's richten, maar ook op factoren zoals mechanismen voor de toepassingen van de maatregel, interacties tussen maatregelen en de sociale en beleidscontext. Een voorbeeld hiervan is de benadering 'Communities That Care' ('betrokken gemeenschappen'), die momenteel in vijf EU-landen wordt toegepast. Deze benadering die werd ontwikkeld in de Verenigde Staten is gebaseerd op de gedachte dat de prevalentie van gezondheids- en gedragsproblemen onder jongeren kan worden teruggedrongen door risicofactoren en beschermende factoren te identificeren en door effectieve programma's voor vroegtijdige interventie te selecteren, die deze factoren aanpakken. Bij een recente systematische evaluatie is in Amerikaanse onderzoeken duidelijk bewijs gevonden voor de effectiviteit van de benadering 'Communities That Care' als initiatief voor drugspreventie. De benadering moet echter nog in de Europese context worden geëvalueerd.

| Aanpakken van kwetsbaarheid en risico's

In Europese landen worden selectieve preventiemaatregelen voor kwetsbare groepen toegepast in de vorm van maatregelen die zowel gericht zijn op individueel gedrag als op de sociale context. Op lokaal niveau kunnen meerdere diensten en belanghebbenden (bv. sociale dienstverlening, diensten op het gebied van gezinnen en jongeren, politie) bij deze maatregelen betrokken zijn. Dergelijke maatregelen worden vaak toegepast in de Scandinavische landen en Ierland, alsook in delen van Spanje en Italië. De meeste van deze maatregelen zijn gericht op jonge overtreeders, scholieren met leer- en sociale problemen en jongeren in zorginstellingen. Er is weinig bekend over de concrete inhoud van deze preventiestrategieën en ze worden slechts in beperkte mate geëvalueerd. Advies van deskundigen wijst er echter op dat de meest gebruikte selectieve preventietechnieken gebaseerd zijn op het verstrekken van informatie.

In sommige landen worden preventiemaatregelen toegepast die gericht zijn op buurten met een hoog risico, waarbij gebruik wordt gemaakt van nieuwe methoden zoals de herinrichting van stedelijke ruimten en risicokaarten waarmee een prioriteit aan maatregelen kan worden toegewezen. Dit soort maatregelen wordt het vaakst toegepast in Noord- en West-Europa (zie figuur 3.2) en in iets meer dan een kwart van de landen worden benaderingen toegepast waarvan de doeltreffendheid (zowel normatief als voor de omgeving) bewezen is.

Geïndiceerde preventie richt zich op personen die een bepaald risico lopen. Dit type maatregel wordt slechts in beperkte mate toegepast in Europa. Slechts vier landen meldden dat de meeste hulpbehoevenden toegang tot geïndiceerde preventieprogramma's hadden.

| Korte interventies

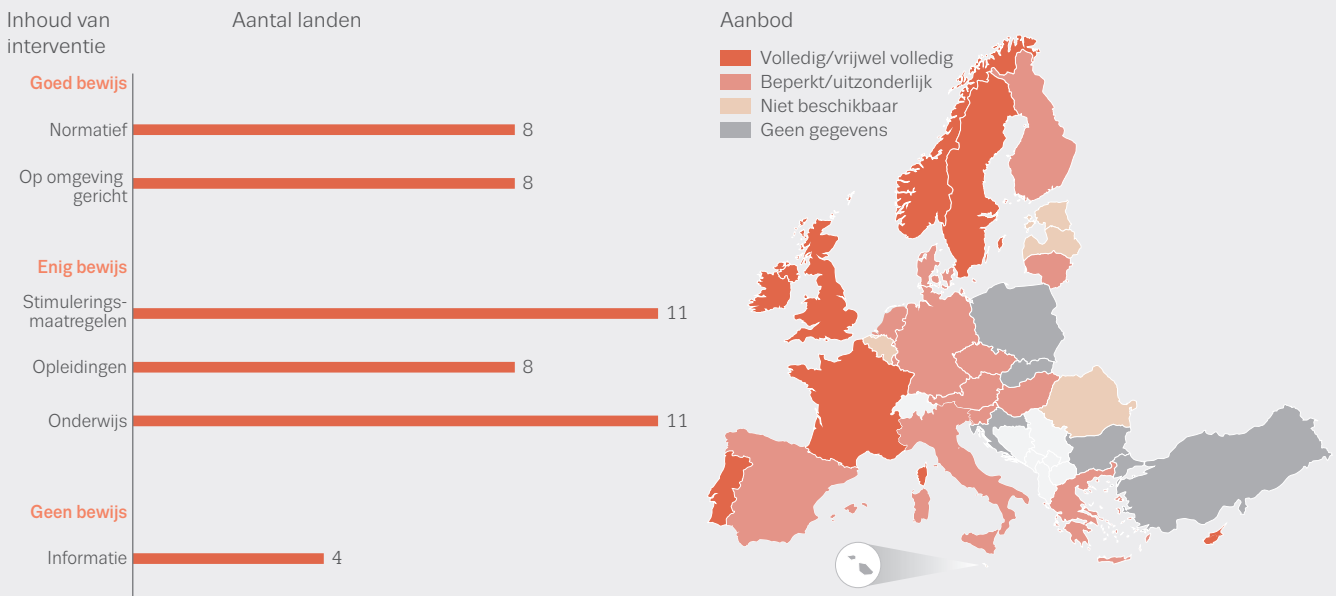
Korte interventies zijn erop gericht om drugsgebruik te voorkomen of uit te stellen, de intensiteit ervan te verminderen of te voorkomen dat gebruik overgaat in problematisch drugsgebruik. Deze tijdelijke interventies bevinden zich in het grijze gebied tussen preventie en behandeling en zijn doorgaans gericht op jongeren of personen met een verhoogd risico op drugsproblemen. Ze kunnen worden toegepast door een groot aantal verschillende hulpverleners uit de gezondheidszorg of de sociale dienstverlening, waaronder huisartsen, therapeuten, jeugdwerkers en politieagenten, en bevatten vaak elementen van motivationele gesprekstherapie.

Uit de huidige gegevens blijkt dat korte interventies niet op ruime schaal worden toegepast in Europa. Drie landen melden dat dergelijke interventies volledig en uitgebreid worden toegepast op scholen en twee landen geven aan dat deze interventies in die mate worden toegepast in de laagdrempelige dienstverlening.

Korte interventies worden vaak als relatief goedkoop beschouwd en kunnen na een korte opleiding door een groot aantal verschillende hulpverleners in meerdere settings worden toegepast. Voorbeelden van korte interventies die in verschillende landen zijn toegepast, zijn eSBIRT, gericht op het toepassen van korte interventies op afdelingen voor spoedeisende hulp (België) en Fred, gericht op jongeren in de eerste fase van gerechtelijke vervolging (Duitsland, Cyprus, Polen, Roemenië, Slovenië). Uit een recente evaluatie van het EMCDDA is echter gebleken dat er in sommige onderzoeken weliswaar bewijs voor de effectiviteit van korte interventies wordt geleverd, maar dat er aanvullend bewijs nodig is, alsook meer kennis over de omvang van de uitvoering van deze interventies.

FIGUUR 3.2

Preventiemaatregelen gericht op buurten met een hoog risico, zoals uitgevoerd in Europese landen: bewijsbasis en mate van toepassing



NB: Gebaseerd op waarderingen van deskundigen.

Doorverwijzing naar behandeling en verblijfsduur

Drugsbehandeling is de meest gebruikte interventie voor personen die problemen met hun drugsgebruik, waaronder verslaving, ondervinden en een goede toegang tot passende behandelingsdiensten is een van de belangrijkste beleidsdoelen. Om het behandelingstraject van cliënten te verbeteren en de dienstverlening beter af te stemmen op de waargenomen behoeften is het belangrijk dat de behandelingsresultaten worden gemonitord.

Zelfverwijzing is nog steeds de meest voorkomende weg naar behandeling. Deze vorm van verwijzing, waaronder ook verwijzing door familieleden of vrienden valt, was goed voor ongeveer de helft van de personen die in 2015 in Europa aan een gespecialiseerde drugsbehandeling begon. Een kwart (25 %) van de cliënten werd doorverwezen door gezondheidsdiensten en 15 % vanuit het strafrechtelijk systeem. In een aantal landen zijn regelingen van kracht om drugsdelinquenten uit het strafrechtelijk systeem te halen en in drugsbehandelprogramma's op te nemen. Dit kan inhouden dat er een gerechtelijk bevel wordt afgegeven om in behandeling te gaan of dat een straf wordt opgeschort op voorwaarde dat er een behandeling wordt

ondergaan; in sommige landen kan iemand ook al in een eerder stadium uit het strafrechtelijk systeem worden gehaald. In 2015 werden cannabiscliënten het vaakst vanuit het strafrechtelijk systeem doorverwezen; in Hongarije ging circa 80 % van de doorverwijzingen naar cannabisbehandelingen uit van deze bron.

Het traject van cliënten tijdens hun drugsbehandeling wordt vaak gekenmerkt door het gebruik van verschillende diensten, meerdere behandelingen en een variërende verblijfsduur. Op basis van de bevindingen uit een analyse van gegevens uit 2015 over gespecialiseerde behandelingen uit zeven landen kan meer inzicht worden verkregen in de behandelingstrajecten van cliënten. Van de 400 000 cliënten die in dat jaar in deze landen in behandeling waren, had iets minder dan 20 % zich voor het eerst in hun leven gemeld voor behandeling; circa 30 % was opnieuw in behandeling gegaan, na in een voorafgaand jaar eerder in behandeling te zijn geweest; en ongeveer de helft van de cliënten volgde reeds meer dan 1 jaar een behandeling. De meeste cliënten in langdurige behandeling waren mannen achter in de dertig, die al meer dan drie jaar in behandeling waren voor opioïdengebruik, met name heroïne.

Cannabisbehandeling: breed scala aan benaderingen

Regelmatig en langdurig gebruik van cannabis wordt in verband gebracht met een verhoogd risico op geestelijke en lichamelijke gezondheidsproblemen, waaronder verslaving. In een groot aantal landen worden personen met problemen op het gebied van cannabisgebruik behandeld in het kader van generieke programma's voor drugsgebruik. Ongeveer de helft van de landen biedt specifiek op cannabis gerichte behandelingen aan. Hulpverlening voor cannabisgebruikers kan zeer divers zijn, variërend van korte interventies via internet tot langdurige therapeutische behandelingen in gespecialiseerde centra. Hoewel de meeste behandelingen voor deze groep in gemeenschaps- of extramurale settings plaatsvinden, meldde circa een op de vijf personen die aan een intramurale behandeling voor drugsgebruik begonnen een primair cannabisgerelateerd probleem.

De behandeling van cannabisgerelateerde problemen is voornamelijk gebaseerd op psychosociale benaderingen; in het geval van adolescenten wordt veelal gebruikgemaakt van gezinsgerichte interventies en in het geval van volwassenen wordt doorgaans cognitieve gedragstherapie toegepast. Het huidige beschikbare bewijsmateriaal ondersteunt het gebruik van een combinatie van cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering en 'contingency management', een bepaalde vorm van gedragstraining. Er is bovendien enig bewijs voor de effectiviteit van multidimensionale familietherapie bij jonge cannabisgebruikers. Er worden in toenemende mate online en digitale interventies ingezet om cannabisgebruikers te bereiken. De voorlopige bevindingen van onderzoeken waarin de effecten van dit soort interventies worden gemeten, zijn bemoedigend wat betreft de mate waarin het drugsgebruik is teruggebracht en de mogelijkheden om in persoonlijke behandeling te gaan (indien nodig).

Een aantal studies onderzoekt het gebruik van farmacologische interventies voor cannabisgerelateerde problemen. Hierbij wordt onder andere gekeken naar de mogelijkheden voor het gebruik van THC en synthetische THC, in combinatie met andere psychoactieve geneesmiddelen, waaronder antidepressiva, anxiolytica en stemmingsstabilatoren. Tot op heden zijn de resultaten echter nog niet consistent en is er nog geen effectieve farmacologische benadering voor het behandelen van cannabisverslaving gevonden.

Drugsbehandeling: meestal aangeboden in gemeenschapscentra

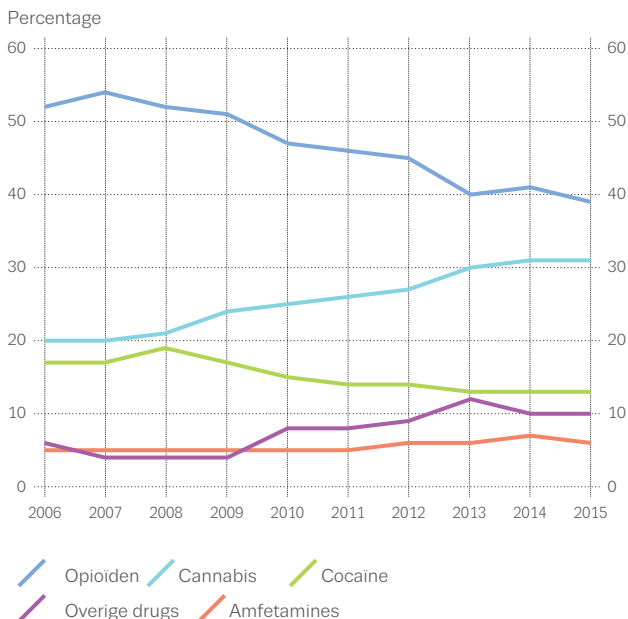
Naar schatting waren in 2015 in de Europese Unie circa 1,4 miljoen mensen in behandeling voor het gebruik van illegale drugs (1,6 miljoen met inbegrip van Noorwegen en Turkije). Opioidengebruikers vormen de grootste groep cliënten die een gespecialiseerde behandeling volgt. Zij doen een beroep op het merendeel van de beschikbare behandelingsfaciliteiten, voornamelijk in de vorm van substitutiebehandelingen. Cannabis- en cocaïnegebruikers zijn de respectievelijk op een na en op twee na grootste groep gebruikers die in behandeling gaan (figuur 3.3). Voor deze cliënten vormen psychosociale interventies de belangrijkste behandelingsmethode. De verschillen tussen de landen zijn echter zeer groot. Opioidengebruikers zijn in Estland verantwoordelijk voor 90 % van de gebruikers die in behandeling gaan, terwijl in Hongarije deze groep nog geen 5 % vertegenwoordigt.

De meeste drugsbehandelingen in Europa vinden plaats in ambulante settings, waarbij gespecialiseerde ambulante centra hulp bieden aan het grootste aantal behandelde drugsgebruikers (figuur 3.4). Algemene gezondheidscentra zijn de op een na grootste hulpverleners. Tot deze categorie behoren ook huisartspraktijken, die in een aantal grote landen zoals Duitsland en Frankrijk belangrijke voorschrijvers van substitutiebehandelingen voor opioïden zijn. In andere landen, zoals Slovenië, spelen centra voor geestelijke gezondheidszorg een centrale rol bij het verlenen van ambulante zorg.

**Hulpverlening voor
cannabisgebruikers
kan zeer divers zijn**

FIGUUR 3.3

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



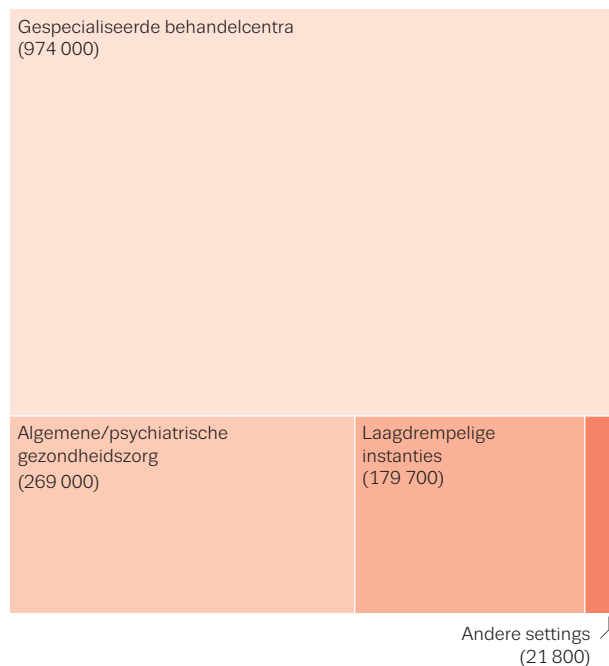
Een kleiner deel van de verslavingszorg wordt verleend in residentiële settings, zoals in ziekenhuizen (bv. psychiatrische afdelingen), therapeutische gemeenschappen en andere gespecialiseerde residentiële behandelingscentra. Het relatieve belang van de ambulante en residentiële hulpverlening in de nationale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

Een groot aantal interventies op het gebied van drugsbehandeling wordt tegenwoordig ook steeds vaker online aangeboden. Online-interventies bieden de mogelijkheid om het bereik en de geografische dekking van behandelingsprogramma's uit te breiden naar mensen met drugsproblemen die anders geen toegang tot gespecialiseerde drugshulpverlening zouden hebben.

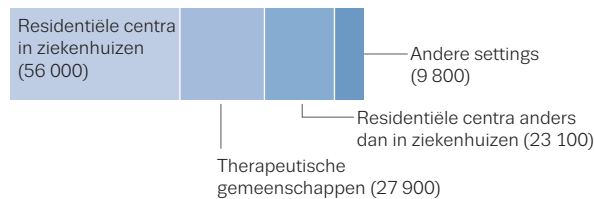
FIGUUR 3.4

Aantal drugsgebruikers in behandeling in Europa in 2015, naar setting

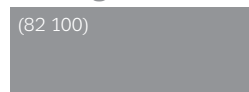
Ambulant



Residentiële

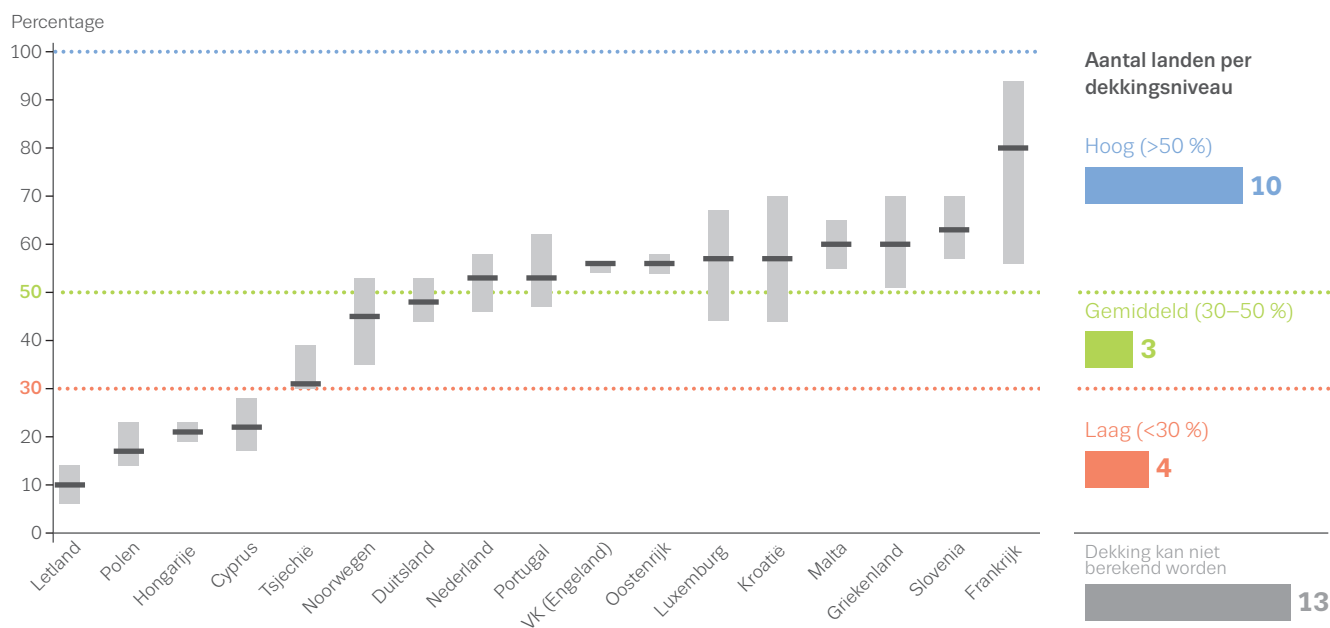


Gevangenis



FIGUUR 3.5

Dekking van substitutiebehandeling met opioïden (percentage van het geschatte aantal opioïdengebruikers met een hoog risico dat een substitutiebehandeling volgt)



NB: Gegevens weergegeven als puntschattingen en onzekerheidsintervallen.

Substitutiebehandeling voor problemen met opioïdengebruik

De meest gebruikelijke behandeling van opioïdenverslaving is de substitutiebehandeling, doorgaans gecombineerd met psychosociale interventies. Deze aanpak wordt ondersteund door het beschikbare bewijsmateriaal, dat duidt op positieve resultaten met betrekking tot het volhouden van behandelingen, het strafbare opioïdengebruik, het gerapporteerde risicogedrag, drugsgerelateerde schadelijke effecten en sterfgevallen.

In 2015 ontvingen naar schatting 630 000 gebruikers van opioïden een substitutiebehandeling in de Europese Unie (650 000 met inbegrip van Noorwegen en Turkije). De trend wijst op een toename van cliënten tot een piek in 2010, waarna in 2015 een daling van 6 % volgde. Tussen 2010 en 2015 werden er in 12 landen dalingen waargenomen, waarbij de grootste dalingen (dalingen van meer dan 25 %) gerapporteerd werden door Spanje, Hongarije, Nederland en Portugal. Deze daling kan verklaard worden door factoren op het gebied van vraag en aanbod, waaronder een kleiner wordende groep vergrijzende, chronische opioïdengebruikers of veranderingen in de behandelingsdoelstellingen in sommige landen. Andere landen zijn hun aanbod van behandelingen blijven uitbreiden om de dekking ervan te vergroten, waarbij 12 landen tussen 2010 en 2015 toenames hebben gemeld, waaronder Letland (157 %), Finland (67 %) en Griekenland (61 %).

Deze tendensen worden bevestigd in de meest recente gegevens (2014-2015), waarin 12 landen een toename en 9 landen een afname melden van het totale aantal cliënten die een substitutiebehandeling volgen.

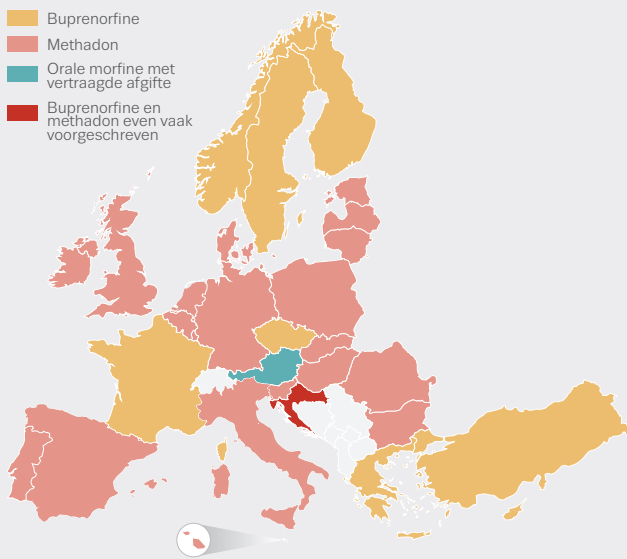
Een vergelijking met huidige schattingen van het aantal opioïdengebruikers met een hoog risico in Europa lijkt erop te wijzen dat de helft van deze groep een substitutiebehandeling volgt, maar er bestaan verschillen tussen landen (figuur 3.5). Om methodologische redenen moeten deze bevindingen echter terughoudend worden geïnterpreteerd.

Methadon is het meest voorgeschreven substitutiemiddel voor opioïden: circa twee derde (63 %) van de cliënten wordt ermee behandeld. Daarnaast wordt 35 % van de cliënten behandeld met geneesmiddelen op basis van buprenorfine, dat in acht landen het belangrijkste substitutiemiddel is (figuur 3.6). Andere middelen, zoals morfine met vertraagde afgifte of diacetylmorfine (heroïne), worden in Europa slechts zelden voorgeschreven (aan ongeveer 2 % van de cliënten die een substitutiebehandeling volgen).

Methadon is het meest voorgeschreven substitutiemiddel voor opioïden

FIGUUR 3.6

Voornaamste voorgeschreven substitutiemiddel voor opioïden



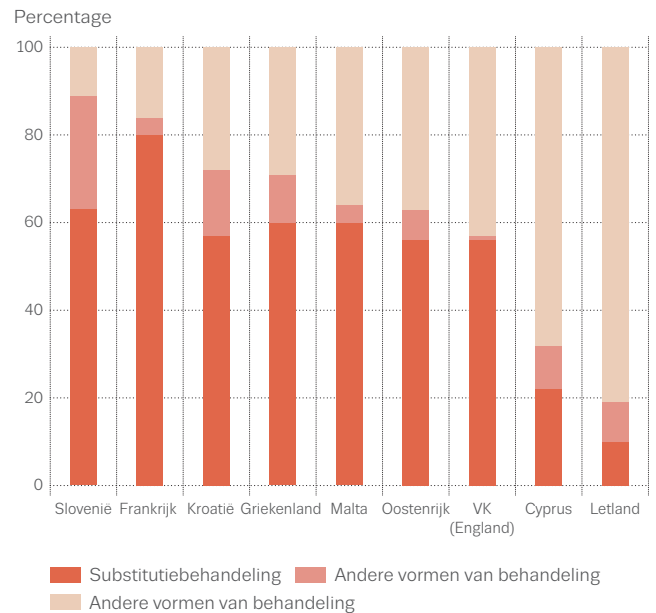
In alle Europese landen bestaan ook alternatieve behandelingsopties voor opioïdengebruikers, hoewel deze minder gangbaar zijn dan substitutiebehandelingen. In de 9 landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, kregen tussen 1 % en 26 % van alle opioïdengebruikers die in behandeling waren een behandeling zonder substitutiemedicatie (figuur 3.7).

Gevangenis: lage beschikbaarheid van behandelingen van hepatitis C

De percentages drugsgebruik onder gedetineerden liggen hoger dan onder de algemene bevolking. Ook veroorzaken de gebruikspatronen (waaronder injecteren) meer schadelijke effecten. Dit maakt gevangenissen een belangrijke setting voor drugsgelateerde interventies. Veel gevangenen hebben behoefte aan complexe vormen van gezondheidszorg en in veel landen vormt een evaluatie van het drugsgebruik en drugsgelateerde problemen een belangrijk onderdeel van de gezondheidsscreening bij het begin van hun detentie.

FIGUUR 3.7

Percentage opioïdengebruikers met een hoog risico dat een behandeling volgt (schatting)

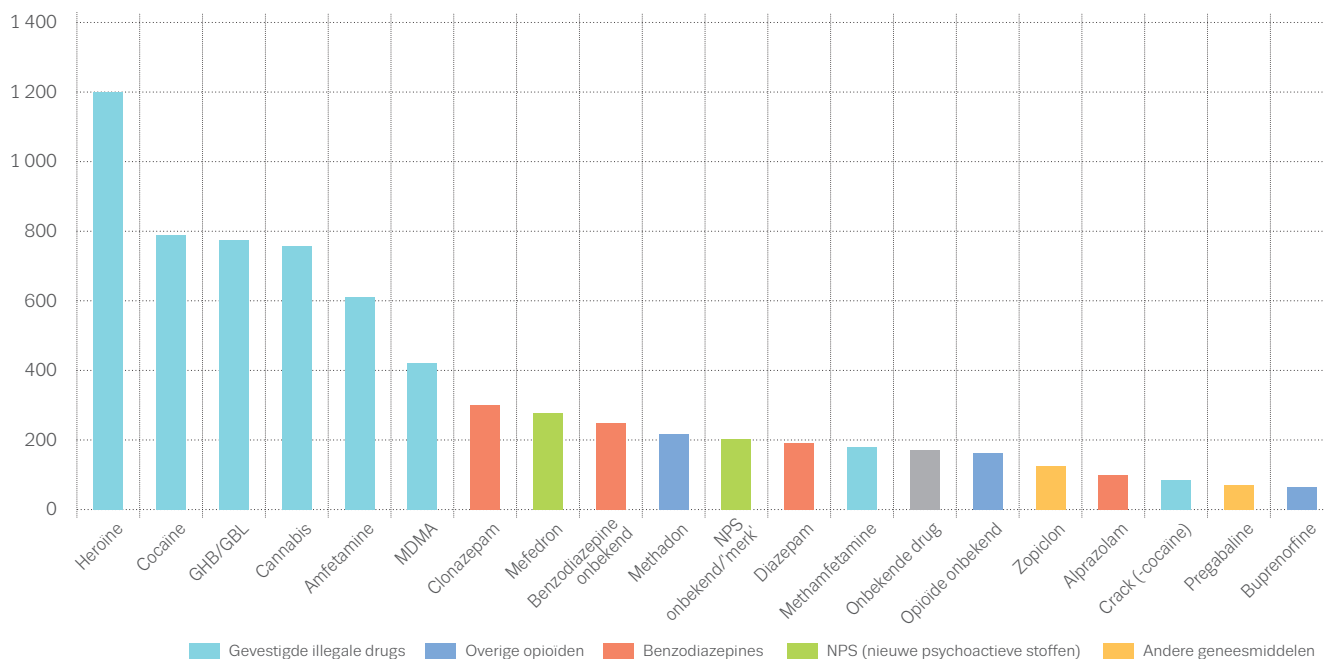


Voor het implementeren van gezondheidsinterventies in gevangenissen zijn twee basisbeginselen van belang: een gelijkwaardig aanbod van interventies zoals die in de samenleving worden aangeboden en de continuïteit van zorg na vrijlating. In 28 van de 30 landen waarover het EMCDDA informatie verzamelt, worden in gevangenissen opioïden substitutiebehandeling aangeboden. In de meeste landen zijn detoxificatie, individuele en groeps counseling, therapeutische gemeenschappen of speciale afdelingen voor patiënten aanwezig. Veel Europese landen hebben overkoepelende samenwerkingsverbanden opgezet tussen de gezondheidszorg in de gevangenis en zorgverleners in de reguliere maatschappij, om ervoor te zorgen dat er binnen de gevangenis wordt voorzien in gezondheidsvoorlichting en behandeling en dat de zorgcontinuïteit bij detentie en vrijlating gewaarborgd wordt.

FIGUUR 3.8

Top 20 van drugs die in 2015 zijn gerapporteerd bij spoedgevallen in ziekenhuizen met een poortwachtersfunctie

Aangetroffen drugs



NB: Resultaten van 5 054 spoedgevallen in 15 ziekenhuizen met een poortwachtersfunctie in 9 Europese landen.
Bron: Europees Netwerk voor drugsgerelateerde spoedgevallen (Euro-DEN plus).

In de meeste landen wordt in gevangenissen getest op infectieziekten (hiv, HBV, HCV). Behandelingen van hepatitis C worden echter maar zelden aangeboden. In 16 landen wordt melding gemaakt van de aanwezigheid van vaccinatieprogramma's tegen hepatitis B. Het verstrekken van steriel injectiemateriaal is daarentegen minder gangbaar: slechts 4 landen rapporteren dat er omruilprogramma's voor naalden en spuiten beschikbaar zijn in gevangenissen.

In de meeste landen worden gevangenen voorbereid op hun vrijlating en geholpen met hun sociale re-integratie. Vijf landen geven aan te beschikken over programma's ter preventie van het risico op een overdosis, dat met name hoog is bij injecterende opioïdengebruikers in de periode na vrijlating. In het kader van deze programma's wordt onder andere training aangeboden, informatie verschaft en naloxon verstrekt na vrijlating.

Spoedgevallen in ziekenhuizen: meerdere middelen spelen een rol

Gegevens over spoedgevallen in ziekenhuizen kunnen meer inzicht verschaffen in acute drugsgerelateerde schade. Deze informatie is afkomstig van het Europese Netwerk voor drugsgerelateerde spoedgevallen (Euro-DEN Plus), dat in 15 (poortwachters-)ziekenhuizen in 9 Europese landen een inventarisatie maakt van spoedgevallen die verband houden met drugs. Bij de 5 054 spoedgevallen die in 2015 geregistreerd werden binnen het kader van het project was de gemiddelde leeftijd 31 jaar en in de meeste gevallen betrof het mannen (77 %).

Gemiddeld werden per spoedgeval ongeveer 1,5 drugs gemeld (7 768 in totaal) (zie figuur 3.8). Bijna twee derde van de spoedgevallen (65 %) betrof het gebruik van de meest gangbare gevestigde drugs, waarbij heroïne, cocaine, cannabis, GHB/GBL, amfetamines en MDMA het vaakste werden aangetroffen; een kwart van de spoedgevallen (24 %) betrof het illegaal gebruik van vrij beschikbare of op doktersrecept verkrijgbare geneesmiddelen (in de meeste gevallen opioïden en diazepines/benzodiazepines); en in 9 % van de gevallen betrof het nieuwe psychoactieve stoffen (een stijging ten opzichte van 6 % in 2014). De helft van de spoedgevallen voor nieuwe psychoactieve stoffen betrof een synthetische cathinon en 14 % een synthetische cannabinoïde. De bij spoedgevallen aangetroffen drugs varieerden per locatie, hetgeen wijst op lokale patronen van drugsgebruik. Spoedgevallen in verband met heroïne

Veel gevangenen hebben behoefte aan complexe vormen van gezondheidszorg

kwamen bijvoorbeeld het vaakst voor in Dublin (Ierland) en Oslo (Noorwegen), terwijl spoedgevallen in verband met GHB/GBL, cocaïne en MDMA de boventoon voerden in Londen (Verenigd Koninkrijk).

De meerderheid (80 %) van de personen die zich meldden met een acute drugsvergiftiging werd binnen de 12 uur uit het ziekenhuis ontslagen; bij een kleine minderheid (6 %) was de vergiftiging dermate ernstig dat ze op de intensive care moesten worden opgenomen en 4 % werd opgenomen op een psychiatrische afdeling. Bij ongeveer de helft (9) van de 17 geregistreerde sterfgevallen waren opioïden betrokken.

Slechts enkele landen beschikken over nationale volgsystemen waaruit een nationale analyse van acute drugsgerelateerde vergiftigingen kan worden gemaakt. Van deze landen meldt het Verenigd Koninkrijk een stijging van het aantal acute spoedgevallen in verband met heroïne. In Tsjechië en Denemarken blijft dit soort spoedgevallen afnemen, maar neemt het aantal spoedgevallen in verband met methadon toe. In Litouwen zijn spoedgevallen in verband met opioïden bijna verdubbeld tussen 2013 en 2015. In Spanje speelt cocaïne een rol bij ongeveer de helft van de gerapporteerde drugsgerelateerde spoedgevallen en deze trend stabiliseert zich na een daling. Spoedgevallen in verband met cannabis blijven daarentegen toenemen. Ook Slovenië meldt een stijgende trend van het aantal spoedgevallen in verband met cannabis. In Nederland hield de helft van de gevallen die zich bij eerstehulplocaties op festivals meldden (51 %) verband met MDMA en dit percentage daalt. In Tsjechië is het aantal spoedgevallen in verband met methamfetamine, zoals geregistreerd door centra met een poortwachtersfunctie, tussen 2014 en 2015 met meer dan 50 % toegenomen.

Nieuwe drugs: zeer sterk en schadelijk

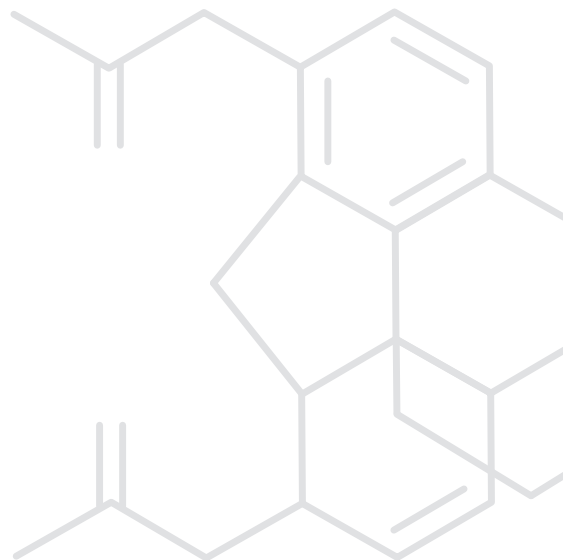
Nieuwe psychoactieve stoffen, waaronder nieuwe synthetische opioïden, synthetische cannabinoiden en synthetische cathinonen, brengen uiteenlopende schadelijke gevolgen met zich mee in Europa.

Vormen van fentanyl zijn zeer sterke opioïden die weliswaar slechts een kleine rol op de Europese drugsmarkt spelen, maar een ernstige bedreiging vormen voor zowel de persoonlijke gezondheid als de volksgezondheid. Dit is onder meer het gevolg van het verhoogde risico op ernstige en dodelijke vergiftigingen onder gebruikers (vaak in de vorm van een uitbraak), aangezien vormen van fentanyl snelle en ingrijpende ademdepressie kunnen veroorzaken. Dit komt tevens door het verhoogde risico op accidentele blootstelling, die tot

vergiftiging bij anderen leidt; hierdoor kunnen familieleden en vrienden van gebruikers, alsook wetshandhavers, andere nooddiensten, medisch personeel en personeel van laboratoria risico lopen. In sommige settings, zoals douanefaciliteiten aan de grenzen van Europa, waar fentanylpoeders in grote hoeveelheden in beslag kunnen worden genomen, kan beschermende uitrusting nodig zijn om het risico op schade als gevolg van accidentele blootstelling te beperken. Bovendien zijn er aanwijzingen dat vormen van fentanyl aan nietsvermoedende gebruikers werden verkocht als gevestigde illegale drugs en namaakpijnstillers, waardoor het risico op ernstige en dodelijke vergiftigingen in sommige groepen gebruikers mogelijk toeneemt. Onder dergelijke omstandigheden kan het nodig zijn om de beschikbaarheid van het antidotum naloxon te beoordelen. Naast de acute risico's op een overdosis, geven vormen van fentanyl ook een grote kans op misbruik en kunnen ze tot verslaving leiden, waardoor de problemen voor de volksgezondheid en de sociale problemen, die doorgaans met risicovol opioïdengebruik worden geassocieerd, erger kunnen worden.

Na signalen uit het EU Early Warning System te hebben ontvangen, zijn het EMCDDA en Europol in 2016 speciale onderzoeken naar acrylofentanyl en furanylfentanyl gestart. Er zijn meer dan vijftig sterfgevallen gemeld, waarvan een groot aantal rechtstreeks aan deze stoffen konden worden toegeschreven. Bovendien heeft het EMCDDA in verband met deze en andere nieuwe vormen van fentanyl vijf gezondheidswaarschuwingen afgegeven aan zijn Europees netwerk.

Nieuwe psychoactieve stoffen brengen uiteenlopende schadelijke gevolgen met zich mee in Europa



Een andere groep nieuwe stoffen die in 2016 problemen bleef veroorzaken, zijn de synthetische cannabinoïden. Het EMCDDA heeft op basis van 45 ernstige gebeurtenissen, waaronder 18 sterfgevallen en 27 niet-fatale vergiftigingen, gezondheidswaarschuwingen afgegeven voor drie stoffen: MDMB-FUBINACA, MDMB-CHMICA en 5F-MDMB-PINACA. Bovendien is het EMCDDA een procedure gestart die geresulteerd heeft in een risicobeoordeling van MDMB-CHMICA en er uiteindelijk toe heeft geleid dat de stof in heel Europa aan controlemaatregelen is onderworpen (zie kader).

Nieuwe drugs: ontwikkelen van hulpverleningsvaardigheden

De schadelijke gevolgen van nieuwe drugs stellen de hulpverleners in het veld voor een aantal nieuwe uitdagingen. Uit een recente analyse van het EMCDDA is gebleken dat Europese zorgverleners in verschillende settings (behandeling, preventie en schadebeperking) hoofdzakelijk vertrouwen op de beroepservaring die ze met gevestigde illegale drugs hebben opgedaan en op de interventies die in die context zijn toegepast. Voorbeelden van dit soort interventies zijn de verspreiding van educatief materiaal, het verstrekken van steriele injectiebehouders of een symptomatische benadering van acute spoedgevallen. Evidence-based interventies worden vaak aangepast om rekening te houden met specifieke vergiftigingen, met de sociaal-culturele kenmerken van risicogroepen (bv. uitgaanspubliek, mannen die seks hebben met mannen), of om te reageren op bepaald risicovol gedrag (bv. verhoogde toegang tot spuiten als reactie op een hoge injectiefrequentie) in verband met nieuwe psychoactieve stoffen. In de analyse werd er tevens op gewezen dat er een behoefte is aan professionele training, begeleiding en activiteiten ter uitbreiding van competenties om te leren hoe er op nieuwe drugs gereageerd moet worden.

Het is een grote uitdaging om interventies uit te voeren die gericht zijn op moeilijk bereikbare populaties drugsgebruikers die te maken hebben met aanzienlijke schade ten gevolge van nieuwe psychoactieve stoffen, zoals mannen die seks hebben met mannen, daklozen en gevangenen. In sommige landen heeft het toenemende gebruik van synthetische cannabinoïden door gevangenen aanleiding tot zorg gegeven, vanwege de gevolgen ervan voor de geestelijke gezondheid, de sterke ontwenningsschijnselen en de toenemende agressie die met deze stoffen gepaard gaan. Multidisciplinaire maatregelen en samenwerkingsverbanden waarbij een groot aantal verschillende hulpverleners in verschillende settings betrokken zijn (bv. soa-klinieken of penitentiaire settings en centra voor drugsbehandelingen), lijken een

Risicobeoordeling van MDMB-CHMICA

In juli 2016 werd MDMB-CHMICA als eerste synthetische cannabinoïde door het EMCDDA aan een risicobeoordeling onderworpen. De stof is in 2014 voor het eerst door Hongarije aan het EU Early Warning System gemeld en is vervolgens aangetroffen in 23 EU-lidstaten, Turkije en Noorwegen. De stof speelde een rol bij meer dan 20 ernstige vergiftigingen en 28 sterfgevallen.

Poeders met MDMB-CHMICA worden in grote hoeveelheden geproduceerd in China en in Europa geïmporteerd, waar ze worden verwerkt tot 'kruidenmengsels om te roken'. Een groot deel van de schadelijke effecten van MDMB-CHMICA en andere synthetische cannabinoïden wordt toegeschreven aan de sterke werking van deze stoffen en de slechte productiepraktijken. Uit bewijs komt naar voren dat producenten tijdens de productie van deze 'mengsels om te roken' slechts een schatting maken van de hoeveelheid van de toe te voegen stof. Daarnaast kan het voorkomen dat de stof niet gelijkmatig in het product verdeeld wordt vanwege de gebruikte primitieve productietechnieken. Dit kan ertoe leiden dat sommige monsters grotere hoeveelheden van de stof bevatten, hetgeen resulteert in hoge doseringen en een verhoogd risico op ernstige vergiftiging en overlijden.

belangrijk onderdeel te vormen van adequate gezondheidsmaatregelen die gericht zijn op de schade ten gevolge van het gebruik van nieuwe psychoactieve stoffen in Europa.

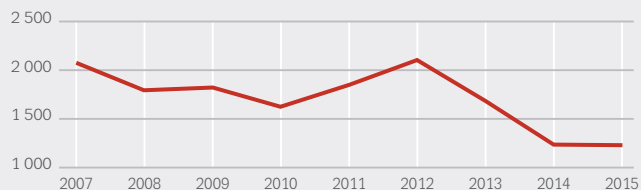
Chronische drugsgelateerde schade: hiv neemt af, maar lokale uitbraken waargenomen

Drugsgebruikers, met name injecterende drugsgebruikers, lopen het risico op infectieziekten door het gemeenschappelijk gebruik van materialen voor het toedienen van drugs en ook door onveilige seks. Het injecteren van drugs blijft een centrale rol spelen bij infecties die via het bloed worden overgedragen, zoals het hepatitis C-virus (HCV) en, in sommige landen, het humaan immunodeficiëntievirus (hiv). In 2015 zijn in de Europese Unie 1 233 nieuwe hiv-diagnoses geregistreerd onder personen die geïnfecteerd zijn geraakt als gevolg van injecterend drugsgebruik (figuur 3.9). Dit komt neer op 5 % van de diagnoses waarvan de besmettingswijze bekend is. Dit cijfer is de laatste tien jaar laag en stabiel gebleven. In de meeste Europese landen is het aantal nieuwe hiv-infecties onder personen die drugs injecteren afgenomen, waarbij tussen 2007 en 2015 een daling van 41 % is waargenomen. In sommige landen is injecterend

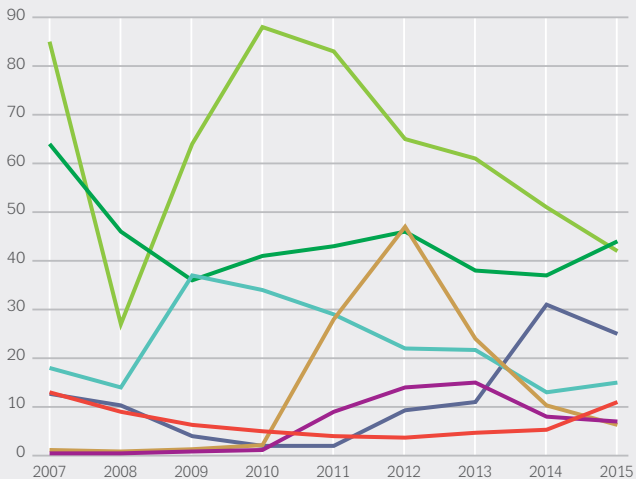
FIGUUR 3.9

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

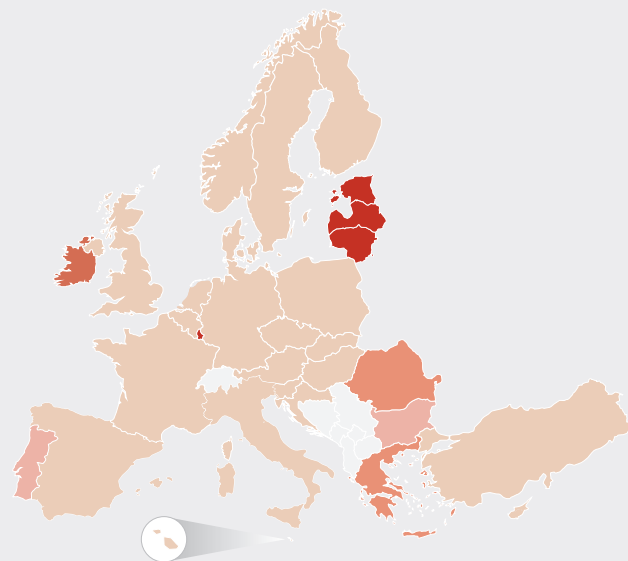
Gevallen in de Europese Unie



Gevallen per miljoen inwoners



Letland Estland Luxemburg Litouwen
Ierland Roemenië Griekenland



Gevallen per miljoen inwoners

<3 3,1-6 6,1-9 9,1-12 >12

NB: Gegevens voor 2015 (bron: ECDC).

drugsgebruik echter nog steeds een belangrijke wijze van besmetting: in 2015 kon in Litouwen (34 %), Letland (32 %), Luxemburg (27 %) en Estland (25 %) een kwart of meer van de nieuwe hiv-diagnoses toegeschreven worden aan injecterend drugsgebruik.

Hoewel een meerderheid van de landen tussen 2014 en 2015 een afname van het aantal hiv-gevallen in verband met injecterend drugsgebruik rapporteerde, meldden Duitsland, Ierland en het Verenigd Koninkrijk stijgingen naar niveaus die de laatste zeven of acht jaar niet zijn waargenomen. In Ierland en het Verenigd Koninkrijk werden deze stijgingen gedeeltelijk veroorzaakt door lokale uitbraken van nieuwe hiv-infecties onder personen die drugs injecteren. Luxemburg meldde eveneens een uitbraak in 2014. Deze uitbraken hebben enkele gemeenschappelijke kenmerken, zoals een toename van het injecteren van stimulerende middelen en een hoge mate van marginalisatie van gebruikers. Bovendien is het injecteren van stimulerende middelen in een seksuele context ('slamming') door kleine groepen mannen die seks hebben met mannen in verband gebracht met een verhoogd risico op het overdragen van infecties.

In 2015 kon 14 % van die nieuwe gevallen van aids in Europa waarvan de besmettingswijze bekend is, worden toegeschreven aan injecterend drugsgebruik. De 479

meldingen in verband met injecterend drugsgebruik komen neer op iets meer dan een kwart van het aantal dat tien jaar geleden werd gerapporteerd. Een groot aantal van deze gevallen is gemeld in Griekenland, Letland en Roemenië, waar de maatregelen op het gebied van hiv-testen en -behandeling moeten worden opgedreven.

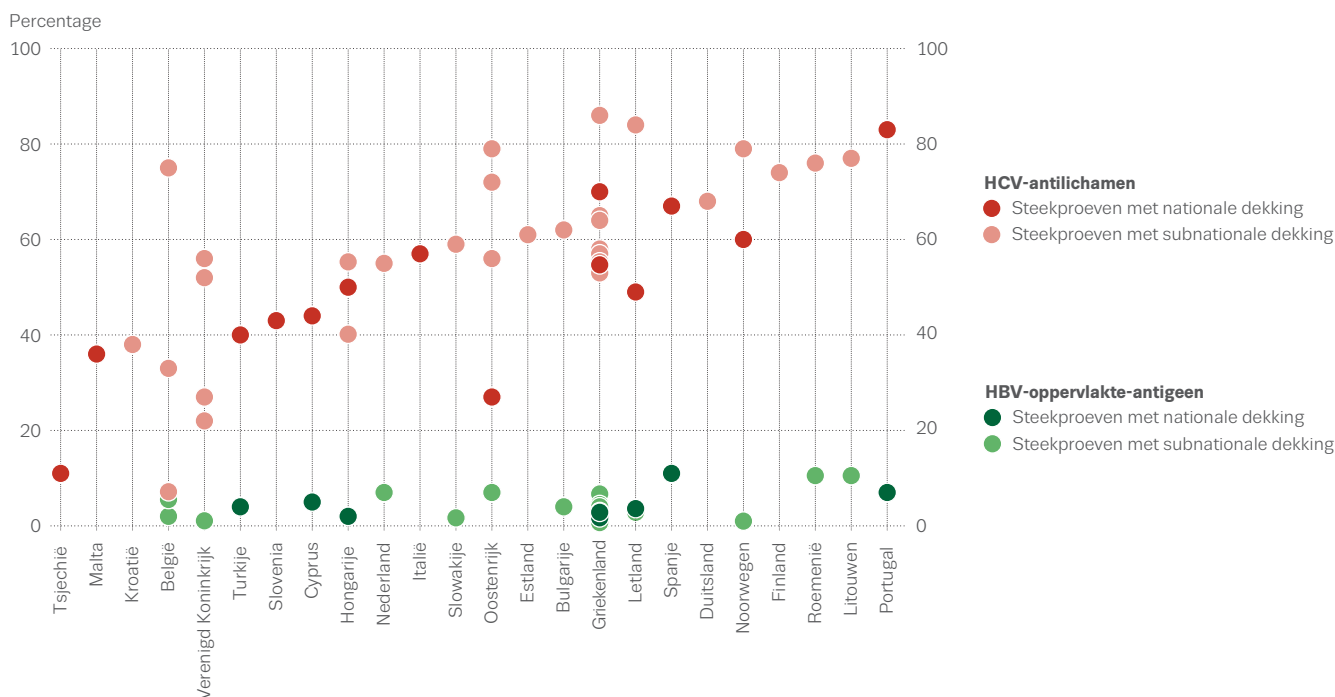
Prevalentie van hepatitis C: nationale verschillen

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

Het aantal nieuwe hiv-infecties onder personen die drugs injecteren is afgenomen

FIGUUR 3.10

Prevalentie van HCV-antilichamen en HBV-oppervlakte-antigeen onder injecterende drugsgebruikers, 2014-2015



De prevalentie van HCV-antilichamen (die duiden op een actuele of inmiddels verdwenen infectie) in nationale steekproeven onder injecterende drugsgebruikers in 2014-2015 varieerde van 16 % tot 84 %, waarbij 5 van de 13 landen die over nationale gegevens beschikken een prevalentieniveau van meer dan 50 % meldden (figuur 3.10). Van de landen met nationale trendgegevens voor de periode 2010-2015 werd in vier landen een dalende HCV-prevalentie bij injecterende drugsgebruikers gemeld, terwijl drie landen een stijging zagen.

Onder drugsgebruikers komen infecties met hepatitis B (HBV) minder vaak voor dan HCV-infecties. Bij dit virus wijst de aanwezigheid van het hepatitis B-oppervlakte-antigeen op een infectie, die zowel acuut als chronisch kan zijn. In de zeven landen met nationale gegevens is naar schatting tussen 1,7 % en 11 % van de injecterende drugsgebruikers momenteel besmet met HBV.

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

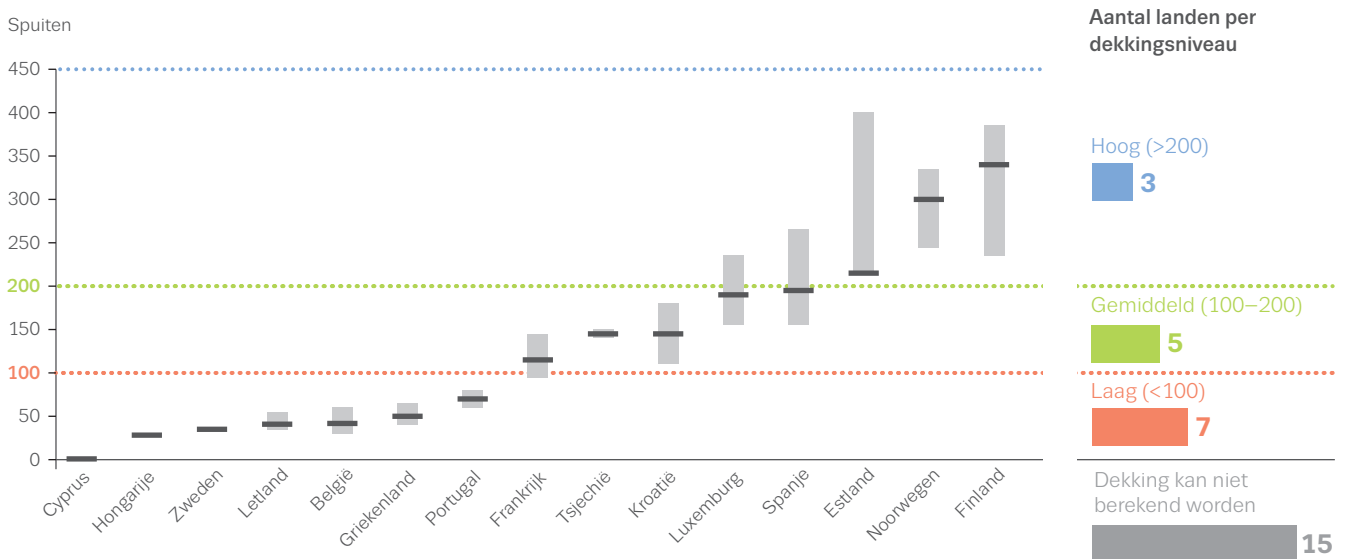
Infectieziekten: preventiemaatregelen

De belangrijkste maatregelen om de verspreiding van drugsgelateerde infectieziekten onder injecterende drugsgebruikers tegen te gaan, zijn het aanbieden van opioïdensubstitutiebehandeling, steriele injectiebenodigdheden, counseling over risicovol injectiegedrag, vaccinatie tegen hepatitis B, tests op infectieziekten en de behandeling van hepatitis- en hiv-behandeling.

Een opioïdensubstitutiebehandeling leidt tot een aanzienlijke daling van het infectierisico bij injecterende opioïdengebruikers. Sommige analyses wijzen op een toename van de bescherming als behandelingen met een hoge dekkingsgraad gecombineerd worden met een hoog aantal uitgedeelde spuiten. Bewijs toont aan dat omruilprogramma's voor naalden en spuiten een effectief middel zijn om de overdracht van hiv onder injecterende drugsgebruikers te reduceren. Met uitzondering van Turkije delen alle dertig door het EMCDDA gevolgde landen schone injectiebenodigdheden gratis uit op gespecialiseerde uitgiftepunten. Er bestaan tussen de landen echter aanzienlijke verschillen wat betreft de geografische distributie van de uitgiftepunten van spuiten en de mate waarin de doelgroep van de interventie wordt

FIGUUR 3.11

Dekking van speciale programma's voor spuiten: aantal spuiten per geschatte injecterende drugsgebruiker uitgedeeld



NB: Gegevens weergegeven als puntschattingen en onzekerheidsintervallen.

bereikt (figuur 3.11). In 25 landen is informatie beschikbaar over het aantal spuiten dat in het kader van speciale programma's wordt uitgedeeld. Deze landen rapporteren een gezamenlijke distributie van meer dan 52 miljoen spuiten in 2014-2015. Dit is echter een zeer lage schatting, aangezien enkele grote landen zoals Duitsland, Italië en het Verenigd Koninkrijk geen volledige nationale gegevens over het uitdelen van spuiten rapporteren.

Om doeltreffend te kunnen reageren op problemen in verband met het injecteren van stimulerende middelen door mannen die seks hebben met mannen kan het met name belangrijk zijn om samenwerkingsverbanden op te zetten tussen drugshulpverleningsdiensten en diensten op het gebied van seksuele gezondheid. Belangrijke preventiemaatregelen voor deze groep zijn onder andere tests op en behandeling van infecties, gezondheidsvoorlichting en de verspreiding van preventiebehoeften zoals condooms en steriel injectiemateriaal. Om de verspreiding van seksueel overdraagbare hiv-infecties te voorkomen kan bij groepen met het hoogste risico ook gebruik worden gemaakt van profylaxe vóór blootstelling.

Op weg naar meer vroegtijdige hiv-diagnoses: meer testmogelijkheden

Een late hiv-diagnose, in een stadium waarin de infectie het immuunsysteem al aantast, is een specifiek probleem voor injecterende drugsgebruikers. In 2015 is 58 % van de

nieuwe geregistreerde besmettingen als gevolg van injecterend drugsgebruik in een laat stadium vastgesteld. Ter vergelijking: het EU-gemiddelde van late diagnoses voor alle besmettingswijzen bedraagt 47 %. Late hiv-diagnoses worden geassocieerd met een toename van de morbiditeit en mortaliteit en een verlate aanvang van antiretrovirale behandeling. Het beleid van 'testen en behandelen' van hiv, waarbij onmiddellijk na een hiv-diagnose met een antiretrovirale behandeling wordt begonnen, leidt tot een afname van de overdracht van de ziekte en is met name belangrijk voor groepen die risicovol gedrag vertonen, zoals injecterende drugsgebruikers. Door de diagnose in een vroeg stadium te stellen en tijdig met een antiretrovirale behandeling te beginnen, kan geïnfecteerden een normale levensverwachting worden geboden.

In veel landen voorzien instanties voor gemeenschapsgerichte en laagdrempelige drugshulpverlening in hiv-tests en breiden deze de mogelijkheden daaromtrent uit om ervoor te zorgen dat mensen zich meer laten testen en zodat infecties in een vroeger stadium worden ontdekt. De Europese minimumkwaliteitseisen moedigen gemeenschapscentra aan om vrijwillige tests op via bloed overgedragen infectieziekten aan te bieden bovenop counseling inzake risicovol gedrag en hulp bij het omgaan met ziekte. Stigmatisering en marginalisering van drugsgebruikers blijven echter belangrijke belemmeringen om zich te laten testen en behandelen.

Behandeling van HCV: effectievere medicijnen

HCV-infecties komen vaak voor bij injecterende drugsgebruikers in Europa en daarom is deze groep een belangrijke doelgroep voor tests en behandelingen, om te voorkomen dat leveraandoeningen zich verder ontwikkelen en er zich sterfgevallen voordoen. Het terugdringen van het aantal gebruikers dat de infectie kan overdragen door middel van het aanbieden van een HCV-behandeling, moet daarom een essentieel onderdeel worden van preventiemaatregelen. Europese klinische richtsnoeren raden aan om alle patiënten voor behandeling in aanmerking te nemen die een chronische leveraandoening ten gevolge van een HCV-infectie ontwikkelden. Deze richtsnoeren raden tevens aan om personen die het virus kunnen overdragen (waaronder actieve injecterende drugsgebruikers) onmiddellijk een behandeling te laten ondergaan en drugsgebruikers op individuele basis en in een multidisciplinaire setting voor HCV te behandelen.

Sinds 2013 zijn doeltreffende, beter verdraagbare, volledig orale interferonvrije kuren met onmiddellijk werkende antivirale middelen beschikbaar. Deze kuren zijn inmiddels de pijlers van de behandeling van HCV-infecties. Bovendien kunnen behandelingen met deze geneesmiddelen worden aangeboden door gespecialiseerde drugshulpverleningsinstanties in gemeenschapscentra. Dit kan de beschikbaarheid van deze behandelingen verhogen en ervoor zorgen dat meer gebruikers van de behandeling gebruik gaan maken. Een groot aantal Europese landen keurt momenteel nieuwe strategieën voor virale hepatitis goed, werkt de richtsnoeren voor behandeling bij en verbetert HCV-tests en de link naar de zorgsector. Er blijven echter uitdagingen bestaan, zoals een laag aantal mensen dat zich laat testen, onduidelijke verwijzings- en behandelingstrajecten in veel landen en de hoge prijs van de nieuwe geneesmiddelen.

Sterfgevallen door overdosis: recente stijgingen

Drugsgebruik is een van de erkende oorzaken van vermijdbare sterfgevallen onder volwassenen in Europa. Studies onder cohorten van risicovolle drugsgebruikers laten totale mortaliteitspercentages zien van 1-2 % per jaar. In het algemeen lopen opioïdengebruikers in Europa

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

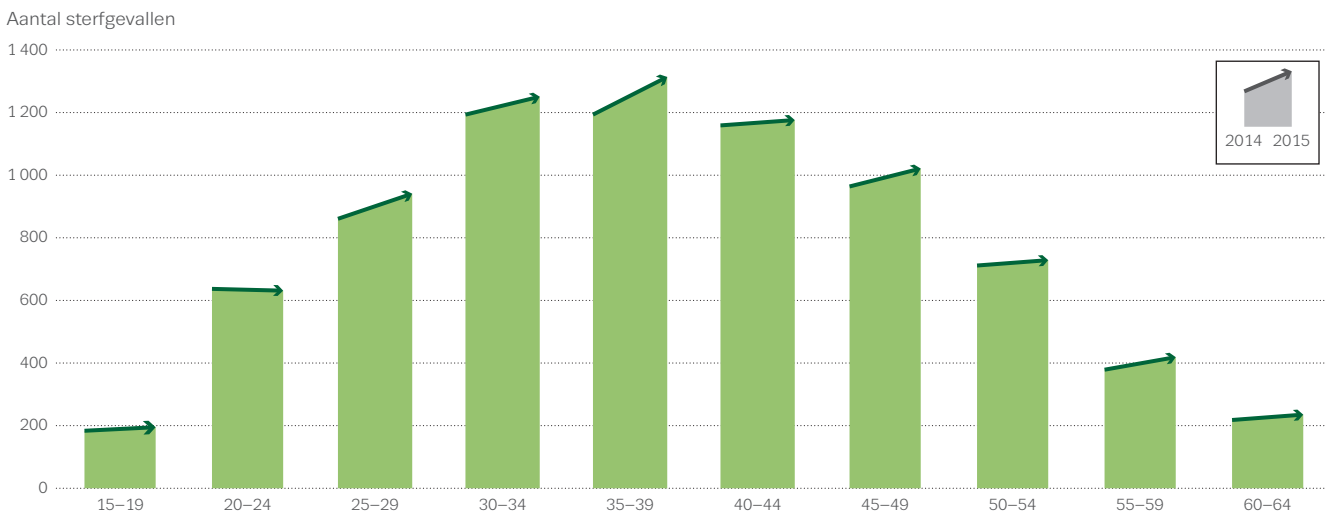
In Europa is een overdosis nog steeds de voornaamste doodsoorzaak onder drugsgebruikers met een hoog risico; meer dan driekwart van de overdosisdodsoffers zijn mannen (78 %). Bij het interpreteren van overdosisgegevens, met name wat het cumulatieve totaal voor de EU betreft, moet de nodige terughoudendheid worden betracht. Redenen daarvoor zijn dat er sprake is van systematische onderrapportering in een aantal landen en van registratieprocessen die tot vertragingen in de rapportage leiden. De jaarlijkse schattingen moeten daarom als een voorlopige minimumwaarde worden beschouwd.

In 2015 hebben zich in de Europese Unie naar schatting ten minste 7 585 sterfgevallen door een overdosis voorgedaan. Wanneer Noorwegen en Turkije bij dit cijfer worden betrokken, stijgt de schatting naar 8 441 sterfgevallen, hetgeen neerkomt op een stijging van 6 % ten opzichte van het herziene cijfer van 7 950 uit 2014. Bovendien zijn toenames gerapporteerd in bijna alle leeftijdscategorieën (figuur 3.12). Net als in voorgaande jaren zijn het Verenigd Koninkrijk (31 %) en Duitsland (15 %) samen verantwoordelijk voor ongeveer de helft van het totale aantal gevallen in Europa. Dit hangt mede samen met de omvang van de risicogroepen in deze landen, maar ook met onderreportage in sommige andere landen. In landen met relatief betrouwbare registratiesystemen bevestigen de herziene gegevens voor 2014 een toename van het aantal sterfgevallen door een overdosis in Spanje, terwijl de in 2014 gerapporteerde toename in Litouwen en het Verenigd Koninkrijk zich in 2015 heeft voortgezet. Ook in Duitsland en Nederland wordt nu een toename gemeld, net als in Zweden waar ook een aanhoudende stijgende trend werd waargenomen. Dit kan echter gedeeltelijk verklaard worden door de gecombineerde effecten van veranderingen in praktijken op het gebied van onderzoek, codering en rapportage. Turkije blijft een toename melden, maar deze wordt grotendeels veroorzaakt door verbeteringen op het gebied van gegevensverzameling en rapportage.

Drugsgebruik is een van de erkende oorzaken van vermijdbare sterfgevallen onder volwassenen in Europa

FIGUUR 3.12

Aantal drugsgelateerde sterfgevallen, zoals gerapporteerd in 2014 en 2015, uitgesplitst per leeftijdscategorie



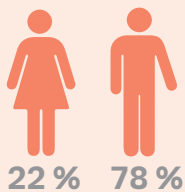
Het gerapporteerde aantal sterfgevallen door een overdosis onder oudere drugsgebruikers is tussen 2007 en 2015 gestegen, hetgeen verklaard kan worden door de ouder wordende populatie van opioïdengebruikers in Europa, die het grootste risico lopen om als gevolg van een overdosis te overlijden. Het aantal sterfgevallen onder jongere gebruikers is afgenomen. 10 % van de sterfgevallen door een overdosis is echter jonger dan 25 jaar en in sommige landen, waaronder Zweden en Turkije, is recent een lichte stijging van het aantal sterfgevallen door een overdosis gerapporteerd onder gebruikers van 25 jaar en jonger.

Opioïdengerelateerde sterfgevallen veroorzaken algehele stijging

Bij de meeste gerapporteerde Europese gevallen van een fatale overdosis spelen heroïne of metabolieten daarvan een rol, vaak in combinatie met andere stoffen. Uit de meest recente gegevens blijkt voorts een toename van het aantal aan heroïne gerelateerde sterfgevallen in Europa, met name in het Verenigd Koninkrijk. In Engeland en Wales was in 2015 bij 1 200 sterfgevallen sprake van het gebruik van heroïne of morfine. Dit komt neer op een stijging van 26 % ten opzichte van vorig jaar en een stijging van 57 % ten opzichte van 2013. Ook in Schotland (Verenigd

DRUGSGERELATEERDE STERFGEVALLEN

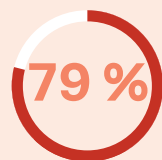
Eigenschappen



Gemiddelde leeftijd bij overlijden

38

Sterfgevallen waarbij opioïden betrokken waren



Leeftijd bij overlijden

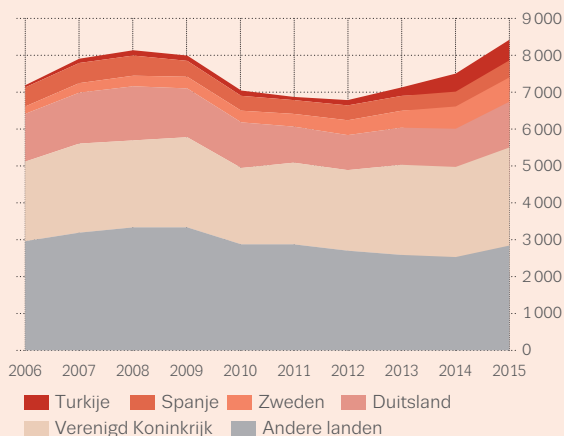


Aantal sterfgevallen

7 585 EU

8 441 EU + 2

Trends bij sterfgevallen door een overdosis



NB: EU + 2 verwijst naar de lidstaten van de Europese Unie, Turkije en Noorwegen.

Koninkrijk), Ierland en Turkije is het aantal aan heroïne gerelateerde sterfgevallen toegenomen. Toxicologische rapporten vermelden regelmatig ook andere opioïden. Deze stoffen, voornamelijk methadon en buprenorfine maar ook vormen van fentanyl en tramadol, worden in sommige landen in verband gebracht met een substantieel aantal sterfgevallen als gevolg van een overdosis. Uit de meest recente gegevens blijken in Kroatië, Denemarken, Frankrijk en Ierland meer aan methadon dan aan heroïne gerelateerde sterfgevallen te zijn geregistreerd.

Stimulerende middelen zoals cocaïne, amfetamines, MDMA en cathinonen worden in Europa minder vaak in verband gebracht met sterfgevallen door een overdosis. De significantie van deze middelen verschilt echter per land. In het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales) is het aantal sterfgevallen waarbij cocaïne betrokken was, gestegen van 169 in 2013 naar 320 in 2015, hoewel in een groot aantal van deze gevallen het vermoeden bestaat dat het gaat om overdoses heroïne bij personen die ook crack gebruikten. In Spanje, waar het aantal sterfgevallen als gevolg van cocaïne al enkele jaren stabiel is, bleef cocaïne in 2014 de op een na meest genoemde illegale drug bij sterfgevallen door een overdosis (269 gevallen). Van de in 2015 geregistreerde sterfgevallen in verband met stimulerende middelen in Turkije hielden 56 gevallen verband met cocaïne, 206 gevallen met amfetamines en 166 gevallen met MDMA (in 62 van deze gevallen betrof het gebruik van alleen MDMA). In Turkije werd in 137 gevallen melding gemaakt van synthetische cannabinoïden, waarvan 63 gevallen uitsluitend aan het gebruik van deze drugs werden toegeschreven.

Mortaliteitspercentages het hoogst in Noord-Europa

Voor 2015 wordt de mortaliteit in Europa als gevolg van overdoses geschat op 20,3 doden per miljoen inwoners van 15-64 jaar. Bij mannen is dit cijfer (32,3 doden per miljoen mannen) bijna vier keer zo hoog als bij vrouwen (8,4 doden per miljoen vrouwen). De percentages voor mortaliteit door een overdosis pieken in de

leeftijdscategorie 35-39 jaar bij mannen en 30-34 jaar bij vrouwen. De gemiddelde leeftijd bij overlijden ligt echter lager bij mannen: 38 jaar ten opzichte van 41 jaar bij vrouwen. Nationale mortaliteitspercentages en -trends lopen sterk uiteen (figuur 3.13) en worden beïnvloed door factoren zoals prevalentie en patronen van drugsgebruik, alsook door de nationale praktijken op het gebied van rapportage, registratie van informatie en codering van sterfgevallen door een overdosis in nationale mortaliteitsdatabases. Uit de meest recente gegevens blijkt dat in acht Noord-Europese landen meer dan veertig sterfgevallen per miljoen inwoners worden gerapporteerd, waarbij de hoogste aantallen werden gemeld in Estland (103 per miljoen inwoners), Zweden (100 per miljoen inwoners), Noorwegen (76 per miljoen) en Ierland (71 per miljoen inwoners) (figuur 3.13).

Preventie van overdoses en drugsgelateerde sterfte

Het terugdringen van fatale drugsoverdoses en andere drugsgelateerde sterfte is een grote uitdaging voor de volksgezondheid in Europa. Maatregelen op dit gebied zijn veelal gericht op het voorkomen van overdoses of op het verhogen van de kansen om een overdosis te overleven.

Een meta-analyse van observationele onderzoeken bevestigt dat substitutiebehandelingen met methadon een effectief middel zijn om de mortaliteit (overdosis en alle oorzaken) onder opioïdenverslaafden terug te dringen. De gemiddelde mortaliteit onder cliënten die een methadonbehandeling volgen, was minder dan een derde van het verwachte gemiddelde bij opioïdengebruikers die geen behandeling volgen. Een analyse van het risico op overlijden in verschillende stadia van de behandeling lijkt erop te wijzen dat de interventies geconcentreerd dienen te zijn in het begin van de behandeling (tijdens de eerste vier weken, met name met methadon), alsook in de periode na afloop van de behandeling. De eerste vier weken na afronding van de behandeling worden geassocieerd met een verhoogd risico op een overdosis. Dit lijkt erop te wijzen dat vooral patiënten die regelmatig in behandeling gaan kwetsbaar voor een overdosis zijn.

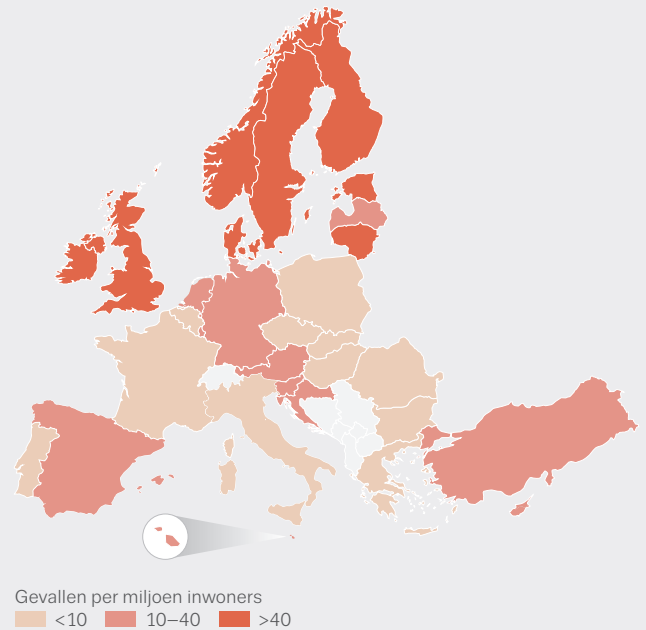
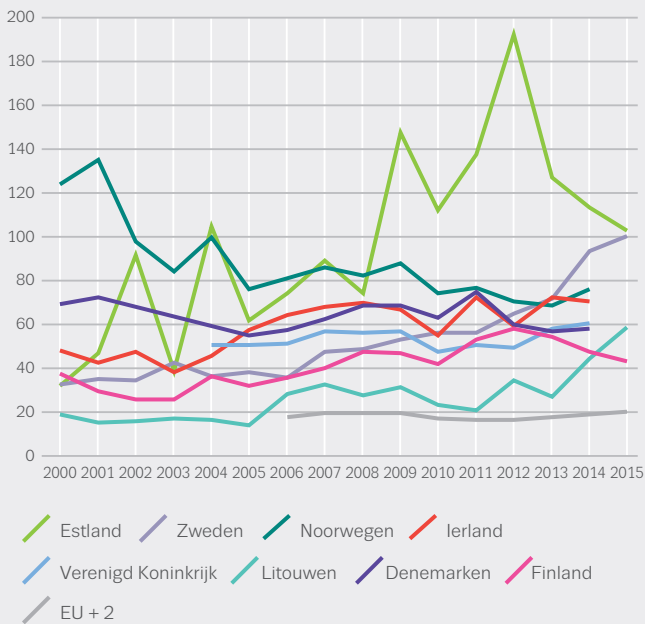
Faciliteiten voor drugsgebruik onder toezicht zijn niet alleen gericht op het voorkomen van overdoses, maar zorgen er ook voor dat er professionele zorg kan worden geboden indien er een overdosis plaatsvindt. Momenteel zijn er in 6 EU-lidstaten en Noorwegen in totaal 78 van dit soort faciliteiten. In 2016 zijn in Frankrijk twee gebruikersruimtes geopend voor een proefperiode van zes jaar en ook in Denemarken en Noorwegen zijn nieuwe faciliteiten geopend.

Met name patiënten die regelmatig in behandeling gaan, zijn kwetsbaar voor een overdosis

FIGUUR 3.13

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

Gevalen per miljoen inwoners



NB: Trends in de acht landen die in 2014 of 2015 de hoogste waarden rapporteerden en algehele Europese trend. EU+2 verwijst naar de lidstaten van de Europese Unie, Turkije en Noorwegen.

Naloxon: nieuwe producten in ontwikkeling

Naloxon is een opioïde-antagonist die de effecten van een overdosis door opioïden ongedaan maakt en deze wordt gebruikt op spoedafdelingen in ziekenhuizen en door ambulancepersoneel. In de afgelopen jaren worden steeds vaker dosissen naloxon om zelf thuis toe te dienen verstrekt aan opioïdegebruikers, hun partners, vrienden en familieleden, in combinatie met voorlichting om een overdosis te kunnen herkennen en erop te kunnen reageren. Daarnaast is naloxon ter beschikking gesteld aan medewerkers van diensten die regelmatig in contact komen met drugsgebruikers. Momenteel bestaan in tien Europese landen programma's voor het thuisgebruik van naloxon. Drugshulpverlening en gezondheidsdiensten verstrekken naloxon doorgaans in de vorm van een voorgevulde injectiespuit. In Noorwegen en Denemarken kan naloxon echter ook met behulp van een adapter nasaal worden toegediend. In Frankrijk is tijdelijk toestemming

verleend om een nieuwe nasale formule van het geneesmiddel te gebruiken. Na een uitbreiding van de toepassing ervan in gemeenschapssettings sinds 2013, is het thuisgebruik van naloxon in Estland in 2015 uitgebreid naar gevangenis. Uit een recente systematische beoordeling van de doeltreffendheid van het thuisgebruik van naloxon is gebleken dat overdosisgerelateerde mortaliteit vermindert wordt door het verstrekken van naloxon voor thuisgebruik in combinatie met interventies die gericht zijn op educatie en voorlichting. Bepaalde populaties met een verhoogd risico op een overdosis, zoals onlangs vrijgelaten ex-gedetineerden, kunnen hier bijzonder veel voordeel uit krijgen; uit een evaluatie van het nationale naloxon-programma in het Verenigd Koninkrijk (Schotland) is gebleken dat het een effectieve bijdrage heeft gehad in een aanzienlijke daling van het aantal opioïdegerelateerde sterfgevallen binnen een maand na vrijlating.

MEER INFORMATIE

EMCDDA-publicaties

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.

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

Bijlage

Nationale gegevens voor schattingen van de prevalentie van drugsgebruik, inclusief problematisch opioïdengebruik, substitutiebehandelingen, totaal aantal cliënten in behandeling, cliënten die zich voor behandeling melden, injecterend drugsgebruik, drugsgelateerde sterfgevallen, drugsgelateerde infectieziekten, uitdelen van spuiten en inbeslagnames. De gegevens zijn ontleend aan en vormen een subgroep van het **Statistical Bulletin 2017 van het EMCDDA. Daar zijn overigens ook opmerkingen en metagegevens beschikbaar. De jaren waarop de gegevens betrekking hebben, worden aangegeven.**

TABEL A1

OPIOÏDEN

Land	Opioïdengebruik met een hoog risico (schatting)		Personen die zich gedurende het jaar voor behandeling hebben gemeld						Cliënten in substitutiebehandeling
			Opioïdencliënten als % van diegenen die zich melden voor behandeling			% van opioïdencliënten dat injecteert (de belangrijkste wijze van toediening)			
			Allen die zich melden voor behandeling	Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling	Gebruikers die al eerder zijn behandeld	Allen die zich melden voor behandeling	Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling	Gebruikers die al eerder zijn behandeld	
Jaar van schatting	gevallen per 1 000	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	aantal	
België	–	–	27,7 (3 234)	10,3 (411)	37,4 (2 773)	14 (409)	8,3 (31)	14,9 (374)	16 681
Bulgarije	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 423
Tsjechië	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
Denemarken	–	–	13 (613)	5,5 (124)	20,6 (472)	26,6 (121)	10,5 (11)	31,4 (108)	6 268
Duitsland	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
Ierland	–	–	47,6 (4 515)	25,9 (971)	62,4 (3 403)	38,2 (1 672)	30,9 (293)	39,9 (1 318)	9 917
Griekenland	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
Spanje	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
Frankrijk	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
Kroatië	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
Italië	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
Cyprus	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
Litouwen	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
Luxemburg	2007	5–7,6	56,2 (163)	25 (6)	57,9 (125)	43 (68)	16,7 (1)	42,7 (53)	1 078
Hongarije	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
Nederland	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Oostenrijk	2015	5,3–5,6	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
Roemenië	–	–	32,6 (1 057)	17,3 (360)	66,3 (686)	88,2 (834)	85,6 (286)	90 (543)	547
Slovenië	2015	3,4–4,1	74,7 (236)	42 (37)	87,7 (199)	44,5 (105)	24,3 (9)	48,2 (96)	3 261
Slowakije	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
Zweden (†)	–	–	25,2 (8 907)	16,8 (2 101)	29,5 (6 562)	–	–	–	3 679
Verenigd Koninkrijk	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
Turkije	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	12 500
Noorwegen (‡)	2013	2,0–4,2	17 (1 005)	–	–	–	–	–	7 498
Europese Unie	–	–	37,6 (181 918)	18,3 (32 921)	51,4 (143 189)	36,6 (55 311)	28,2 (7 550)	39 (46 856)	626 541
EU, Turkije en Noorwegen	–	–	38,2 (190 996)	19,8 (36 548)	52 (147 635)	36 (57 305)	26,7 (8 111)	38,8 (48 289)	646 539

Gegevens over cliënten in substitutiebehandeling zijn voor 2015 of het meest recente beschikbare jaar: Denemarken, Finland, Nederland en Spanje, 2014; Turkije, 2011.

(†) Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling en gebruikers die al eerder zijn behandeld zijn enkel beschikbaar in twee van de drie beschikbare gegevensbronnen in Zweden en kunnen daarom niet vergeleken worden met gegevens voor alle gebruikers die zich voor behandeling melden.

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

TABEL A2

COCAÏNE

Land	Prevalentieschattingen				Personen die zich gedurende het jaar voor behandeling hebben gemeld					
	Algemene bevolking			Scholieren	Cocaïnecliënten als % van diegenen die zich melden voor behandeling			% van cocaïnecliënten dat injecteert (de belangrijkste wijze van toediening)		
	Jaar van enquête	'Ooit'-gebruik, volwassenen (15-64)	Laatste 12 maanden, jongvolwassenen (15-34)	'Ooit'-gebruik, scholieren (15-16)	Allen die zich melden voor behandeling	Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling	Gebruikers die al eerder zijn behandeld	Allen die zich melden voor behandeling	Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling	Gebruikers die al eerder zijn behandeld
	%	%	%	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	
België ⁽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)
Bulgarije	2012	0,9	0,3	5	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
Tsjechië	2015	1,8	0,3	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Denemarken	2013	5,2	2,4	2	5,5 (260)	5,9 (134)	5,4 (124)	3,9 (8)	–	8,6 (8)
Duitsland ⁽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)
Ierland	2015	7,8	2,9	3	10,5 (996)	13,7 (513)	8,4 (457)	0,8 (8)	0,2 (1)	1,6 (7)
Griekenland	–	–	–	1	6,6 (269)	8,9 (141)	5,2 (128)	11,6 (31)	4,3 (6)	19,5 (25)
Spanje	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)
Frankrijk	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)
Kroatië	2015	2,7	1,6	2	1,4 (104)	2,8 (24)	1,2 (80)	2 (2)	–	2,5 (2)
Italië	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)
Cyprus	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)
Litouwen	2012	0,9	0,3	2	0,6 (15)	1,8 (7)	0,3 (7)	13,3 (2)	14,3 (1)	14,3 (1)
Luxemburg	–	–	–	–	19 (55)	16,7 (4)	20,4 (44)	44,4 (24)	–	50 (22)
Hongarije ⁽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)
Nederland	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)
Oostenrijk	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)
Roemenië	2013	0,8	0,2	3	0,6 (19)	0,9 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Slovenië	2012	2,1	1,2	2	4,1 (13)	9,1 (8)	2,2 (5)	23,1 (3)	0 (0)	60 (3)
Slowakije	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)	–	–	–
Zweden ^(4,5)	2013	–	1,2	2	0,9 (318)	1,7 (211)	0,5 (103)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Verenigd Koninkrijk ^(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)
Turkije	2011	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	–	–	–
Noorwegen ⁽⁴⁾	2015	4,2	2,2	1	1,4 (83)	–	–	–	–	–
Europese Unie	–	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, Turkije en Noorwegen	–	–	–	–	12,6 (63 230)	15 (27 767)	11,2 (31 878)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)

Prevalentieschattingen voor de schoolpopulatie zijn ontleend aan nationale schoolenquêtes of aan het ESPAD-project. Vanwege onzekerheden omtrent de procedures voor gegevensverzameling zijn de gegevens van Letland mogelijk niet vergelijkbaar.

(1) De prevalentieschattingen voor de algemene bevolking hebben enkel betrekking op Vlaanderen.

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

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

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

(5) Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling en gebruikers die al eerder zijn behandeld zijn enkel beschikbaar in twee van de drie beschikbare gegevensbronnen in Zweden en kunnen daarom niet vergeleken worden met gegevens voor alle gebruikers die zich voor behandeling melden.

TABEL A3

AMFETAMINES

Land	Prevalentieschattingen				Personen die zich gedurende het jaar voor behandeling hebben gemeld					
	Algemene bevolking			Scholieren	Amfetaminecliënten als % van diegenen die zich melden voor behandeling			% van amfetaminecliënten dat injecteert (de belangrijkste wijze van toediening)		
	Jaar van enquête	'Ooit'-gebruik, volwassenen (15-64)	Laatste 12 maanden, jongvolwassenen (15-34)	'Ooit'-gebruik, scholieren (15-16)	Allen die zich melden voor behandeling	Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling	Gebruikers die al eerder zijn behandeld	Allen die zich melden voor behandeling	Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling	Gebruikers die al eerder zijn behandeld
	%	%	%	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	
België ⁽¹⁾	2013	–	0,5	2	9,9 (1 160)	8,6 (345)	10,7 (794)	13,5 (130)	3,9 (11)	17,8 (118)
Bulgarije	2012	1,2	1,3	6	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Tsjechië	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)
Denemarken	2013	6,6	1,4	1	6,6 (311)	6,2 (140)	7,1 (163)	4 (11)	1,7 (2)	6,2 (9)
Duitsland ^(3,4)	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)
Ierland	2015	4,1	0,6	3	0,6 (59)	0,9 (33)	0,4 (24)	3,4 (2)	3 (1)	4,2 (1)
Griekenland	–	–	–	2	0,4 (18)	0,4 (7)	0,4 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Spanje	2015	3,6	1,0	1	1,3 (655)	1,6 (385)	1,1 (209)	0,9 (6)	1,1 (4)	0,5 (1)
Frankrijk	2014	2,2	0,7	2	0,5 (264)	0,5 (84)	0,6 (108)	11,6 (26)	14,9 (11)	15,6 (15)
Kroatië	2015	3,5	2,3	3	1,4 (102)	2,7 (23)	1,1 (74)	–	–	–
Italië	2014	2,8	0,6	2	0,2 (91)	0,3 (59)	0,1 (32)	5,2 (4)	6,4 (3)	3,3 (1)
Cyprus	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)
Litouwen	2012	1,2	0,5	1	2,5 (63)	7,1 (28)	1,5 (31)	26,7 (16)	3,7 (1)	45,2 (14)
Luxemburg	–	–	–	–	0,3 (1)	–	0,5 (1)	–	–	–
Hongarije ⁽⁴⁾	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)
Nederland	2015	4,7	3,1	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Oostenrijk	2015	2,2	0,9	3	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)	–
Roemenië	2013	0,3	0,1	1	0,4 (12)	0,3 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenië	2012	0,9	0,8	1	1,3 (4)	4,5 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Slowakije	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)
Zweden ^(3,5,6)	2013	–	1,3	1	7 (2 645)	8,3 (1 129)	5,8 (1 376)	–	–	–
Verenigd Koninkrijk ^(2,5)	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)
Turkije	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Noorwegen ^(3,5)	2015	3,1	0,3	1	13,9 (823)	–	–	–	–	–
Europese Unie	–	3,8	1,1	–	7,4 (35 562)	8,4 (15 092)	7,2 (20 011)	15,1 (7 357)	16,8 (3 128)	14,1 (4 217)
EU, Turkije en Noorwegen	–	–	–	–	7,3 (36 581)	8,2 (15 225)	7,1 (20 074)	15 (7 358)	16,6 (3 129)	14,1 (4 217)

Prevalentieschattingen voor de schoolpopulatie zijn ontleend aan nationale schoolenquêtes of aan het ESPAD-project. Vanwege onzekerheden omtrent de procedures voor gegevensverzameling zijn de gegevens van Letland mogelijk niet vergelijkbaar.

(1) De prevalentieschattingen voor de algemene bevolking hebben enkel betrekking op Vlaanderen.

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

(3) Personen die zich melden voor behandeling omvatten ook cliënten die andere stimulerende middelen dan cocaïne opgeven en niet alleen cliënten die enkel amfetamines opgeven.

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

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

(6) Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling en gebruikers die al eerder zijn behandeld zijn enkel beschikbaar in twee van de drie beschikbare gegevensbronnen in Zweden en kunnen daarom niet vergeleken worden met gegevens voor alle gebruikers die zich voor behandeling melden.

TABEL A4

MDMA

Land	Prevalentieschattingen				Personen die zich gedurende het jaar voor behandeling hebben gemeld		
	Jaar van enquête	Algemene bevolking		Scholieren	MDMA-cliënten als % van diegenen die zich melden voor behandeling		
		'Ooit'-gebruik, volwassenen (15-64) %	Laatste 12 maanden, jongvolwassenen (15-34) %	'Ooit'-gebruik, scholieren (15-16) %	Allen die zich melden voor behandeling % (aantal)	Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling % (aantal)	Gebruikers die al eerder zijn behandeld % (aantal)
België ⁽¹⁾	2013	–	0,8	3	0,3 (36)	0,6 (25)	0,1 (11)
Bulgarije	2012	2,0	2,9	5	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
Tsjechië	2015	6,3	3,5	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Denemarken	2013	2,3	0,7	1	0,3 (15)	0,5 (11)	0,2 (4)
Duitsland ⁽²⁾	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estland	2008	–	2,3	3	–	–	–
Ierland	2015	9,2	4,4	4	0,5 (47)	0,8 (31)	0,3 (15)
Griekenland	–	–	–	1	0,2 (7)	0,2 (3)	0,2 (4)
Spanje	2015	3,6	1,3	1	0,3 (133)	0,5 (111)	0,1 (13)
Frankrijk	2014	4,2	2,3	2	0,4 (188)	0,5 (76)	0,3 (49)
Kroatië	2015	3,0	1,4	2	0,4 (32)	0,8 (7)	0,3 (23)
Italië	2014	3,1	1,0	3	0,2 (80)	0,2 (40)	0,2 (40)
Cyprus	2016	1,1	0,3	3	–	–	–
Letland	2015	2,4	0,8	3	0,3 (2)	0,3 (1)	0,3 (1)
Litouwen	2012	1,3	0,3	2	0,1 (3)	0,3 (1)	0,1 (2)
Luxemburg	–	–	–	–	–	–	–
Hongarije ⁽³⁾	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)
Nederland	2015	8,4	6,6	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Oostenrijk	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)
Roemenië	2013	0,9	0,3	2	0,5 (16)	0,8 (16)	0 (0)
Slovenië	2012	2,1	0,8	2	0,3 (1)	1,1 (1)	0 (0)
Slowakije	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)
Zweden ⁽⁴⁾	2013	–	1,0	1	–	–	–
Verenigd Koninkrijk ^(2,4)	2015	9,4	3,1	3	0,4 (490)	0,8 (312)	0,2 (174)
Turkije	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Noorwegen ⁽⁴⁾	2015	2,3	1,2	1	–	–	–
Europese Unie	–	4,2	1,8	–	0,3 (1 295)	0,4 (804)	0,1 (402)
EU, Turkije en Noorwegen	–	–	–	–	0,3 (1 401)	0,5 (881)	0,2 (431)

Prevalentieschattingen voor de schoolpopulatie zijn ontleend aan nationale schoolenquêtes of aan het ESPAD-project. Vanwege onzekerheden omtrent de procedures voor gegevensverzameling zijn de gegevens van Letland mogelijk niet vergelijkbaar.

⁽¹⁾ De prevalentieschattingen voor de algemene bevolking hebben enkel betrekking op Vlaanderen.

⁽²⁾ De prevalentieschattingen voor de algemene bevolking hebben enkel betrekking op Engeland en Wales.

⁽³⁾ Leeftijdscategorie voor prevalentieschattingen onder de algemene bevolking: 18-64, 18-34.

⁽⁴⁾ Leeftijdscategorie voor prevalentieschattingen onder de algemene bevolking: 16-64, 16-34.

TABEL A5

CANNABIS

Land	Prevalentieschattingen				Personen die zich gedurende het jaar voor behandeling hebben gemeld		
	Jaar van enquête	Algemene bevolking		Scholieren	Cannabisciënten als % van diegenen die zich meldden voor behandeling		
		'Ooit'-gebruik, volwassenen (15-64)	Laatste 12 maanden, jongvolwassenen (15-34)	'Ooit'-gebruik, scholieren (15-16)	Allen die zich meldden voor behandeling	Gebruikers die zich voor het eerst meldden voor behandeling	Gebruikers die al eerder zijn behandeld
	%	%	%	% (aantal)	% (aantal)	% (aantal)	
België (¹)	2013	15	10,1	17	31,9 (3 737)	51,6 (2 065)	21,3 (1 582)
Bulgarije	2012	7,5	8,3	27	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
Tsjechië	2015	29,5	18,8	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Denemarken	2013	35,6	17,6	12	70,9 (3 338)	79 (1 783)	62,5 (1 430)
Duitsland (²)	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)
Ierland	2015	27,9	13,8	19	28,3 (2 681)	45,2 (1 693)	16,8 (918)
Griekenland	–	–	–	9	19,4 (789)	34,2 (539)	9,8 (240)
Spanje	2015	31,5	17,1	27	33,7 (16 478)	48,1 (11 386)	16,4 (3 084)
Frankrijk	2014	40,9	22,1	31	60,4 (29 621)	74,9 (11 855)	37,6 (6 391)
Kroatië	2015	19,4	16,0	21	12,8 (967)	62 (526)	6,5 (432)
Italië	2014	31,9	19,0	27	19,5 (9 225)	28 (5 810)	12,9 (3 415)
Cyprus	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)
Litouwen	2012	10,5	5,1	18	3,5 (89)	11,9 (47)	1,6 (33)
Luxemburg	–	–	–	–	23,1 (67)	58,3 (14)	19,9 (43)
Hongarije (³)	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)
Nederland	2015	25,6	16,1	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Oostenrijk	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)
Roemenië	2013	4,6	3,3	8	39,3 (1 272)	54,8 (1 137)	9,5 (98)
Slovenië	2012	15,8	10,3	25	14,2 (45)	38,6 (34)	4,8 (11)
Slowakije	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)
Zweden (⁴⁵)	2015	14,7	7,3	7	11,1 (3 924)	16,9 (2 113)	7,9 (1 752)
Verenigd Koninkrijk (²⁴)	2015	29,4	11,3	19	25,9 (31 129)	46,3 (18 345)	15,8 (12 686)
Turkije	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Noorwegen (⁴)	2015	20,9	8,6	7	27,2 (1 609)	–	–
Europese Unie	–	26,3	13,9	–	31,5 (152 431)	46,2 (82 942)	19,9 (55 354)
EU, Turkije en Noorwegen	–	–	–	–	30,9 (154 693)	45,1 (83 358)	19,6 (55 591)

Prevalentieschattingen voor de schoolpopulatie zijn ontleend aan nationale schoolenquêtes of aan het ESPAD-project. Vanwege onzekerheden omtrent de procedures voor gegevensverzameling zijn de gegevens van Letland mogelijk niet vergelijkbaar.

(¹) De prevalentieschattingen voor de algemene bevolking hebben enkel betrekking op Vlaanderen.

(²) De prevalentieschattingen voor de algemene bevolking hebben enkel betrekking op Engeland en Wales.

(³) Leeftijdscategorie voor prevalentieschattingen onder de algemene bevolking: 18-64, 18-34.

(⁴) Leeftijdscategorie voor prevalentieschattingen onder de algemene bevolking: 16-64, 16-34.

(⁵) Gebruikers die zich voor het eerst melden voor behandeling en gebruikers die al eerder zijn behandeld zijn enkel beschikbaar in twee van de drie beschikbare gegevensbronnen in Zweden en kunnen daarom niet vergeleken worden met gegevens voor alle gebruikers die zich voor behandeling melden.

TABEL A6

OVERIGE INDICATOREN

Land	Drugsgelateerde sterfgevallen (15-64 jaar)	Hiv-diagnoses toegeschreven aan injecterend drugsgebruik (ECDC)	Schatting injecterend drugsgebruik		Injectiespuiten verstrekt via speciale programma's
	gevallen per miljoen inwoners (aantal)	gevallen per miljoen inwoners (aantal)	Jaar van schatting	gevallen per 1 000 inwoners	aantal
België	9 (67)	1,3 (15)	2015	2,3–4,6	1 034 242
Bulgarije	4 (17)	3,6 (26)	–	–	364 111
Tsjechië	6 (39)	0,4 (4)	2015	6,1–6,4	6 421 095
Denemarken	58 (210)	1,4 (8)	–	–	–
Duitsland	22 (1 185)	1,7 (134)	–	–	–
Estland	103 (88)	41,9 (55)	2009	4,3–10,8	2 136 691
Ierland (1)	71 (213)	10,8 (50)	–	–	393 275
Griekenland	0 (0)	6,4 (70)	2015	0,6–1,0	268 157
Spanje (1)	15 (455)	2,1 (96)	2014	0,2–0,3	1 483 399
Frankrijk (1)	7 (294)	0,9 (58)	2014	2,1–3,2	12 314 781
Kroatië	19 (54)	0,5 (2)	2012	0,4–0,6	923 650
Italië	8 (304)	1,8 (112)	–	–	–
Cyprus	15 (9)	1,2 (1)	2015	0,3–0,7	164
Letland	14 (18)	44,3 (88)	2012	7,3–11,7	524 949
Litouwen	59 (115)	15,1 (44)	–	–	200 630
Luxemburg	31 (12)	24,9 (14)	2009	4,5–6,9	361 392
Hongarije	4 (25)	0,2 (2)	2015	1	188 696
Malta	28 (8)	0 (0)	–	–	340 644
Nederland	16 (182)	0,1 (1)	2008	0,2–0,2	–
Oostenrijk	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
Roemenië	2 (21)	7,1 (142)	–	–	1 425 592
Slovenië	22 (30)	0,5 (1)	–	–	500 757
Slowakije	7 (27)	0,6 (3)	–	–	347 162
Finland	43 (150)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	5 301 000
Zweden	100 (618)	1,5 (15)	2008–11	1,3	281 397
Verenigd Koninkrijk (2)	60 (2 528)	2,8 (182)	2004–11	2,9–3,2	–
Turkije	10 (533)	0,2 (13)	–	–	–
Noorwegen	76 (257)	1,5 (8)	2014	2,2–3,0	2 500 192
Europese Unie	21,3 (7 109)	2,4 (1 233)	–	–	–
EU, Turkije en Noorwegen	20,3 (7 899)	2,1 (1 254)	–	–	–

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

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

(2) Gegevens over spuiten (Verenigd Koninkrijk): Engeland, geen gegevens; Schotland, 4 376 456 en Wales, 3 398 314 (beide in 2015); Noord-Ierland, 292 390 (2014).

TABEL A7

INBESLAGNAMES

Land	Heroïne		Cocaïne		Amfetamines		MDMA	
	Onderschepte hoeveelheid	Aantal inbeslagnames	Onderschepte hoeveelheid	Aantal inbeslagnames	Onderschepte hoeveelheid	Aantal inbeslagnames	Onderschepte hoeveelheid	Aantal inbeslagnames
	kg	aantal	kg	aantal	kg	aantal	pillen (kg)	aantal
België	121	2 375	17 487	4 330	73	3 260	59 696 (9)	1 739
Bulgarije	265	–	9	–	73	–	17 284 (<0,01)	–
Tsjechië	2	76	120	113	127	1 125	3 110 (0,4)	133
Denemarken	29	571	548	3 470	193	2 626	70 244 (10)	1 005
Duitsland	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
Ierland	–	758	–	364	–	63	– (0)	204
Griekenland	567	2 957	102	575	3	118	300 (0)	56
Spanje	256	7 755	21 621	38 273	360	4 500	135 110 (0)	2 958
Frankrijk	818	4 692	10 869	9 483	486	1 027	1 325 305 (0)	1 592
Kroatië	145	154	12	359	15	597	– (7)	747
Italië	768	2 230	4 035	5 403	26	278	17 573 (11)	406
Cyprus	<0,01	8	107	95	1,68	55	173 (1)	50
Letland	3	142	4	62	36	763	238 (3)	154
Litouwen	2	368	533	16	62	205	(1)	11
Luxemburg	8	208	11	190	0,27	13	543 (0)	14
Hongarije	12	48	31	153	34	706	56 420 (7)	287
Malta	4	35	21	156	<0,01	2	1 404 (0,01)	46
Nederland	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Oostenrijk	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
Roemenië	334	335	71	119	0,4	55	13 852 (0,1)	280
Slovenië	6	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Slowakije	3	63	2	42	5	819	1 460 (0)	40
Finland	0,4	–	9	–	300	–	23 660 (0)	–
Zweden	8	483	114	2 086	546	5 398	95 421 (35)	2 095
Verenigd Koninkrijk	806	8 083	4 228	15 588	491	4 517	812 127 (2)	3 030
Turkije	8 294	12 271	511	941	4 057	2 336	5 673 901 (0)	5 012
Noorwegen	62	1 178	85	1 332	628	7 304	116 353 (27)	1 241
Europese Unie	4 537	36 045	69 421	86 976	5 196	41 397	3 812 305 (212)	19 793
EU, Turkije en Noorwegen	12 893	49 494	70 017	89 249	9 880	51 037	9 602 559 (185)	26 046

Onder amfetamines worden zowel amfetamine als methamfetamine verstaan.

Alle gegevens hebben betrekking op 2015. Geen gegevens beschikbaar voor Schotland (Verenigd Koninkrijk)

TABEL A7

INBESLAGNAMES (vervolg)

Land	Hasj		Marihuana		Cannabisplanten	
	Onderschepte hoeveelheid	Aantal inbeslagnames	Onderschepte hoeveelheid	Aantal inbeslagnames	Onderschepte hoeveelheid	Aantal inbeslagnames
	kg	aantal	kg	aantal	planten (kg)	aantal
België	7 045	5 569	764	26 401	– (–)	–
Bulgarije	13	–	1 176	–	9 811 (37 775)	–
Tsjechië	8	105	655	3 672	30 770 (0)	361
Denemarken	3 619	14 680	616	1 214	14 560 (464)	545
Duitsland	1 599	6 059	3 852	32 353	154 621 (0)	2 167
Estland	812	21	60	597	0 (12)	44
Ierland	–	192	–	1 049	– (–)	182
Griekenland	330	542	2 474	5 499	59 242 (0)	735
Spanje	380 361	164 760	15 915	156 984	379 846 (0)	2 029
Frankrijk	60 790	65 503	16 835	32 446	153 895 (0)	–
Kroatië	12	764	409	4 546	5 687 (0)	270
Italië	67 825	7 684	9 286	5 838	138 013 (0)	1 566
Cyprus	3	21	226	777	2 814 (0)	58
Letland	1 272	63	71	712	– (20)	17
Litouwen	591	32	143	456	– (–)	–
Luxemburg	1	130	20	1 040	81 (0)	10
Hongarije	18	141	590	1 945	4 659 (0)	127
Malta	70	132	4	106	28 (0)	8
Nederland	–	–	–	–	9 940 000 (0)	–
Oostenrijk	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
Roemenië	5	178	180	1 987	– (293)	90
Slovenië	3	109	458	3 103	14 006 (0)	167
Slowakije	27	33	70	1 204	2 085 (0)	35
Finland	63	–	208	–	23 000 (125)	–
Zweden	1 065	8 897	1 054	9 619	– (–)	–
Verenigd Koninkrijk	7 219	5 959	30 680	100 811	399 230 (0)	9 735
Turkije	7 855	3 750	45 816	29 652	0 (0)	2 471
Noorwegen	2 015	11 394	255	4 411	0 (69)	339
Europese Unie	536 293	287 792	88 649	404 362	11 441 789 (39 376)	18 823
EU, Turkije en Noorwegen	546 163	302 936	134 719	438 425	11 441 789 (39 445)	21 633

Alle gegevens hebben betrekking op 2015. Geen gegevens beschikbaar voor Schotland (Verenigd Koninkrijk)

WAAR ZIJN EU-PUBLICATIES VERKRIJGBAAR?

Gratis publicaties:

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

meerdere exemplaren of posters/kaarten:
bij de vertegenwoordigingen van de Europese Unie
(http://ec.europa.eu/represent_nl.htm),
bij de delegaties in niet-EU-landen
(http://eeas.europa.eu/delegations/index_nl.htm),
door contact op te nemen met Europe Direct
(http://europa.eu/eurodirect/index_nl.htm),
door te bellen naar 00 800 6 7 8 9 10 11 (gratis in de
hele Europese Unie) (*).

(* De informatie wordt gratis verstrekt en bellen is
doorgaans gratis, maar sommige operatoren, telefooncellen
of hotels kunnen kosten aanrekenen.

Betaalde publicaties:

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



Over dit rapport

In het rapport 'Trends en ontwikkelingen' wordt een kwalitatief hoogstaand overzicht gegeven van het drugsfenomeen in Europa, waarbij niet alleen wordt ingegaan op het aanbod en het gebruik van drugs en de gevolgen van drugsgebruik voor de volksgezondheid, maar ook op het drugsbeleid en de aanpak van de drugsproblematiek. Het totaalpakket van het [Europees Drugsrapport 2017 bestaat uit dit rapport, in combinatie met de online Statistical Bulletin](#) en de 30 [Country Drug Reports](#) (Landenoverzichten).

Over het EMCDDA

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

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

