Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

HU

ISSN 2314-9140

Európai kábítószer-jelentés

Tendenciák és fejlemények

2013

Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

Európai kábítószer-jelentés

Tendenciák és fejlemények

2013

Jogi nyilatkozat

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának (EMCDDA) e jelentése szerzői jogi oltalom alatt áll. Az EMCDDA nem vállal felelősséget vagy kötelezettséget az ebben a dokumentumban szereplő adatok felhasználásából eredő következményekért. A kiadvány tartalma nem feltétlenül tükrözi az EMCDDA partnereinek, az Európai Unió tagállamainak vagy az Európai Unió, illetve az Európai Közösségek bármely intézményének vagy ügynökségének hivatalos véleményét.

Az interneten nagy mennyiségű kiegészítő információ áll rendelkezésre az Európai Unióval kapcsolatosan. Ezek az Európa szerveren (http://europa.eu) keresztül érhetők el.

A Europe Direct szolgáltatás segít választ találni az Európai Unióval kapcsolatos kérdéseire.

Ingyenesen hívható telefonszáma (*): 00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Egyes mobiltelefon-szolgáltatók nem engednek hozzáférést a 00 800-as telefonszámokhoz, illetve az ilyen hívásokért díjat számolhatnak fel.

Ez a jelentés bolgár, spanyol, cseh, dán, német, észt, görög, angol, francia, olasz, lett, litván, magyar, holland, lengyel, portugál, román, szlovák, szlovén, finn, svéd és norvég nyelven érhető el. Mindegyik fordítást az Európai Unió Szerveinek Fordítóközpontja készítette.

A katalógusadatok a kiadvány végén találhatók.

Luxembourg: Az Európai Unió Kiadóhivatala, 2013

ISBN 978-92-9168-616-2
doi:10.2810/88762

© Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, 2013
A sokszorosítás a forrás feltüntetésével engedélyezett.

Printed in Spain

Fehér, klórmentes papírra nyomtatva

Kábítószer és Kábítószer-függőség
Európai Megfigyelőközpontja

Cais do Sodré, 1249-289 Lisszabon, Portugália
Tel.: +351 211210200
info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

Tartalom

5 Előszó
9 Bevezető és köszönetnyilvánítás

11 ÖSSZEFOGLALÓ
Régi és új drogproblémák – Európai helyzetkép 2013-ban

17 1. FEJEZET
Az európai kábítószer-kínálat

31 2. FEJEZET
Kábítószer-használat és a kábítószerekkel összefüggő problémák

49 3. FEJEZET
A kábítószerek elleni válaszlépések

61 4. FEJEZET
Drogpolitika

67 MELLÉKLET
Az országos adatok táblázatos formában

Előszó

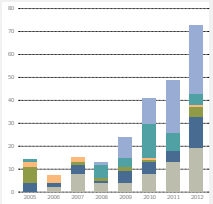
Az EMCDDA kábítószer-helyzetről szóló éves elemzése az idén új formában jelenik meg. A 2013-as jelentés az európai kábítószerhelyzetről (EDR – drogjelentés) több, egymással összefüggő termékből áll, célja pedig, hogy egyfajta közös kaput nyisson az EMCDDA munkájához, és a közönség különböző rétegei számára könnyen hozzáférhetővé tegye a keresett konkrét információt. Az így kapott elemzés aktuálisabb, interaktív és része egy rendszernek. Ezekre a fejlesztésekre azért van szükség, hogy lépést tudjunk tartani egyrészt a kábítószerhelyzet gyors elmozdulásaival, másrészt a közönség részéről tapasztalt igények növekedésével és az elvárások változásával.

Az EDR-csomag központi eleme ez az (online is elérhető) jelentés, amely magas szintű összefoglalást ad a tendenciákról és fejleményekről. A hozzá tartozó Kábítószerügyi kilátások (POD) behatóbban foglalkoznak a fontos kérdésekkel, az idén konkrétan a hepatitis C kezelésének új módszereivel, a nagykockázatú kannabiszhasználattal és az egyre könnyebben hozzáférhető új pszichoaktív anyagok felügyeletével. A statisztikai közlöny és az országos áttekintések újabb dimenzióval egészítik ki a csomagot, ezek ugyanis országos szintű adatokat és elemzéseket tartalmaznak.

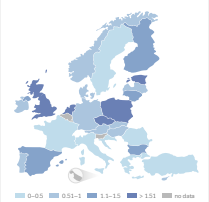
EURÓPAI KÁBÍTÓSZER-JELENTÉS 2013

Több, kölcsönösen összefüggő elem az európai kábítószer-használatról rendelkezésre álló adatok és elemzések teljes hozzáférhetősége érdekében

Tendenciák és fejlemények
magas szintű elemzés a főbb fejleményekről



Statisztikai közlöny
teljes adatsorok, infografikák és módszertani információk



Országonkénti áttekintések
országos adatok és elemzések, gombnyomásra

Kábítószerügyi kilátások
interaktív kitekintés a legfontosabb kérdésekről

Ez az átalakítás időben egybeesik az EU új, 2013–2020-ra szóló kábítószer-ellenes stratégiájának elindulásával, amelyben az Európai Unió újfent elkötelezte magát a kábítószerkérdések kiegyensúlyozott, bizonyítékokon alapuló megközelítése mellett. Az EMCDDA feladatai között fontos helyen szerepel, hogy közreműködik a stratégia végrehajtásához szükséges információk biztosításában. A kábítószereket övező kedvező európai fejlemények sok esetben olyan vitából eredtek, amelyet áthatott egyrészről a problémák egyre alaposabb megismerése, másrészről a kezelésükhöz szükséges intézkedések szigorúan tudományos értékelése. Büszkék vagyunk arra, hogy az EMCDDA-nak is szerepe volt ebben.

Ugyanennyire tisztában vagyunk azonban az előttünk álló kihívásokkal is. Az EU kábítószer-ellenes stratégiájának új szakpolitikai helyzettel kell foglalkoznia, ennek azonban több dimenzióját is részletesen tárgyaljuk ebben a jelentésben, ideértve a szabadságvesztésüket töltő kábítószer-használóknak nyújtott szolgáltatások javításának szükségességét és a szintetikus drogok egyre nagyobb jelentőségét. A stratégia végrehajtására bizonytalan gazdasági légkörben, jelentős globális fejlődési és társadalmi átalakulás idején kerül sor. A globalizáció és a technológiai innováció a modern élet minden területére kihat, nem meglepő tehát, hogy az elénk kerülő drogproblémákat is befolyásolja. Mivel az ügynökség egyik feladata a tájékoztatás, erre témák széles körét lefedő, naprakész, célnak megfelelő forrásokkal reagálunk. Úgy véljük, hogy a 2013-as drogjelentés tartalmát és formáját tekintve egyaránt fontos előrelépést jelent az előttünk álló nehézségek kezelésében. Akár a kábítószerhelyzet stratégiai áttekintésére, akár a statisztikai adatok beható elemzésére van sürgősen szükség, a 2013-as drogjelentés reményeink szerint minden esetben hasznos, felhasználóbarát hozzáférést fog adni az e területen aktuálisan elérhető számtalan forráshoz.

João Goulão
az EMCDDA igazgatóságának elnöke

Wolfgang Götz
az EMCDDA igazgatója

Bevezető és köszönetnyilvánítás

Ez a jelentés az EU-tagállamok, a tagjelölt országok – Horvátország és Törökország –, valamint Norvégia részéről az EMCDDA rendelkezésére bocsátott információkon alapul.

Az itt közölt statisztikai adatok 2011-re vagy a legfrissebb adatokkal rendelkező évre vonatkoznak. Az európai összesítések és tendenciák kizárólag a megadott időszakról elegendő releváns adatot szolgáltató országokon alapulnak. Az adatok elemzésében előtérbe helyeztük a szinteket, a tendenciákat és a földrajzi eloszlást. A szükséges technikai figyelmeztetések és az adatok minősítései a jelentés angol nyelvű online változatában és az EMCDDA 2013-as statisztikai közlönyében olvashatók, ahol ismertetjük a módszertant, az adatközlő országokat és a lefedett éveket. Az online változat ezenkívül a további forrásokhoz vezető linkeket is tartalmaz.

Az EMCDDA köszönettel tartozik a jelentés elkészítésében nyújtott segítségükért a következőknek:

- a Reitox nemzeti fókuszpontok vezetői és munkatársai;
- a jelentéshez szükséges nyers adatokat összegyűjtő szolgálatok és szakértők mindegyik tagállamban;
- az EMCDDA igazgatóságának és tudományos bizottságának tagjai;
- az Európai Parlament, az Európai Unió Tanácsa – különösen a kábítószerekkel foglalkozó horizontális munkacsoport – és az Európai Bizottság;
- az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC), az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) és az Europol;
- az Európa Tanács Pompidou-csoportja, az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala, a WHO Európai Regionális Irodája, az Interpol, a Vámigazgatások Világszervezete, az alkohol- és egyéb kábítószer-fogyasztással foglalkozó európai iskolai projekt (ESPAD) és a Svéd Alkohol- és Kábítószerügyi Információs Tanács (CAN);
- az Európai Unió Szerveinek Fordítóközpontja, Missing Element Designers és Composiciones Rali.

Reitox nemzeti fókuszpontok

A Reitox a kábítószerekkel és kábítószer-függőséggel foglalkozó európai információs hálózat. A hálózat az EU-tagállamokban, Norvégiában, a tagjelölt országokban, valamint az Európai Bizottságnál működő nemzeti fókuszpontokból áll. A kormányaik fennhatósága alatt dolgozó fókuszpontok azok a nemzeti hatóságok, amelyek a kábítószerekkel kapcsolatban információt szolgáltatnak az EMCDDA részére.
A nemzeti fókuszpontok elérhetősége az EMCDDA weboldalán található.

Összefoglaló

A mai kábítószerpiac képlékenyebb, dinamikusabb és kisebb mértékben támaszkodik olyan növényi alapú anyagokra, amelyeket nagy távolságokból szállítanak az európai fogyasztói piacokra

Régi és új drogproblémák – Európai helyzetkép 2013-ban

A kábítószerek terén az európai helyzetkép fő vonásai az utóbbi években viszonylag állandóak voltak. Történeti távlatokban nézve továbbra is magas szintű a kábítószerek használata, de akadnak pozitív változások is, például rekordszintre emelkedett a kezelési szolgáltatás, és bizonyos jelek az injekciózás, az új heroinfogyasztók, a kokainfogyasztás és a kannabiszszívás csökkenésére mutatnak. Az esetleges optimizmusnak azonban határt szabnak azok az aggályok, hogy a fiatalok munkanélkülisége és a szolgáltatási megszorítások könnyen a „régi" problémák újbóli felbukkanásához vezethetnek. Az alaposabb vizsgálat ráadásul arra utal, hogy a kábítószerhelyzet átalakulóban lehet, és a megjelenő „új" problémák komoly kihívások elé állítják a jelenlegi szakpolitikai és gyakorlati modelleket: mind a tiltott drogok piacán, mind a nem ellenőrzött anyagok között új szintetikus kábítószerek és használati minták kezdtek megjelenni.

A mai kábítószerpiac képlékenyebb, dinamikusabb és kisebb mértékben támaszkodik olyan növényi alapú anyagokra, amelyeket nagy távolságokból szállítanak az európai fogyasztói piacokra. Ezen a téren fontos húzóerő a globalizáció és az információs technológiában történt fejlemények. Az alacsony és közepes jövedelmű országokban átalakulóban vannak a kábítószer-használati minták, aminek szintén hatása lehet a jövőbeni európai drogproblémákra. Az internet egyre nagyobb kihívást jelent, egyrészt amiatt, hogy alkalmas az új tendenciák gyors elterjesztésére, másrészt mert a világ minden részét lefedő, virágzó, de névtelen piacot biztosít. A kábítószer-használatban és -kínálatban újfajta összekapcsolódásokat hoz létre. Az internet ugyanakkor a kezelés, a megelőzés és az ártalomcsökkentő beavatkozások terén is innovatív módszerekre ad lehetőséget.

A felsorolt változások közegészségügyi következményeit még nem ismerjük teljes mértékben. Néhány fontos területen vannak arra utaló jelek, hogy a jelenlegi politika jó nyomon jár, ezt azonban mindig a kábítószerhelyzet átalakulása fényében kell nézni, ami szükségessé teszi az aktuális gyakorlat kiigazítását, hogy továbbra is célirányos és alkalmas legyen.

Kannabisz

Bár egyes jelek csökkenő tendenciára utalnak, különösen azokban az országokban, ahol a nagyarányú előfordulás régóta fennálló jelenség, a kannabiszhasználat Európában történeti szempontból nézve továbbra is magas szintű, és a szernek kiterjedt, viszonylag stabil piaca van. A kapható kannabisztermékek típusai is egyre változatosabbak. Az esetenként erős marihuána most fontosabb szerepet játszik, de emellett újabban szintetikus „kannabiszszerű" termékek is megjelentek. Közegészségügyi szempontból mindkét fejlemény aggályosnak bizonyulhat. Tekintettel arra, hogy a kannabisz a legáltalánosabban használt kábítószer, fontos helye van a fiatalokkal végzett prevenciós munkában, és ezen a téren egyre nagyobb az érdeklődés a környezeti prevenciós stratégiák alkalmazása iránt. Ez annak köszönhető, hogy a bizonyítékok szerint a környezeti módszerek hasznosnak bizonyultak a legális szerek, például a dohányzás vagy az alkohol fogyasztásával együtt járó problémák visszaszorításában.

A kannabisz összesített használatára vonatkozó európai mutatók esetleges kedvező alakulását mindig annak a fényében kell értelmezni, hogy országos szinten meglehetősen heterogén a helyzet. Néhány országból például következetesen alacsony, stabil prevalenciaszinteket jelentenek, ellenben a 2000-es években sok közép- és kelet-európai országban jelentősen megnőtt a kannabisz használata. A tendenciák mellett figyelembe kell venni a különböző használati mintákat is, mivel az ártalommal leginkább a rendszeres és hosszú távú használat függ össze. A kannabiszproblémákat Európában mára sikerült jobban felismerni és megérteni, ráadásul ma már a kábítószer miatt speciális kezelésre jelentkező kliensek által megnevezett anyagok sorában ez a kábítószer áll a második helyen. Bár a kannabisz miatt kezelésre jelentkezők többsége férfi és viszonylag fiatal, az idősebb, krónikus használók körében jelentkező problémák is egyre ismertebbek.

A kannabisszal kapcsolatban a közvélemény is megosztott, sőt, néhány országban a kábítószer-ellenőrzési politikában kifejezett különbséget tesznek a kannabisz és a többi szer között.

Heroin és más opioidok

Miközben a heroinhasználóknak szóló kezelés elérhetősége összességében javult, a mutatók szerint ennek a kábítószernek a használata és a hozzáférhetősége egyaránt csökken. A lefoglalt heroin mennyiségét tekintve hosszú távon csökkenő tendenciát láthatunk, és újabban a lefoglalások száma is esni kezdett. Néhány országból azt jelentették, hogy az utóbbi évtizedben a heroin helyét más opioid kábítószerek vették át a piacon. Más országokban újabban piaci fennakadásokat vagy hiányt tapasztaltak, de ezek után általában részlegesen visszarendeződött a helyzet.

A kezelésre első alkalommal jelentkező heroinhasználók száma szintén tovább csökken, és a heroin miatt kezelés alatt állók összességében öregedő populációt képeznek. Az utóbbi években az opioidokkal összefüggő halálesetek száma is csökkent. A heroinhasználat a múltban jellemzően együtt járt az injektálással, de ez a viselkedés hosszú távon visszaszorulóban van. Valószínűleg ez és a beavatkozások hatása együttesen járult hozzá a kábítószer-használatnak tulajdonított új HIV-fertőzések számának csökkenéséhez. Ehhez kapcsolódik azonban az az aggasztó megfigyelés, hogy a közelmúltban az injekciós kábítószer-használattal összefüggő görögországi és romániai járványkitörések megszakították ezt a pozitív tendenciát. Ez nyomatékosítja, hogy továbbra is szükség van a válaszlépések megerősítésére, különösen az ártalomcsökkentés és a hatékony kezelés terén, hogy Európában tovább csökkenjenek az e téren meglévő problémák. A heroinhasználat alakulásának újabb tendenciáitól függetlenül ez a probléma a megoldhatatlansága folytán még hosszú évekig fontos lesz a kábítószerügyi szolgálatok számára. A szolgálatokkal kapcsolatba kerülő kábítószer-használók nagy száma miatt egyre nagyobb hangsúlyt kell helyezni a gondozás folyamatosságára, a társadalmi reintegrációt célzó szolgáltatásokra és a reális, hosszú távú rehabilitációs célokra vonatkozó konszenzus kialakítására.

Kokain

A crack kokain használatával kapcsolatos problémákról csak néhány országból számoltak be, ahol viszont ez jelen van, ott gyakran átfedést mutat más szerek, köztük a heroin problémás használatával. A kokainpor használata sokkal

Miközben a heroinhasználóknak szóló kezelés elérhetősége összességében javult, a mutatók szerint ennek a kábítószernek a használata és a hozzáférhetősége egyaránt csökken

elterjedtebb, de jellemzően csak viszonylag kevés nyugat-európai országban koncentrálódik. Az utóbbi években a kokainhasználat és a kínálati mutatók egyaránt csökkenő tendenciát jeleztek, ugyanakkor a lefoglalt mennyiség radikális visszaesését valószínűleg az is befolyásolta, hogy a szervezett bűnözői csoportok változatos kereskedelmi útvonalakat és technikákat alakítottak ki. A lefoglalások szempontjából az Ibériai-félsziget továbbra is fontos, de arányaiban már nem annyira, mint korábban, a kelet-európai kokainlefoglalásokról ellenben aggasztó jelentések érkeznek, és ezek a használat továbbterjedésének kérdését is felvetik.

A magasabb előfordulási arányokkal rendelkező országokban a felmérésekből származó és a kezelésre jelentkezőkre vonatkozó adatok egyaránt a kokainhasználat közelmúltbeli csökkenésére utalnak, bár történeti szempontból nézve a használat most is magas szintű. A kokainhasználattal összefüggő halálesetek száma kismértékben csökkent, de ezen a területen óvatosan kell bánni az adatok értelmezésével. A kokainhasználattal összefüggő akut problémák miatt Európa egyes részein a kórházak sürgősségi osztályán külön előadásokat tartottak, de ezen a területen csak korlátozottan tudjuk nyomon követni a problémákat. Ami a kezelést illeti, a problémás kokainhasználók sok országban már hozzáférnek a speciális szolgáltatásokhoz, az e területre vonatkozó jelenlegi bizonyítékok pedig a pszichoszociális beavatkozások alkalmazását támasztják alá.

Szintetikus stimulánsok

A szintetikus stimuláns szerek használatának összesített alakulását azért is nehéz teljesen felmérni, mert ezek gyakran felcserélhetőek, mivel a fogyasztói döntéseket befolyásolja a hozzáférhetőség, az ár és az érzékelt „minőség". Európában még mindig az amfetamin és az ecstasy a leggyakrabban használt szintetikus stimuláns, és ezek bizonyos mértékig a kokain versenytársai. Az amfetamin sok országban ma is fontos eleme a teljes kábítószer-fogyasztásnak, az észak-európai országokban pedig az injekciós amfetaminhasználatnak régóta jelentős szerepe van a krónikus drogproblémában. Az amfetaminszármazékokra vonatkozó mutatók többsége hosszabb távon egy szinten maradt, az újabb adatok azonban a metamfetamin növekvő hozzáférhetőségére utalnak, és ez a szer néhány piacon már kezdi felváltani az amfetamint. Egyes bizonyítékok szerint az utóbbi években csökkent az ecstasy népszerűsége, valószínűleg annak következtében, hogy az ecstasyként árusított tabletták sok esetben nem tartalmaztak MDMA-t, vagy rossz volt a tisztasági fokuk. Úgy tűnik azonban, hogy az ecstasytermelők újabban jobb hatékonysággal szerzik be az MDMA-t, ennek megfelelően a tabletták összetétele is megváltozott. Még eztán fog kiderülni, hogy emiatt újra feltámad-e az érdeklődés e kábítószer iránt, mindenesetre az első bizonyítékok némelyike erre utal.

A stimulánsoknak – különösen nagy adag esetén – káros egészségügyi hatásai lehetnek, de minden évben bejelentenek néhány halálesetet is. A problémákat tapasztaló stimulánshasználók gyakran a kórházak sürgősségi osztályain kerülnek először kapcsolatba a szolgálatokkal. Jelenleg is folynak olyan európai projektek, amelyek e terület megfigyelését szeretnék javítani, és útmutatást adnak az éjszakai életben előforduló, kábítószerrel összefüggő sürgős esetek hatékony kezeléséhez. Bár a stimulánsok használatával összefüggő halálesetek viszonylag ritkák, komoly aggodalomra adnak okot, különösen amikor fiatal, egyébként egészséges felnőttek körében fordulnak elő. Tovább nehezíti a helyzetet az ismeretlen toxicitású, új pszichoaktív anyagok megjelenése. Friss példa erre az először 2009-ben bejelentett 4-MA nevű, nem ellenőrzött stimuláns szer megjelenése a tiltott kábítószerek piacán, amelyet amfetaminként vagy azzal keverve árusítanak. Az anyaggal összefüggésbe hozható halálesetek sora nyomán kockázatértékelés készült, majd javasolták a szer európai szintű ellenőrzését.

Új pszichoaktív anyagok

Európában egyre növekszik az új pszichoaktív anyagok száma, amelyek gyakran az ellenőrzött kábítószerek hatásait próbálják utánozni. Egyes anyagokat egyenesen a tiltott piacon árusítanak, mások, az úgynevezett „legal high" szerek esetében nyíltabb az értékesítés. Ezen a területen gyors a fejlődés, az anyagok is gyors ütemben jelennek meg. Az újonnan megjelenő anyagokból esetenként a tiltott piac kedvelt kábítószere lesz – a legutóbbi példa erre a mefedron volt. Az EU korai előrejelző rendszeréhez 2013-ban is körülbelül heti egy anyagról érkezik bejelentés. Az elmúlt években az új szintetikus kannabinoid receptor agonisták (CRA-k), fenetilaminok és katinonok megjelenése dominált, ami nagymértékben tükrözte, hogy melyek a legnépszerűbb tiltott kábítószerek. Új fejlemény viszont, hogy egyre nagyobb arányban jelentenek be olyan anyagokat, amelyek kevésbé ismert, bizonytalanabb kémiai csoportokba tartoznak. Az eladásra kínált termékek sok esetben több anyag keverékét tartalmazzák, a farmakológiai és toxikológiai adatok hiánya pedig azt jelenti, hogy a használat hosszú távú következményei nehezen kiszámíthatók, az adatok azonban egyre inkább arra utalnak, hogy e szerek némelyike klinikai beavatkozást igénylő problémákat idéz elő, sőt, halálesetek is előfordultak.

Az Európai Bizottság új javaslatot készít elő az új pszichoaktív anyagokra adandó uniós válaszlépések megerősítésére. Bár az új pszichoaktív anyagok használata főként a fiatal rekreációs szerhasználók körében fordul elő, valamelyest a problémás kábítószer-használó populációkra is átterjedt. A heroinhiányról beszámoló országokban azt tapasztalták, hogy az opioidokat esetenként szintetikus stimulánsokkal, főleg katinonokkal helyettesítik. Nem tudni, mi okozta a heroin injektálásáról a katinonokra való átállást: talán az új kábítószerek könnyű hozzáférhetőségével és érzékelt jó minőségével függött össze. Az injektálás gyakoribb előfordulása, a mentális egészségügyi problémák és a testi károsodások közegészségügyi aggályokat vetnek fel. Az országok már többféle ellenőrzési intézkedést kipróbáltak, hogy reagáljanak az új kábítószerek problémájára. Kevésbé fejlett, de ugyanennyire fontos terület a megfelelő keresletcsökkentő válaszok megkeresése és bevezetése iránti igény.

1

Lefoglalások szempontjából Európában egyértelműen a kannabisz áll az élen, ami tükrözi használatának nagyarányú előfordulását

Az európai kábítószer-kínálat

Európa az ellenőrzött anyagok fontos célállomása, de a más régiókba szállított kábítószerek esetében tranzitútvonalként is van némi szerepe. Az Európába bejutó kábítószerek fontos forrásvidéke Latin-Amerika, Nyugat-Ázsia és Észak-Afrika, a modern kábítószerpiac dinamikája folytán azonban már a világ más régióinak is kezd megnőni a jelentősége. A kannabisz és a szintetikus kábítószerek szempontjából Európa termelőterület is. Miközben az itt megtermelt kannabisz szinte teljes egészében helyi fogyasztásra szolgál, néhány szintetikus kábítószert más régiókba szánt exportra is gyártanak.

Az európai kábítószerpiacon viszonylag új fejleménynek számít a nemzetközi kábítószer-ellenőrzési szerződések alapján nem ellenőrzött „új pszichoaktív anyagok" növekvő elérhetősége. Ezeket az anyagokat rendszerint Európán kívül állítják elő, és online kiskereskedőkön vagy szaküzleteken keresztül árusítják, de esetenként a tiltott kábítószerek piacán, az ellenőrzött szerekkel együtt is forgalmazzák.

A kábítószer-kínálat megfigyelése

Az ebben a részben olvasható elemzés különféle adatforrásokon alapul: a kábítószerek lefoglalásain, a felszámolt kábítószer-termelő létesítményeken, a prekurzor vegyi anyagok lefoglalásain, a kábítószerek kínálatával kapcsolatos bűncselekményeken, a kábítószerek kiskereskedelmi árain, valamint a kábítószerek lefoglalásairól készített igazságügyi elemzéseken. A teljes adatsorok a módszertani megjegyzések sokaságával együtt a statisztikai közlönyben találhatók. Meg kell jegyezni, hogy a tendenciákat számos tényező befolyásolhatja, köztük a bűnüldözési tevékenység szintje és a lefoglalási intézkedések hatékonysága is.
Az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó adatok az EU korai előrejelző rendszerébe érkező bejelentéseken alapulnak, ez pedig az EMCDDA és az Europol országos hálózatai által közölt adatokra támaszkodik. A rendszer működésének teljes leírása az EMCDDA weboldalán az Fellépés az új kábítószerek ellen pontban olvasható.

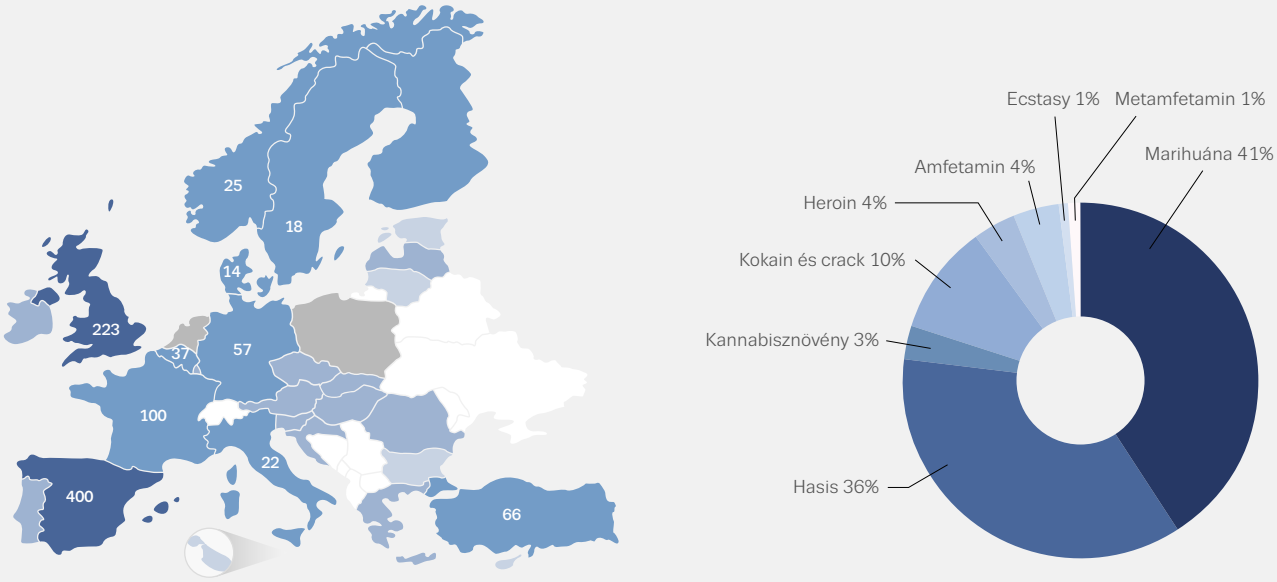
Európában egymillió alkalommal foglaltak le tiltott kábítószert

A tiltott kábítószerek európai lefoglalásainak száma hosszú távon jelentős mértékben megnőtt, és 2011-ben már körülbelül egymillió lefoglalást jelentettek be. Ezek többnyire a szerhasználóktól lefoglalt kis mennyiségű kábítószert takartak, de ebben az összesítésben a kereskedőktől és termelőktől elkobzott többkilós szállítmányok is benne vannak.

A 2011-es lefoglalások többségét mindössze két országból, Spanyolországból és az Egyesült Királyságból

1.1. ÁBRA

A bejelentett lefoglalások száma országok szerint (balra) és a legfontosabb kábítószerek lefoglalásainak aránya (jobbra), 2011



Lefoglalások (ezer) <1 1–10 11–100 >100 Nincs adat
Megjegyzés: A lefoglalások száma (ezer) a tíz legmagasabb értékkel rendelkező ország esetében.

jelentették, de Belgium és négy északi ország esetében is viszonylag magasak voltak a számok. A kábítószerek lefoglalásai szempontjából fontos ország még Törökország, bár az itt elkobzott kábítószerek egy részét más, európai és közel-keleti országokban történő fogyasztásra szánják.

Lefoglalások szempontjából Európában egyértelműen a kannabisz áll az élen, ami tükrözi használatának nagyarányú előfordulását (1.1. ábra). A kokain összesítésben a második, körülbelül kétszer annyi lefoglalással, mint akár az amfetaminszármazékok, akár a heroin. Az ecstasy lefoglalásainak száma alacsonyabb, és az utóbbi években jelentősen vissza is esett.

Kannabisz: változások a kínálatban

Az európai kábítószerpiacon általában két különálló kannabisztermék van jelen: a növényi kannabisz (marihuána) és a kannabiszgyanta (hasis). A két termék éves fogyasztása nagyjából 2500 tonnára becsülhető.

Az Európában kapható marihuána egyrészt belföldi termesztésből, másrészt a szomszédos országokból származik, bár egyes jelentésekben más régiókból, köztük Afrikából származó növényekről is szó esik. A hasis legnagyobb részét Marokkóból importálják tengeri vagy légi úton. A hasislefoglalások európai szinten a méret szempontjából átlagosan nagyobbak, mint a marihuána lefoglalásai.

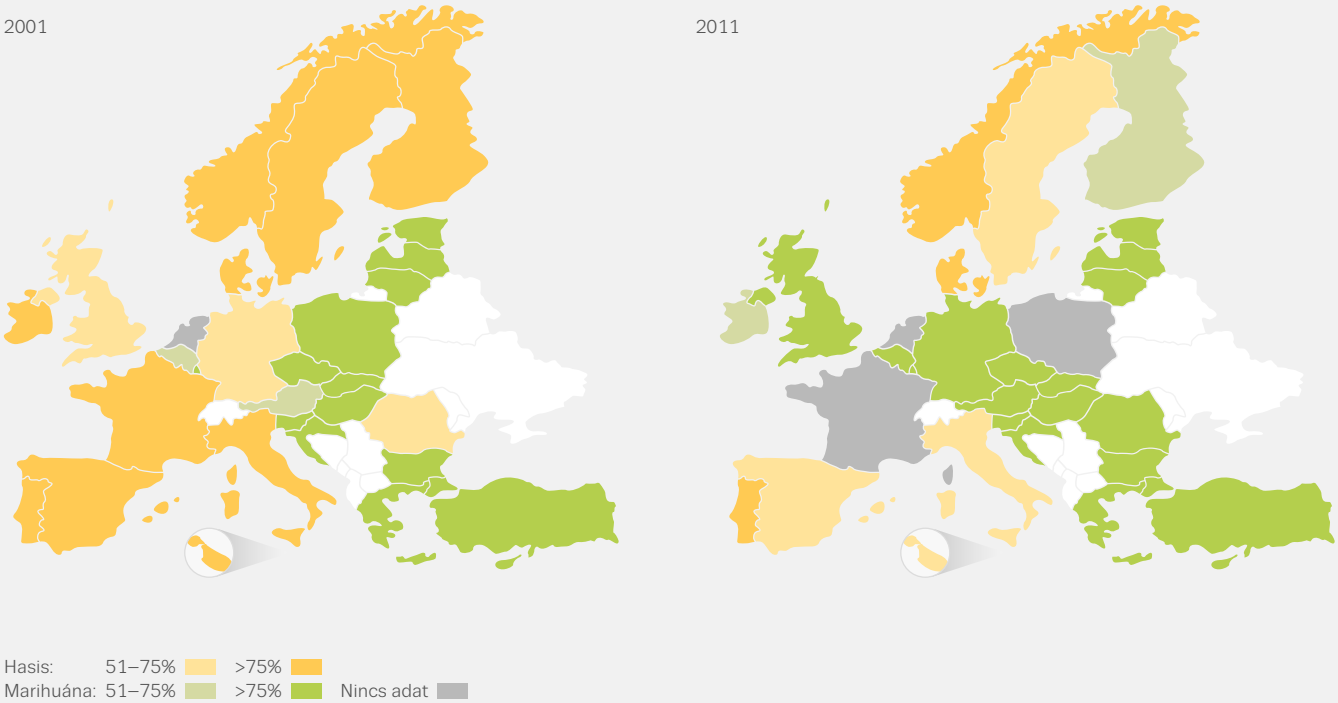
A marihuána lefoglalásai az utóbbi tíz évben megelőzték a hasisét, és mára az összes kannabiszlefoglalás több mint felét teszik ki (1.3. ábra). Ez részben azt tükrözi, hogy sok országban megnőtt a belföldi termesztésű marihuána hozzáférhetősége. A hasisból lefoglalt mennyiség azonban – hiába esett az elmúlt években – még mindig sokkal nagyobb, mint a marihuána bejelentett mennyisége (2011-ben 483 tonna a 92 tonnával szemben).

A kannabiszlefoglalások európai tendenciáinak értelmezésekor figyelembe kell venni azt a körülményt, hogy néhány ország adatai aránytalanul fontosak (1.4. ábra). Spanyolország például a Marokkóhoz való közelségének és a jelentős belső piacának köszönhetően 2011-ben az Európában lefoglalt hasismennyiség körülbelül kétharmadát jelentette be. A marihuánát

A marihuána lefoglalásai az utóbbi tíz évben megelőzték a hasisét, és mára az összes kannabiszlefoglalás több mint felét teszik ki

1.2. ÁBRA

A kannabisz jellemző típusa (hasis vagy marihuána) a 2001-es és a 2011-es lefoglalások száma alapján



KANNABISZ

Hasis

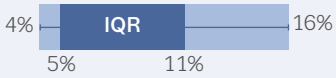
483 lefoglalt tonna

345 000 lefoglalás

504 lefoglalt tonna, Törökországgal együtt

353 000 lefoglalás Törökországgal együtt

Ár (EUR/g)



Erősség (% THC)

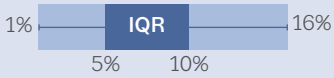
Marihuána

92 lefoglalt tonna

398 000 lefoglalás

147 lefoglalt tonna, Törökországgal együtt

439 000 lefoglalás Törökországgal együtt

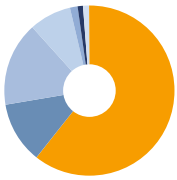


Erősség (% THC)

Ár (EUR/g)

113 000 kínálattal összefüggő bejelentett bűncselekmény

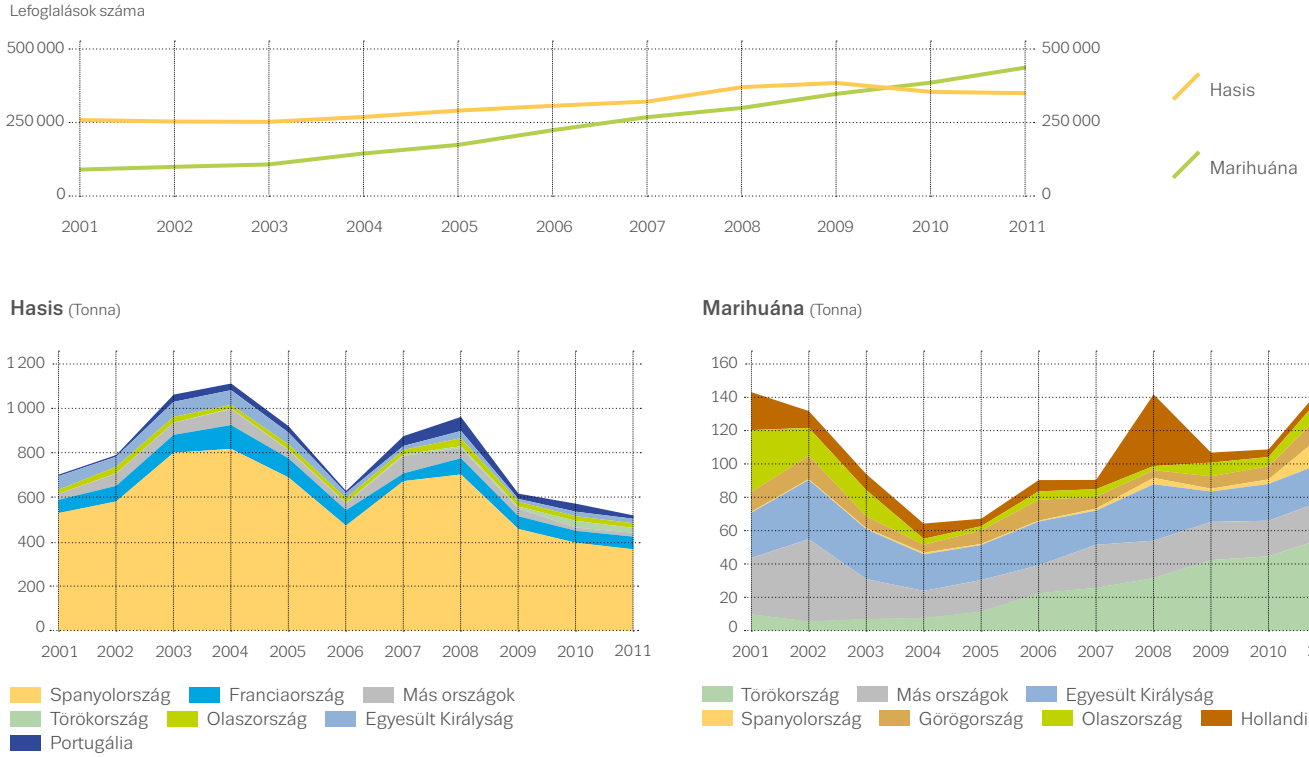
61% a hat legfontosabb kábítószerhez tartozó kereskedelmi bűncselekményekből



A kannabisztermék ára és erőssége: országos átlagértékek, minimum, maximum és interkvartilis tartomány (IQR).
Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok.

1.3. ÁBRA

A kannabiszlefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség tonnában: hasis és marihuána, 2001–2011



tekintve Görögország és Olaszország is a lefoglalt mennyiség nagyarányú közelmúltbeli növekedéséről számolt be. Marihuánából 2007 óta mindig Törökország foglalja le a legnagyobb mennyiséget.

A kannabisznövények lefoglalásait a belföldi termelés mutatóinak lehet tekinteni, bár az ezen a területen elérhető adatok minősége megnehezíti az összehasonlítást. Európában 2011-ben 31 000 alkalommal jelentették be kannabisznövények lefoglalását. Ehhez hozzátartozik a lefoglalt növények száma (összesen 4,4 millió) és a mennyisége (33 tonna) is. A lefoglalt növények legnagyobb számát Hollandia (2 millió), Olaszország (1 millió) és az Egyesült Királyság (627 000) jelentette be, tömeg alapján pedig Spanyolország (26 tonna) és Bulgária (5 tonna) számolt be a legnagyobb lefoglalásokról.

Új dimenzió: a szintetikus kannabinoid receptor agonisták

A kannabiszban természetesen előforduló pszichoaktív vegyületek hatásait utánzó szintetikus kannabinoid receptor agonistákat (CRA-k) tartalmazó termékek újabban tapasztalt hozzáférhetősége új dimenzióval bővítette a kannabiszpiacot. Ezekről az esetenként nagyon erős termékekről most már szinte mindegyik európai országból beszámoltak. Rendszerint Ázsiából importálják por formájában, többkilós csomagokban, a feldolgozás és csomagolás pedig már Európában zajlik. Vannak bizonyítékok arra is, hogy a forrásként felhasznált vegyi anyagokat átszállítják Európán, a közelmúltban például közel 15 kilogramm Kínából származó, de Oroszországba tartó tiszta CRA-port foglaltak le.

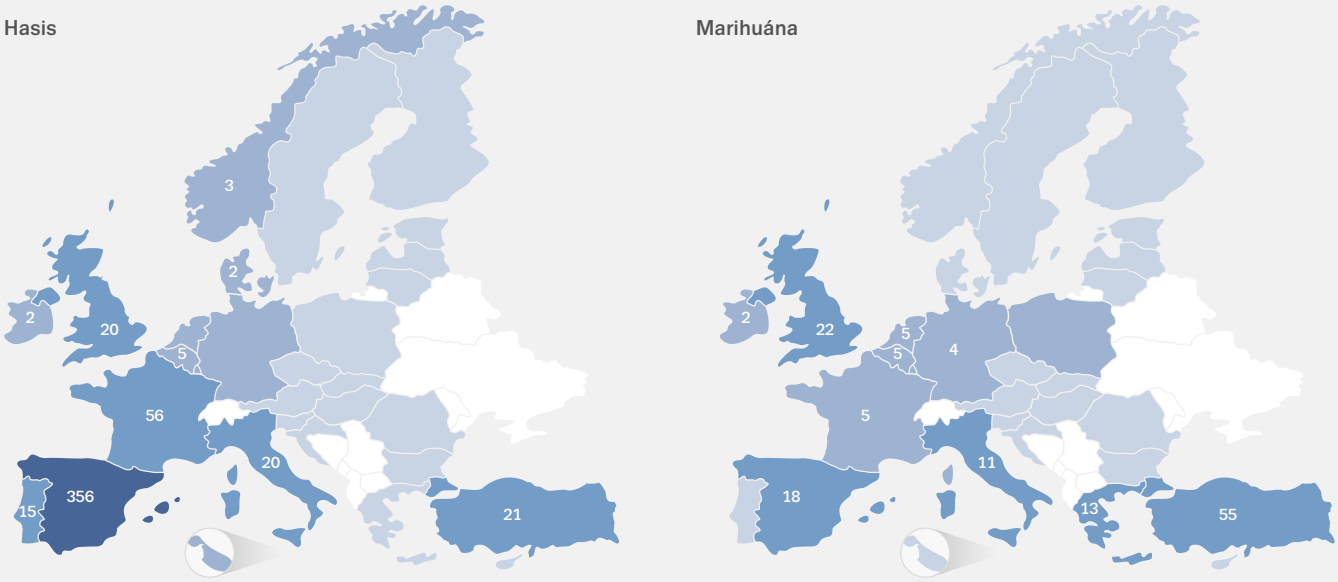
Heroin: visszaesésre utaló jelek

Európában az importált heroin hagyományosan két formában érhető el, ezek közül a nyers heroin (a heroin bázis formája) a gyakoribb, amely többnyire Afganisztánból származik. Sokkal ritkább forma a fehér heroin (só forma), amely hagyományosan Délkelet-Ázsiából származik, de már máshol is előállítható. Az opioid kábítószerek előállítása korlátozott mértékben még Európán belül

Az elmúlt évtizedben 2011-ben foglalták le a legalacsonyabb mennyiséget heroinból, és ez a 2001-ben lefoglalt mennyiségnek csak nagyjából a felét tette ki

1.4. ÁBRA

A hasisból (balra) és marihuánából (jobbra) lefoglalt mennyiség, 2011



Tonna <1 1–10 11–100 >100

Megjegyzés: A lefoglalt mennyiség (tonnában) a tíz legmagasabb értékkel rendelkező ország esetében.

is előfordul, Kelet-Európa egyes részein, főleg házi mákkészítmények formájában.

Továbbra is Afganisztán a világ legnagyobb illegális ópiumtermelője, és az Európában talált heroin legnagyobb részét feltehetőleg ott vagy (kisebb mértékben) a szomszédos Iránban vagy Pakisztánban állították elő. A kábítószer Európába szállítására két, nagy vonalakban meghatározott kereskedelmi útvonal létezik: ezek közül történetileg az úgynevezett „balkáni folyosó" a fontosabb, amely Törökországon keresztül halad nyugat felé, a balkáni országokba (Bulgária, Románia vagy Albánia), majd tovább Közép-, Dél- és Nyugat-Európába. Az újabb kereskedelmi útvonal az úgynevezett „északi" vagy „selyemút", amely a közép-ázsiai volt szovjet köztársaságokon keresztülhaladva északnak tart, Oroszország felé. Összességében azonban úgy tűnik, hogy a helyzet mára képlékenyebb lett, így Iránból és Pakisztánból légi vagy tengeri úton is érkeznek

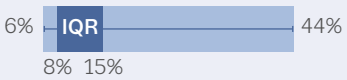
HEROIN

6,1 lefoglalt tonna

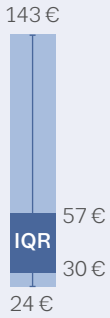
40 500 lefoglalás

13,4 lefoglalt tonna, Törökországgal együtt

43 800 lefoglalás Törökországgal együtt



Tisztaság (%)

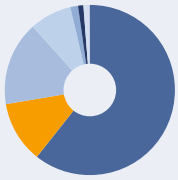


Ár (EUR/g)

A nyers heroin ára és tisztasága: országos átlagértékek, minimum, maximum és interkvartilis tartomány (IQR).

23 300 kínálattal összefüggő bejelentett bűncselekmény

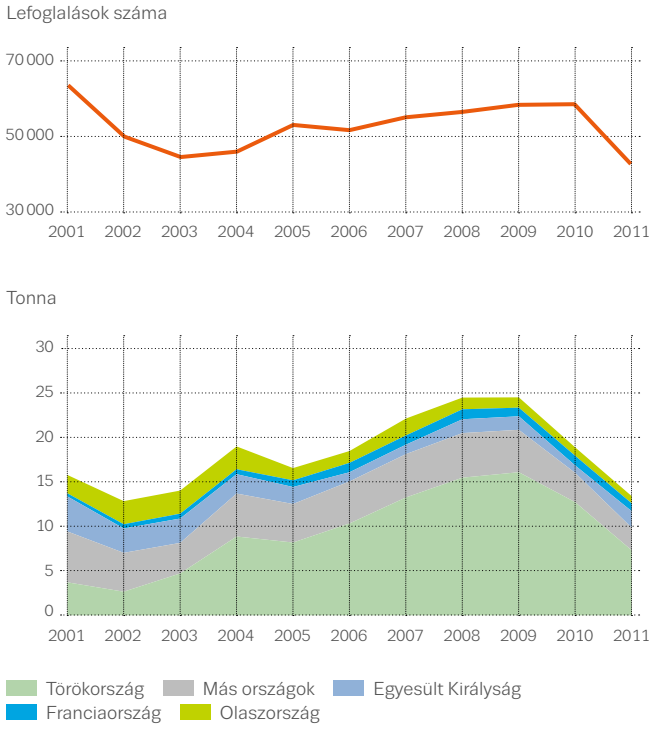
12% a hat legfontosabb kábítószerhez tartozó kereskedelmi bűncselekményekből



Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok.

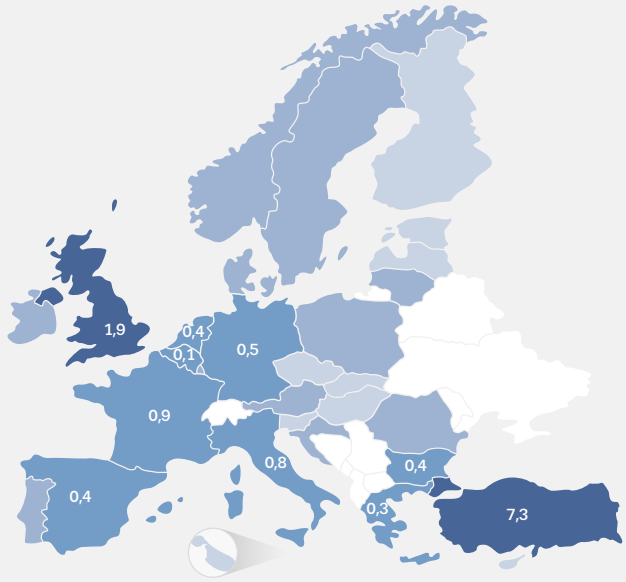
1.5. ÁBRA

A heroinlefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség, 2001–2011



1.6. ÁBRA

A lefoglalt heroin mennyisége, 2011



Tonna <0,01 0,01–0,10 0,11–1,0 >1,0

Megjegyzés: A lefoglalt mennyiség (tonnában) a tíz legmagasabb értékkel rendelkező ország esetében.

heroinszállítmányok Európába, vagy közvetlenül, vagy a nyugat- és kelet-afrikai országokon keresztül.

Az elmúlt évtizedben 2011-ben foglalták le a legalacsonyabb mennyiséget heroinból (6,1 tonna), és ez a 2001-ben lefoglalt mennyiségnek (12 tonna) csak nagyjából a felét tette ki. Ugyanebben az időszakban (2001–2011) a bejelentett lefoglalások száma is visszaesett, a 2001-es 63 000-es csúcshoz képest 2011-ben 40 500-ra becsülték. Ezt a visszaesést bizonyos mértékig megmagyarázhatja a 2002 és 2009 közötti törökországi lefoglalások növekedése, ahol következetesen többet foglaltak le a kábítószerből, mint 2006 óta az összes többi ország együttvéve (1.5. ábra). 2010-ben és 2011-ben viszont Törökországból a lefoglalt mennyiség jelentős visszaesését jelentették.

A heroinlefoglalásokban és a kábítószer kínálatával kapcsolatos bűncselekményekben tapasztalt visszaesés mellett a közelmúltban akutabb rövid távú piaci fennakadásokról is beszámoltak, feltehetőleg a balkáni folyosón zajló sikeres lefoglalási törekvéseknek köszönhetően. A viszonylag nagy heroinhasználó populációval rendelkező országok közül 2010 végén és 2011 elején több helyen is jelentős heroinhiányt tapasztaltak, és úgy tűnik, ezt csak néhány piac tudta kiheverni.

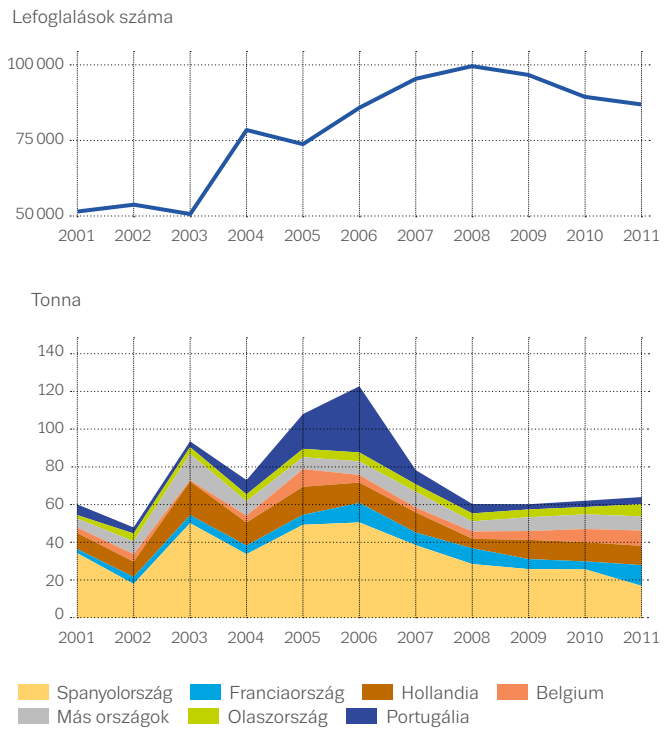
Kokain: változások a kereskedelemben?

A kokainhoz Európában két formában lehet hozzájutni, de ezek közül a leggyakoribb a kokainpor (egy hidroklorid só, HCl). Kevésbé elterjedt a kábítószer füstöléssel szívható formája, a crack kokain. A kokaint a kokacserje leveleiből állítják elő. A kábítószert szinte kizárólag Bolíviában, Kolumbiában és Peruban állítják elő, majd légi és tengeri úton szállítják Európába. Az Európába vezető fő kereskedelmi útvonal láthatólag az Ibériai-félszigeten (Spanyolországon és Portugálián) halad át, bár a konténeres szállítmányok fokozott használatából következően Belgium, Hollandia és más nyugat-európai országok nagy kikötőinek is növekedhetett a jelentősége. Az Európába vezető kokainkereskedelmi útvonalak folyamatos diverzifikálódására utaló újabb jelek közé tartozik, hogy Bulgária, Görögország, Románia és a balti országok kikötőiben nagy mennyiségű egyedi lefoglalások történtek.

A kokain nem feltétlenül forgalomba hozható formában jut el Európába, ennek megfelelően az utóbbi években Európa területén több illegálisan működő „laboratóriumot" is felszámoltak. Spanyolországban 2008 és 2010 között 73 létesítményt találtak és számoltak fel, és ezek többsége másodlagos kivonással foglalkozó laboratórium volt, ahol a kokaint más, az álcázáshoz használt anyagokból, például méhviaszból, műtrágyából, műanyagból, élelmiszerekből vagy ruházatból vonták ki.

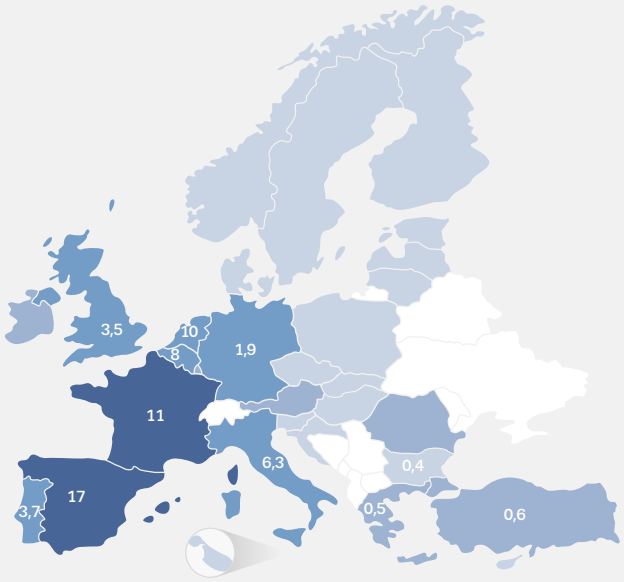
1.7. ÁBRA

A kokainlefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség, 2001–2011



1.8. ÁBRA

A lefoglalt kokain mennyisége, 2011



Tonna <0,1 0,1–1,0 1,1–10 >10

Megjegyzés: A lefoglalt mennyiség (tonnában) a tíz legmagasabb értékkel rendelkező ország esetében.

Európában 2011-ben körülbelül 86 000 kokainlefoglalást jelentettek, ami mennyiségileg 62 tonna kábítószer lefoglalásának felelt meg. Ez a 2006. évi csúcshoz – 120 tonna lefoglalt kokain – képest közel 50%-os visszaesést jelentett. A 2008-as 100 000 lefoglalásból álló csúcs után a lefoglalások száma is visszaesett, de nem olyan markánsan (1.7. ábra). A lefoglalt kokain mennyiségének csökkenését az Ibériai-félszigeten lehetett a leginkább megfigyelni, ahol a Spanyolország és Portugália által lefoglalt teljes mennyiség a 2006-os 84 tonnáról 2011-ben 20 tonnára esett vissza. Ez hasonló a Hollandiában és Belgiumban lefoglalt mennyiséghez, ahol 2011-ben együttesen 18 tonnát foglaltak le a kábítószerből. Rekordméretű kokainlefoglalásokat 2011-ben Franciaországból (11 tonna) és Olaszországból (6 tonna) jelentettek. Egyelőre nem tudni, hogy az európai országokban lefoglalt kokain mennyiségének változásai mennyiben tükrözik az európai piacra szánt kínálatban történt változásokat, a bűnüldözési eljárások változásait vagy a kábítószer-kereskedő szervezeteknél bevezetett új operatív módszereket.

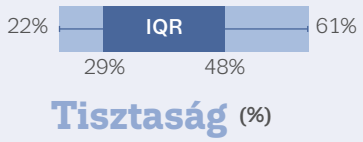
KOKAIN

62 lefoglalt tonna

85 700 lefoglalás

63 lefoglalt tonna, Törökországgal együtt

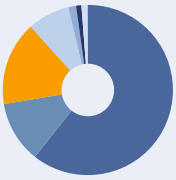
87 000 lefoglalás Törökországgal együtt



A kokain ára és tisztasága: országos átlagértékek, minimum, maximum és interkvartilis tartomány (IQR).

31 200 kínálattal összefüggő bejelentett bűncselekmény

16% a hat legfontosabb kábítószerhez tartozó kereskedelmi bűncselekményekből



Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok.

Amfetaminszármazékok: a jelek szerint több a metamfetamin

Az eredetileg gyógyászati célokra kifejlesztett, összefoglaló néven amfetaminszármazékoknak nevezett metamfetamin és amfetamin egymással közeli rokonságban álló szintetikus stimulánsok. A kettő közül Európában mindig az amfetamin volt a gyakoribb, de most a jelek szerint a metamfetamin is egyre inkább hozzáférhető lett.

Európában mindkét kábítószert belföldi használatra állítják elő, bár az amfetaminból valamennyit kivitelre is gyártanak, elsősorban a Közel-Kelet részére. A gyártási technológiák viszonylag kifinomultak lehetnek, ami nagy termelési egységeket eredményez. Ugyanaz a berendezés és személyzet más szintetikus anyagok, például az MDMA (ecstasy) előállításához is felhasználható. Tudjuk, hogy jelentős termelés zajlik Belgiumban és Hollandiában, valamint Lengyelországban és a balti országokban, de laboratóriumokat más országokban, köztük Bulgáriában, Németországban és Magyarországon is találtak. A metamfetamint előállító egységek közül sokat Csehországból jelentenek be. Ezek többnyire kisüzemi létesítmények, amelyek az érintettek személyes használatára biztosítják a kábítószert, bár nagyobb arányú termelést is jelentettek, ahol a metamfetamint belföldi fogyasztásra és a szomszédos országokba való exportra szánták. Úgy tűnik, hogy a balti országokban is növekedett a metamfetamintermelés, mégpedig a skandináv országokba irányuló kivitelre, ahol a szer vélhetően kezdi átvenni az amfetamin helyét.

Miután egy ideig a lefoglalások száma és mennyisége is magasabb volt, 2011-ben az amfetamin-lefoglalások körülbelül a 2002-ben tapasztalt szintre tértek vissza

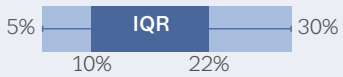
AMFETAMIN

5,9 lefoglalt tonna

35 600 lefoglalás

6,2 lefoglalt tonna, Törökországgal együtt

35 600 lefoglalás Törökországgal együtt

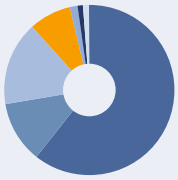


Tisztaság (%)

Ár (EUR/g)

16 000 kínálattal összefüggő bejelentett bűncselekmény

8% a hat legfontosabb kábítószerhez tartozó kereskedelmi bűncselekményekből

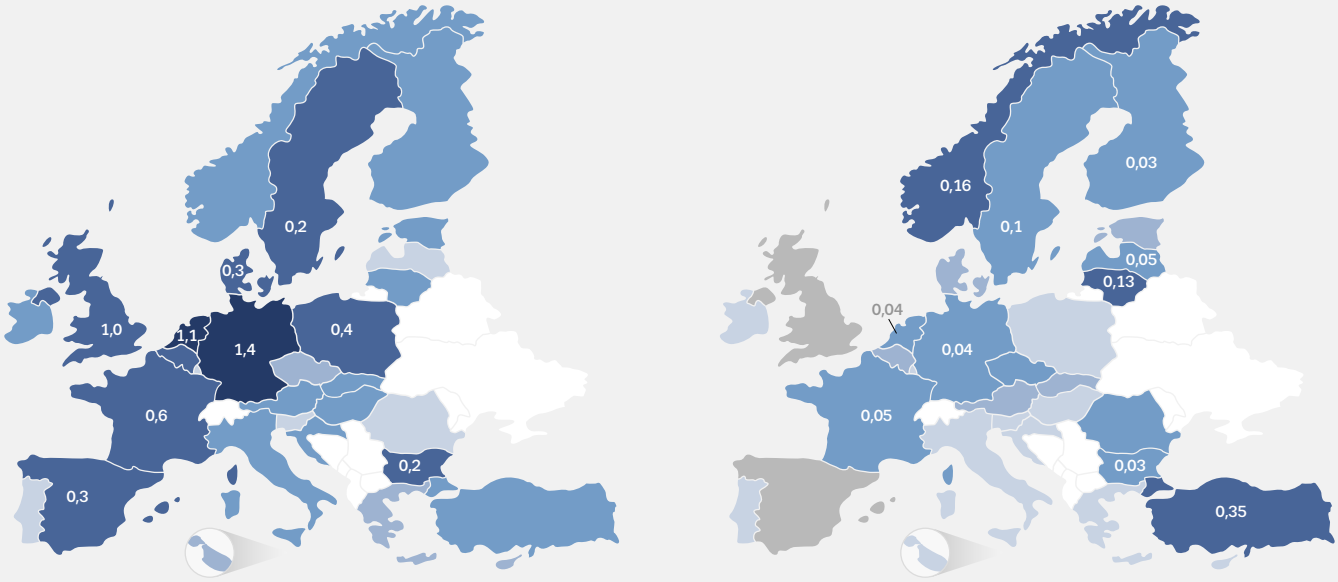


Az amfetamin ára és tisztasága: országos átlagértékek, minimum, maximum és interkvartilis tartomány (IQR).

Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok.

1.9. ÁBRA

Az amfetaminból (balra) és metamfetaminból (jobbra) lefoglalt mennyiség, 2011



Tonna <0,001 0,001–0,01 0,01–0,1 0,11–1 >1 Nincs adat

Megjegyzés: A lefoglalt mennyiség (tonnában) a tíz legmagasabb értékkel rendelkező ország esetében.

2011-ben körülbelül 45 000 alkalommal jelentették be amfetaminszármazékok lefoglalását. Ezen belül az amfetaminhoz 35 600 lefoglalás tartozott 5,9 tonna mennyiségben, a metamfetaminhoz pedig 9 400 lefoglalás és 0,7 tonnás mennyiség. Miután egy ideig a lefoglalások száma és mennyisége is magasabb volt, 2011-ben az amfetaminlefoglalások körülbelül a 2002-ben tapasztalt szintre tértek vissza (1.10. ábra). A metamfetamin lefoglalásai még mindig nem érnek el magas szintet – sem számban, sem mennyiségben –, ezek viszont az említett időszakban nőttek (1.11. ábra).

METAMFETAMIN

0,7 lefoglalt tonna

1,0 lefoglalt tonna, Törökországgal együtt

9 400 lefoglalás

9 500 lefoglalás Törökországgal együtt

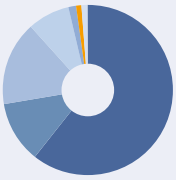
Tisztaság (%)

Ár (EUR/g)

A metamfetamin ára és tisztasága: országos átlagértékek, minimum, maximum és interkvartilis tartomány (IQR).

2 200 kínálattal összefüggő bejelentett bűncselekmény

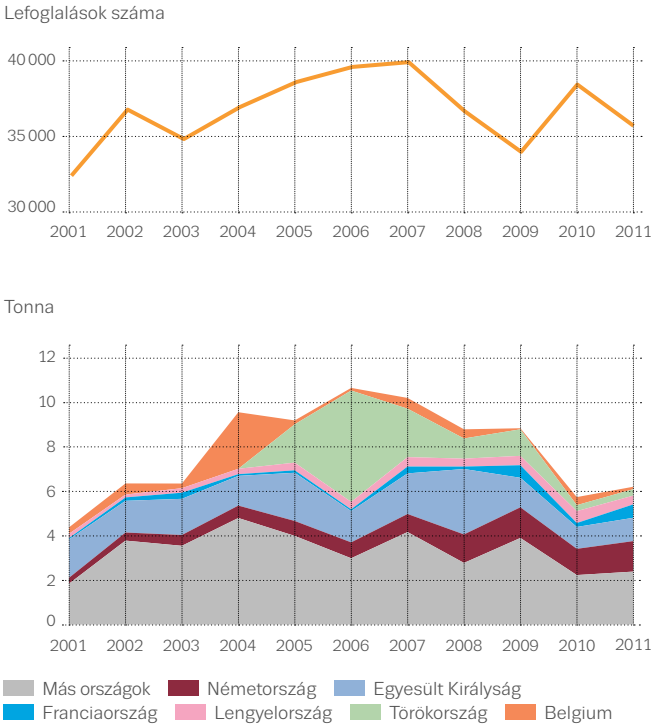
1% a hat legfontosabb kábítószerhez tartozó kereskedelmi bűncselekményekből



Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok.

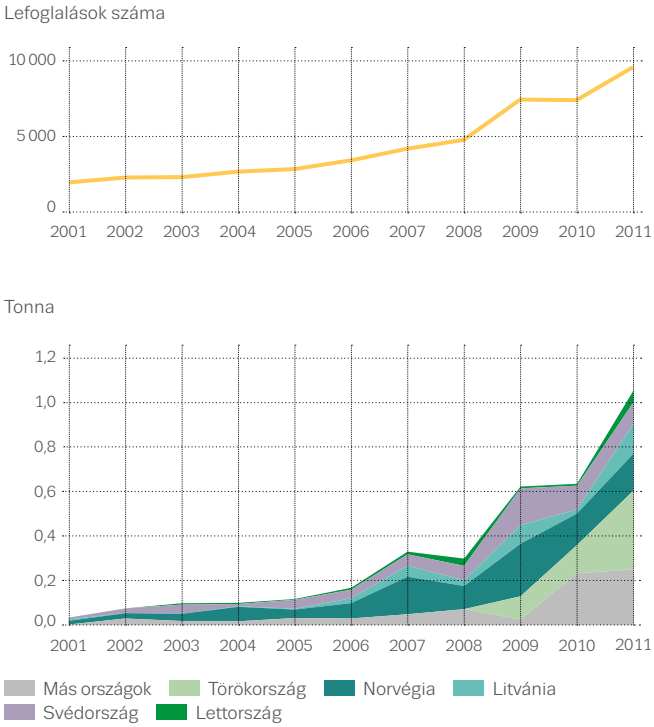
1.10. ÁBRA

Az amfetaminlefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség, 2001–2011



1.11. ÁBRA

A metamfetaminlefoglalások száma és a lefoglalt mennyiség, 2001–2011



Ecstasy: újra a színen?

Az ecstasy megnevezés általában az amfetaminszármazékokkal kémiailag rokon, de hatását tekintve némileg eltérő, MDMA nevű szintetikus anyagot jelöli. Az ecstasyként árusított tabletták azonban MDMA-szerű anyagok széles körét és egészen más vegyi anyagokat is tartalmazhatnak.

Európában 2000 körül tetőzhetett az ecstasygyártás, amikor a jelentések szerint 50 laboratóriumot számoltak fel. Ez 2010-ben három, 2011-ben öt felszámolásra csökkent, ami arra utal, hogy a termelés szintje Európa-szerte visszaesett. Az utóbbi évtizedben Hollandiából jelentették a legtöbb felszámolt laboratóriumot, utána pedig Belgium következett, és ez feltehetőleg ennek a kábítószernek a fő földrajzi előállítási területét tükrözi.

ECSTASY

4,3 millió lefoglalt tabletta

10 000 lefoglalás

5,7 millió lefoglalt tabletta, Törökországgal együtt

13 000 lefoglalás Törökországgal együtt

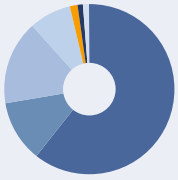
Tisztaság (MDMA mg/tabletta)

Ár (EUR/tabletta)

Az ecstasytabletták ára és tisztasága: országos átlagértékek, minimum, maximum és interkvartilis tartomány (IQR).

3 000 kínálattal összefüggő bejelentett bűncselekmény

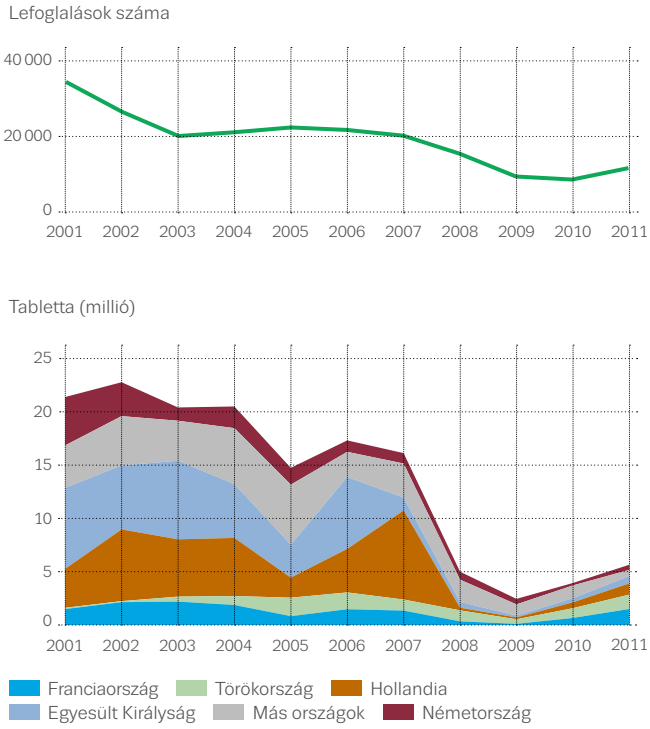
1% a hat legfontosabb kábítószerhez tartozó kereskedelmi bűncselekményekből



Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok.

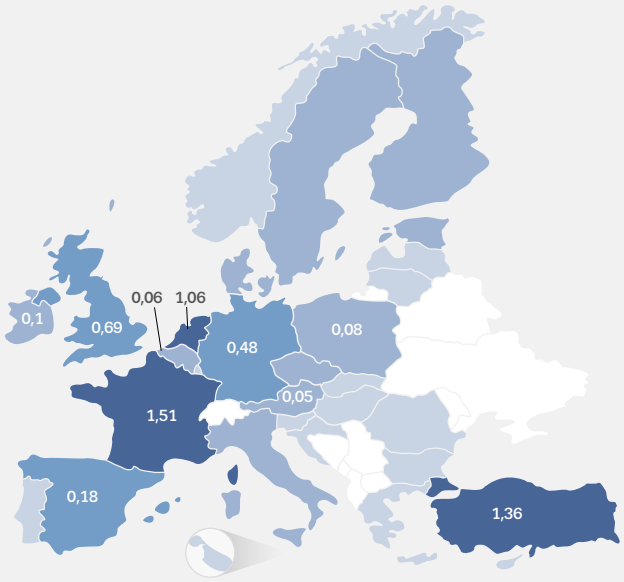
1.12. ÁBRA

Az ecstasylefoglalások és a lefoglalt tabletták száma, 2001–2011



1.13. ÁBRA

A lefoglalt ecstasy mennyisége, 2011



Tabletták száma (millió) <0,01 0,01–0,1 0,11–1,0 >1,0

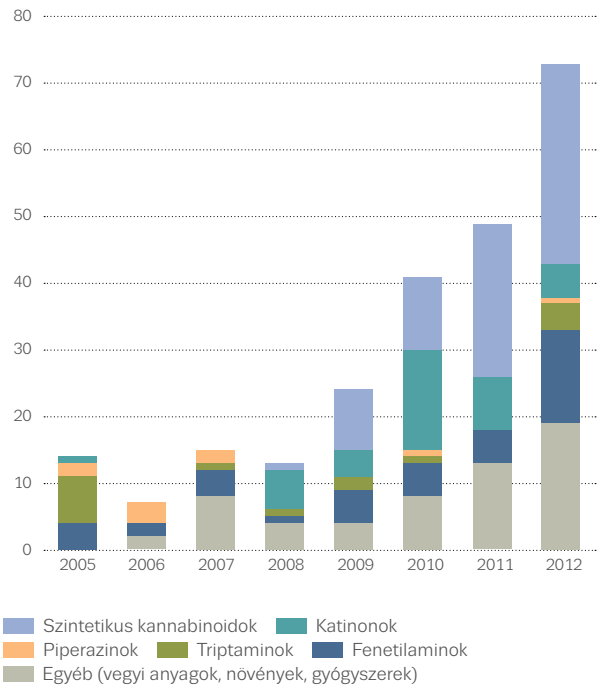
Megjegyzés: A lefoglalt mennyiség (a tabletták számát tekintve) a tíz legmagasabb értékkel rendelkező ország esetében.

A kábítószer lefoglalásai 2007 óta meredeken csökkentek (1.12. ábra), a jelenlegi számok pedig, a 4,3 millió lefoglalt ecstasytabletta csak töredéke annak, amennyi a csúcson, a 2002. évben volt (23 millió). Az ecstasyhoz kapcsolódó, kínálat jellegű bűncselekményekben is hirtelen visszaesést lehetett megfigyelni, 2006 és 2011 között ugyanis kétharmaddal csökkent ezek száma, és ma már a legfontosabb kábítószerek kínálatával összefüggő bűncselekményeknek csak az 1%-át teszik ki. Ezek a csökkenő tendenciák a megerősített ellenőrzéseknek és a PMK, az MDMA előállításához használt fő prekurzor vegyi anyag célirányos lefoglalásainak tulajdoníthatók. Valószínűleg ugyanez tükröződik abban is, hogy Európa-szerte megváltozott a kapható „ecstasytabletták" összetétele, és mindössze három országból jelezték, hogy a 2009-ben elemzett tabletták legnagyobb részben MDMA-szerű anyagot tartalmaztak. Bizonyos jelek azonban az ecstasypiac közelmúltbeli újraéledésére utalnak, bár ez a korábban látott szintektől még messze van. Úgy tűnik, hogy egyre gyakoribb az MDMA, és Európa egyes részein nagy tisztaságú porhoz is hozzá lehet jutni. Az ecstasytermelők talán a prekurzorok ellenőrzésére reagálva álltak át a „pre-prekurzorok" vagy az „álcázott prekurzorok" használatára, azaz olyan alapvető vegyi anyagokra, amelyeket legálisan, nem ellenőrzött anyagként importálhatnak, majd az MDMA előállításához szükséges prekurzor vegyi anyaggá alakíthatnak.

A kábítószer lefoglalásai 2007 óta meredeken csökkentek, a jelenlegi 4,3 millió lefoglalt ecstasy tabletta pedig csak töredéke annak, amennyi a csúcson, a 2002. évben volt

1.14. ÁBRA

Az uniós korai előrejelző rendszerhez bejelentett új pszichoaktív anyagok száma és fontosabb csoportjai, 2005–2012



2012 folyamán a tagállamok az uniós Korai Jelzőrendszeren keresztül összesen 73 új pszichoaktív anyagról tettek bejelentést

Új kábítószerek: egyre több anyag kapható

A kábítószerpiac elemzését megnehezíti az új kábítószerek (új pszichoaktív anyagok) felbukkanása – olyan vegyi vagy természetes anyagok megjelenése, amelyek a nemzetközi jog szerint nem ellenőrzöttek, viszont úgy készültek, hogy utánozzák az ellenőrzött anyagok hatásait. Az új kábítószereket esetenként Európán belül, titkos laboratóriumokban állítják elő, és közvetlenül árusítják a piacon. Más esetekben beszállítóktól, gyakran Kínából vagy Indiából importálják a vegyi anyagokat, majd vonzó csomagolásban, „legal high" szerekként forgalmazzák Európában. A „legal high" szerek név téves megnevezés, hiszen az anyagok a tagállamok némelyikében ellenőrzöttek lehetnek, vagy a fogyasztási célú értékesítésük ellentétes lehet a fogyasztóvédelmi vagy forgalomba hozatali szabályozással. A termékeket az ellenőrzések elkerülése érdekében gyakran félrevezetően címkézik, például „kutatási vegyi anyagnak" vagy „növénytápszernek", azzal a kitétellel, hogy a termék emberi fogyasztásra nem alkalmas.

2012 folyamán a tagállamok az uniós korai figyelmeztető rendszeren keresztül összesen 73 új pszichoaktív anyagról küldtek első értesítést (1.14. ábra). A kannabiszszerű termékek iránti fogyasztói keresletet tükrözi, hogy ezen anyagok közül 30 szintetikus kannabinoid receptor agonista volt. Tizenkilenc vegyület nem felelt meg a már elismert kémiai csoportoknak (ezek között növények és gyógyszerek is voltak), de volt 14 új helyettesített fenetilamin is, ami 2005 óta a legmagasabb szám.

Mivel az internetnek nagy szerepe van az új pszichoaktív anyagok forgalmazásában, az EMCDDA rendszeres körképet készít, hogy felmérje a termékeikkel az európai fogyasztókat megcélzó online üzletek számát. Az így megtalált üzletek száma folyamatosan növekszik: 2012. januárban már 693 online üzletet sikerült azonosítani.

Miután az új pszichoaktív anyagra ellenőrző intézkedéseket vezetnek be, a legtöbb esetben az anyagot gyorsan lecserélik, ami különösen megnehezíti a beavatkozást ezen a területen. A mefedron viszont az új kábítószerek azon ritka példája, amelynek sikerült áttörnie, és a tiltott stimulánsok piacán is keresett szer lett. Úgy tűnik, hogy ez a kábítószer az Európai Unió egész területén bevezetett ellenőrzések dacára néhány országban még mindig elérhető, de ezekben már a tiltott piacon forgalmazzák. Bár lehet még a tilalom előtt beszerzett készletekből, sőt, titkos behozatal is folyhat, aggasztó fejlemény, hogy Lengyelországban nemrég felfedeztek egy mefedront előállító üzemet, nemzetközi szervezett bűnözői csoportokhoz vezető szálakkal és arra utaló bizonyítékokkal, hogy más európai országok felé is kereskedtek.

BŐVEBB INFORMÁCIÓ

Az EMCDDA kiadványai

2012

Cannabis production and markets in Europe, EMCDDA Insights 12.

2011

Report on the risk assessment of mephedrone in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances.

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications. Összefoglaló jelentés az EMCDDA 2011. október 18–19-i trendfigyelő üléséről.

Válaszok az új pszichoaktív anyagokra, Célpontban a kábítószer, 22. szám.

Az EMCDDA és az Europol kiadványai

2013

Annual report on the Implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report: a strategic analysis.

2011

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

Valamennyi kiadvány elérhető az alábbi weboldalon: www.emcdda.europa.eu/publications

2

Az európai felnőttek közül életük valamely szakaszában legalább 85 millióan használtak már tiltott kábítószert, ami Európa felnőtt népességének körülbelül egynegyedét jelenti

Kábítószer-használat és a kábítószerekkel összefüggő problémák

A kábítószer-használat és a vele járó ártalmak megfigyelését sok tényező nehezíti. Nagy különbségek vannak az egyes tiltott kábítószerek használati módjai között, a fogyasztási mintákba például a kipróbálási és alkalmi szint éppúgy beletartozik, mint a mindennapi és hosszú távú használat. Az egyént érő kockázat is számos tényezővel függ össze, köztük az elfogyasztott adaggal, a fogyasztási móddal, az egyéb anyagok egyidejű fogyasztásával, a kábítószer-fogyasztási epizódok számával és hosszával és az egyéni sérülékenységgel.

A kábítószer-használat és a kábítószerekkel összefüggő problémák megfigyelése

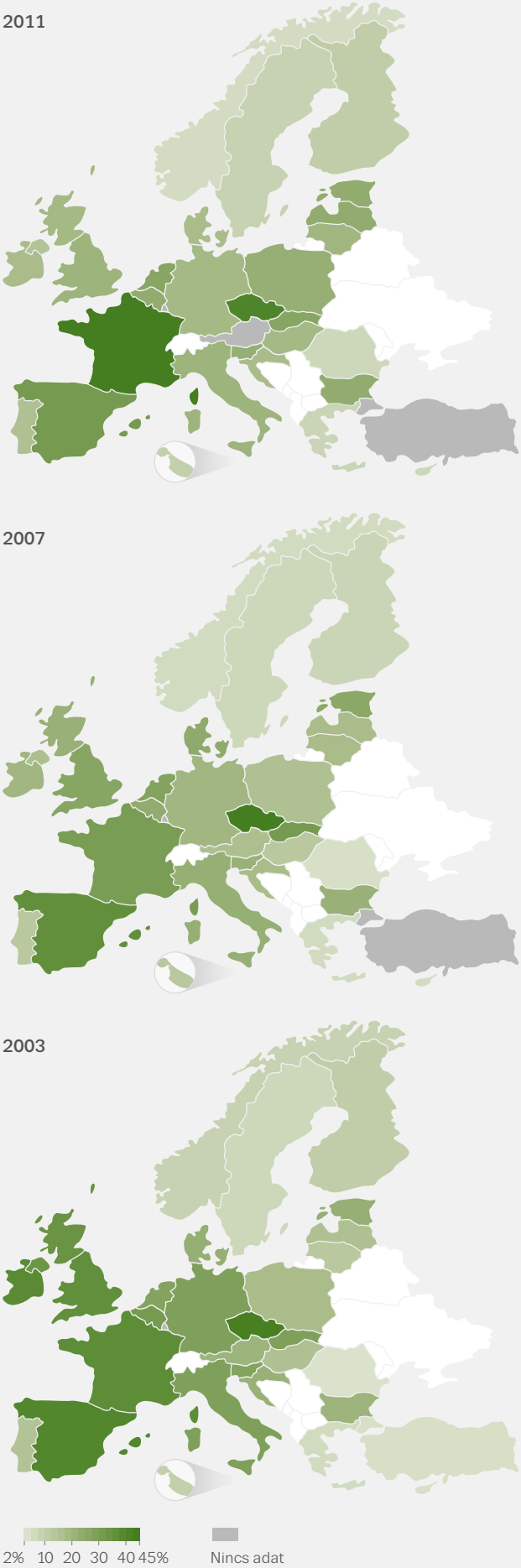
A kábítószer-használat és a kábítószerekkel összefüggő ártalmak megfigyelése Európában alapvetően öt epidemiológiai mutatón alapul: a normál népesség kábítószer-használatán, a problémás kábítószer-használaton, a kábítószerrel összefüggő haláleseteken és halálozáson, a kábítószerrel összefüggő fertőző betegségeken és a kábítószerek miatti kezelési igényen. Az EMCDDA weboldala a legfontosabb mutatók nyitólapján és a statisztikai közlönyben ismerteti ezeket a mutatókat, és módszertani megjegyzéseket fűz hozzájuk.

Az európai felnőttek egynegyede már használt tiltott kábítószereket

Az európai felnőttek közül életük valamely szakaszában legalább 85 millióan használtak már tiltott kábítószert, ami Európa felnőtt népességének körülbelül egynegyedét jelenti. A legtöbben állításuk szerint kannabiszt használtak (77 millióan), más kábítószerek életprevalenciája sokkal alacsonyabb volt: a kokaint 14,5 millióan, az amfetaminszármazékokat 12,7 millióan, az ecstasyt pedig 11,4 millióan próbálták ki. Európán belül komoly különbségek vannak a kábítószer-

2.1. ÁBRA

A kannabiszhasználat életprevalenciája a 15–16 éves diákok körében



Megjegyzés: ESPAD-adatok és Spanyolországra és az Egyesült Királyságra vonatkozó országos felmérések.

használat életprevalenciájának szintjei között, Dániában, Franciaországban és az Egyesült Királyságban például a felnőttek nagyjából egyharmada érintett, míg Bulgáriában, Görögországban, Magyarországon, Romániában és Törökországban kevesebb mint egytizedük.

Kannabisz: stabil vagy csökkenő tendencia a magasabb előfordulású országokban

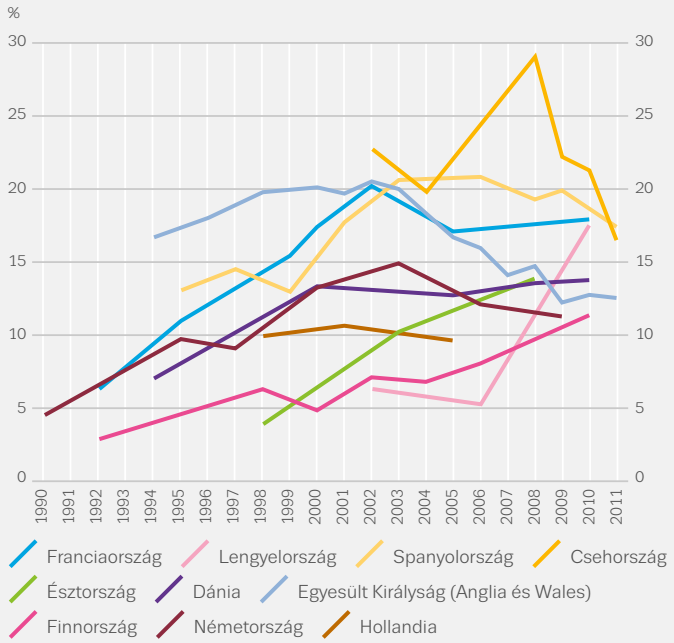
A kannabisztermékeket általában elszívással fogyasztják, rendszerint dohánnyal keverve. A kannabiszhasználat mintái az alkalmi vagy kipróbálási szinttől a rendszeres használatig és a függőségig terjedhetnek. A kannabiszhoz kapcsolódó problémák határozott összefüggést mutatnak a gyakori használattal és a nagyobb mennyiségekkel. Az egészségügyi hatások közé tartozhatnak a légzőszervi problémák, a mentális egészségügyi problémák és a függőség. Az új szintetikus kannabinoid receptor agonisták némelyike rendkívül erős lehet, és egyre több akut káros következményről érkezik jelentés.

Az európai diákok körében a tiltott kábítószerek közül a kannabisz kipróbálásának a legnagyobb a valószínűsége. A 2011-es ESPAD-felmérések alapján a 15–16 éves korosztályban a norvégiai 5% és a csehországi 42% között mozgott a kannabisz életprevalenciája (2.1. ábra). A két nem aránya is változatos, van, ahol egyenlő, máshol viszont akár 2,5 fiú is jut egy lányra. Az összesített európai tendenciát tekintve a diákok kannabiszhasználata 1995 és 2003 között nőtt, 2007-ben kismértékben visszaesett, azóta pedig egy szinten maradt. Ebben az időszakban az volt a figyelemreméltó tendencia, hogy a korábbi felmérésekben magas szintű előfordulással rendelkező országok közül sokban visszaesett a kannabiszhasználat. Közép- és Kelet-Európa több országában viszont ugyanebben az időszakban nőtt a kannabisz használata a diákok körében, ami Európa egészére nézve bizonyos fokú konvergenciát jelez. Abban a hat országban, ahol a jelentések szerint az ESPAD-felmérés után (2011/12) országos iskolai felmérés is készült, a diákok körében állandó maradt vagy kismértékben csökkent a kannabiszhasználat prevalenciája.

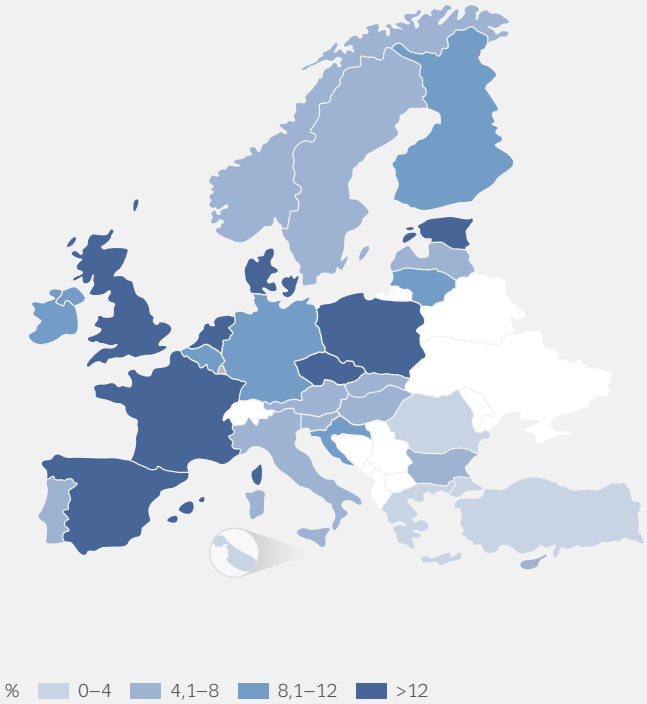
Becslések szerint kb. 15,4 millió európai fiatal (15–34 évesek) (a korcsoport 11,7%-a) használt kannabiszt az elmúlt évben, és közülük 9,2 millióan a 15–24 éves korosztályba tartoztak (14,9%). A férfiak körében általában gyakoribb a kannabiszhasználat. A fiatal felnőttek körében látott hosszabb távú tendenciák nagyjából összhangban vannak a diákokéval: az alacsonyabb előfordulású országok némelyikében fokozatosan nő a használat, miközben a magasabb előfordulású országokban csökken. Lengyelország és Finnország kivételével a friss (2010-es

2.2. ÁBRA

A kannabiszhasználat előző éves prevalenciája a fiatal felnőttek körében: válogatott tendenciák és a legfrissebb adatok



Megjegyzés: A legmagasabb előfordulási aránnyal és három vagy több felméréssel rendelkező tíz országra vonatkozó tendenciák.



vagy későbbi) felmérési adatokkal rendelkező országokból a fiatal felnőttek körében stabil vagy csökkenő tendenciát jelentettek (2.2. ábra). A szintetikus kannabinoid receptor agonisták használatáról jelenleg kevés országos felmérés tudósított; ahol ez előfordult, általában alacsonyak voltak a prevalenciaszintek.

Több mint 3 millió napi szintű kannabiszhasználó, növekvő kezelési igény

A kannabiszhasználók egy jelentős kisebbsége intenzíven fogyasztja a szert. A napi vagy közel napi szintű kannabiszhasználat definíció szerint azt jelenti, hogy az

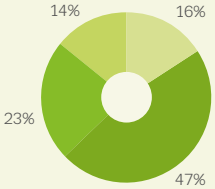
A KEZELÉS ALATT ÁLLÓ KANNABISZHASZNÁLÓK

Tulajdonságok

16% 84%

Átlagéletkor az első használatkor 16

Átlagéletkor a kezelés megkezdésekor 25

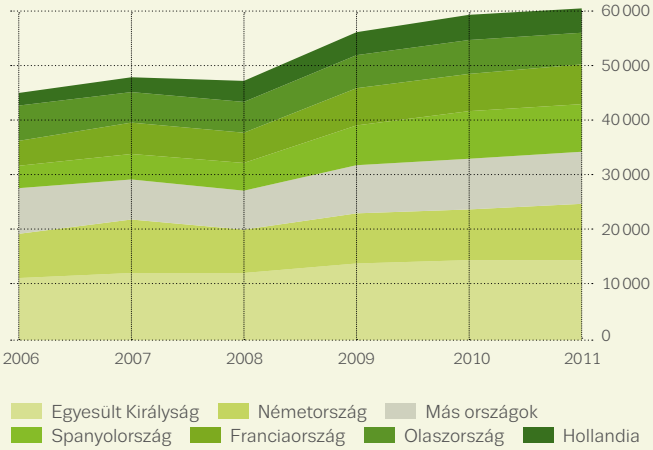


A használat gyakorisága

- Naponta
- Heti kettő–hat alkalommal
- Heti egyszer vagy kevesebbszer
- Az elmúlt hónapban nem használta/alkalmi

Az elszívás
a legjellemzőbb fogyasztási mód

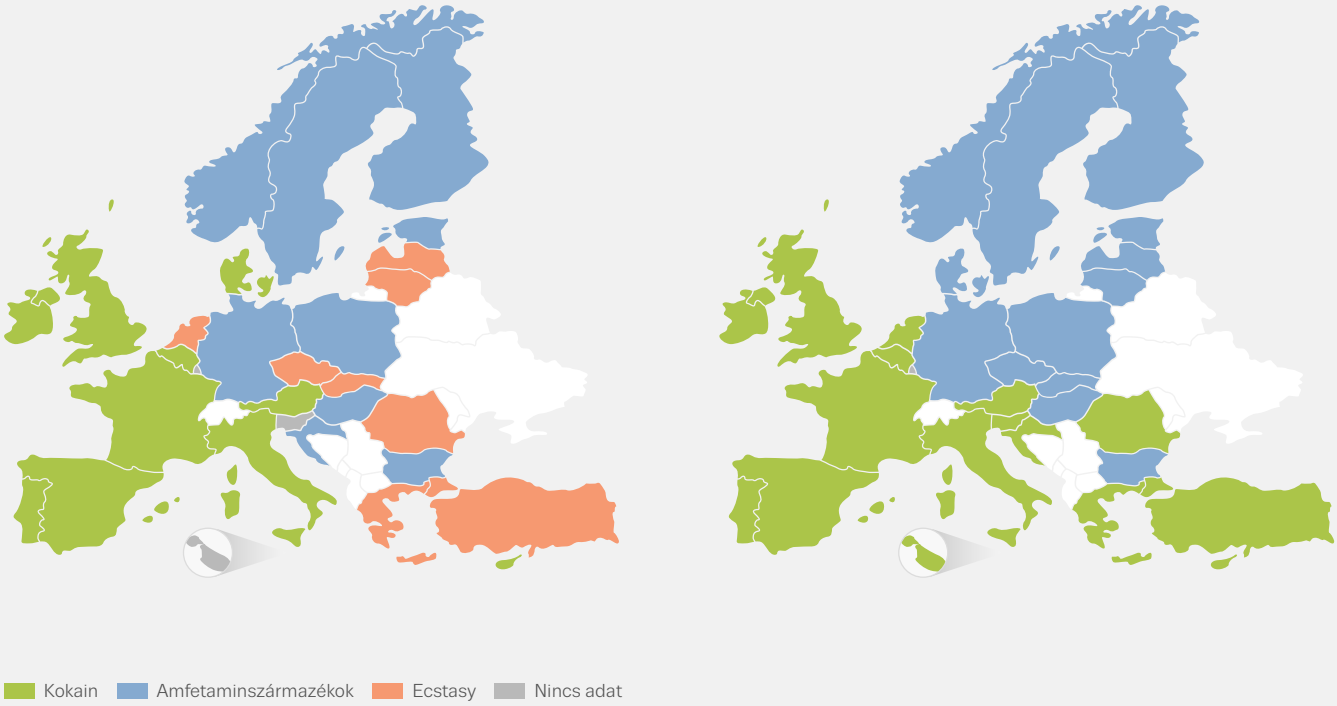
Az első kezelést megkezdők számának alakulása



Megjegyzés: A tulajdonságok az összes olyan, kezelést megkezdő személyre vonatkoznak, aki a kannabiszt nevezte meg elsődleges kábítószerként. A tendenciák a kannabiszt elsődleges kábítószerként fogyasztó, első kezelésüket megkezdő személyekre vonatkoznak. Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok.

2.3. ÁBRA

A legjellemzőbb stimuláns kábítószer a 15–34 évesek körében mért előző évi prevalencia alapján (balra) és az első kezelésüket megkezdők elsődleges kábítószere alapján (jobbra)



illető a felmérést megelőző hónapban 20 vagy több napon használta a kábítószert. Az ilyenfajta használat 22 ország adatai alapján a felnőttek körülbelül 1%-át, legalább 3 millió embert érint. Több mint kétharmaduk 15–34 év közötti, és ez a korcsoport több mint háromnegyed részben férfiakból áll.

Európában 2011-ben a heroin után a kannabisz állt a második helyen a leggyakrabban megnevezett elsődleges kábítószerek sorában a drogfogyasztás miatt speciális kezelést megkezdő klienseknél (109 000), de az első kezelésüket megkezdő kliensek közül ezt a kábítószert említették meg a legtöbben. Ezen belül azonban nagy országonkénti különbségeket lehet megfigyelni: Bulgáriában mindössze az összes drogfogyasztó kliens 4%-a nevezte ezt a kábítószert a kezelés fő okának, Magyarországon viszont 69%-uk. Ezek a különbségek az eltérő beutalási eljárásokkal, a rendelkezésre álló kezelési szolgáltatások típusainak és az országos előfordulási szinteknek a különbségeivel magyarázhatók. Európában a 2006-os kb. 45 000-ről 2011-ben 60 000-re nőtt az első kezelésüket megkezdő kannabiszfogyasztó klienseknek a száma.

Kannabisz… az első alkalommal kezelésbe lépő kliensek ezt a kábítószert említették meg a legtöbbször

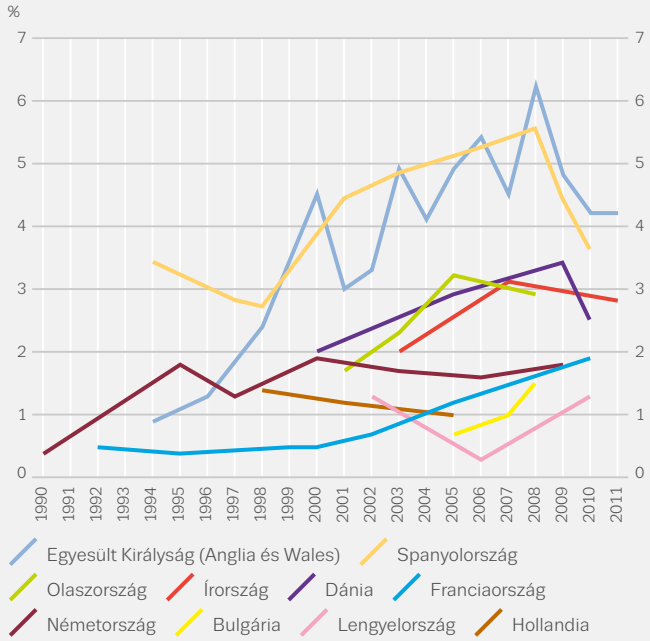
Tiltott stimulánsok Európában: regionális használati minták

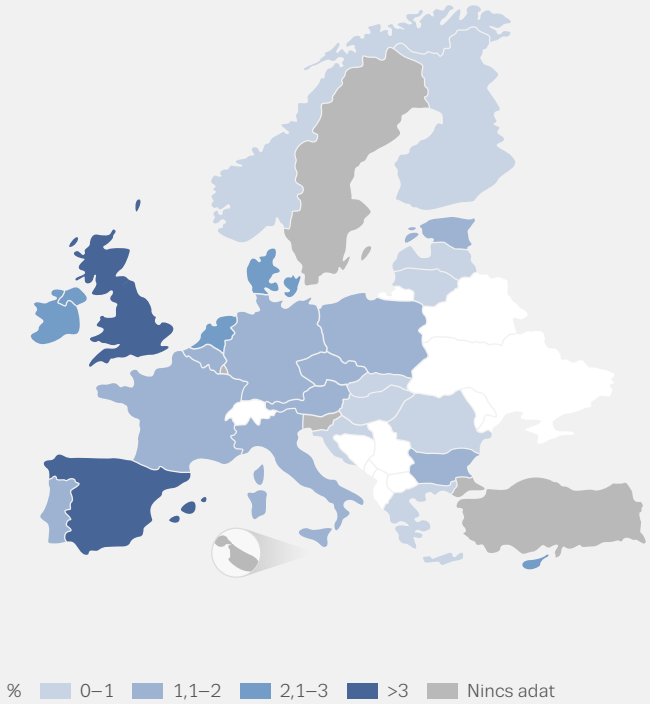
Európában a kokain, az amfetaminszármazékok és az ecstasy a leggyakrabban használt tiltott stimulánsok, de a serkentő hatásaik miatt néhány kevésbé ismert anyag, köztük a piperazinok (pl. BZP) és a szintetikus katinonok (pl. mefedron és MDPV) tiltott használata is előfordul. A stimulánsok használatának magas szintje jellemzően az éjszakai élet meghatározott zenés-táncos szórakozóhelyeihez kapcsolódik, ahol ezeket a drogokat gyakran alkohollal együtt fogyasztják.

Az előfordulási adatok jól szemléltetik a stimulánsok európai piacának földrajzi eltéréseit: a kokain Európa déli és nyugati részén jellemzőbb, az amfetaminszármazékok a középső és északi országokban gyakoribbak, az ecstasy pedig a déli és keleti országokban számít a legjellemzőbb stimulánsnak (2.3. ábra). A kezelési adatok a kokain és az amfetamin esetében hasonló mintákat mutatnak, ecstasyproblémák miatt viszont kevesen jelentkeznek kezelésre.

2.4. ÁBRA

A kokainhasználat előző évi prevalenciája a fiatal felnőttek körében: válogatott tendenciák (balra) és a legfrissebb adatok (jobbra)





Megjegyzés: A legmagasabb előfordulási aránnyal és három vagy több felméréssel rendelkező tíz országra vonatkozó tendenciák.

Kokain: a magas előfordulású országokban csökken a használat

A kokainport leggyakrabban szippantják, de esetenként injektálják is, a crack kokaint pedig általában elszívják. A rendszeres fogyasztókat két nagy csoportra lehet osztani: az egyikbe a társadalmilag integráltabb kokainhasználók tartoznak, akik esetleg rekreációs körülmények között használják a kábítószert, a másikba azok a marginalizálódott szerhasználók, akik egy krónikus drogprobléma részeként, gyakran más anyagokkal együtt használják a kokaint. A rendszeres kokainhasználattal szív-érrendszeri, idegrendszeri és mentális egészségügyi problémák járhatnak együtt, emellett a balesetek és a függőség kockázata is megnő. Az intravénás kokainhasználat és a crackhasználat jár a legnagyobb egészségügyi kockázatokkal, ideértve a fertőző betegségek átadását.

Európában a kokain, az amfetaminszármazékok és az ecstasy a leggyakrabban használt tiltott stimulánsok

Európán belül a kokain a legáltalánosabban használt tiltott stimuláns kábítószer, noha a kokainhasználók többségének viszonylag kevés ország ad otthont. Becslések szerint az elmúlt év folyamán körülbelül 2,5 millió európai fiatal (a korosztály 1,9%-a) használt kokaint. A fiatal felnőttek körében viszonylag magas szintű (2,5–4,2%-os) elmúlt évi kokainhasználatot Dániából, Írországból, Spanyolországból és az Egyesült Királyságból jelentettek (2.4. ábra). A magasabb előfordulási arányokkal és frissebb felmérésekkel rendelkező országokban a fiatal felnőttek elmúlt évi kokainhasználata jellemzően 2008/2009-ben tetőzött, majd ezt követően kismértékben csökkent vagy stabilizálódott. Más országokban viszonylag alacsony és stabil szinten maradt a kokainhasználat, bár Franciaországból és Lengyelországból 2010-ben növekedést jelentettek.

A jelek szerint csökken a kokain miatti kezelési igény

Az intenzív vagy problémás kokainhasználatról csak négy ország rendelkezik viszonylag friss becslésekkel, de az alkalmazott meghatározások különbözősége miatt ezeket is nehéz összehasonlítani. A felnőtt népességben 2009-ben: Spanyolország 0,45%-ra becsülte az „intenzív kokainhasználatot"; Németországban 0,20%-ra becsülték a „kokainnal összefüggő problémákat"; Olaszországban pedig 0,34%-ra tették a „potenciálisan problémás kokainhasználat" előfordulását. Az Egyesült Királyság 2009/10-es becslésében az angliai felnőtt népesség körében 0,54%-ra tette a crack kokain használatát, hozzátéve, hogy közülük sokan valószínűleg cracket és opioidokat egyaránt használnak.

A kábítószer-használat miatt 2011-ben speciális kezelésre jelentkező kliensek 14%-a (60 000) nevezte elsődleges kábítószernek a kokaint, az első kezelésüket megkezdők közül pedig 19% (31 000). Az országok között olyannyira nagyok a különbségek, hogy a kokainfogyasztó kliensek körülbelül 90%-át mindössze öt országból jelentették (Németország, Spanyolország, Olaszország, Hollandia, Egyesült Királyság). Az elsődleges kokainhasználat miatti első kezelésüket megkezdő kliensek száma a 2006-os 35 000-ről 2009-re 37 000-re emelkedett, de 2011-ben 31 000-re esett vissza (23 ország alapján). Spanyolországban 2005 óta, az Egyesült Királyságban 2008-tól, Olaszországban pedig 2009-től kismértékben, de folyamatosan csökkent a kezelésre jelentkező új kokainhasználó kliensek száma. 2011-ben a crack kokain új elsődleges használói közül Európában csak mintegy 3000 jelentkezett kezelésre, akiknek nagyjából kétharmad része az Egyesült Királyságban él, a maradék pedig túlnyomórészt Spanyolországban és Hollandiában.

Hosszabb távon több lett a kokain miatti kórházi sürgősségi eset

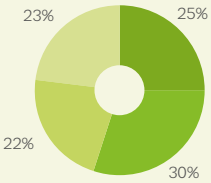
Egy közelmúltbeli európai vizsgálat alapján néhány országban az 1990-es évek vége óta háromszorosára nőtt a kokainnal összefüggő bejelentett sürgősségi osztályos

A KEZELÉS ALATT ÁLLÓ KOKAINHASZNÁLÓK

Tulajdonságok

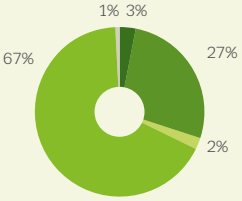
Átlagéletkor az első használatkor **22**

Átlagéletkor a kezelés megkezdésekor **33**



A használat gyakorisága

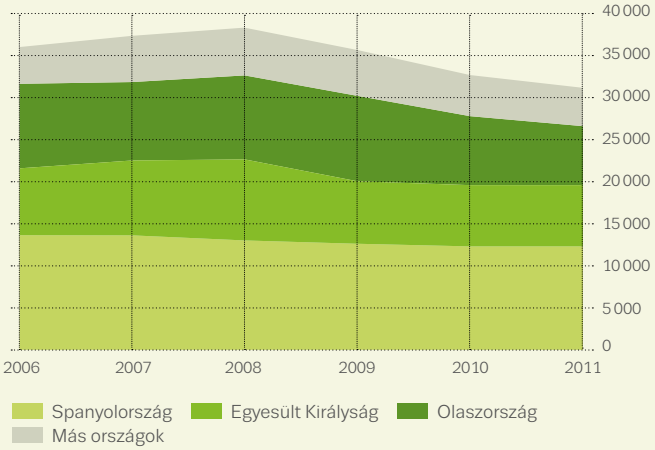
- Naponta
- Heti kettő–hat alkalommal
- Heti egyszer vagy kevesebbszer
- Az elmúlt hónapban nem használta/alkalmi



A legjellemzőbb fogyasztási mód

- Injektálás
- Elszívás
- Evés/ivás
- Szippantás
- Egyéb

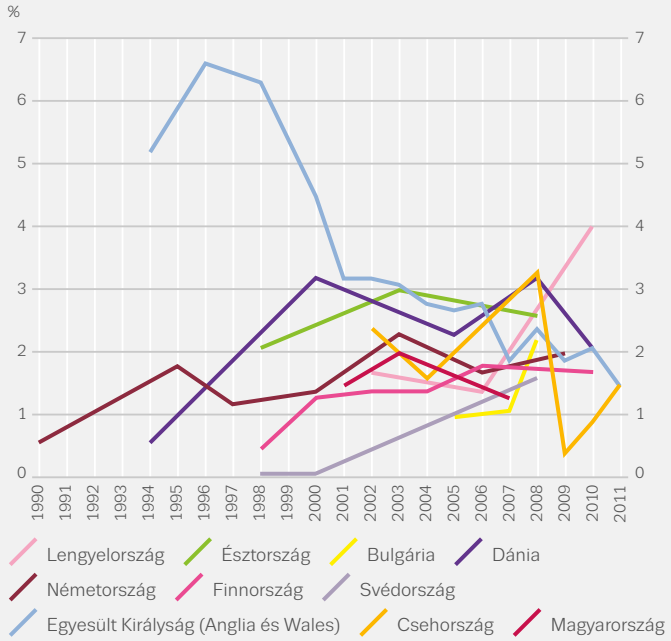
Az első kezelést megkezdők számának alakulása

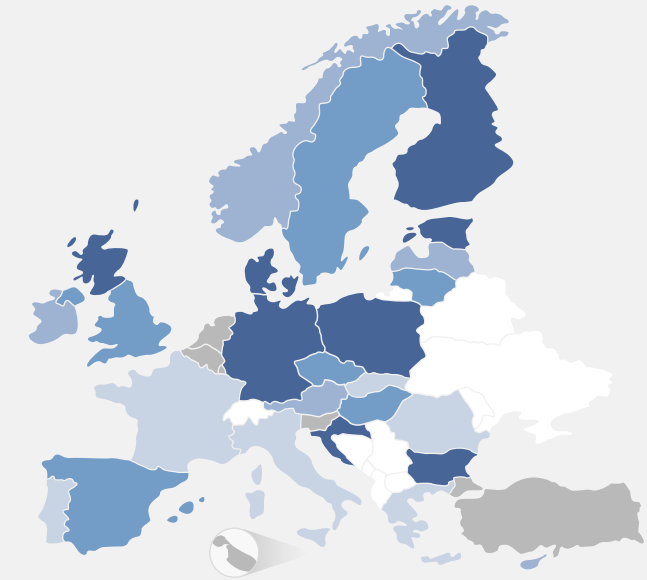


Megjegyzés: A tulajdonságok az összes olyan, kezelést megkezdő személyre vonatkoznak, aki a kokaint/cracket nevezte meg elsődleges kábítószerként. A tendenciák a kokaint/cracket elsődleges kábítószerként fogyasztó, első kezelésüket megkezdő személyekre vonatkoznak. Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok.

2.5. ÁBRA

Az amfetaminszármazékok használatának előző évi prevalenciája a fiatal felnőttek körében: válogatott tendenciák (balra) és a legfrissebb adatok (jobbra)





Megjegyzés: A legmagasabb előfordulási aránnyal és három vagy több felméréssel rendelkező tíz országra vonatkozó tendenciák.

betegfelvételek száma, amelynek legmagasabb értékét Spanyolországban és az Egyesült Királyságban (Anglia) 2008 körül észlelték. A kokainhoz köthető sürgősségi esetek többsége a fiatal férfiak körében fordul elő. Az akut kokainmérgezés által okozott halálesetek viszonylag ritkának tűnnek. 2011-ben 17 országból legalább 475, kokainnal összefüggő halálesetet jelentettek, de sok esetben más kábítószerek is jelen voltak. A Spanyolországból és az Egyesült Királyságból származó újabb adatok szerint 2008 óta csökkent a kokainnal összefüggő halálesetek száma. A kokain valószínűleg néhány, szív-érrendszeri problémáknak tulajdonított halálesetben is szerepet játszik, de ezen a téren korlátozottak az adatok.

Amfetaminszármazékok: stabil használat, változatlan egészségügyi veszélyek

Európában az amfetamin szélesebb körben érhető el, mint a metamfetamin, amelynek használata történetileg Csehországra és újabban Szlovákiára korlátozódik. Az amfetaminszármazékokat rendszerint szájon át vagy orrba szippantva fogyasztják, de néhány országban a problémás drogfogyasztók és a kezelés alatt álló kliensek körében viszonylag gyakori az injektálásuk is.

Az amfetaminszármazékok káros egészségügyi hatásairól szóló legújabb vizsgálatok Ausztráliában és az Egyesült Államokban készültek, ahol a kristályos metamfetamin szívása a legjellemzőbb, ezért a megállapításaikat nem feltétlenül lehet közvetlenül alkalmazni az európai helyzetre. Ezek a vizsgálatok különböző hatásokat, például szív-érrendszeri, légzőszervi, neurológiai és mentális egészségügyi problémákat neveznek meg. Ez utóbbiak köre a szorongástól, az agresszión és a depresszión át az akut paranoid pszichózisig terjed, az injekciós használat pedig a fertőző betegségek szempontjából jelent kockázati tényezőt. Bár az opioid kábítószerekhez köthető esetekhez képest az amfetaminszármazékokkal összefüggő halálesetek ritkák, néhány országban előfordulnak, különösen ahol viszonylag nagy az amfetaminhasználó populáció. Az amfetaminszármazékok miatti túladagolás felismerése azonban nehezebb lehet, mivel nem olyan egyértelműek a tünetek. A problémát tovább nehezíti az új stimuláns kábítószerek megjelenése. 2011-ben és 2012-ben például több mint 20 halálesetet hoztak összefüggésbe az amfetaminnal rokon 4-metilamfetamin nevű vegyülettel, amire válaszul az EMCDDA és az Europol európai szintű kockázatértékelést készített, az Európai Bizottság pedig az EU egészére kiterjedő ellenőrző intézkedéseket javasolt.

Európában az amfetamin szélesebb körben hozzáférhető, mint a metamfetamin

Becslések szerint az elmúlt év folyamán 1,7 millió fiatal felnőtt (a 15–34 évesek 1,3%-a) használt amfetaminszármazékokat. A fiatal felnőttek körében az amfetaminszármazékok előző évi használata 2006 és 2011 között a legtöbb európai országban viszonylag alacsony szintű és állandó volt, mindegyik adatközlő országban 2% körüli vagy az alatti prevalenciaszintekkel, Bulgária (2,1%), Észtország (2,5%) és Lengyelország (3,9%) kivételével. A friss (2010-es vagy későbbi) felmérési adatokkal rendelkező országokból minden esetben az amfetaminhasználat stabil vagy csökkenő prevalenciáját jelentették, Lengyelország kivételével, ahonnan növekedésről számoltak be (2.5. ábra).

Nőttek a metamfetamin miatti kezelési igények

A problémás metamfetaminhasználók számáról csak két ország rendelkezik friss becslésekkel: Csehországban (2011) a felnőttek (15–64 évesek) 0,42%-ára, Szlovákiában (2007) kb. 0,21%-ra teszik az arányukat. A közelmúltban Németországban, Görögországban, Cipruson és Törökországban is észleltek a problémás metamfetaminhasználatra utaló jeleket.

Európában a drogfogyasztás miatt 2011-ben speciális kezelésre jelentkező kliensek körülbelül 6%-a nevezte elsődleges kábítószernek az amfetaminszármazékokat (ez hozzávetőlegesen 24 000 kliens, akik közül 10 000 most először jelentkezett kezelésre). Az elsődleges amfetaminhasználók csak Lettországban, Lengyelországban és Svédországban vannak jelen számottevő arányban a bejelentett első kezelésre jelentkezők között, az elsődleges szerként a metamfetamint megnevező, első kezelésüket megkezdő kliensek aránya pedig Csehországban és Szlovákiában volt magas. 2006 és 2011 között nagyjából állandó maradt az első kezelésre jelentkező, amfetaminszármazékokat használó kliensek száma, ez alól csak Csehország és Szlovákia volt kivétel, ahonnan az először kezelt metamfetaminhasználó kliensek számának növekedését jelentették.

Ecstasy: alacsony a kezelés iránti igény

Az ecstasy általában az MDMA nevű szintetikus anyagot jelenti. Ezt a kábítószert legtöbbször tabletta formájában használják, de esetenként por formában is kapható; fogyasztása lenyelve, szippantással vagy (ritkán) injektálva történik. Az ecstasyhasználat történetileg az elektronikus zenés-táncos közeghez köthető, és a fiatal felnőttek, különösen a fiatal férfiak körében koncentrálódik. A kábítószer használatával összefüggő problémák közé tartozik a testhőmérséklet akut megemelkedése és a mentális egészségügyi problémák. Az ecstasyhoz köthető halálesetek ritkák.

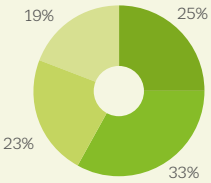
A KEZELÉS ALATT ÁLLÓ AMFETAMINHASZNÁLÓK

Tulajdonságok

29% 71%

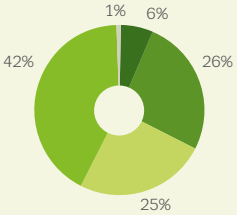
Átlagéletkor az első használatkor **19**

Átlagéletkor a kezelés megkezdésekor **28**



A használat gyakorisága

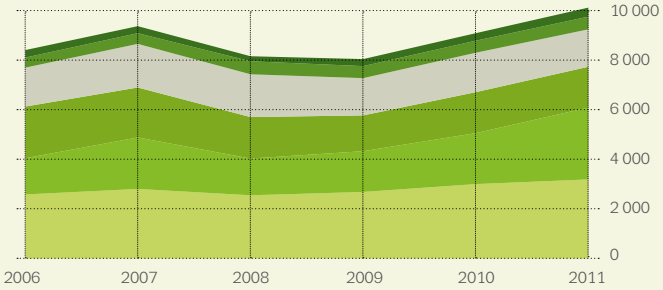
- Naponta
- Heti kettő–hat alkalommal
- Heti egyszer vagy kevesebbszer
- Az elmúlt hónapban nem használta/alkalmi



A legjellemzőbb fogyasztási mód

- Injektálás
- Elszívás
- Evés/ivás
- Szippantás
- Egyéb

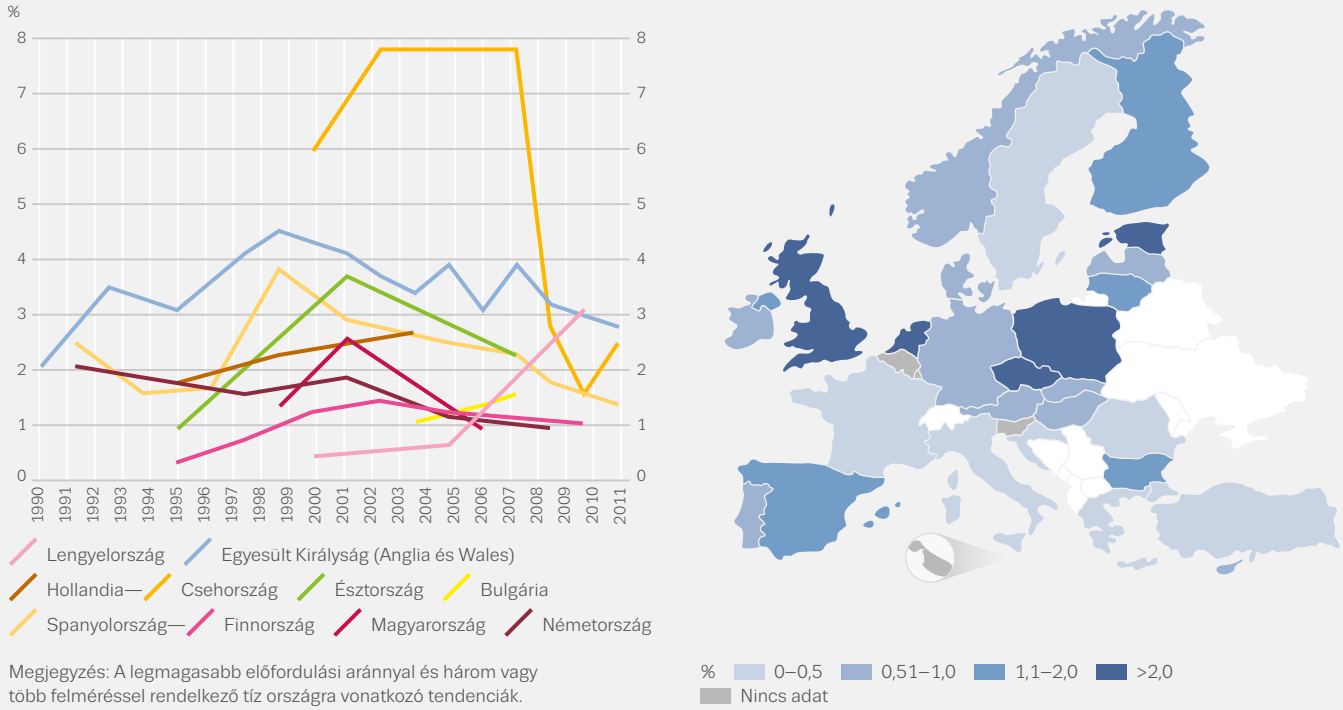
Az első kezelést megkezdők számának alakulása



Megjegyzés: A tulajdonságok az összes olyan, kezelést megkezdő személyre vonatkoznak, aki az amfetaminszármazékokat nevezte meg elsődleges kábítószerként. A tendenciák az amfetaminszármazékokat elsődleges kábítószerként fogyasztó, első kezelésüket megkezdő személyekre vonatkoznak. Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok.

2.6. ÁBRA

Az ecstasyhasználat előző évi prevalenciája a fiatal felnőttek körében: válogatott tendenciák (balra) és a legfrissebb adatok (jobbra)



Megjegyzés: A legmagasabb előfordulási aránnyal és három vagy több felméréssel rendelkező tíz országra vonatkozó tendenciák.

Becslések szerint az elmúlt évben 1,8 millió fiatal felnőtt használt ecstasyt, 0,1% és 3,1% közötti becsült országos arányokkal. A kábítószer fogyasztása jellemzően a 2000-es évek elején és közepén tetőzött, majd csökkenni kezdett (2.6. ábra). A legtöbb országból 2006 és 2011 között az ecstasyhasználat állandó vagy csökkenő tendenciáját jelentették. Ez a csökkenés Lengyelország kivételével továbbra is látható a 2010 óta végzett felmérésekről beszámoló országok adataiból. 2011-ben kevés szerhasználó jelentkezett kezelésre az ecstasyval összefüggő problémák miatt: Európában az első kezelésüket megkezdő bejelentett kliensek kevesebb mint 1%-a (kb. 600 kliens) nevezte meg elsődleges szerként az ecstasyt.

Mefedron: új versenyző a stimulánsok piacán

A jelek szerint a szintetikus katinonoknak és köztük a mefedronnak néhány országban talán sikerült teret nyernie a tiltott stimulánsok piacán. Jelenleg azonban csak az Egyesült Királyságnak vannak olyan ismételt felmérései, amelyekben szerepelnek ezek a kábítószerek. A legfrissebb adatok szerint Angliában és Walesben a felnőttek (16–59 évesek) 1,1%-a jelezte, hogy az elmúlt évben mefedront használt, amivel ez lett a negyedik leggyakrabban használt tiltott kábítószer. Az előző évi prevalenciája a 16–24 évesek körében megegyezett az ecstasyéval (3,3%), ezáltal a korcsoportban ez volt a harmadik legjellemzőbb kábítószer. A 2010/11-es felméréshez képest viszont minden csoportban tapasztalni lehetett a használat csökkenését.

Európában általában véve továbbra is előfordulnak mefedronnal összefüggő halálesetek és megbetegedések, bár ezek szintje viszonylag alacsony. Néhány országból a mefedron, az MDPV és más szintetikus katinonok injektálását is jelezték a problémás szerhasználói csoportok és a kezelés alatt álló drogfogyasztók körében (Magyarország, Ausztria, Románia, Egyesült Királyság).

A szintetikus katinonoknak, és köztük a mefedronnak, néhány országban talán sikerült teret nyernie a tiltott stimulánsok piacán

Hallucinogén anyagok, GHB és ketamin: még mindig jelen vannak

A tiltott kábítószerek európai piacán számos, hallucinogén, érzéstelenítő és nyugtató tulajdonságokkal rendelkező pszichoaktív anyag kapható: ezeket önmagukban vagy más ismertebb kábítószerekkel együtt, illetve azok helyett használják. A hallucinogén gombák és az LSD használatának összesített előfordulása Európában évek óta alacsony és egy szinten áll. Az országos felmérések a fiatal felnőttek (15–34 évesek) körében a hallucinogén gombák használatának előző évi prevalenciáját 0% és 2,2% közé, az LSD használatát pedig 0 és 1,7% közé becsülték.

A ketamin és a gamma-hidroxi-vajsav (GHB) rekreációs használatáról az 1990-es évek közepe óta érkeztek jelentések az európai drogfogyasztók egyes alcsoportjainak köréből. Az ilyen anyagokhoz kapcsolódó egészségügyi problémák is egyre ismertebbek, ezek közé tartozik például a ketamin hosszú távú használatával járó húgyvezeték-károsodás. A GHB használatához köthető veszély az eszméletvesztés és a függőség, amihez kapcsolódva elvonási szindrómát is dokumentáltak. Ahol a GHB és a ketamin használatáról országos becslés készült, ezek a felnőtt és az iskolai népességben egyaránt alacsonynak mutatják az előfordulást. Az Egyesült Királyságban a 16–24 évesek 1,8%-a számolt be előző évi ketaminhasználatról, és ez a szint 2008 és 2012 között nem változott, bár a 2006-os 0,8%-hoz képest emelkedett. Az éjszakai életben végzett célzott felmérések magasabb életprevalenciáról tudósítanak, a dán szórakozóhelyek vendégei közül például egy felmérés szerint 10% próbálta már a ketamint. Egy internetes felmérés egyesült királysági válaszadói közül, akik az éjszakai szórakozóhelyek rendszeres látogatóinak minősültek, 40% jelezte a ketamin előző évi használatát és 2% a GHB előző évi használatát.

Opioidok: több mint 1,4 millió problémás szerhasználó

Európán belül még mindig az opioidok használata tehető felelőssé a kábítószer-fogyasztásból eredő megbetegedések és halálozások aránytalanul nagy részéért. Az opioidok közül Európában leginkább a heroin használatos, amely elszívással, szippantással vagy injektálva fogyasztható. Az illegális piacon számos más szintetikus opioid is kapható, ilyen például a buprenorfin, a metadon és a fentanil. Az opioidhasználók többnyire polidroghasználók, és az előfordulási adatok számszerűleg magasabbak a városi területeken és a perifériára szorult csoportok körében. A kezelésre jelentkező opioidhasználók az egészségügyi problémákon túl általában a hajléktalanság és a munkanélküliség magasabb szintjéről, illetve alacsonyabb iskolai végzettségről számolnak be, mint más kábítószerek fogyasztói.

A heroinfüggőség Európában több hullámban jelentkezett. Az első hullám több nyugat-európai országot érintett az 1970-es évek közepétől, a második hullám pedig a közép- és kelet-európai térségben jelent meg az 1990-es évek közepétől a végéig. Bár a tendenciák az utóbbi évtizedben változatosan alakultak, összességében úgy tűnik, csökken a heroinhasználatba újonnan bekerülő személyek száma.

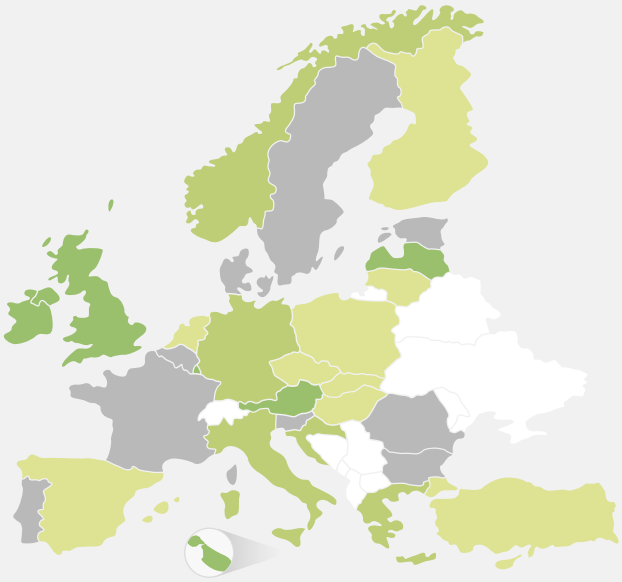
2.7. ÁBRA

Országos becslések a problémás opioidhasználat és az intravénás kábítószer-használat előfordulásáról

Megjegyzés: Az adatokat becsült pontokként és bizonytalansági intervallumokként ábrázoltuk.

2.8. ÁBRA

Becslések a problémás opioidhasználat európai előfordulásáról



1000 főre jutó arány 0,0–2,5 2,51–5,0 >5,0
Nincs adat
Megjegyzés: A lengyelországi és finnországi adatok 2005-ből származnak.

A felnőttek (15–64 évesek) körében 0,41%-ra becsülik a problémás opioidhasználat átlagos előfordulását, ami Európában 2011-ben 1,4 millió problémás opioidhasználót jelentett. A problémás opioidhasználat előfordulására vonatkozó országos becslések 1000 főre jutó egynél kevesebb és körülbelül nyolc közé teszik az esetek számát a 15–64 éves népességben (2.7. ábra).

Heroin: kevesebb új kliens jelentkezik kezelésre

Az opioidok (főként a heroin) használói a 2011 folyamán Európában speciális kezelésre jelentkező összes kliens közül 48%-ot tesznek ki (197 000 kliens), az első kezelésüket megkezdők közül pedig nagyjából 30%-ot. A tendenciákat tekintve az új heroinhasználó kliensek összesített száma Európában csökkenőben van, a 2007-es 59 000-es csúcs után 2011-ben csak 41 000 volt. A visszaesés a nyugat-európai országokban a leglátványosabb. Úgy tűnik, hogy a heroinhasználat megkezdése általában véve csökkenni kezdett, és ez most már a kezelési igényre is kihat.

Úgy tűnik, hogy csökken az új heroinhasználó személyek száma

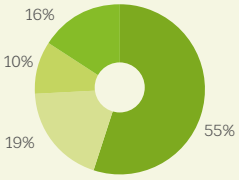
A KEZELÉS ALATT ÁLLÓ HEROINHASZNÁLÓK

Tulajdonságok

22% 78%

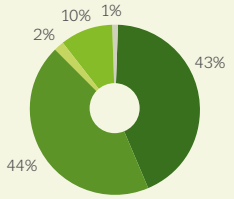
Átlagéletkor az első használatkor **22**

Átlagéletkor a kezelés megkezdésekor **35**



A használat gyakorisága

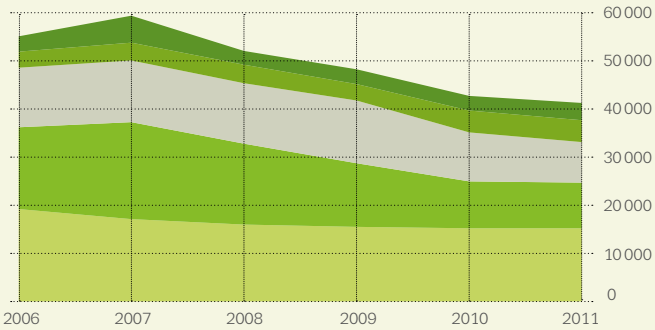
- Naponta
- Heti kettő–hat alkalommal
- Heti egyszer vagy kevesebbszer
- Az elmúlt hónapban nem használta/alkalmi



A legjellemzőbb fogyasztási mód

- Injektálás
- Elszívás
- Evés/ivás
- Szippantás
- Egyéb

Az első kezelést megkezdők számának alakulása

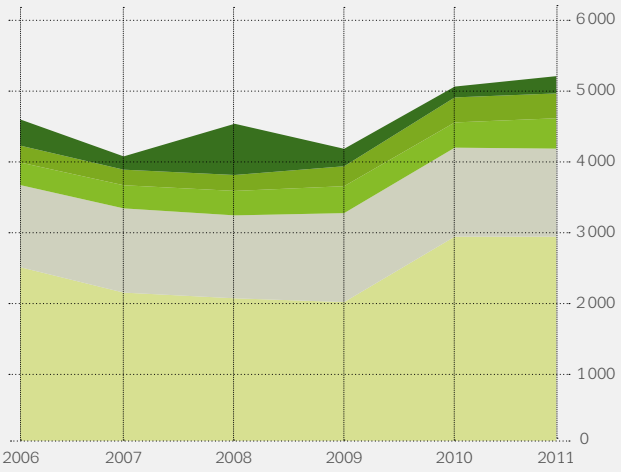


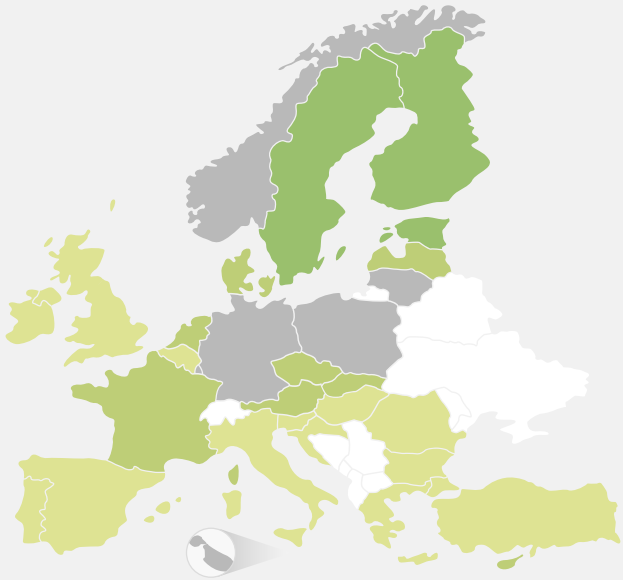
Egyesült Királyság Olaszország Más országoks
Spanyolország Németország

Megjegyzés: A tulajdonságok az összes olyan, kezelést megkezdő személyre vonatkoznak, aki a heroint nevezte meg elsődleges kábítószerként. A tendenciák a heroint elsődleges kábítószerként fogyasztó, első kezelésüket megkezdő személyekre vonatkoznak. Mutatók szerint változik, hogy mely országokra vonatkoznak az adatok.

2.9. ÁBRA

A herointól eltérő opioidok miatt első kezelésüket megkezdő személyek: a tendencia számokban (balra) és százalékos arányban (jobbra) az összes olyan klienshez képest, akik az opioidok mint elsődleges kábítószer használata miatt jelentkeznek az első kezelésre





Egyesült Királyság | Más országok | Franciaország | Spanyolország | Olaszország

% | 0–10 | 11–50 | >50 | Nincs adat

A herointól eltérő opioidok: néhány országban problémát jelentenek

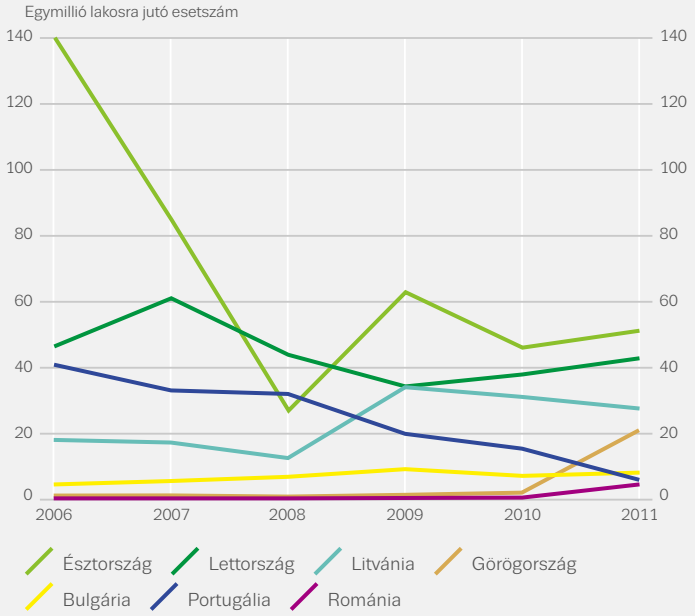
2011-ben tizenegy európai országból jelezték, hogy a speciális kezelésre első alkalommal jelentkező opioidhasználó kliensek 10%-a vagy ennél is nagyobb része a herointól eltérő opioidokat használ, például fentanilt, metadont és buprenorfint (2.9. ábra). Néhány országban már ezek a kábítószerek jelentik az opioidhasználat leggyakoribb formáját: Észtországban az opioidok miatt kezelésre jelentkezők többsége illegális fentanilt használ, Finnországban pedig a legtöbb opioidfogyasztó kliens a jelentések szerint a buprenorfin elsődleges használója.

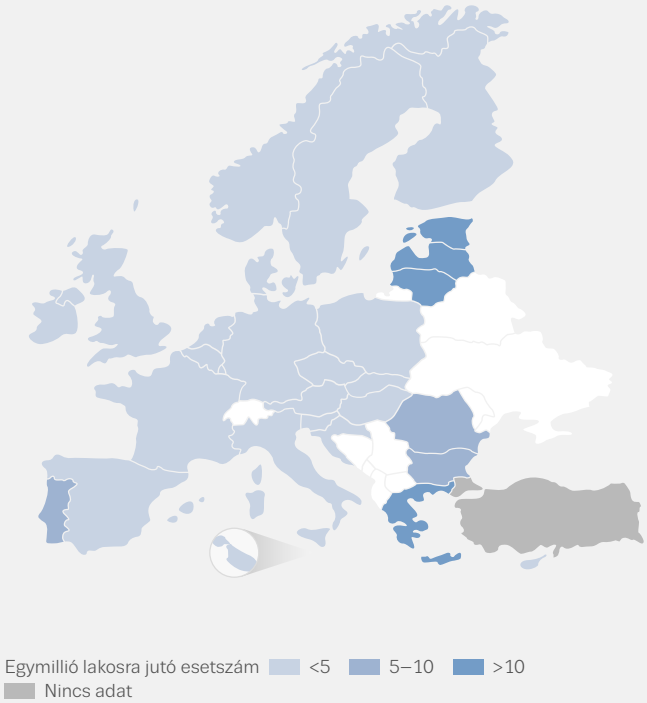
Intravénás kábítószer-használat: hosszú távú csökkenés

Az intravénás kábítószer-használókat fenyegetik a legkomolyabban a kábítószer-használatból eredő egészségügyi problémák, például a vérrel terjedő fertőzések, illetve a kábítószer-túladagolás. Az injektálás általában az opioidhasználattal függ össze, bár néhány országban az amfetaminszármazékok injektálása jelent nagy problémát. Az intravénás kábítószer-használatról tizenhárom ország rendelkezik friss becslésekkel, amelyek a 15–64 éves népességen belül 1000 főre jutó kevesebb mint egy eset és körülbelül hat eset között mozognak. A speciális kezelésre jelentkező kliensek közül az opioidhasználók 38%-a és az amfetaminhasználók 24%-a jelezte az intravénás használatot. Az injektálás előfordulása az opioidhasználó kliensek körében országonként változik, a hollandiai 9% alattitól egészen a lettországi 93%-ot meghaladó arányig. Az első kezelésüket megkezdő heroinhasználó kliensek körében 2006 és 2011 között összességében csökkent az injektálók aránya, a legfrissebb adatok azonban kismértékű emelkedést mutatnak.

2.10. ÁBRA

Az intravénás kábítószer-használathoz köthető, újonnan diagnosztizált HIV-fertőzések: válogatott tendenciák (balra) és a legfrissebb adatok (jobbra)





Megjegyzés: Az intravénás kábítószer-használók körében újonnan diagnosztizált HIV-fertőzések a legmagasabb 2011-es arányokat bejelentő országokban (forrás: ECDC)

A járványkitörések miatt veszélyben a HIV hosszú távú visszaszorulása

A kábítószerek injektálásának továbbra is fontos szerepe van a fertőző betegségek, köztük a HIV/AIDS és a hepatitis C átadásában. A legfrissebb számadatok azt mutatják, hogy a görögországi és romániai intravénás kábítószer-használók körében előforduló járványkitörések következtében Európában megszakadhat az újonnan diagnosztizált HIV-fertőzöttek számának hosszú távú csökkenése (2.10. ábra). Az intravénás kábítószer-használatnak tulajdonítható, újonnan bejelentett HIV-diagnózisok átlagos aránya 2011-ben 3,03 eset/1 millió lakos volt. Bár a számok felülvizsgálata még folyik, 2011-ben 1507 újonnan bejelentett eset volt, valamivel több, mint 2010-ben, így megszakadt a 2004 óta megfigyelhető általános csökkenés.

Az európai számadat azonban az egyes országok új HIV-diagnózisainak számát és alakulását tekintve fontos különbségeket takar. 2011-ben Görögországhoz és Romániához 353 diagnózis, avagy az összes diagnózis 23%-a tartozott, 2010-ben viszont ez a két ország éppen csak meghaladta a 2%-ot (31/1469). Az intravénás kábítószer-használók körében Bulgáriából, Észtországból és Lettországból 2011-ben az újonnan diagnosztizált HIV-fertőzések arányának kismértékű növekedését jelentették, ezzel szemben Írországban, Spanyolországban és Portugáliában folytatódott a csökkenés, a 2004 óta megfigyelhető tendenciával összhangban.

Az intravénás kábítószer-használókat fenyegetik a legkomolyabban a kábítószer-használatból eredő egészségügyi problémák

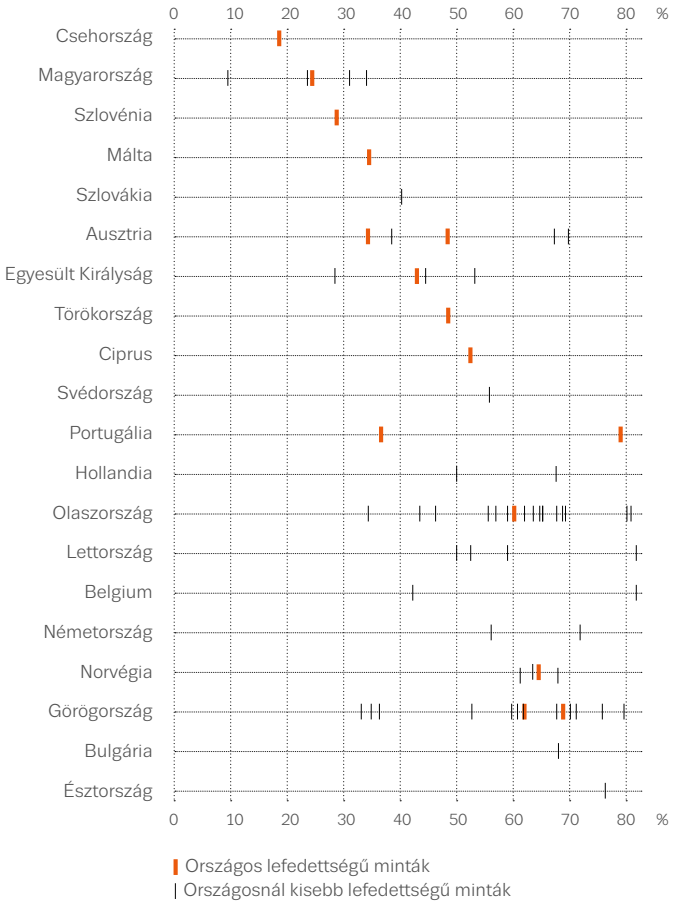
Hepatitis és más fertőzések: komoly egészségügyi kérdés

A vírushepatitis, és különösen a hepatitis C vírus (HCV) által okozott fertőzés Európa-szerte nagy arányban fordul elő az intravénás kábítószer-használók körében. Az intravénás kábítószer-használók országos mintáiban a HCV-antitest szintjei 2010–11-ben 18% és 80% között mozogtak, de az országos adatokkal rendelkező 12 ország közül nyolcból 40%-ot meghaladó előfordulást jelentettek (2.11. ábra). Az ilyen vagy ennél magasabb szintű előfordulás azt jelezheti, hogy fennáll a lehetősége a HIV újabb, az injektáláshoz köthető járványos elterjedésének. A 2006–11 közötti időszak tendenciáihoz szükséges országos adatokkal rendelkező országok közül háromból jelentették a HCV csökkenő előfordulását az intravénás kábítószer-használók körében (Olaszország, Portugália, Norvégia), két másikban viszont növekedést tapasztaltak (Görögország, Ciprus).

A 2010-11 közötti időszakról adatokkal rendelkező 18 ország átlaga alapján az intravénás szerhasználat tehető felelőssé az összes bejelentett HCV-diagnózis 58%-áért és az akut diagnózisok 41%-áért (ahol ismert a kockázati kategória). A hepatitis B esetében az intravénás szerhasználók az összes bejelentett diagnózis 7%-át és az akut diagnózisok 15%-át teszik ki. A kábítószer-használat más fertőző betegségek szempontjából is kockázati tényező lehet, idetartozik a hepatitis A és D, a szexuális úton terjedő betegségek, a tuberkulózis, a tetanusz és a botulizmus. Európában szórványos, feltehetőleg szennyezett heroin okozta lépfene-járványkitörésekről is érkeztek jelentések. 2012. június és 2013. március eleje között például 15 kábítószerrel összefüggő lépfenés esetet jelentettek be, amelyek közül hét halállal végződött. Elképzelhető, hogy ez kapcsolódik egy korábbi, a 2009/10-es jelentésekben szereplő lépfene-járványkitöréshez.

2.11. ÁBRA

A HCV-antitestek előfordulása az intravénás kábítószer-használók körében, 2010/2011



A kábítószerrel összefüggő halálesetek: nem csak túladagolások

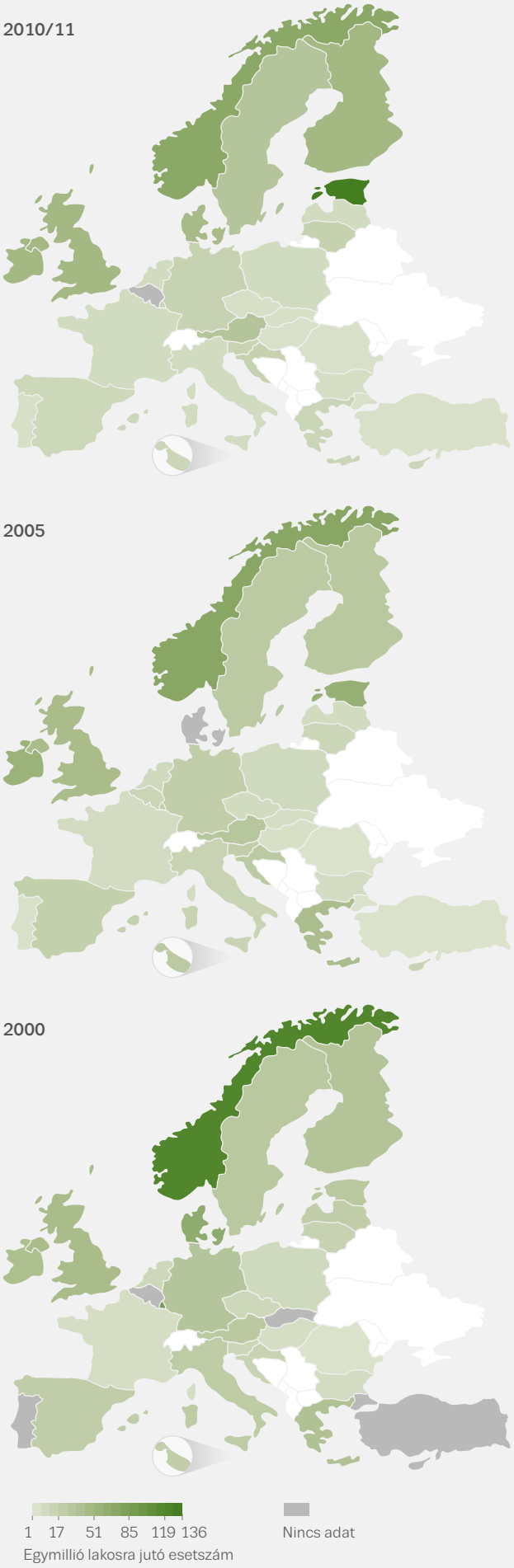
Az európai fiatalok körében a kábítószer-használat a halálozás egyik fő oka, egyrészt közvetlen formában, túladagolás révén (kábítószer okozta halálesetek), másrészt közvetve, a kábítószerekkel összefüggő megbetegedések, balesetek, erőszakos cselekmények és öngyilkosságok formájában. A problémás kábítószer-használók kohorszaival foglalkozó vizsgálatok többnyire évi 1–2%-os halálozási rátát mutatnak, ami a várható halálozásnál tízszer-hússzor magasabb. Az EMCDDA egy közelmúltbeli elemzésében úgy becsülte, hogy Európában évente 10 000–20 000 opioidhasználó hal meg. A halálesetek legnagyobb része a harmincas éveikben járó férfiakat érinti, az életkor, a halálozási arány és a halál okai azonban országonként és időszakonként különbözőek.

A kábítószer-használók körében előforduló halálesetek legjobban dokumentált közvetett oka a HIV-fertőzéssel összefüggő halálozás. A legújabb becslés szerint Európában 2010-ben körülbelül 1700 ember halt meg az intravénás kábítószer-használathoz köthető HIV/AIDS következtében, de a számuk csökkenő tendenciát mutat. Valószínűleg a májbetegség is jelentős számú halálesetért tehető felelőssé a kábítószer-használók körében, elsősorban a HCV-fertőzés miatt, a fokozott alkoholfogyasztás pedig gyakran súlyosbítja a helyzetet, bár erről nincsenek európai szintű számadatok. Az öngyilkosság, a sérülések és az emberölés szintén befolyásolja a drogfogyasztók körében mért túlzott halandóságot, de megbízható becslések erről sincsenek.

Az Európában élő problémás kábítószer-használók körében a halál fő oka a kábítószer-túladagolás, és a bejelentett esetek többségében opioidok, főleg a heroin vagy metabolitjai vannak jelen, gyakran más anyagokkal, például

2.12. ÁBRA

Kábítószer okozta halálozási ráta a felnőtt (15–64 éves) népességben



alkohollal vagy benzodiazepinekkel együtt. A heroin mellett a toxikológiai jelentésekben található opioidok közé tartozik még a metadon, a buprenorfin és a fentanilok.

Az Európában bejelentett túladagolásos halálesetek hozzávetőlegesen 90%-a a 25 év felettiek körében történik, a túladagolás következtében elhunytak átlagéletkora pedig folyamatosan emelkedik, ami a problémás opioidhasználók kohorszának öregedésére utal. A túladagolásos halálesetek áldozatainak többsége (80%) férfi.

A 2011-es évet tekintve a túladagolásnak tulajdonítható átlagos halálozási rátát Európában 18 haláleset/egymillió lakosra becsülték a 15–64 éves népességben. Hat országból jelentettek az egymillió lakosra jutó 40 halálesetet meghaladó arányt, a legmagasabbat Norvégiából (73 eset/1 millió lakos) és Észtországból (136 eset/1 millió lakos) (2.12. ábra).

Az országok többségéből 2003-tól 2008/09-ig a túladagolásos halálesetek számának emelkedését jelentették, majd ezek szintje előbb stabilizálódott, később pedig csökkenni kezdett. 2011-ben összesen körülbelül 6 500 túladagolásos halálesetről érkezett jelentés, ami a 2010-es 7 000 esethez és a 2009-es 7 700 esethez képest csökkenést jelent. A helyzet ettől függetlenül országonként eltérő, és van, ahonnan továbbra is az esetszám növekedését jelentik.

2011-ben összesen körülbelül 6 500 túladagolásos halálesetről érkezett jelentés, ami a 2010-es 7 000 esethez és a 2009-es 7 700 esethez képest csökkenést jelent

BŐVEBB INFORMÁCIÓ

Az EMCDDA kiadványai

2012

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

Fentanyl in Europe. Az EMCDDA trendfigyelő tanulmánya.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, tematikus tanulmány.

2011

Mortality related to drug use in Europe, kiemelt téma.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, kiemelt téma.

Trends in injecting drug use in Europe, kiemelt téma.

2009

Polydrug use: patterns and responses, kiemelt téma.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, 2. kötet, I. rész: Epidemiology, és II. rész: Health effects of cannabis use, EMCDDA monográfiák.

Az EMCDDA és az ESPAD kiadványai

2012

A 2011. évi ESPAD-jelentés összefoglalása.

Az EMCDDA és az ECDC kiadványai

2012

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

Valamennyi kiadvány elérhető az alábbi weboldalon: www.emcdda.europa.eu/publications

3

A kábítószerekkel szembeni válaszlépéseket alapvetően aszerint lehet kategorizálni, hogy a tevékenységek a kábítószerek iránti keresletet csökkentik, vagy a kábítószer-kínálatot próbálják visszaszorítani

A kábítószerek elleni válaszlépések

A kábítószerekkel szembeni válaszlépéseket alapvetően aszerint lehet kategorizálni, hogy a tevékenységek a kábítószerek iránti keresletet csökkentik, vagy a kábítószer-kínálatot próbálják visszaszorítani. Az előbbibe tartoznak a szociális és egészségügyi beavatkozások, például a megelőzés, az ártalomcsökkentés, a kezelés és a társadalmi reintegráció. Az utóbbi csoportba tartozik a kábítószerekre vonatkozó jogszabályok végrehajtása, elsősorban a rendőrség, a vámszervek és a bíróságok részéről, azzal az elsődleges céllal, hogy csökkentsék a kábítószerek elérhetőségét.

A kábítószerrel szembeni válaszlépések megfigyelése

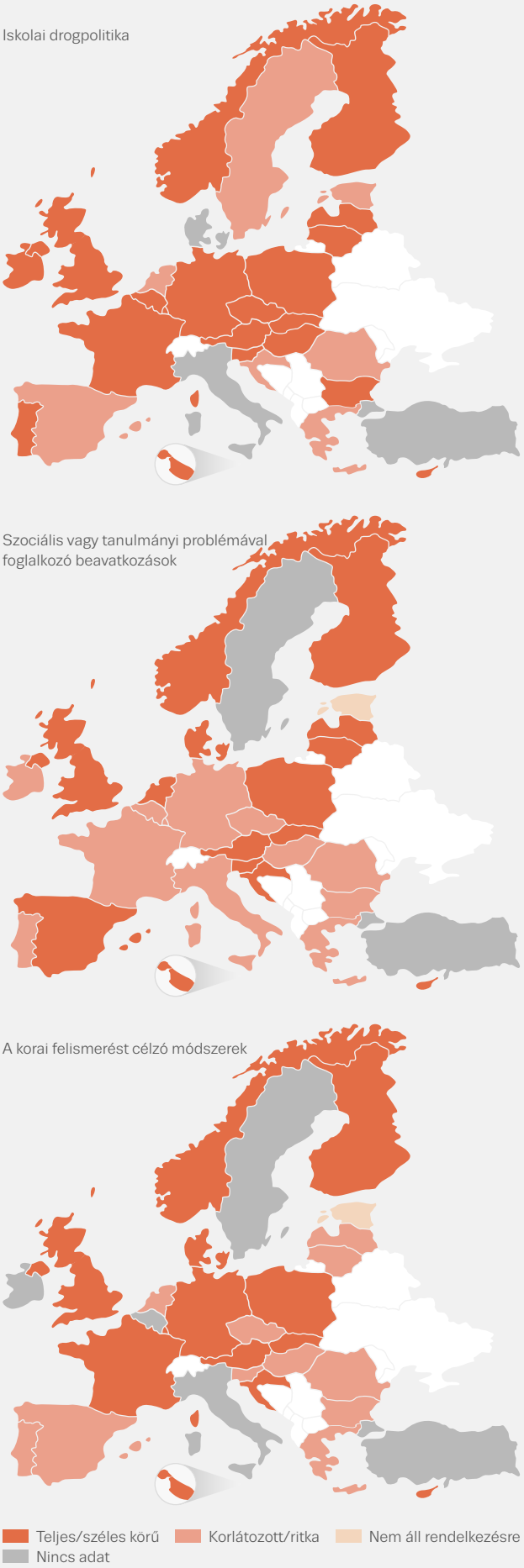
A kábítószerekre adott válaszok megfigyelése jelenleg a rutinszerű adatforrások, az országos felmérések és a szakértői értékelések kombinációja segítségével zajlik. Az egészségügyi és szociális válaszokra vonatkozó adatok között szerepelnek az opioidhelyettesítő kezelés biztosításáról és a tű- és fecskendőellátásról szóló becslések. A közegészségügyi beavatkozások hatékonyságáról a tudományos bizonyítékokról szóló áttekintésekből lehet tájékozódni, például a Cochrane Collaboration közléseinek köszönhetően. Az itt bemutatott adatokról és a válaszlépésekhez alapul vett bizonyítékokról bővebb információ található az EMCDDA weboldalán a statisztikai közlöny és a bevált gyakorlatok portál pontban.

Az iskolák a bizonyítékokon alapuló megelőzés felé haladnak

A kábítószer-használat és a kábítószerekkel összefüggő problémák kezelésére számos prevenciós stratégiát alkalmaznak. A környezeti és az általános módszer az egész populációt szólítja meg, a célzott prevenció a kiszolgáltatott csoportoknak szól, a javallott prevenció pedig a veszélyeztetett személyeket veszi célba. Európában a prevenciós tevékenységek többsége az iskolákban zajlik (3.1. ábra), bár más közegekben is előfordul.

3.1. ÁBRA

Az egyes drogprevenciós beavatkozások elérhetősége az iskolákban (szakértői értékelések, 2010)



A bizonyítékok arra utalnak, hogy a környezeti prevenciós stratégiák, amelyek a kulturális, társadalmi, fizikai és gazdasági környezeten próbálnak változtatni, hatásosak lehetnek a normatív meggyőződések és ebből következően a szerhasználat megváltoztatásában. Európa egészét tekintve továbbra sem gyakori, hogy iskolai közegben környezeti beavatkozásokat alkalmaznának. Néhány területen azonban történt előrehaladás, ilyen például a védelmet nyújtó iskolai légkör ösztönzése és az iskolai drogpolitika (azaz a tanulók körében előforduló kábítószer-használat vagy kábítószer-árusítás esetére szóló iránymutatások) kidolgozása. Egy kisebb mértékű eltolódás is megfigyelhető volt a kedvezően értékelt általános megelőzési módszerek iskolai használata felé – amilyen például a személyes és szociális készségek fejlesztése –, miközben visszaszorultak az olyan tevékenységek, mint az alapvető felvilágosítás, amelynek hatékonyságára nincs sok bizonyíték. Egyre gyakrabban számolnak be a kedvező értékelést kapott észak-amerikai és európai prevenciós programok sikeres átültetéséről (pl. Good Behaviour Game, EUDAP (Unplugged), Örebro és Preventure).

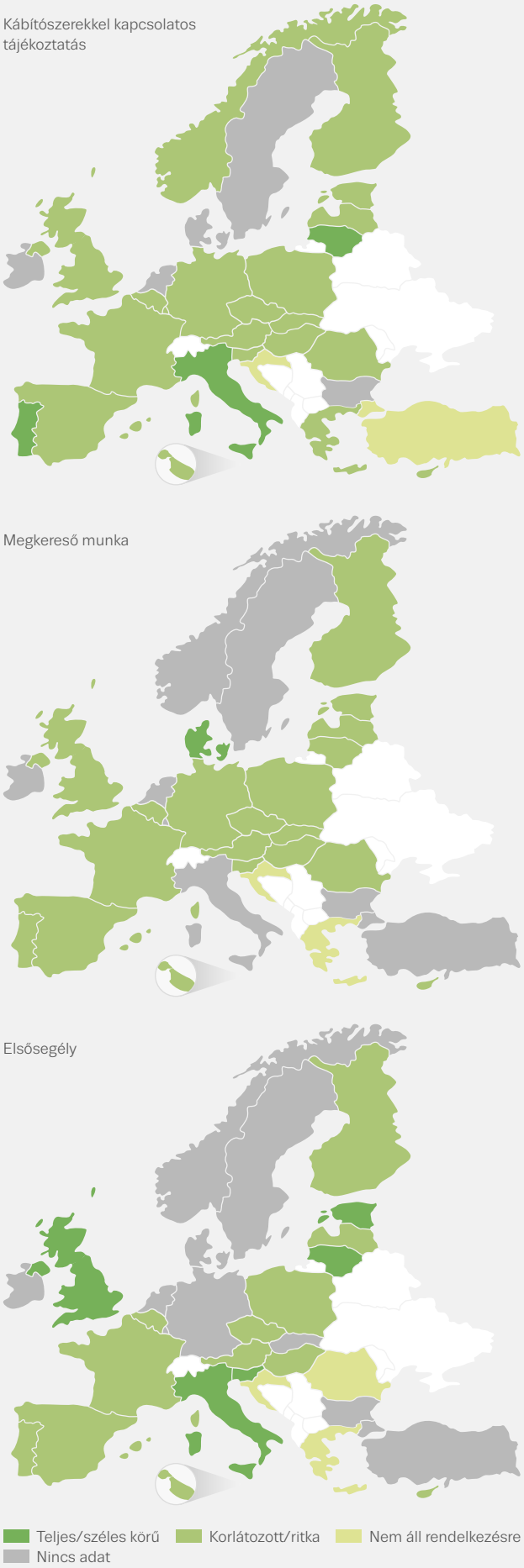
A célzott prevenciós beavatkozások a fiatalok kiszolgáltatott csoportjait veszik célba, akiknél nagyobb veszélye lehet a drogproblémák kialakulásának. A szakértői jelentések szerint az európai veszélyeztetett csoportok némelyike összességében jobban hozzájut a beavatkozásokhoz, különösen a szociális és tanulmányi problémákkal küzdő tanulókat megcélzó tevékenységek erősödtek. Az iskolák fontos közeget jelentenek a javallott prevenciós tevékenységek szempontjából is, ideértve az olyan módszerek alkalmazását, amelyekkel korán ki lehet szűrni a viselkedési vagy drogproblémákkal rendelkező tanulókat.

Beavatkozások az éjszakai életben: integrált módszerre van szükség

A tiltott kábítószerek, ezen belül különösen a stimulánsok használata köztudottan összekapcsolódik az éjszakai élet helyszíneivel, így a bizonyos fajta eseményekre ellátogató fiatalok olyan drog- és alkoholfogyasztási mintákkal kerülhetnek kapcsolatba, amelyek miatt az egészségügyi problémák, balesetek és sérülések komoly veszélyének lehetnek kitéve. A „Healthy Nightlife Toolbox" nevű európai kezdeményezés hangsúlyozza, hogy a rekreációs körülmények között gondoskodni kell arról, hogy átfogó intézkedéscsomag működjön e kockázatok kezelésére. A javasolt módszer egyesíti a prevenciós, ártalomcsökkentési, szabályozási és bűnüldözési beavatkozásokat.

3.2. ÁBRA

Az egyes beavatkozások elérhetősége az éjszakai életben (szakértői értékelések, 2011)



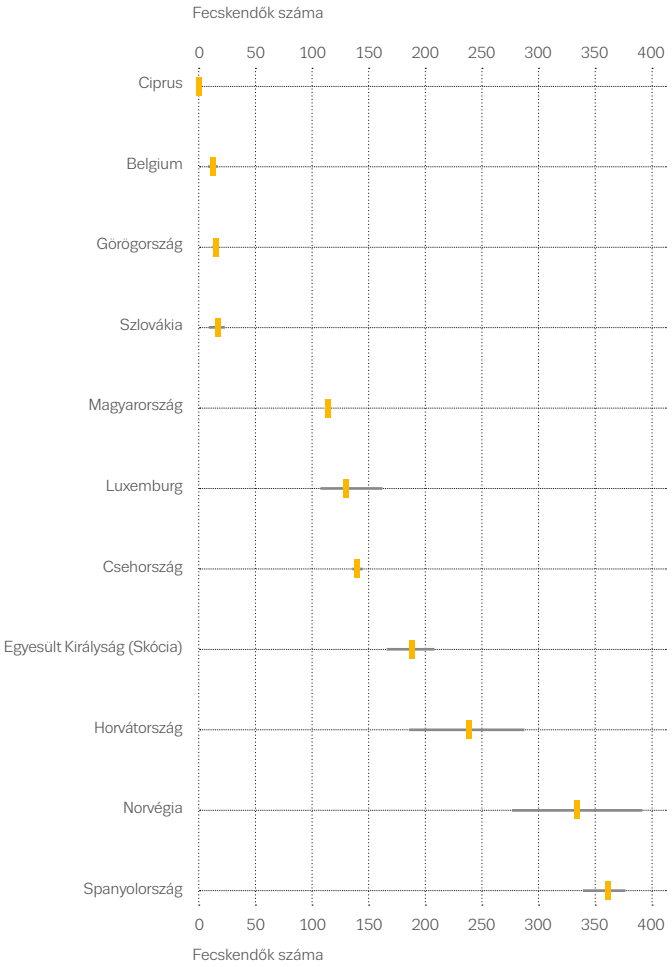
Csak az országok valamivel több mint egyharmadából jelezték prevenciós és ártalomcsökkentési stratégiák alkalmazását a rekreációs helyszíneken. A stratégiák némelyike az egyént szólítja meg, például felvilágosító szórólapok terjesztésével, kortárs csoportos oktatással és mobil csapatok alkalmazásával. Más stratégiák a környezetre helyezik a hangsúlyt: ilyen például az alkoholt árusító helyek szabályozása és engedélykötelessé tétele; a felelősség hangsúlyozása az alkohollal való kiszolgálásban; a tömegkezelési kezdeményezések bevezetése, valamint az ingyenesen hozzáférhető ivóvíz és a biztonságos éjszakai közlekedés biztosítása. Az ilyen intézkedéseket ösztönzi a club-health.eu és a biztonságos bulizást tanúsító „minőségi éjszakák" címkéket kiosztó európai projekt, a „Party+". Az éjszakai életben alkalmazható három beavatkozásról – tájékoztató anyagok biztosítása, megkereső munka és elsősegély – szóló áttekintés azonban azt jelzi, hogy a legtöbb országban továbbra is korlátozott tevékenység folyik e téren (3.2. ábra).

A fertőző betegségek megelőzése: több figyelmet kell fordítani a hepatitis C kezelésére

A kábítószer-használók, különösen az intravénás szerhasználók a drogfogyasztási anyagok megosztása és a védekezés nélküli szexuális élet miatt ki vannak téve a fertőző betegségek veszélyének. Az európai drogpolitikában fontos cél a HIV, a vírushepatitis és más fertőzések átadásának megelőzése. Az intravénás opioidhasználók esetében számos friss áttekintés is bizonyította a helyettesítő kezelés hatékonyságát e tekintetben, és úgy tűnik, a tű- és fecskendőcsere-programokkal kombinálva ez még növelhető.

3.3. ÁBRA

A speciális programokon keresztül kiadott fecskendők száma intravénás kábítószer-használónként (becslés)



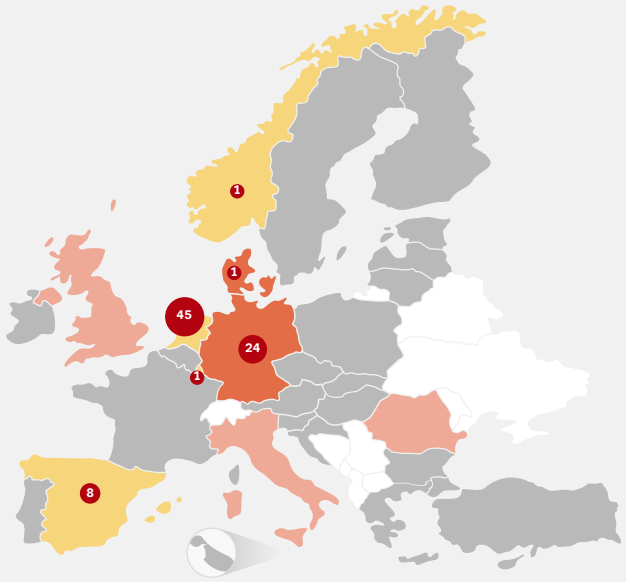
Megjegyzés: Az adatokat becsült pontokként és bizonytalansági intervallumokként ábrázoltuk.

A speciális programokon keresztül szétosztott fecskendők száma a 2005-ös 34,2 millióról 2011-re 46,3 millióra emelkedett abban a 23 országban, ahonnan mindkét évről közölték az országos adatokat. Abban a 11 országban, ahol az intravénás szerhasználók számáról friss becslések állnak rendelkezésre, az erre szakosodott programok révén 2011-ben szerhasználónként átlagosan 127 fecskendőt osztottak ki, de ez valahol az egy főre jutó 50-nél kevesebbet, máshol 300 fecskendőnél is többet jelent (3.3. ábra).

A hepatitis B vírus (HBV) terjedésének megelőzésére létezik egy biztonságos, ugyanakkor hatékony védőoltás, és ezt 25 európai ország be is építette a nemzeti oltási programba. Tizenhat országból az intravénás kábítószer-használóknak szóló célzott HBV-oltási programokról is beszámoltak. A hepatitis C ellen nincs védőoltás, ezért erre hasonló megelőző intézkedések vonatkoznak, mint a HIV átadására. Néhány európai országban azonban még mindig korlátozottak és alulfinanszírozottak az intravénás kábítószer-használóknak szóló, a hepatitis C-vel

3.4. ÁBRA

Elvihető naloxont biztosító programokat és felügyelt kábítószer-fogyasztó létesítményeket működtető európai országok



Beavatkozások
- Kábítószer-fogyasztó létesítmény
- Elvihető naloxont biztosító programok
- Mindkét beavatkozás
- Nincs adat
- 9 Drogfogyasztó létesítmények száma

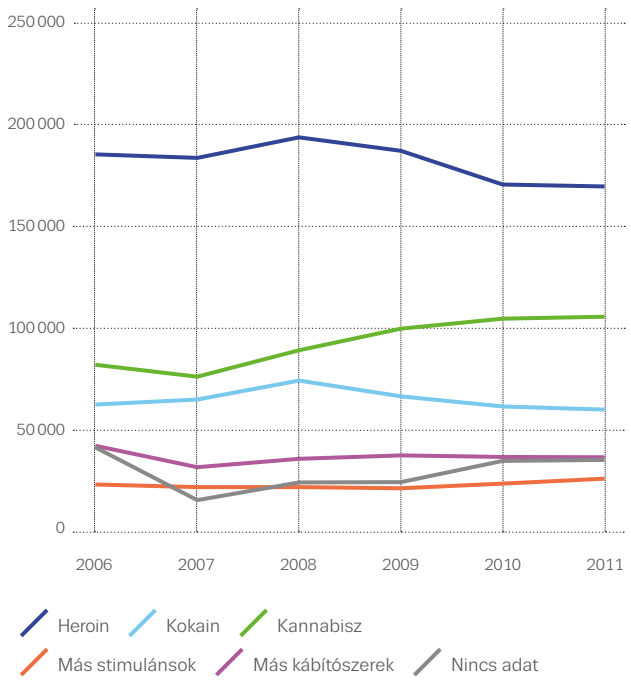
foglalkozó szűrővizsgálatokra és tanácsadásra irányuló kezdeményezések. A modellvizsgálatok szintén arra utalnak, hogy a fertőzött szerhasználóknak a hepatitis C antivirális kezelésbe való bevonása csökkentheti a vírus átadását. Európában jelenleg ennek ellenére viszonylag kevesen részesülnek hepatitis C antivirális kezelésben, noha egyre több bizonyíték támasztja alá, hogy intravénás szerhasználóknál hatékonyan alkalmazható.

A kábítószerrel összefüggő halálesetek megelőzése: komoly közegészségügyi kérdés

Az európai közegészségügyi politika számára változatlanul nagy kihívást jelent a kábítószer-túladagolások és a kábítószerekkel összefüggő más halálesetek számának csökkentése. A kezelésben, különösen az opioidhelyettesítő kezelésben való részvétel jelentősen csökkenti a kábítószer-használók halálozási kockázatát, így a kezeléshez való hozzáférés és a kezelésben maradás javítása a túladagolások megelőzése szempontjából fontos intézkedésnek tekinthető. Ismert ugyanakkor, hogy a börtönből való szabaduláskor, illetve a kezelés egyes formái után megnő a túladagolás veszélye az opioidhasználóknál, feltehetőleg az alacsonyabb tolerancia miatt. Ezzel a kockázattal szemben innovatív módszer, ha a naloxon nevű opioid antagonista gyógyszert szélesebb körben hozzáférhetővé teszik. Öt országból számoltak

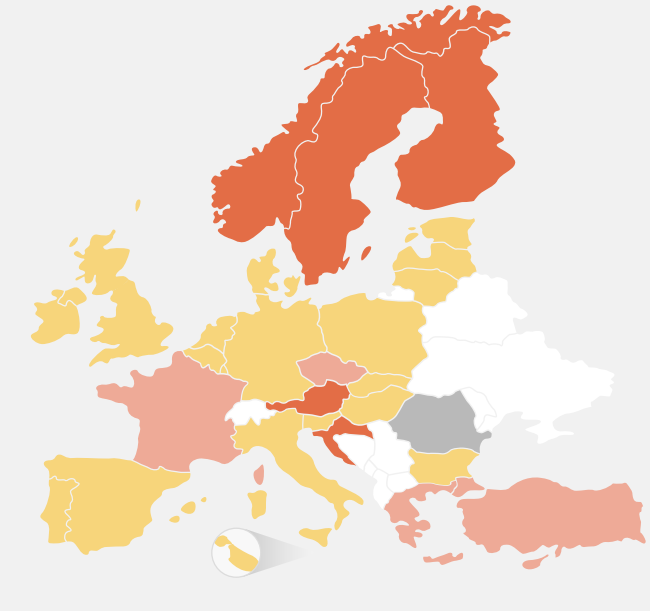
3.5. ÁBRA

A speciális kezelési szolgálatoknál jelentkező kliensek száma az elsődleges kábítószer szerint



3.6. ÁBRA

Az opioidhelyettesítésre használt legjellemzőbb gyógyszer a kliensek száma szerint



Megjegyzés: A buprenorfin kategóriába a buprenorfin–naloxon kombináció is beletartozik.

be olyan kísérleti projektekről vagy programokról, amelyek keretében az opioidhasználók, családtagjaik vagy gondozóik részére elvihető naloxont biztosítottak (3.4. ábra). Az Egyesült Királyságban egy vizsgálatban bizonyítást nyert, hogy az egészségügyi szakemberek, köztük a kábítószer-fogyasztókkal dolgozó szociális munkások már minimális képzéssel is jobb ismeretekre, szakértelemre és magabiztosságra tehetnek szert az opioidtúladagolás kezeléséhez és a naloxon beadásához.

A jelentések szerint a problémás kábítószer-használóknak az országok többségében osztanak tájékoztató anyagokat a túladagolás veszélyeiről. A szakképzett, kábítószer-fogyasztókkal foglalkozó szociális munkásoknak vagy egészségügyi dolgozóknak a túladagolás kockázatainak felmérésébe történő bevonása a fokozottan veszélyeztetett személyek azonosításában is segítséget jelent, a felügyelt drogfogyasztó létesítményekkel pedig a perifériára szorult szerhasználókat lehet elérni. Ilyen létesítmények hat országban működnek, és hozzájárulhatnak a túladagolásos halálesetek megelőzéséhez, illetve a nem halálos kimenetelű túladagolások hatásainak mérsékléséhez.

Több mint egymillió európai drogfogyasztó áll kezelés alatt

Becslések szerint Európában 2011-ben legalább 1,2 millió ember részesült kezelésben tiltott kábítószerek használata miatt. A kezelés alatt állók között az opioidhasználók alkotják a legnagyobb csoportot, ugyanakkor a kezelésre jelentkezők adatai (3.5. ábra) azt mutatják, hogy a második és harmadik legnépesebb csoportot a kannabisz- és kokainhasználók jelentik, de ezen a téren az országok között különbségek figyelhetők meg.

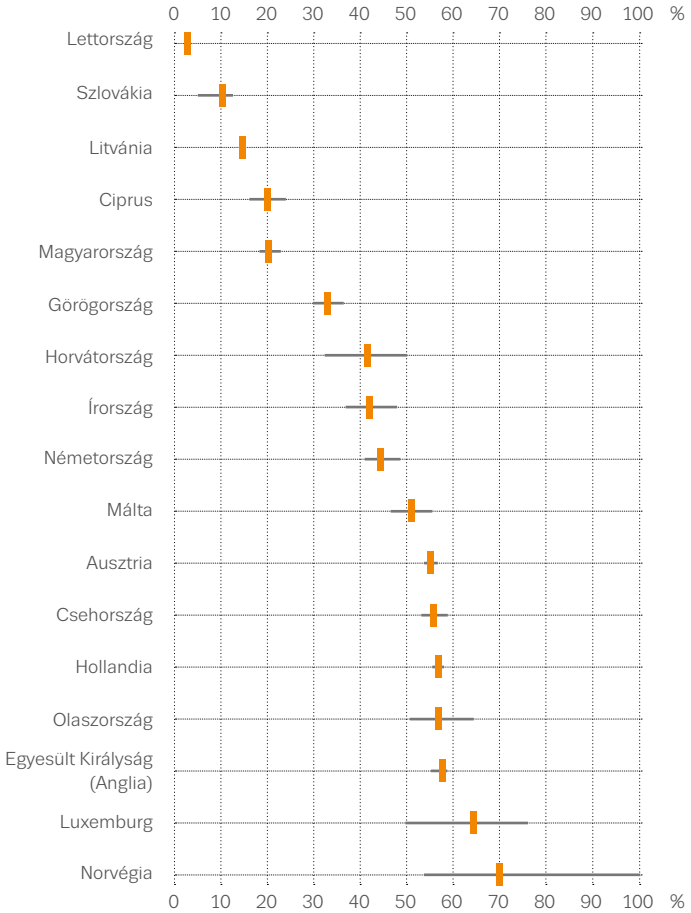
Európában a kábítószer-fogyasztók kezelésének leggyakoribb módjai a pszichoszociális beavatkozások, az opioidhelyettesítés és a detoxifikáció, maga a kezelés pedig többnyire járóbeteg-ellátásban zajlik, például erre szakosodott központokban, háziorvosi rendelőkben és alacsonyküszöbű létesítményeknél. A kezelések egy jelentős, de csökkenő hányadát fekvőbeteg-ellátásban is biztosítják.

Opioidhasználók: a helyettesítő kezelés a legnépszerűbb

Az opioidfüggőség kezelésére leggyakrabban használt módszer Európában a helyettesítő kezelés, amelyet jellemzően pszichoszociális gondozással kapcsolnak össze, és erre szakosodott járóbeteg-ellátó központokban vagy háziorvosoknál biztosítják. A gyógyszerek közül a leggyakrabban a metadont írják fel, ezt a kliensek körülbelül háromnegyede használja, a többiek legnagyobb része buprenorfint szed, amely öt országban számít az első számú helyettesítő gyógyszernek (3.6. ábra). Az

3.7. ÁBRA

A helyettesítő kezelés alatt álló problémás opioidhasználók százalékos aránya (becslés)



Megjegyzés: Az adatokat becsült pontokként és bizonytalansági intervallumokként ábrázoltuk.

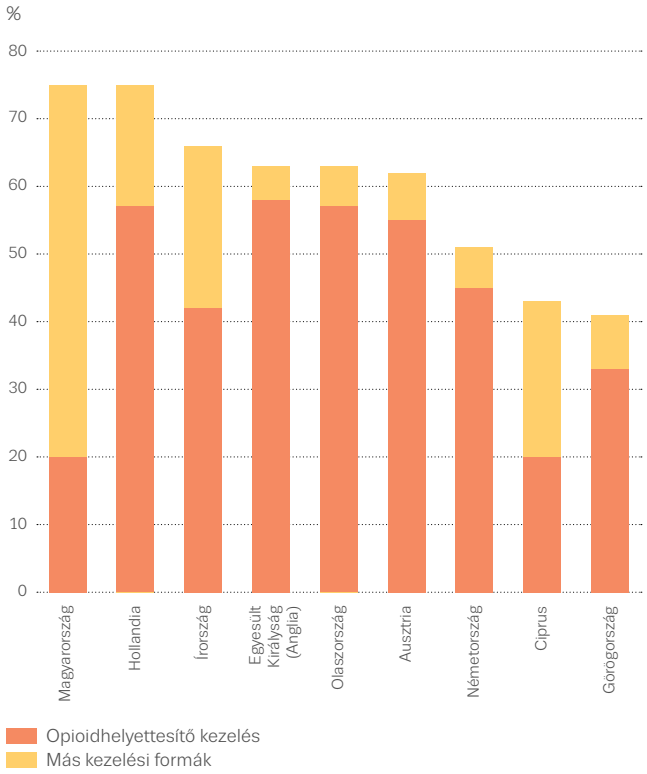
Európában végzett helyettesítő kezelések kevesebb mint 5%-ában használnak más vényköteles szert, például lassan felszabaduló morfint vagy diacetil-morfint (heroin).

A rendelkezésre álló bizonyítékok alátámasztják, hogy az opioidhelyettesítő kezelés a pszichoszociális gondozással kombinálva alkalmas arra, hogy a betegeket megtartsa a kezelésben, és visszaszorítsa a tiltott opioidok használatát, illetve a kábítószerekhez köthető ártalmakat és halálozást. A metadon, a buprenorfin és a diacetil-morfin bizonyítottan hatékonyan szakítja meg a bódulat–megvonás ciklust, és ezáltal elősegíti a betegek stabilizálódását és más típusú beavatkozásokban való együttműködését (ilyen lehet pl. a HIV/AIDS és a hepatitis kezelése). A helyettesítő kezelésről azt is igazolták, hogy javítja az életminőséget, és megkönnyíti a társadalmi reintegrációt.

Becslések szerint Európában 2011-ben összesen 730 000 opioidhasználó részesült helyettesítő kezelésben, ami a 2008-as 650 000-hez képest emelkedést jelez. Ez valószínűleg az európai problémás opioidhasználók nagyjából 50%-át jelenti, ez a becsült lefedettség pedig

3.8. ÁBRA

A kezelés alatt álló problémás opioidhasználók százalékos aránya (becslés)



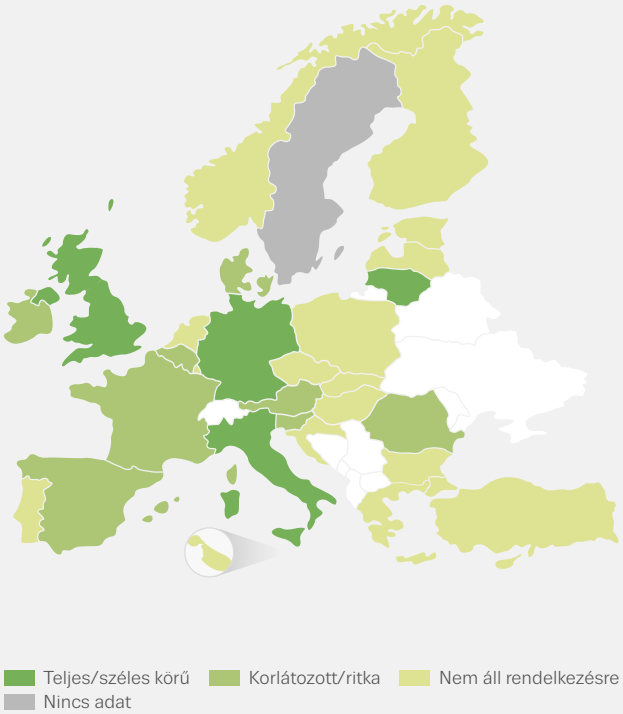
hasonló az Ausztráliából és az Egyesült Államokból jelentett arányokhoz. Európán belül azonban az egyes országok lefedettségét tekintve nagy különbségek vannak; a legalacsonyabb becsült arányokat (3–20%) Lettországból, Szlovákiából és Litvániából jelentették (3.7. ábra). Öt országból számoltak be hosszú, egy és hat hónap közötti várakozási időről, de Bulgáriában és Görögországban hat hónapnál is többet kell várni. Az intravénás heroinhasználók körében kitört 2010-es járvány nyomán azonban Görögországban nemrég kiterjesztették a helyettesítő kezelés biztosítását, ezáltal csökkent a várakozási idő.

Az opioidhasználók egyéb kezelései: mindegyik országban elérhető

Az opioidhasználók részére minden európai országban biztosítanak helyettesítő gyógyszerek nélküli kezelést. A kezelés történhet járóbeteg-ellátásban vagy bentlakásos intézményben, és pszichoszociális beavatkozások is tartoznak hozzá, például kognitív pszichoterápia, terápiás közösségek és más módszerek. A kezelést esetenként egy detoxifikációs program előzi meg, amely gyógyszeres támogatást nyújt a fizikai elvonási tünetek kezeléséhez. A kognitív pszichoterápiás beavatkozások az opioidhasználóknál valamelyest hatékonynak bizonyultak, de a bizonyítékok nem kellően szilárdak ahhoz, hogy

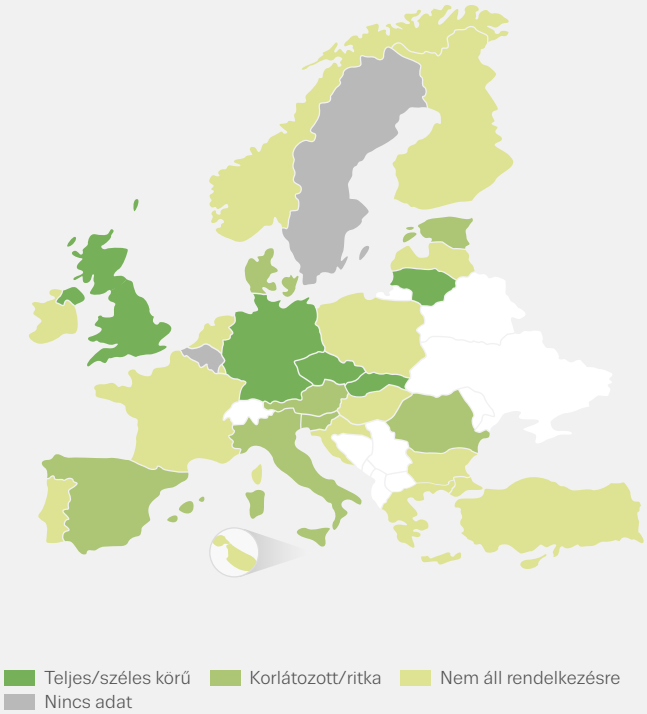
3.9. ÁBRA

A kokainhasználóknak szóló speciális kezelési programok elérhetősége (szakértői értékelések, 2011)



3.10. ÁBRA

Az amfetaminszármazékok használóinak szóló speciális kezelési programok elérhetősége (szakértői értékelések, 2011)



ezek alapján meg lehessen határozni a leghatékonyabb beavatkozást. A gyógyszermentes terápiás közösségek hatékonyságáról nincs döntő bizonyíték.

A helyettesítő gyógyszerezéstől eltérő kezelési módszerek lefedettsége az összes problémás opioidhasználó 5%-a és több mint 50%-a között mozog abban a kilenc országban, ahonnan elegendő adatot közöltek (3.8. ábra). Ezekben az országokban a problémás opioidhasználóknak szóló összes kezeléstípust tekintve a lefedettség 40% feletti.

A kokainhasználók kezelése: speciális programok

A kokainfüggőségre a pszichoszociális beavatkozások jelentik az első számú kezelési lehetőséget, ezen belül is a viselkedésben elért változásokat jutalmazó módszer tűnik a leghatékonyabbnak. A gyógyszerek közül a dopamin agonisták és az antipszichotikumok hatékonyan csökkenthetik a kokainfüggőséget.

A kokainproblémákkal küzdő kliensek járhatnak az általános kezelési szolgálatokhoz, de kifejezetten a kokain- vagy a crack kokaint használókra szakosodott programok is működnek 12 országban (3.9. ábra), köztük azokban az országokban, ahol a kokainhasználat szintje a legmagasabb. Néhány országban az ilyen programokkal azokat a társadalomba beilleszkedett kokainhasználókat célozzák meg, akik más szolgálatokat esetleg nem szívesen keresnének fel. Dániában és Ausztriában a kokainhasználók számára a politoxikománia programok keretében is biztosítanak kezelést. Bulgáriából, Máltáról és Hollandiából azt jelentették, hogy a közeljövőben speciális kezelési programok elindítását tervezik. Dániában, Németországban és az Egyesült Királyságban külön iránymutatásokat állítottak össze a kokainhasználók kezeléséhez.

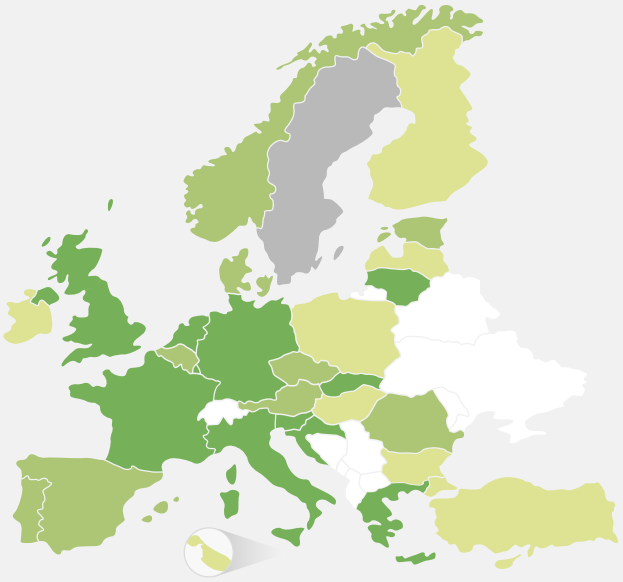
Az amfetaminszármazékok használatának kezelése: földrajzi különbségek

Az amfetaminszármazékokat használó kliensek számára a járóbeteg-ellátásban nyújtott pszichoszociális beavatkozások jelentik az elsődleges kezelési lehetőséget. Úgy tűnik, hogy a kognitív pszichoterápia és a viselkedésben elért változásokat jutalmazó módszer, esetenként egymással kombinálva is kedvező eredményeket hoz. Az amfetamin- és metamfetaminfüggőség kezelésére sok gyógyszert kipróbáltak már, de egyelőre semelyik gyógyszeres terápia mellett nem szólnak szilárd bizonyítékok.

Az amfetaminszármazékok használói számára Európában elérhető kezelési lehetőségek az egyes országokban nagyon különbözők. Külön nekik kialakított kezelési programok főleg azokban az országokban működnek, ahol az amfetaminszármazékok használóinak kezelésével

3.11. ÁBRA

A kannabiszhasználóknak szóló speciális kezelési programok elérhetősége (szakértői értékelések, 2011)



Teljes/széles körű | Korlátozott/ritka | Nem áll rendelkezésre | Nincs adat

hosszabb ideje foglalkoznak (3.10. ábra). Rajtuk kívül Bulgáriából és Magyarországról jelezték, hogy a közeljövőben speciális kezelési programok bevezetését tervezik amfetaminhasználók számára.

A kannabiszhasználók kezelése: módszerek sokasága

Európában a kannabiszhasználóknak szóló kezelés intézkedések széles körét fogja össze, köztük az internetalapú kezelést, a rövid beavatkozásokat, a többdimenziós családterápiát, a kognitív pszichoterápiát és más, járóbeteg- vagy fekvőbeteg-ellátásban szervezett pszichoszociális beavatkozásokat. Néhány országban a kezelésre való beutalásban fontos szerepe van az igazságszolgáltatási rendszernek, a baleseti és sürgősségi osztályoknak és a mentális egészségügyi létesítményeknek. Az utóbbi években egyre több vizsgálat készült a kannabiszhasználók kezeléséről, köztük például nemrég készült egy metaelemzés a többdimenziós családterápiáról, amely a szerhasználat csökkenése és a kezelésben maradás terén kedvező eredményeket mutatott. A kutatások eközben olyan gyógyszerekre is kiterjednek, amelyek támogathatnák a pszichoszociális beavatkozásokat. A rimonabant nevű hatóanyag például kedvező eredményeket mutatott a kannabiszszíváshoz kapcsolódó akut élettani problémák enyhítésében.

A 2011-ben kezelésbe lépő kliensekre vonatkozó adatok azt mutatják, hogy körülbelül a felük munkanélküli volt, és közel egytizedüknek nem volt állandó lakhelye

2011-ben az európai országok több mint feléből jelentették, hogy külön a kannabisszal foglalkozó kezelési programok állnak rendelkezésre (3.11. ábra), Bulgáriában, Cipruson, Magyarországon és Lengyelországban pedig már tervezik a területtel foglalkozó programok bevezetését.

GHB: a kezelési lehetőségek keresése

A gamma-hidroxi-vajsavtól (GHB) való függőség elismert klinikai állapot, és rendszeres vagy krónikus használat után potenciálisan súlyos megvonási szindrómával járhat. A kutatások eddig a szindróma és a kapcsolódó komplikációk leírására koncentráltak, amelyeket sürgősségi esetekben olykor nehéz felismerni. Eddig nem készült standard protokoll a GHB elvonási szindróma kezelésére, bár Hollandiában már vizsgálják az ellenőrzött detoxifikáció lehetőségét, amihez GHB-t tartalmazó gyógyszerkészítményeket használnak.

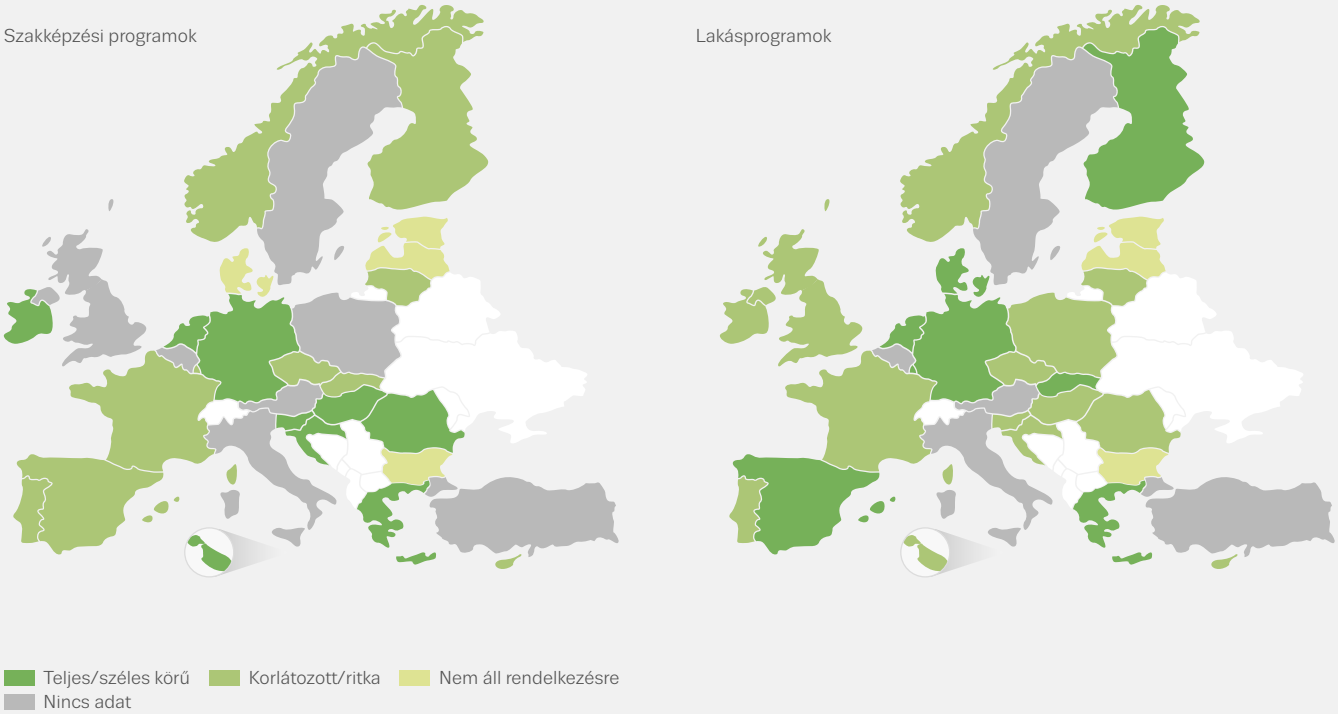
Társadalmi reintegráció: a hiányzó láncszem?

A 2011-ben speciális kezelésbe lépő kliensekre vonatkozó adatok azt mutatják, hogy körülbelül a felük munkanélküli volt (47%), és közel egytizedüknek nem volt állandó szálláshelye (9%). Ebben a csoportban ugyancsak gyakori az alacsony iskolai végzettség: 36%-uk csak alapfokú oktatást végzett, 2% pedig még ezt az oktatási szintet sem teljesítette.

A kábítószer miatti kezeléssel egy időben vagy a kezelés után társadalmi reintegrációs szolgáltatásokat lehet biztosítani, amibe beletartozik a szociális készségek fejlesztése, az oktatás és foglalkoztathatóság javítása és a lakásigények kielégítése. Bár az ilyen reintegrációs szolgáltatások meglétéről a legtöbb ország beszámolt (3.12. ábra), a szolgáltatások szintje a kereslethez képest általában nem volt kielégítő. A szolgáltatások igénybevételét ráadásul gyakran feltételekhez kötik, például a kábítószerektől mentes állapottól vagy az állandó

3.12. ÁBRA

A kezelés alatt álló szerhasználóknak szóló társadalmi reintegrációs programok elérhetősége (szakértői értékelések, 2010)



lakóhely meglététől tehetik függővé, amivel a leginkább rászorulókat zárhatják ki a szolgáltatásokból.

A társadalmi reintegrációs intézkedések sikere sok esetben a különböző támogató szolgálatok közötti hatékony együttműködésen alapul. Az EMCDDA egy nemrég készült felmérésben foglalkozott ezzel a témával, amelyben 28 ország közül 17 jelezte, hogy van valamilyen partnerségi megállapodás a drogfogyasztókat kezelő szervek és a különböző területeken, például a lakhatásban és a foglalkoztatásban támogatást nyújtó szolgálatok között.

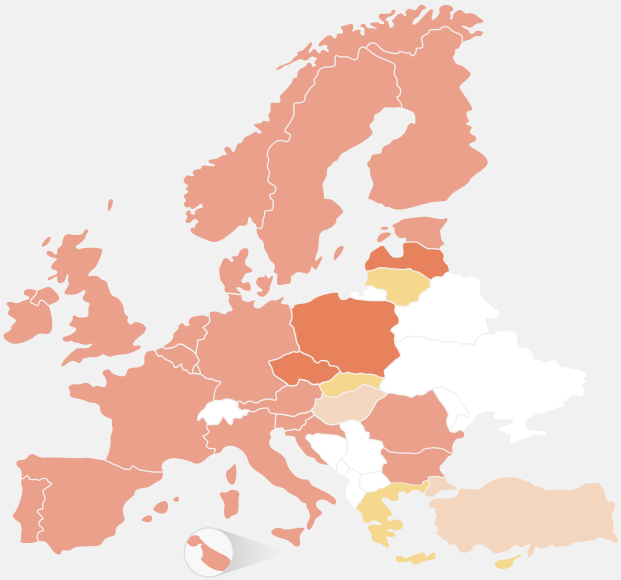
A fogvatartottaknak szóló szolgáltatások: még mindig nem elég fejlettek

Az általános népességgel összehasonlítva a fogvatartottak körében összességében nagyobb arányban fordul elő a kábítószer-használat, és ártalmasabbak a használati minták – ezt jelzik a friss vizsgálatok, amelyek szerint a fogvatartottak 5–31%-a injektált már kábítószert. A börtönbe bekerülve a szerhasználók többsége csökkenti vagy abbahagyja a drogfogyasztást. A tiltott kábítószerek azonban gyakran a börtönökbe is utat találnak, így néhány fogvatartott a szabadságvesztés ideje alatt is folytatja a használatukat, vagy éppen akkor kezdi meg.

Mivel a drogproblémákkal küzdő fogvatartottaknak gyakran többféle, összetett egészségügyi szükségleteik is vannak, amelyek az orvosi szolgálatok részéről multidiszciplináris, szakirányú közreműködést tesznek szükségessé, fontos beavatkozás a börtönbe való bekerüléskor végzett igényfelmérés. A legtöbb országban mára partnerségeket alakítottak ki a börtönökben működő egészségügyi szolgálatok és a közösségben működő szolgáltatók között, hogy a börtönben egészségügyi oktatást és kezelést nyújtsanak, de emellett az ellátás folyamatosságát is biztosítsák a bekerülés és a szabadulás után. Hét európai országban az egészségügyi minisztérium felelősségi körébe sorolták a börtönökben nyújtott egészségügyi ellátást. Az ellátás egyenlősége mellett tett

3.13. ÁBRA

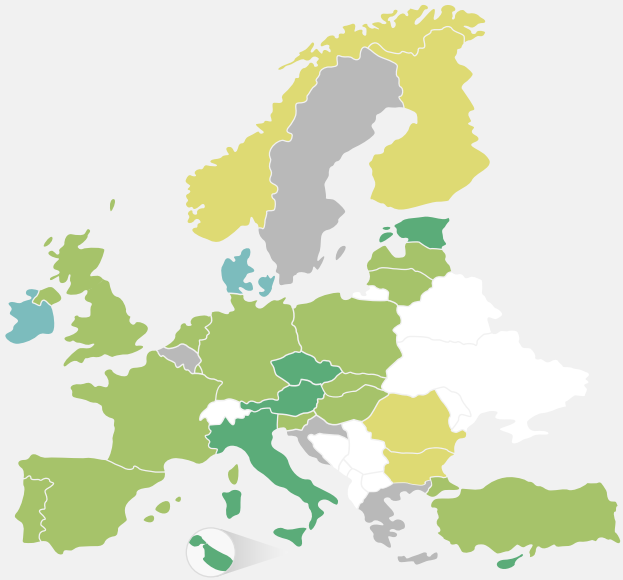
Az opioidhelyettesítő kezelés elérhetősége a börtönökbe



A kezelés folytatása és megkezdése is
Csak a kezelés folytatása
Nem jelentettek ilyen esetet
Nem áll rendelkezésre

3.14. ÁBRA

A kábítószerekre szakosodott bűnüldöző szervek típusai Európában



Kijelölt drogkommandók
A súlyos szervezett bűnözéssel foglalkozó egységek
Mindkettő
Egyéb
Nincs adat

kötelezettségvállalás ellenére a drogfogyasztóknak nyújtott szolgáltatások a börtönökben azonban még sok helyen el vannak maradva a közösség egésze számára elérhető szinttől.

Az európai börtönökben biztosított, kábítószer-használattal összefüggő szolgáltatásokba beavatkozások széles köre tartozik, köztük a tájékoztatás, a tanácsadás és a kezelés, az ártalomcsökkentő intézkedések és a szabadulásra való felkészítés. A szabadságvesztés megkezdésekor, de néhány országban a szabaduláskor is gyakran kínálnak szűrővizsgálatokat a fertőzések, mindenekelőtt a HIV kiszűrésére. A meglévő vizsgálati programokba a HCV-szűrés viszont nem mindenhol tartozik bele. A börtönközegben ritkán biztosítanak tiszta injektáló felszerelést: csak négy országból jelezték, hogy fecskendőhöz legalább egy börtönben hozzá lehet jutni.

Opioidhelyettesítő kezelés most már a legtöbb országban a börtönökben is működik, de a bevezetése lassabb volt, mint a közösségben. Egy friss becslés szerint az év folyamán legalább 74 000 fogvatartott részesült ilyen kezelésben, bár az egyes országok között a szolgáltatás szintjét tekintve jelentős eltérések vannak. Helyenként korlátozások is lehetnek, néhány országban például csak azok a fogvatartottak részesülhetnek helyettesítő kezelésben, akik ebben már a bebörtönzésük előtt is részt vettek (3.13. ábra).

A kábítószer-kínálat csökkentése: kevesebb a drogkommandó

Miközben a keresletcsökkentési intézkedések általában jól dokumentáltak, a kínálatcsökkentési tevékenységekkel kapcsolatos adatgyűjtés sokkal ritkább, noha gyakran az ilyen tevékenységek emésztenek fel nagyobb részt a nemzeti kábítószerügyi költségvetésből. A kábítószertörvények végrehajtása fontos eleme a kínálatcsökkentésnek, az EMCDDA pedig a közelmúltban kísérleti projektet indított az e területen zajló tevékenységek szervezésének jobb leírása és megismerése érdekében. Ennek kiindulópontjaként feltérképezték azokat a hivatalosan létrehozott bűnüldöző szervezeteket, amelyek első számú feladata a kábítószerekre vonatkozó jogszabályok megsértéseinek felderítése és kivizsgálása. Ezeknek két fő típusa van: a kijelölt „drogkommandók” és a kábítószer-kínálat csökkentésének feladatkörével megbízott, szervezett bűnözés elleni szervek.

A két szervezettípusból legalább egy létezik 26 országban, ahonnan összesen több mint 1000 olyan egységet jelentettek, amelynek kifejezett feladata a kábítószertörvények végrehajtása (3.14. ábra). A tiltott kábítószerek területére szakosodott bűnüldözési tisztviselők számáról 23 ország adott becslést, együttesen legalább 17 000-re téve a legnagyobbrészt a rendőrség kötelékében dolgozó speciális tisztviselők számát. Bár a bejelentett számokat nem mindig lehet közvetlenül

összehasonlítani, az erre szakosodott tisztviselők aránya a teljes országos bűnüldöző állomány 0,2%-a és 3,3%-a közé tehető.

A drogkommandók és a kábítószer-kínálat csökkentésének feladatkörével megbízott, szervezett bűnözés elleni szervek többnyire a rendőri erők alá tartoznak, bár egy kis részük a vámszervek kötelékében dolgozik. Emellett 11 országból jelezték a több szervet összefogó együttműködés fennállását, rendszerint közös rendőri és vámkommandók vagy egységek formájában, de ebbe esetenként más szerveket, például a parti őrséget vagy a határőrséget is bevonták. A több mint 1000 szerv közül azonban ez mindössze 42-t tett ki.

Bár a kijelölt drogkommandók fennállásáról 21 országból számoltak be, az adatok összességében arra mutatnak, hogy Európában kezd visszaszorulni a speciális egységeknek ez a fajtája, és helyette a „súlyos és szervezett bűnözésre" szakosodott, általánosabb szervek jönnek létre. Ez bizonyos mértékig tükrözi az EU szintjén látható fejleményeket, ahol az Europol súlyos és szervezett bűnözésre vonatkozó fenyegetésértékelése és az Európai Tanács szervezett és súlyos nemzetközi bűnözésre vonatkozó politikai ciklusa egyre inkább a szervezett bűnözés elleni küzdelem számos, egymással összekapcsolódó dimenzióinak egyikeként tekint a kábítószer-kínálatra.

A tiltott kábítószerek területére szakosodott bűnüldözési tisztviselők számáról 23 ország adott becslést, együttesen legalább 17 000-re téve a speciális tisztviselők számát

BŐVEBB INFORMÁCIÓ

Az EMCDDA kiadványai

2012

A kábítószer iránti kereslet csökkentése: nemzetközi bizonyítékok a lokális cselekvéshez, Célpontban a kábítószer, 23. szám.

Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (második kiadás), kézikönyv.

New heroin-assisted treatment, EMCDDA Insights.

Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, kiemelt téma.

Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, EMCDDA Insights.

2011

European drug prevention quality standards, kézikönyv.

Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, kiemelt téma.

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, EMCDDA monográfiák.

Treatment and care for older drug users, kiemelt téma.

2009

Internet-based drug treatment interventions, EMCDDA Insights.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, 2. kötet, III. rész: Prevention and treatment, EMCDDA monográfiák.

Az EMCDDA és az ECDC kiadványai

2011

ECDC és EMCDDA útmutató. Fertőző betegségek megelőzése és kontrollja az intravénás szerhasználók körében.

Valamennyi kiadvány elérhető az alábbi weboldalon: www.emcdda.europa.eu/publications

4

Az európai kábítószer-ellenőrzési politikák működéséhez az ENSZ három egyezménye alapján kialakított nemzetközi ellenőrzési rendszer biztosít általános keretet

Drogpolitika

Európában a nemzeti kormányok és parlamentek felelősségi körébe tartozik a kábítószerekkel összefüggő problémák megválaszolásához szükséges jogi, stratégiai, szervezeti és költségvetési keretek elfogadása, az EU-ban pedig a kábítószerügyi jogszabályok és a többéves stratégiák és cselekvési tervek biztosítanak keretet az összehangolt fellépéshez. Ezen elemek együtteséből épül fel a drogpolitika, amely lehetővé teszi, hogy az egyes országok kidolgozzák és végrehajtsák a jelentésben áttekintett beavatkozásokat a kábítószerek iránti kereslet és kínálat csökkentése érdekében.

A drogpolitika megfigyelése

Az európai szinten nyomon követhető politikai dimenziók közül a legfontosabbak a következők: a kábítószertörvények és a kábítószertörvények megsértései, a nemzeti drogstratégiák és cselekvési tervek, a politikai koordinációs és értékelési mechanizmusok, valamint a kábítószerekkel összefüggő költségvetés és közkiadások. Az adatgyűjtés két EMCDDA-hálózaton, a nemzeti fókuszpontok és a jogi tudósítók hálózatán keresztül történik. A kábítószertörvények megsértéseiről szóló adatok és módszertani megjegyzések a statisztikai közlönyben találhatók, emellett a weboldalon az európai drogpolitikáról és a jogszabályokról is átfogó tájékoztató olvasható.

Kábítószertörvények: közös keret

Az európai kábítószer-ellenőrzési politikák működéséhez az ENSZ három egyezménye alapján kialakított nemzetközi ellenőrzési rendszer biztosít általános keretet. Ez a rendszer meghatározza a keretet több mint 240 pszichoaktív anyag termelésének, kereskedelmének és birtoklásának ellenőrzéséhez, amelyek közül a legtöbbnek elismert orvosi alkalmazása is van. Az egyezmények értelmében az engedély nélküli kínálatot minden ország köteles bűncselekménynek tekinteni. Ugyanez a követelmény vonatkozik a személyes fogyasztásra szánt kábítószerek birtoklására, de az ország „alkotmányos elveinek és jogrendszere alapvető fogalmainak” függvényében. Az európai országok nem egyformán értelmezik ezt a kitételt, ami tükröződik az ezen a téren alkalmazott eltérő jogi megközelítésükben.

Személyes használatra szánt kábítószer birtoklása: ritkább a börtönbüntetés

A legtöbb európai országban a személyes használatra szánt kábítószerek birtoklása (és néha a kábítószer-használat is) szabadságvesztéssel büntethető bűncselekménynek számít. Néhány országban viszont csak nem büntetőjogi szankciókkal, például bírsággal vagy a vezetői engedély felfüggesztésével büntethető. További tényező az is, hogy milyen kábítószerről van szó. Az európai országok kétharmadában a nemzeti törvények a szertől függetlenül ugyanazt a büntetést írják elő a személyes használati célú birtoklás cselekménye esetén. Az országok fennmaradó részében a lehetséges büntetés az anyagtól függően változik.

Európában körülbelül 2000-től érzékelhető az az általános tendencia, hogy a személyes használatra szánt kábítószerek birtoklása esetén csökken a börtönbüntetés kiszabásának lehetősége. Néhány ország a jogszabály módosításával eltörölte a börtönbüntetést (például Portugália, Szlovénia, Bulgária és legújabban Horvátország), más országokban pedig a rendőrségnek vagy az ügyészségnek szóló nemzeti iránymutatásokban szólítottak fel a börtöntől eltérő szankciók alkalmazására. A Portugáliában választott módszert komoly nemzetközi figyelem övezte. A 2001-ben bevezetett intézkedésekkel csökkentették a büntetésre helyezett hangsúlyt, és a szerhasználókat az egészségügyi minisztérium irányítása alatt működő „kábítószer-függőségtől elterelő bizottságok" hálózatához irányították.

A legtöbb európai országban a kábítószertörvények megsértéseire vonatkozó feljelentések többsége kábítószer-használatra vagy használati célú birtoklásra vonatkozik; Európa egészét tekintve 2011-ben összesen több mint 1 millió ilyen eset volt, ami 2006-hoz képest 15%-os növekedést jelez. E bűncselekmények több mint háromnegyede kannabisszal volt kapcsolatos (4.1. ábra).

Az ítélkezési gyakorlat némi rálátást ad Európában a kábítószer-használat vagy a használati célú birtoklás bűncselekménye miatti végrehajtásra és annak tényleges következményeire. Az EMCDDA 2009-es adatgyűjtéséből kiderült, hogy a személyes használatra szánt kábítószerek birtoklását sok országban bírsággal, figyelmeztetéssel vagy közmunkára felszólító végzéssel büntetik, bár a közép- és kelet-európai országok némelyikében – például Bulgáriában, Lengyelországban, Romániában, Szlovákiában és Horvátországban – nagyobb volt a valószínűsége a felfüggesztett szabadságvesztés alkalmazásának.

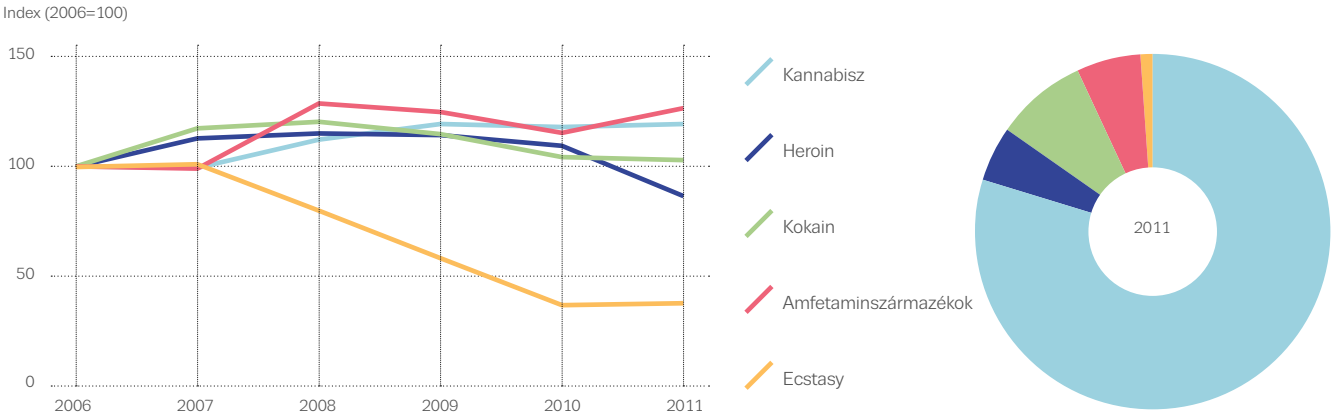
Kábítószerek kínálata: változatos büntetési tételek

A tiltott kábítószerek kínálata Európában minden esetben bűncselekmény, de jelentős különbségek vannak a kiszabható büntetési tételek maximumában. Néhány országban a kínálati bűncselekményekre egyetlen tág büntetési tartomány vonatkozik (akár életfogytiglani szabadságvesztéssel). Más országok különbséget tesznek a kisebb és a jelentős kínálati bűncselekmények között, olyan tényezők alapján, mint például a lefoglalt kábítószerek mennyisége, ennek megfelelő büntetési maximumokkal. Az itt megvizsgált 30 ország közül 14-ben alkalmazott másik módszer, hogy a büntetések az ügyben érintett kábítószer fajtájától függően változnak (4.2. ábra).

2006 óta egynegyedével emelkedett a kábítószerek kínálatával összefüggő, bejelentett bűncselekmények száma, és 2011-ben már több mint 225 000 ilyen

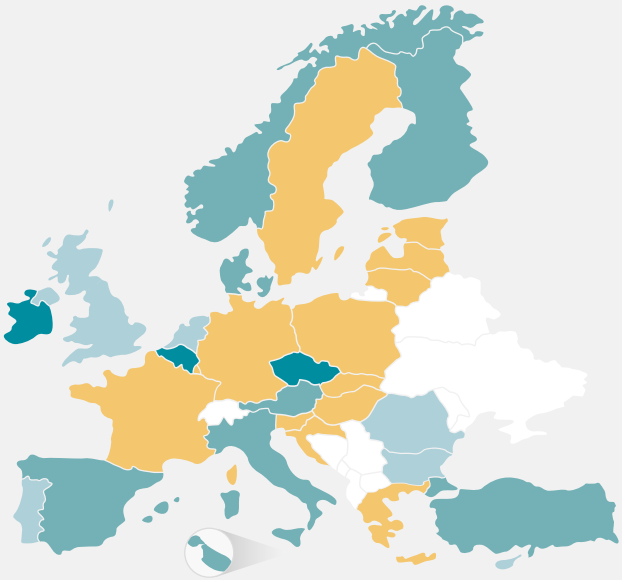
4.1. ÁBRA

Kábítószer-használattal vagy használati célú birtoklással kapcsolatos bejelentett bűncselekmények Európában, tendenciák és kábítószerek szerinti bontásban (a legfontosabb kábítószerek)



4.2. ÁBRA

Büntetési tételek kábítószer-bűncselekmények esetén: kábítószerek szerinti különbségek



Minden kábítószernél megegyező büntetés
A büntetések kábítószertől függően változnak:
Kínálati bűncselekmények esetén
Személyes célú birtoklás bűncselekménye esetén
Mindkét bűncselekménytípus esetén

4.4. ÁBRA

Nemzeti kábítószer-ellenes stratégiák és cselekvési tervek, ezek megléte és hatóköre

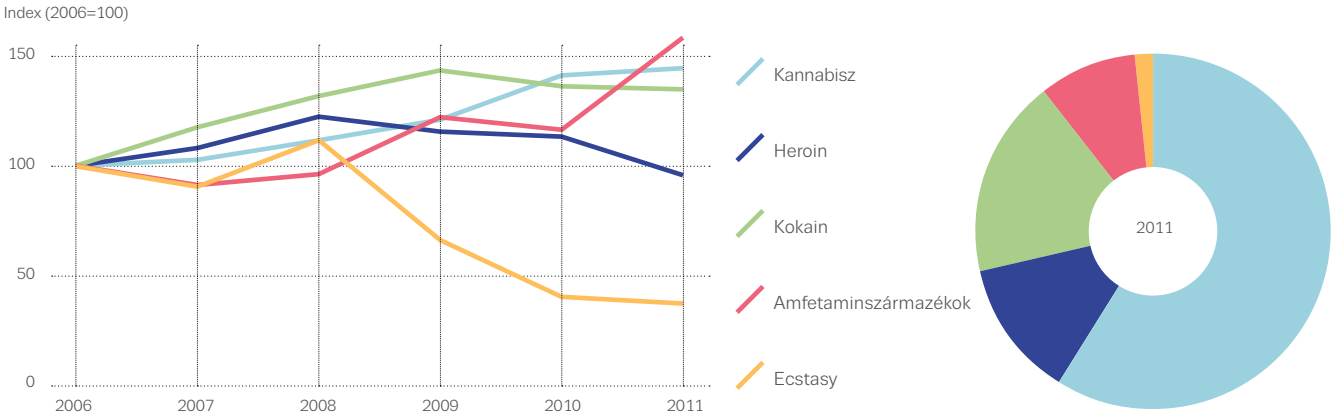
Legális és tiltott drogokra vonatkozó kombinált stratégia
Tiltott kábítószerek elleni stratégia
Nincs nemzeti drogstratégia
Megjegyzés: Az Egyesült Királyságnak a tiltott kábítószerekre vonatkozó stratégiája van, ezzel szemben Walesben és Észak-Írországban az alkoholra is kiterjedő, kombinált stratégia van érvényben.

eset volt. A birtoklás jellegű bűncselekményekhez hasonlóan a bejelentett kínálati bűncselekmények többségében is a kannabisz játszott szerepet. A kínálati bűncselekményeknek ugyanakkor nagyobb része kapcsolódott a heroinhoz, kokainhoz és amfetaminszármazékokhoz, mint a személyes birtoklási cselekmények esetén (4.3. ábra).

Ha megvizsgáljuk néhány kiválasztott ország ítélkezési statisztikáit 2009-től kezdve, látható, hogy a kínálati bűncselekmények nagyobb valószínűséggel végződtek börtönbüntetéssel, mint a használati célú birtoklás. A büntetési maximumot azonban csak ritkán vagy soha nem szabták ki, a börtönbüntetések pedig átlagban véve rövidek voltak, gyakran felfüggesztve, ami arra utal, hogy az elkövetőknek csak kis részét tekintették jelentős kereskedőnek. Az eredményekből az is kiderül, hogy az átlagos büntetések a kábítószerek típusai szerint különböztek, még azokban az országokban is, ahol a kábítószerek azonos törvényi megítélés alá esnek.

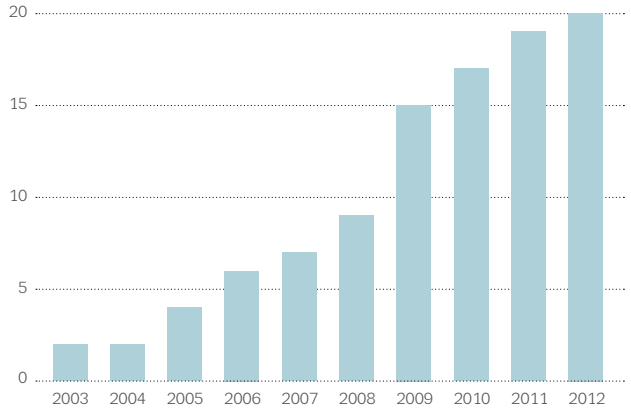
4.3. ÁBRA

Kábítószer-kínálattal kapcsolatos bejelentett bűncselekmények Európában, tendenciák és kábítószerek szerinti bontásban (a legfontosabb kábítószerek)



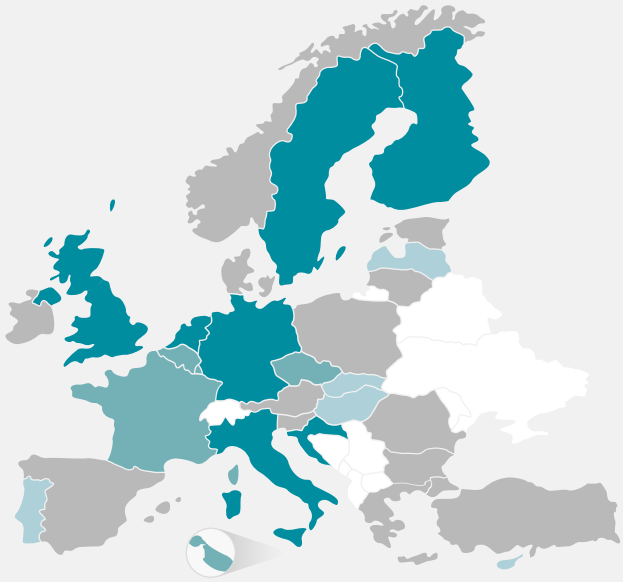
4.5. ÁBRA

Az értékelésen átesett nemzeti drogstratégiával rendelkező országok összesített száma



4.6. ÁBRA

A legfrissebb becslések a kábítószerrel összefüggő közkiadásokról (a GDP %-a)



A GDP arányában ≤0,05% 0,06–0,19% ≥0,20% Nincs adat

Nemzeti kábítószer-ellenes stratégiák: európai minta

Az 1990-es évek vége óta általános gyakorlattá vált, hogy az európai nemzeti kormányok drogstratégiákat és cselekvési terveket fogadnak el. Ezek a meghatározott időszakra szóló dokumentumok általános elveket, célkitűzéseket és prioritásokat tartalmaznak, kijelölik az intézkedéseket és a végrehajtásukért felelős feleket. Pillanatnyilag minden országnak van nemzeti drogstratégiája vagy cselekvési terve, Ausztria kivételével, ahol tartományi tervek vannak hatályban. Öt ország fogadott el olyan nemzeti stratégiát és cselekvési tervet, amely a legális és tiltott kábítószerekre egyaránt vonatkozik (4.4. ábra).

A drogstratégiák támogatása: koordinációs és értékelési mechanizmusok

Az országok a nemzeti drogstratégiák kidolgozásával párhuzamosan a drogpolitika végrehajtásának koordinálására szolgáló mechanizmusokat is létrehoztak. A legtöbb országban nemzeti szinten most kábítószerügyi minisztériumközi bizottságok működnek, egy nemzeti kábítószerügyi koordinációs szervvel kiegészítve, amely a tevékenységek napi szintű irányításáért felelős. Ezt a bizottságot 14 országban az egészségügyi minisztérium alá rendelték, máshol pedig a kormányhivatal vagy a miniszterelnöki hivatal, a belügyminisztérium vagy más minisztériumok alá tartozik. Huszonkét országban hivatalosan kinevezett nemzeti kábítószerügyi koordinátor is működik, aki sok esetben a nemzeti koordinációs szerv vezetője. A nemzeti koordinátorok rendszeresen találkoznak uniós szinten.

Az országok többségében regionális vagy helyi szinten is vannak kábítószerügyi koordinációs hivatalok, kábítószerügyi koordinátorok vagy mindkettő. Néhány országban, különösen a szövetségi rendszerű országokban emellett vertikális koordinációs szervek segítik az országos és a helyi szint közötti együttműködést. Más országokban a regionális vagy helyi szintű koordináció gyakran a nemzeti szervek közvetlen felügyelete alatt áll.

Az utóbbi években az Európai Unió és az országok közül is egyre több záró értékelést készített a drogstratégiájáról vagy cselekvési tervéről (4.5. ábra). A cél általában az, hogy a következő stratégia vagy cselekvési terv fejlesztését segítő tájékozódás érdekében felmérjék a megvalósításban elért szintet, valamint a kábítószerhelyzet egészében történt változásokat. Európa egészét tekintve a legjellemzőbb a belső értékelés, a tervért felelős hivatal

A legtöbb országban most kábítószerügyi minisztériumközi bizottságok működnek, egy nemzeti kábítószerügyi koordinációs szervvel kiegészítve, amely a tevékenységek napi szintű irányításáért felelős

vagy intézmény részéről, de egyre több az olyan ország, ahol közös vagy külső értékelésre adnak megbízást. A legtöbb európai országnak jelenleg is vannak tervei a folyamatban lévő drogstratégia záró értékelésére.

Gazdasági értékelés: jobb adatok kellenek

A szakpolitika értékelésének fontos eszköze lehet a gazdasági értékelés, amelynek keretében felmérik a különböző fellépési lehetőségek összehasonlító költségeit és hasznát. A kábítószerekkel kapcsolatos európai közkiadásokra vonatkozó információk mennyisége és minősége azonban továbbra sem kielégítő, és ez komolyan akadályozza a költséghatékonysági elemzést. Ennek ellenére nőtt azoknak az országoknak a száma, ahol az elmúlt évtizedben legalább egyszer megkísérelték felbecsülni a drogpolitikára fordított kormányzati kiadásokat. Ezekből az országokból a GDP 0,01%-a és 0,7%-a közötti becsült kiadásokat jelentettek (4.6. ábra), bár az országok közötti összehasonlítást megnehezíti, hogy a becslések hatóköre és minősége nagyon változatos. A korlátoktól függetlenül a rendelkezésre álló információk alapján úgy tűnik, hogy a legtöbb országban a kábítószer-kínálat csökkentésére irányuló tevékenységek teszik ki a kábítószerekkel összefüggő közkiadások legnagyobb részét.

A világ más részeihez hasonlóan Európa is küzd a közelmúltbeli gazdasági recesszió következményeivel. Ebbe beletartozhat a negatív gazdasági növekedés, a növekvő munkanélküliségi ráta, különösen a fiatalok körében, valamint a kormányzati kiadások csökkenése. Mindezek az egészségügyre, a közrend és közbiztonság fenntartására elkülönített költségvetést is érinthetik, márpedig a kábítószerekkel összefüggő közkiadások legnagyobb része innen származik. Az európai országok között jelenleg nagy különbségek vannak az államháztartási konszolidáció vagy a megszorító intézkedések mértékét és ezek hatásait tekintve. A közkiadások csökkentése a legnagyobb mértékben Lettországot, Litvániát és Észtországot érintette. A kábítószerekkel foglalkozó programok és szolgáltatások korlátozását is több európai országból jelezték.

BŐVEBB INFORMÁCIÓ

Az EMCDDA kiadványai

2013

Drug policy profiles: Ireland.

2012

Drug-related research in Europe: recent developments and future perspectives, tematikus tanulmány.

2011

Drug policy profiles: Portugal.

2009

Drug offences: sentencing and other outcomes, kiemelt téma.

2008

Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe, kiemelt téma.

2006

European drug policies: extended beyond illicit drugs?, kiemelt téma.

2005

Illicit drug use in the EU: legislative approaches, tematikus tanulmány.

Az EMCDDA és az Európai Bizottság kiadványai

2010

The European Union and the drug phenomenon: frequently asked questions.

Valamennyi kiadvány elérhető az alábbi weboldalon: www.emcdda.europa.eu/publications

Melléklet

Az itt bemutatott országos adatok az EMCDDA 2013-as statisztikai közlönyéből származnak. A közlönyben további adatsorok, évek, megjegyzések és metaadatok találhatók

TÁBLÁZAT 1

OPIOIDOK

	Becsült problémás opioidhasználat	Kezelésiigény-indikátor, elsődleges kábítószer				Helyettesítő kezelés alatt álló kliensek
		Opioidhasználó kliensek a kezelésre jelentkezők %-ában		Intravénás használat az opioidhasználó kliensek %-ában (fő fogyasztási mód)		
		Összes jelentkező	Az első kezelésre jelentkezők	Összes jelentkező	Az első kezelésre jelentkezők	
Ország	1000 főre jutó esetszám	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)	szám
Belgium	–	36,8 (2 176)	18 (403)	19,7 (399)	16,3 (60)	17 701
Bulgária	–	79,3 (1 877)	93,2 (275)	85,9 (1 300)	84,2 (223)	3 452
Csehország	1,2–1,3	19,4 (1 791)	9,9 (443)	86,3 (1 528)	83,1 (359)	5 200
Dánia	–	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Németország	2,9–3,4	44,3 (31 450)	19,2 (3 576)	36,2 (13 827)	33,2 (1 491)	76 200
Észtország	–	91,4 (486)	80,4 (131)	84,5 (410)	84 (110)	1 076
Írország	6,2–8,1	57,9 (4 930)	39 (1 457)	31 (1 488)	22,9 (327)	8 729
Görögország	2,5–3,0	80,6 (4 693)	73,4 (1 886)	41,3 (1 930)	38,7 (729)	6 783
Spanyolország	1,1–1,3	34,3 (18 374)	18,2 (4 881)	15,8 (2 756)	10,2 (481)	82 372
Franciaország	–	40,7 (14 987)	20,2 (2 042)	17,7 (2 097)	12,3 (226)	145 000
Olaszország	4,3–5,4	55,3 (23 416)	42,4 (9 706)	57,5 (12 566)	50,5 (4 603)	109 987
Ciprus	1,3–2,0	36,7 (365)	10,8 (48)	52,6 (191)	46,8 (22)	188
Lettország	5,0–9,9	52,9 (1 044)	34,1 (126)	93,3 (935)	88,4 (107)	277
Litvánia	2,3–2,4	–	72,1 (181)	–	98,6 (136)	798
Luxemburg	5,0–7,6	67,4 (151)	–	58,9 (89)	–	1 228
Magyarország	0,4–0,5	6,8 (325)	2,3 (75)	66,8 (203)	49,3 (34)	639
Málta	6,9–8,2	78,7 (1 434)	45,4 (83)	62,5 (893)	59 (49)	1 107
Hollandia	1,6–1,6	12,8 (1 674)	6 (461)	8,9 (91)	16 (46)	10 085
Ausztria	5,2–5,5	64,5 (2 426)	41,3 (566)	42,2 (987)	26,8 (146)	16 782
Lengyelország	–	48,2 (643)	14,7 (53)	77 (488)	46,2 (24)	2 200
Portugália	–	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	26 531
Románia	–	35 (648)	29,6 (339)	91,5 (590)	90,2 (305)	742
Szlovénia	–	86,6 (451)	74,9 (155)	56,8 (256)	49,7 (77)	3 557
Szlovákia	1,0–2,5	33,7 (691)	22,7 (217)	75,7 (514)	63,1 (137)	500
Finnország	–	62,2 (898)	43,8 (109)	81,8 (719)	66,7 (72)	2 000
Svédország	–	24,8 (1 541)	16,5 (255)	55,7 (857)	26,6 (69)	3 115
Egyesült Királyság	8,0–8,6	59,3 (68 112)	40 (18 005)	33,2 (22 081)	29,2 (5 156)	177 993
Horvátország	3,2–4,0	80,9 (6 198)	29,8 (343)	74,5 (4 530)	53,3 (171)	4 074
Törökország	0,2–0,5	70,3 (1 488)	64,7 (701)	50,9 (746)	48 (333)	8 074
Norvégia	2,1–3,9	37,5 (2 884)	–	73,1 (160)	–	6 640

TÁBLÁZAT 2

KOKAIN

	Becsült előfordulás			Kezelésiigény-indikátor, elsődleges kábítószer			
	Normál népesség		Iskolai népesség	Kokainhasználó kliensek a kezelésre jelentkezők %-ában		Intravénás használat a kokainhasználó kliensek %-ában (fő fogyasztási mód)	
	Életprevalencia, felnőttek (15–64)	Előző 12 hónap, fiatal felnőttek (15–34)	Életprevalencia, diákok (15–16)	Összes jelentkező	Az első kezelésre jelentkezők	Összes jelentkező	Az első kezelésre jelentkezők
Ország	%	%	%	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)
Belgium	–	2	4	12,9 (764)	13,6 (304)	6,0 (37)	1,2 (3)
Bulgária	1,7	1,5	3	0,8 (20)	1,4 (4)	30 (3)	0 (0)
Csehország	1,4	1,1	1	0,3 (30)	0,3 (14)	3,4 (1)	0 (0)
Dánia	4,4	2,5	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Németország	3,3	1,8	3	5,9 (4 212)	6,2 (1 164)	19,8 (3 007)	8,7 (256)
Észtország	–	1,3	–	–	–	–	–
Írország	6,8	2,8	3	10 (850)	13,3 (496)	1,3 (11)	0,4 (2)
Görögország	0,7	0,2	1	4,3 (248)	4,2 (109)	19 (47)	10,1 (11)
Spanyolország	8,8	3,6	3	41,4 (22 131)	45,3 (12 148)	2,3 (480)	1,4 (167)
Franciaország	3,66	1,85	4	6,9 (2 544)	5,1 (519)	10,2 (215)	4,4 (21)
Olaszország	4,2	1,3	2	24,3 (10 271)	30,3 (6 938)	5,3 (516)	4,1 (273)
Ciprus	3	2,2	4	10,1 (100)	7 (31)	1 (1)	0 (0)
Lettország	1,5	0,3	4	0,4 (7)	0,3 (1)	0 (0)	0 (0)
Litvánia	0,5	0,3	2	–	0,8 (2)	–	0 (0)
Luxemburg	–	–	–	18,3 (41)	–	39 (16)	–
Magyarország	0,9	0,4	2	1,6 (78)	1,6 (52)	2,7 (2)	0 (0)
Málta	0,4	–	4	12,5 (228)	28,4 (52)	24,8 (56)	17,6 (9)
Hollandia	5,2	2,4	2	24,6 (3 220)	20,3 (1 560)	0,3 (6)	0 (0)
Ausztria	2,2	1,2	–	6 (226)	7,6 (104)	7 (15)	3 (3)
Lengyelország	1,3	1,3	3	1,3 (17)	2,2 (8)	0 (0)	0 (0)
Portugália	1,9	1,2	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
Románia	0,3	0,2	2	1,2 (22)	1,6 (18)	4,8 (1)	5,9 (1)
Szlovénia	–	–	3	3,5 (18)	3,9 (8)	44,4 (8)	25 (2)
Szlovákia	0,6	0,4	2	0,8 (17)	1,6 (15)	0 (0)	0 (0)
Finnország	1,7	0,6	1	0,1 (1)	0 (0)	–	–
Svédország	3,3	1,2	1	1,5 (91)	1,7 (27)	0 (0)	0 (0)
Egyesült Királyság	9,6	4,2	3	12,3 (14 077)	16 (7 185)	2,1 (284)	1 (68)
Horvátország	2,3	0,9	2	1,6 (126)	2,6 (30)	1,7 (2)	3,6 (1)
Törökország	–	–	–	2,2 (46)	2,3 (25)	2,2 (1)	4 (1)
Norvégia	2,5	0,6	1	1 (78)	–	25 (2)	–

TÁBLÁZAT 3

AMFETAMINSZÁRMAZÉKOK

	Becsült előfordulás			Kezelésiigény-indikátor, elsődleges kábítószer			
	Normál népesség		Iskolai népesség	Amfetamin-származékokat használó kliensek a kezelésre jelentkezők %-ában		Intravénás használat az amfetaminszármazékokat használó kliensek %-ában (fő fogyasztási mód)	
	Életprevalencia, felnőttek (15–64)	Előző 12 hónap, fiatal felnőttek (15–34)	Életprevalencia, diákok (15–16)	Összes jelentkező	Az első kezelésre jelentkezők	Összes jelentkező	Az első kezelésre jelentkezők
Ország	%	%	%	% (szám)	% (szám)	% (szám)	% (szám)
Belgium	–	–	5	9,8 (581)	11,2 (250)	9,1 (50)	5 (12)
Bulgária	2,1	2,1	6	1,4 (33)	1,7 (5)	0 (0)	0 (0)
Csehország	2,1	0,8	2	65,2 (6 008)	69,6 (3 122)	77,4 (4 601)	71,9 (2 210)
Dánia	6,2	2	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Németország	3,7	1,9	4	11 (7 785)	15,2 (2 839)	1,7 (246)	0,7 (31)
Észtország	–	2,5	3	–	–	61,5 (8)	50 (4)
Írország	4,5	0,8	2	0,6 (53)	0,9 (33)	6 (3)	6,3 (2)
Görögország	0,1	0,1	2	0,1 (6)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
Spanyolország	3,3	1,4	2	1 (517)	1,2 (320)	0,6 (3)	0,6 (2)
Franciaország	1,69	0,46	4	0,3 (107)	0,3 (31)	14,9 (13)	0 (0)
Olaszország	1,8	0,1	1	0,1 (38)	0,1 (16)	0 (0)	0 (0)
Ciprus	0,7	0,7	4	0,2 (2)	0,2 (1)	50 (1)	0 (0)
Lettország	2,2	1,9	4	19,3 (380)	28,2 (104)	60,9 (206)	53,9 (48)
Litvánia	1,6	1,1	3	–	2 (5)	–	60 (3)
Luxemburg	–	–	–	0,4 (1)	–	0 (0)	–
Magyarország	1,8	1,2	6	11,9 (567)	11 (354)	23,3 (130)	19,2 (67)
Málta	0,4	–	3	0,2 (3)	–	33,3 (1)	–
Hollandia	3,1	–	3	6,2 (818)	6,5 (499)	0,6 (3)	1 (3)
Ausztria	2,5	0,9	–	2,2 (83)	3,5 (48)	3,7 (3)	2,2 (1)
Lengyelország	4,2	1,3	4	21,4 (285)	26,7 (96)	9,4 (25)	8,4 (8)
Portugália	0,9	0,4	3	0 (1)	0,1 (1)	–	–
Románia	0,1	0	2	0,6 (12)	0,9 (10)	0 (0)	0 (0)
Szlovénia	–	–	2	0,4 (2)	0,5 (1)	50 (1)	0 (0)
Szlovákia	0,5	0,7	2	38,2 (784)	41,9 (400)	32,1 (243)	25,4 (99)
Finnország	2,3	1,6	1	14,1 (204)	11,6 (29)	78,6 (154)	64,3 (18)
Svédország	5	1,5	1	27,8 (1 728)	19,4 (301)	68,6 (1 137)	49,7 (149)
Egyesült Királyság	11,5	1,4	2	3 (3 486)	3,6 (1 615)	22,1 (714)	16 (241)
Horvátország	2,6	–	2	1 (80)	2,2 (25)	0 (0)	0 (0)
Törökország	0,3	–	–	0,9 (18)	0,8 (9)	5,6 (1)	0 (0)
Norvégia	3,8	0,8	1	0 (0)	–	75,1 (205)	–

TÁBLÁZAT 4

ECSTASY

	Becsült előfordulás			Kezelésiigény-indikátor, elsődleges kábítószer	
	Normál népesség		Iskolai népesség	Ecstasyt használó kliensek a kezelésre jelentkezők %-ában	
	Életprevalencia, felnőttek (15–64)	Előző 12 hónap, fiatal felnőttek (15–34)	Életprevalencia, diákok (15–16)	Összes jelentkező	Az első kezelésre jelentkezők
Ország	%	%	%	% (szám)	% (szám)
Belgium	–	–	4,0	0,6 (38)	1 (23)
Bulgária	1,7	1,6	4,0	0,3 (6)	0,3 (1)
Csehország	5,8	2,5	3,0	0,1 (6)	0,1 (3)
Dánia	2,1	0,8	1,0	0,3 (13)	0,5 (7)
Németország	2,4	1,0	2,0	0 (0)	0 (0)
Észtország	–	2,3	3,0	–	–
Írország	6,9	0,9	2,0	0,6 (51)	0,6 (24)
Görögország	0,4	0,4	2,0	0,2 (9)	0,2 (5)
Spanyolország	3,6	1,4	2,0	0,2 (98)	0,2 (66)
Franciaország	2,4	0,4	3,0	0,3 (118)	0,2 (24)
Olaszország	1,8	0,1	1,0	0,3 (129)	0,5 (107)
Ciprus	2,0	1,0	3,0	0,3 (3)	0,2 (1)
Lettország	2,7	0,8	4,0	0,1 (2)	0 (0)
Litvánia	2,1	1,9	2,0	–	–
Luxemburg	–	–	–	–	–
Magyarország	2,4	1,0	4,0	1 (50)	1,2 (38)
Málta	0,7	–	3,0	0,7 (13)	1,6 (3)
Hollandia	6,2	3,1	3,0	0,5 (69)	0,8 (58)
Ausztria	2,3	1,0	–	0,5 (19)	1,2 (16)
Lengyelország	3,4	3,1	2,0	0,1 (1)	0,3 (1)
Portugália	1,3	0,9	3,0	0,1 (4)	0,2 (4)
Románia	0,7	0,4	2,0	0,5 (9)	0,6 (7)
Szlovénia	–	–	2,0	0,2 (1)	0,5 (1)
Szlovákia	1,9	0,9	4,0	0,1 (2)	0,2 (2)
Finnország	1,8	1,1	1,0	0,3 (4)	0,8 (2)
Svédország	2,1	0,2	1,0	0,3 (17)	0,5 (7)
Egyesült Királyság	8,6	2,8	3,0	0,2 (229)	0,3 (141)
Horvátország	2,5	0,5	2,0	0,3 (23)	0,5 (6)
Törökország	0,1	0,1	–	0 (1)	0,1 (1)
Norvégia	1,0	0,6	1,0	0 (0)	–

TÁBLÁZAT 5

KANNABISZ

	Becsült előfordulás			Kezelésiigény-indikátor, elsődleges kábítószer	
	Normál népesség		Iskolai népesség	Kannabiszhasználó kliensek a kezelésre jelentkezők %-ában	
	Életprevalencia, felnőttek (15–64)	Előző 12 hónap, fiatal felnőttek (15–34)	Életprevalencia, diákok (15–16)	Összes jelentkező	Az első kezelésre jelentkezők
Ország	%	%	%	% (szám)	% (szám)
Belgium	14,3	11,2	24	31 (1 832)	48,2 (1 077)
Bulgária	7,3	6	21	4,3 (101)	3,1 (9)
Csehország	24,9	16,1	42	13,2 (1 214)	18,7 (839)
Dánia	32,5	13,5	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Németország	25,6	11,1	19	33 (23 418)	54,9 (10 236)
Észtország	–	13,6	24	5,3 (28)	–
Írország	25,3	10,3	18	22,9 (1 951)	35,7 (1 336)
Görögország	8,9	3,2	8	12,8 (746)	20,2 (518)
Spanyolország	27,4	17	32	21 (11 210)	32,3 (8 653)
Franciaország	32,12	17,54	39	47,8 (17 621)	71,1 (7 193)
Olaszország	21,7	8	13	18,8 (7 957)	25,2 (5 781)
Ciprus	11,6	7,9	7	48,8 (485)	78,1 (346)
Lettország	12,5	7,3	24	11,8 (232)	19,8 (73)
Litvánia	11,9	9,9	20	–	3,6 (9)
Luxemburg	–	–	–	12,9 (29)	–
Magyarország	8,5	5,7	19	69,4 (3 321)	77,3 (2 492)
Málta	3,5	1,9	10	6,7 (122)	20,8 (38)
Hollandia	25,7	13,7	26	48,3 (6 334)	58 (4 446)
Ausztria	14,2	6,6	–	22,5 (848)	41,8 (574)
Lengyelország	17,3	17,1	23	23,5 (313)	44,4 (160)
Portugália	11,7	6,7	14	13,9 (525)	25,4 (457)
Románia	1,6	0,6	7	8,6 (160)	11,3 (130)
Szlovénia	–	6,9	23	8,4 (44)	18,8 (39)
Szlovákia	10,5	7,3	27	19,2 (394)	27,3 (260)
Finnország	18,3	11,2	11	13,4 (193)	32,9 (82)
Svédország	21,4	6,1	6	24,9 (1 550)	45,1 (699)
Egyesült Királyság	31	12,3	21	20,3 (23 378)	32,4 (14 559)
Horvátország	15,6	10,5	18	12,5 (957)	52,7 (607)
Törökország	0,7	0,4	–	17,1 (363)	22,1 (240)
Norvégia	14,6	7	5	20,3 (1 561)	–

TÁBLÁZAT 6

MÁS INDIKÁTOROK

	Kábítószer okozta halálesetek (15–64 évesek)	HIV-diagnózisok az intravénás szerhasználók körében (ECDC)	Becsült intravénás kábítószer-használat	A speciális programokban kiosztott fecskendők
Ország	egymillió lakosra jutó esetszám (szám)	egymillió lakosra jutó esetszám (szám)	1000 lakosra jutó esetszám	szám
Belgium	19,6 (142)	1 (11)	2,5–4,8	938 674
Bulgária	4,8 (24)	8,4 (63)	–	643 377
Csehország	3,8 (28)	0,9 (9)	5,1–5,5	5 398 317
Dánia	49,8 (181)	1,8 (10)	2,8–4,7	–
Németország	17,9 (966)	1,1 (90)	–	–
Észtország	135,7 (123)	51,5 (69)	–	2 130 306
Írország	51,8 (159)	3,6 (16)	–	1 097 000
Görögország	–	21,7 (245)	0,9–1,3	119 397
Spanyolország	12,5 (392)	4,5 (148)	0,2–0,2	2 672 228
Franciaország	7,9 (331)	1,3 (87)	–	–
Olaszország	9,1 (362)	2,7 (161)	–	–
Ciprus	16,3 (9,66)	0 (0)	0,3–0,5	42
Lettország	7,9 (11)	40,4 (90)	–	hhm0i lh
Litvánia	20,9 (43)	26,5 (86)	–	181 408
Luxemburg	17,1 (6)	0 (0)	4,5–6,9	246 858
Magyarország	2 (14)	0 (0)	0,8	648 269
Málta	17,3 (5)	0 (0)	–	289 940
Hollandia	9,1 (101)	0,2 (4)	0,2–0,2	–
Ausztria	35,3 (201)	4,3 (36)	–	4 329 424
Lengyelország	8,4 (232)	1,2 (47)	–	175 902
Portugália	2,7 (19)	5,8 (62)	–	1 650 951
Románia	1 (15)	5 (108)	–	901 410
Szlovénia	16,9 (24)	0 (0)	–	632 462
Szlovákia	3,9 (15)	0,2 (1)	3,5–8,9	15 064
Finnország	53,3 (189)	1,5 (8)	–	3 539 009
Svédország	35,5 (217)	1,3 (12)	–	244 493
Egyesült Királyság	52,3 (2 153)	2,1 (131)	3,1–3,5	–
Horvátország	19,8 (59)	0,7 (3)	0,4–0,6	340 357
Törökország	1,9 (93)	0,1 (5)	–	0
Norvégia	73,1 (238)	2 (10)	2,5–3,6	2 639 000

TÁBLÁZAT 7

LEFOGLALÁSOK

	Heroin		Kokain		Amfetaminszármazékok		Ecstasy	
	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma
Ország	kg	szám	kg	szám	kg	szám	tabletta	szám
Belgium	140	2 176	7 999	3 263	112	2 699	64 384	838
Bulgária	385	41	4	22	233	38	7 879	11
Csehország	5	34	16	44	1,20	3	13 000	15
Dánia	37	484	43	1 756	255	1 733	16 000	197
Németország	498	4 361	1 941	3 335	1 368	9 131	484 992	1 322
Észtország	0,048	5	1	34	42	215	11 496	44
Írország	32	752	179	476	23	104	97 882	272
Görögország	307	2 477	463	466	1,84	17	70	8
Spanyolország	412	7 587	16 609	42 659	278	3 178	183 028	2 123
Franciaország	883	4 834	10 834	4 538	601	387	1 510 500	781
Olaszország	811	3 588	6 342	6 859	19	124	14 108	114
Ciprus	0,6	49	3	79	0,011	5	653	13
Lettország	0	329	81	25	0,1	29	3 592	13
Litvánia	11	234	10	23	13	46	303	5
Luxemburg	24	244	24	94	3	15	91	6
Magyarország	3	22	13	108	24	483	270	22
Málta	4	39	5	86	0,50	1	2 171	30
Hollandia	400	–	10 000	–	1 074	–	1 059 534	–
Ausztria	65	640	139	970	13	383	45 780	90
Lengyelország	51	–	78	–	395	–	75 082	–
Portugália	73	1 169	3 678	1 385	0,2	26	7 791	95
Románia	13	314	161	73	0,4	28	7 594	96
Szlovénia	4	503	2	272	1	204	34	14
Szlovákia	0	33	35,3	30	13,22	10	27	5
Finnország	1,0	3	4	81	71	3 157	17 800	300
Svédország	21	314	89	618	168	3 542	17 060	189
Egyesült Királyság	1 850	9 174	3 468	17 751	1 048	6 801	686 000	3 346
Horvátország	33	185	4	142	15	372	2 898	75
Törökország	7 294	3 306	592	1 457	14	6	1 364 253	2 587
Norvégia	15	1 364	46	840	75	2 894	5 327	198

TÁBLÁZAT 7

LEFOGLALÁSOK (folytatása)

	Hasis		Marihuána		Kannabisznövény	
	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiség	Lefoglalások száma
Ország	kg	szám	kg	szám	növény (kg)	szám
Belgium	5 020	5 156	5 095	21 784	337 955 (–)	1 070
Bulgária	16,8	11	1 035	168	7 456 (4 658)	24
Csehország	2	24	441	508	62 817 (–)	240
Dánia	2 267	8 403	168	891	– (1 452)	710
Németország	1 748	7 285	3 957	27 144	– 133 650	1 804
Észtország	46	22	53	409	– (29,3)	25
Írország	1 814	722	1 865	1 833	6 606 (–)	582
Görögország	122	172	13 393	5 774	33 242 (–)	460
Spanyolország	355 904	199 770	17 535	140 952	– (26 108)	1 436
Franciaország	55 641	85 096	5 450	12 155	73 572 (–)	2 146
Olaszország	20 258	6 244	10 908	4 007	1 008 215 (–)	1 208
Ciprus	1	33	76	758	86 (–)	27
Lettország	283	55	34	399	– (497)	7
Litvánia	168	31	43	311	– (–)	0
Luxemburg	2	171	11	833	81 (–)	5
Magyarország	18	63	209	2 073	14 121 (–)	192
Málta	89	48	1,5	32	44 (–)	7
Hollandia	1 000	–	5 000	–	2 000 000 (–)	–
Ausztria	75	1 197	621	5 272	– (219)	261
Lengyelország	–	–	1 265	–	52 914 (–)	–
Portugália	14 633	3 093	108	460	5 523 (–)	304
Románia	18	328	252	1 365	897 (–)	9
Szlovénia	4,2	89	613	3 306	12 836 (–)	178
Szlovákia	0,0	22	137	1 512	10 045 (18)	45
Finnország	860	1 829	97	4 281	16 400 (42)	3 187
Svédország	950	7 465	264	5 272	– (–)	92
Egyesült Királyság	19 665	15 094	22 402	149 411	626 680 (–)	16 672
Horvátország	2	373	421	3 684	4 136 (–)	195
Törökország	21 141	8 192	55 251	43 217	– (–)	7 318
Norvégia	2 548	11 232	219	3 631	1 099 (214)	381

Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja
Európai kábítószer-jelentés 2013: tendenciák és fejlemények
Luxembourg: Az Európai Unió Kiadóhivatala
2013 — 74 o. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-616-2
doi:10.2810/88762

HOGYAN JUTHAT HOZZÁ AZ EURÓPAI UNIÓ KIADVÁNYAIHOZ?

Ingyenes kiadványok

az EU-könyvesbolton (EU Bookshop) keresztül (http://bookshop.europa.eu)

az Európai Unió képviseletein és küldöttségein keresztül.A képviseletek és küldöttségek elérhetőségeiről a http://ec.europa.eu weboldalon tájékozódhat, illetve a +352 2929-42758 faxszámon érdeklődhet

Megvásárolható kiadványok

az EU-könyvesbolton keresztül (http://bookshop.europa.eu)

Előfizetéses kiadványok

(az *Európai Unió Hivatalos Lapjának* sorozatai, az Európai Bírósági Határozatok Tára stb.)

az Európai Unió Kiadóhivatalának forgalmazó partnerein keresztül (http://publications.europa.eu/others/agents/index_hu.htm)

emcdda

TD-AT-13-001-HU-Nőf

A jelentésről

A *Tendenciák és fejlemények* jelentés az európai kábítószerhelyzet legrészletesebb áttekintése, amely lefedi a kábítószer-kereskedelmet, -használatot, közegészségügyi problémákat, valamint a kábítószerrel kapcsolatos szakpolitikákat és válaszlépéseket is. Emellett az online *Statisztikai kiadvány, Országjelentések és Kábítószerügyi perspektívák* kiadványok is beletartoznak a 2013. évi Európai kábítószerügyi jelentés tájékoztatócsomagba.

Az EMCDDA-ról

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) az európai kábítószerhelyzettel összefüggő információk legfontosabb gyűjtőhelye. Az EMCDDA küldetése, hogy "tényszerű, tárgyilagos, megbízható és összehasonlítható információkkal" szolgáljon a kábítószerekkel, a kábítószer-függőséggel és ezek következményeivel kapcsolatban az EU és a tagállamok számára. Az 1993-ban alapított intézmény az EU egyik decentralizált ügynöksége, amely 1995-ben nyílt meg Lisszabonban. A jól felkészült, számos tudományterületen érdekelt alkalmazottak által nyújtott támogatás és az ügynökség által biztosított adatok a döntéshozók számára lehetővé teszik, hogy a kábítószerrel összefüggő jogszabályokat és stratégiákat a megfelelő információk birtokában alkossák meg. Emellett a központ segíti a szakértőket és a területen dolgozó gyakorlati szakembereket a legjobb gyakorlatok és az új kutatási területek kijelölésében.

Kiadóhivatal

ISBN 978-92-9168-616-2